



HAL
open science

Le médicament objet de consommation ou outil du soin ? De l'analyse des attentes des patients aux enjeux de la prescription

Fanny Loir

► **To cite this version:**

Fanny Loir. Le médicament objet de consommation ou outil du soin ? De l'analyse des attentes des patients aux enjeux de la prescription. Médecine humaine et pathologie. 2015. dumas-01252954

HAL Id: dumas-01252954

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01252954v1>

Submitted on 8 Jan 2016

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

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

UNITE DE FORMATION ET DE RECHERCHE DE MEDECINE
D'AMIENS

ANNEE 2015

N°2015-21

THESE D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE
Mention Médecine Générale

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT
LE MARDI 31 MARS 2015

Salle des Thèses - Bâtiment E - 2ème Etage
3, rue des Louvels 80 000 AMIENS

PAR FANNY LOIR

LE MEDICAMENT OBJET DE CONSOMMATION
OU OUTIL DU SOIN ?

DE L'ANALYSE DES ATTENTES DES PATIENTS AUX
ENJEUX DE LA PRESCRIPTION.

Le Président de Jury,

Monsieur le Professeur Christian MILLE

Les membres du Jury,

Monsieur le Professeur Michel ANDREJAK

Monsieur le Professeur Jean-Marie SEROT

Monsieur le Professeur Giampiero BRICCA

Le directeur de thèse,

Monsieur le Docteur Hugues HOLLEVILLE

La co-directrice de thèse

Madame le Docteur Catherine DRAPERI

JE REMERCIE SINCEREMENT

Le Président du jury :

Monsieur le Professeur Christian MILLE

*Professeur des Universités-Praticien Hospitalier en Pédopsychiatrie, ancien chef du Pôle
"Femme - Couple - Enfant" au CHU AMIENS*

Et coordonnateur du centre ressource autisme Picardie (CRA)

*Merci de me faire honneur en acceptant volontiers la présidence de cette thèse. Veuillez
trouver ici l'expression de ma reconnaissance et de mon profond respect.*

Les membres du jury :

Monsieur le Professeur Michel ANDREJAK

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

Directeur du Centre Régional de Pharmacovigilance et

Responsable du service de pharmacologie fondamentale clinique d'AMIENS

Pôle Biologie (centre de biologie humaine (CBH)), Pharmacie et Santé des populations

Officier dans l'Ordre des Palmes Académiques.

Co-auteur de différents ouvrages : *cholestérol et triglycérides* paru aux éditions Doin (2004) ;
toxicologie paru aux éditions Tec et doc Lavoisier ; *les antihypertenseurs* paru aux éditions
ellipses (1998).

Je vous remercie sincèrement d'avoir accepté de juger mon travail de thèse.

*Voyez à travers celui-ci, la collaboration d'un médecin généraliste qui s'investi pour un
usage plus raisonné du médicament.*

*« Il n'y a pas de médicament efficace sans risque d'effet indésirable lors de son utilisation
même aux doses recommandées, ceci quel que soit le niveau d'efficacité »
(Conférence à l'espace Dewailly du 05 novembre 2013)*

*« La règle d'or de la médication moderne est de savoir proportionner le risque thérapeutique
au risque de la maladie ». Louis Camille SOULA (Professeur de Physiologie Appliquée et de
Pharmacologie)*

Je vous prie de croire en l'expression de ma reconnaissance et de mon profond respect.

Monsieur le Professeur Jean-Marie SEROT

*Professeur des Universités-Praticien Hospitalier ancien chef du Pôle de Gériatrie du
CHU d'AMIENS,*

*Ancien assistant chef de clinique au CHU de Nancy spécialiste en médecine interne et en
maladies de l'appareil digestif,*

Docteur en neurosciences et chercheur (sur l'hydraulique du liquide céphalorachidien)

*Membre du pôle interrégional de gériatrie du Nord-Ouest (investi dans le développement
d'une consultation mémoire et d'une consultation d'oncogériatrie)*

*Auteur du livre plexus choroïdes et maladie d'Alzheimer, immunologie d'une interface
épithéliale paru aux éditions Universitaires Européennes (2011)*

*Je vous remercie de votre spontanéité pour participer à la critique de mon travail de
recherche, vous me donnerez ainsi votre regard de médecin chercheur sur cette étude.*

Je vous prie de croire en l'expression de ma reconnaissance et de mon profond respect.

Monsieur le Professeur Giampiero BRICCA

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier en Pharmacologie clinique,

Maitre de conférences

Docteur en sciences

Directeur d'unité de recherche de l'université de LYON.

Chercheur en génétique et en biologie cellulaire et moléculaire au sein du laboratoire d'exploration fonctionnelle endocrinienne et métabolique de l'hôpital de la Croix-Rousse (hospices civils de Lyon)

Chercheur à l'Inserm (institut national de la santé et de la recherche médicale) sur les facteurs génétiques impliqués dans l'hypertension artérielle et sur les stratégies thérapeutiques dans l'athérosclérose

Je vous remercie infiniment de m'avoir rapidement accordé votre disponibilité et accepté de juger mon travail de thèse.

Je vous prie de croire en l'expression de ma reconnaissance et de mon profond respect.

Monsieur le Docteur Hugues HOLLEVILLE

Médecin généraliste installé à AMIENS qualifié en médecines alternatives et complémentaires : médecine manuelle ostéopathie, homéopathie, médecine énergétique.

Je t'adresse mes plus véritables remerciements pour avoir accepté de prendre en cours ce travail et pour t'y être volontairement et pleinement investi. Je te remercie également pour ta générosité, ton soutien, ta disponibilité et pour tes pertinentes remarques qui ont enrichi ma réflexion.

J'espère pouvoir poursuivre et développer ces échanges de pratiques avec toi.

Je tiens à t'exprimer ma profonde reconnaissance et toute ma sympathie.

Madame le Docteur Catherine DRAPERI

Docteur en philosophie, Maître de Conférences, Epistémologiste et historienne des sciences et techniques.

Professeur de sciences humaines et sociales à la faculté de médecine et à la faculté de philosophie d'AMIENS.

*Auteure de *La médecine réfléchie au miroir des sciences humaines* aux éditions Ellipses (2010), co-auteur de l'ouvrage *prises en charges psychothérapeutiques face aux cultures et traditions d'ailleurs* aux éditions Elsevier Masson (2013) et de *histoire économie et société.**

Epoque moderne et contemporaine : enfant souffrant, enfant malade, Varia aux éditions Sedes (2003).

Rédactrice en chef de la Revue « éthique et santé » aux éditions Elsevier Masson.

Je vous adresse mes plus sincères et profonds remerciements. J'ai apprécié tout au long de mon travail vos conseils avisés, votre impartialité, votre regard bienveillant, votre patience, votre disponibilité, votre générosité, votre écoute votre soutien et vos encouragements. Vous avez su me guider sans rien m'imposer. Je vous remercie également pour la pertinence de vos observations et vos propositions de références bibliographiques.

J'espère également pouvoir continuer cet échange et ces réflexions avec vous.

Veillez accepter toute mon estime et ma profonde gratitude.

Je remercie mes parents sans qui je ne serais pas.

Merci Papa et Maman de m'avoir soutenue et aidée à cheminer vers le monde des adultes. Vous m'avez accompagnée dans mes études et apporté les bagages nécessaires pour l'avenir.

Je remercie mon conjoint Pierre,

Par ta patience, tes encouragements, ton soutien, ton humour, tu as participé à mon épanouissement professionnel. Je te remercie pour ton aide et pour ton affection.

Je remercie mon frère Simon et ma sœur Caroline

Vous avez dû me supporter pendant ces études, je m'en excuse. Merci d'être là, je pense à vous chaque jour, je vous souhaite une vie heureuse et pleine de bonheur.

Je remercie ma grand-mère.

Merci mamie pour ta présence rassurante et ta philanthropie.

Je remercie Christine et Charlie

J'aime échanger avec vous. Merci pour vos éclairages ; même si le chemin vers la connaissance est encore long, ils m'aident dans ma compréhension et mon ouverture à l'autre.

Je remercie également Nathalie, Ingrid et Maïté, mes cousines ainsi que leurs maris et enfants avec qui je passe de courts mais bons moments.

Je remercie mes amis et co-internes pour les agréables et enrichissants partages: Marie (s), Thérèse, Aurélie(s), Hélène, Louise, Lucie, Perrine, Alice, Antonia, Audrey, Anne, Caroline, Céline (s), Cécile (s), Claudia, Chloé, Emeline, Eléonore, Justine, Lise, Murielle, Marjorie, Shalini, Anthony, Alain, Alexandre, Maxime, Mathieu, Morgan, Nicola, Thomas, ... Je vous souhaite à tous une bonne continuation.

Je remercie tout le reste de ma famille et mes proches : Michelle et Gérard, Fabienne et Eveline, Karine, Isis, Adrien, Auréliane, David, Tata, Liliane, Brigitte, ...

Je remercie tous les professionnels médecins, infirmiers, aides-soignants, psychologues, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, professeurs, équipes soignantes ... qui ont contribué à ma formation et qui m'ont chaleureusement accueilli au cours de mes différents stages.

Je veux également réserver une attention particulière à tous les patients que j'ai pu rencontrer au cours de ma pratique. Je m'excuse si parfois j'ai pu les blesser et les remercie d'avoir accepté que dans les débuts je m'exerce sur eux. Je fais de mon mieux pour vous apporter du réconfort et du soutien.

Je remercie tous les patients qui ont activement participé à mon étude.

J'ai une pensée pour tous mes proches qui ont bercé mon enfance et tous ceux qui ne sont plus de ce monde mais pour qui je garde une place au fond de mon cœur : Tonton, Mamie, Papi, Papou, Mathieu, ... Parfois cruelle, ainsi va la vie.

Je remercie aussi tous ceux que j'ai pu oublier par inadvertance ...

Prenez tous soin de vous.

I. INTRODUCTION.....	16
II. LE REMEDE FAIT CULTUREL, ETHIQUE ET POLITIQUE DE LA SANTE PARTAGEE :	22
A) Horizons culturel et social	22
1) Culture et socialisation	22
1. Naissance des grands courants de pensée et de principes thérapeutiques	22
2. Société dans laquelle médecin et patient vivent.....	27
3. Culture religion et génération	30
2) Cadres et pouvoirs	31
1. La socialisation par les médias	32
2. Autorités et instances	34
3. L'industrie pharmaceutique	37
4. Formation-bagages et formation-continue des médecins	38
3) Santé et maladie	46
1. La santé	46
2. La maladie	47
3. Représentations de la maladie	50
4. La souffrance	50
5. L'émotion dans le soin	56
B) Interactions médecin patient dans leur relation.....	57
1) Le médecin	57
1. La fonction apostolique du médecin ou le « <i>médecin médicament</i> »	57
2. Qu'est-ce qu'écouter ?	58
3. Confiance et compassion	59
4. Le médecin remplaçant	60
2) Le patient	61
1. Motifs de la consultation parfois cachés	61
2. Le patient et la consultation	61
3) La relation médecin malade.....	63
1. Consultation	63
2. Temps dans la consultation	66
3. L'information médicale:	67
4. Modèles de relation médecin patient :	69

5.	Orientation médicale vers l'éducation thérapeutique du patient	71
6.	Ethique et thérapeutique	71
7.	Consentement éclairé	72
8.	Décision médicale partagée	73
9.	Tout est sous contrôle	74
10.	Compliance	75
11.	Observance	76
12.	Automédication	80
C)	Réponse thérapeutique	82
1)	Le médicament.....	82
1.	Symbolique du médicament objet de construction historique	82
2.	Approche anthropologique du médicament : un objet symbolique	84
3.	Le médicament, le corps et la nature.....	86
4.	Le médicament une molécule symbole.....	87
5.	Comprendre la socialisation du médicament à travers le médicament générique	87
6.	Médicament et médecine	88
7.	Patients et médicaments	90
8.	Le médicament et la mort	91
2)	Prescription et ordonnance	91
1.	La prescription	91
2.	Objectifs, tenant et aboutissants de la prescription	92
3.	Prescription et médecins	93
4.	De la prescription vers l'ordonnance	96
5.	L'importance de l'ordonnance	97
6.	Limites et risques de la prescription	98
D)	Attentes des patients concernant le soin	99
1)	Les différentes modalités des attentes	99
1.	Place de l'attente envers la prescription médicamenteuse.....	99
2.	Limites et obstacles pour répondre aux attentes des patients	102
2)	Attentes des médecins versus attentes des malades	103
1.	Accords et désaccords entre le médecin et le patient sur la prescription	103
2.	Le placebo	105
3.	L'attente des patients concernant la non prescription	105

4. La de-prescription :.....	107
5. Le don dans l'échange. Un don, une offre, une proposition, un coupable :.....	108
6. Evolution et perspectives :.....	109
III. METHODE ET ANALYSE DES ENTRETIENS	110
A) Méthode	110
B) Analyses des entretiens	112
1 - Analyse de l'entretien avec Aurore	112
2 - Analyse de l'entretien avec Claire	116
3 - Analyse de l'entretien avec Héloïse	120
4 - Analyse de l'entretien avec Alain	126
5 - Analyse de l'entretien avec Alceste	130
6 - Analyse de l'entretien avec François	132
7 - Analyse de l'entretien avec Florence :.....	138
8 - Analyse de l'entretien avec Marcel :	140
9 - Analyse de l'entretien avec Clément	144
10 - Analyse de l'entretien avec Mathilde	148
11 - Analyse de l'entretien avec Charles	152
12 - Analyse de l'entretien avec René :.....	156
13 - Analyse de l'entretien avec Eléonore	160
14 - Analyse de l'entretien avec Tony	164
15 - Analyse de l'entretien avec Hélène	166
16 - Analyse de l'entretien avec Josiane :.....	168
17 - Analyse de l'entretien avec Angeline	170
18 - Analyse de l'entretien avec Achour	172

IV. DISCUSSION	174
A) Discussion des résultats des analyses	174
B) Discussion du travail	187
V. CONCLUSION	190
VI. BIBLIOGRAPHIE	194
A) Livres.....	194
B) Articles	194
C) Thèses	195
D) Sites internet	195
E) Références pour les définitions et grandes notions	197
VII. ANNEXE : entretiens semi-directif avec des patients pour etudier les attentes et la perception concernant la prescription medicamenteuse	198
1 - Entretien avec Aurore :	198
2 - Entretien avec Claire :.....	202
3 - Entretien avec Héloïse :	204
4 - Entretien avec Alain :	208
5 - Entretien avec Alceste :	212
6 - Entretien avec François :.....	214
7 - Entretien avec Florence :	218
8 - Entretien avec Marcel :	222
9 - Entretien avec Clément :	226
10 - Entretien avec Mathilde :	230
11 - Entretien avec Charles :	234
12 - Entretien avec René :	238
13 - Entretien avec Eléonore :	242

14 - Entretien avec Tony :	244
15 - Entretien avec Hélène :	248
16 - Entretien avec Josiane :	250
17 - Entretien avec Angeline :	252
18 - Entretien avec Achour :	254
VIII. SUMMARY	256

I. INTRODUCTION

D'où je viens, où je vais ? Qui suis-je ?

Quelles sont mes propres croyances à propos de mon rôle de médecin et d'où viennent-elles ?

En quoi consiste ma mission de médecin ? Quels buts me fixer ? Quels sont mes objectifs professionnels ?

Pourquoi est-ce que j'agis avec les patients d'une certaine façon ? D'où viennent mes réactions ? Puis je les justifier envers mes pairs ?

Et puis, pourquoi le médecin prescrit-il ? Pour qui ? Qu'est-ce que le médicament ?

Comment prescrire de la façon la plus éclairée possible et donc le plus consciencieusement possible ?

Quel est l'impact et quels sont les enjeux de la prescription pour : le patient, le médecin, le malade, la relation médecin malade, et l'industrie pharmaceutique ?

Que faire de ce constat d'une mauvaise observance ? Signifie-t-il que se sont de mauvais médecins qui soignent de mauvais patients ?

Faut-il malgré tout, dans tous les cas prescrire ; si oui, comment et avec quoi le faire au mieux ; si non pourquoi et comment ?

Et enfin, en ce qui concerne le patient, celui pour qui on s'est formé pendant des années d'arrache-pied, s'est-on déjà posé la question de ce qu'il ressent, de ce qu'il attend de la médecine et du médecin traitant référent choisi personnellement ?

Le patient est-il seulement un ensemble composé d'organes, fonctionnant dans un corps ? Ne serait-il pas plutôt un être singulier, inscrit dans une temporalité ?

Ma formation en sciences humaines sociales et médicales m'a permis de mûrir ces réflexions pour m'ouvrir aux autres et sur l'avenir.

«La philosophie pourrait consister à éclairer l'obscur comme à obscurcir ce que l'on tient pour trop clair ». (p24)[6]

Selon François DAGONET, le soin correspond à une trilogie assez dramatique : un décideur, le thérapeute-théoricien ; un médiateur. Le médicament qui matérialise la relation entre la théorie et la pratique est un receveur, avec sa singularité [6].

Mon expérience me montre que le médicament prend une place envahissante dans ma pratique et dans ma formation. Je préférerais accorder une plus grande place à l'aspect humain de la fonction de médecin. De façon incompréhensible pour moi, la prescription médicamenteuse semble un incontournable du soin et je trouve cela frustrant de me dire que le

patient me consulte pour un médicament. Pourquoi les patients attendraient-ils à tout prix de leur consultation la délivrance systématique de médicaments?

Nous sommes formés en pharmacologie, au cours de nos études, par la faculté, puis au cours de l'exercice de notre profession, principalement par les laboratoires pharmaceutiques. En tant que médecin, on nous apprend à répondre à une problématique (plainte, symptôme, résultat biologique....) par un traitement qui est principalement médicamenteux. C'est souvent à juste titre pour les pathologies organiques, cependant, «il faut savoir que 1/3 du travail des praticiens de médecine générale est dédié au traitement des névroses des patients, et que celles-ci ne se traitent pas par médicaments » [1]...

La prescription médicamenteuse est une réponse fréquente des médecins à l'attente présumée des patients. Mais, quelle place donner dans le soin à cet outil thérapeutique paraissant occuper une position de force centrale, à côté d'autres aspects de la prise en charge des problématiques de santé propres à l'exercice de la médecine générale ? En médecine générale (médecine de la personne), la prescription semble être un indubitable moyen de la démarche thérapeutique, mais, en est-elle pour autant une finalité ?

Le médecin est donc amené à comprendre le patient afin de lui trouver la thérapeutique médicamenteuse ou non médicamenteuse la plus adaptée. Il est également amené à déterminer si cette thérapeutique médicamenteuse ou non médicamenteuse est souhaitée ou pas par celui-ci. La délivrance d'une prescription médicamenteuse est un acte qui nécessite une réflexion du médecin et un consentement du patient. Elle doit donc être faite avec tact et mesure. Le médecin doit savoir manier et apporter le médicament au cours de l'acte prescripteur.

Les prises en charge de maladies graves curables ou non nécessitent des prescriptions médicamenteuses dans le cadre du suivi des recommandations de bonnes pratiques. En tant que praticiens, nous sommes amenés à suivre ces recommandations bien établies et à les faire accepter aux patients, selon les principes de l'Evidence Base Médecine. Cette conception, qui fonde les stratégies thérapeutiques aujourd'hui référentes, fait correspondre à des maladies parfois silencieuses et diagnostiquées par une médecine préventive, un traitement médicamenteux (par exemple : les traitements de l'angine à streptocoque B, de l'HTA, du diabète...).

Par ailleurs, nous sommes aussi souvent amenés à délivrer des traitements symptomatiques, en réponse à des symptômes décrits par le patient. Nombre d'entre eux correspondent à des maux, pour lesquels le corps médical ne retrouve pas toujours de raison organique ni d'explication fonctionnelle. Une thérapeutique médicamenteuse de soutien est alors souvent proposée, pour des raisons diverses et où chacune des parties du colloque y trouve son propre intérêt, quand bien même cela ne serait pas toujours justifié scientifiquement.

En deçà, et au-delà des recommandations de bonne pratique, dans quelle mesure pouvons-nous déterminer ce qui est bon pour le patient ?

Dans ces conditions, on peut alors penser que les médecins banalisent la prescription au cours de la consultation, sans toujours en mesurer les conséquences chimiques et psychologiques sur le patient. Parfois les médecins prescrivent à la hâte des molécules non dénuées de risque (par exemple les AINS). Cependant, ces médicaments à haut potentiel iatrogène ne pourraient-ils pas être remplacés par des médicaments moins dangereux, et qui, de par la façon dont ils seraient prescrits, pourraient avoir les effets bénéfiques que l'on recherche ?

Quel est alors l'intérêt du placebo ? Selon une étude Australienne parue dans le « Lancet » et reprise dans de nombreux journaux, le paracétamol® ne serait pas plus efficace qu'un placebo dans les lombalgies aiguës. Selon les *auteurs* : « il semble que les soins médicaux soient plus importants que l'approche pharmacologique ». L'efficacité du traitement prescrit, semble l'être d'autant plus que le médecin a confiance en l'efficacité de celui-ci. Dans l'article le « Médicament : un effet trompeur identifié » (Laurent FRICHET Le Point du 25-07-2014), le Dr Patrick LEMOINE, psychiatre, souligne en effet que « la conviction du médecin de l'intérêt d'un traitement va emporter celle du patient, et, l'on estime qu'elle compte pour un tiers du résultat thérapeutique » (le Figaro Juillet 2014).

La tendance serait la prescription par conditionnement, habitudes, rituels, standardisation. Ne nous réfugierions nous pas derrière cet acte de prescription, parce qu'il est conforme, rassurant, standard, pratique; et qu'il permettrait de satisfaire, et de gagner du temps dans la consultation ? Une fois la démarche diagnostique effectuée, la prescription médicamenteuse pourrait ainsi être une solution de facilité du médecin, voir un réflexe conditionné. Ne l'utiliserions nous pas aussi simplement parfois comme une valeur d'échange, de troc ?

En France, pays moderne industrialisé, la prescription médicamenteuse s'intègre dans l'offre de soin. Toutefois, en raison des restrictions budgétaires actuelles, se traduisant notamment par le déremboursement de plus en plus de médicaments, nous sommes incités à faire des économies en prescrivant moins et moins cher, d'où le développement du médicament générique. Il va falloir faire admettre aux patients et à la communauté de médecins que beaucoup de prescriptions sont revues à la baisse. Ainsi, dans le cadre d'une prise de conscience des autorités de l'inutilité de certains médicaments (dont on se rend compte que le service médical rendu est faible voir nul), des indications disparaissent ou ils sont déremboursés dans le but de faire des économies de santé. Actuellement en France, la consommation moyenne en médicaments par habitant est de 48 boîtes par an ! [16]

Les médecins se doivent de travailler avec un souci d'économie pour la société. Les patients, sont-ils pour autant plus regardants, et conscients des incidences financières de leur consommation ? Et, sont-ils prêts à se faire soigner à moindre coût, alors qu'ils cotisent et sont assurés pour le risque santé ? De mon point de vue, on assiste à de nouvelles façons de consommer le médicament. D'une part avec la disponibilité croissante des médicaments non soumis à prescription, la vente en ligne, et maintenant la demande de certains patients de disposer de délivrance d'ordonnances en ligne (ce qui se fait déjà en Suisse). D'autre part, il y a un attrait vers les médecines douces et notamment vers l'homéopathie. Le médicament a mauvaise presse, il est devenu un objet de polémiques récurrentes dans l'actualité tout public.

Il fait également couler beaucoup d'encre pour les travaux de recherche des médecins généralistes.

Cette réflexion doit-elle seulement engendrer une restriction quantitative de l'utilisation des médicaments? Ou alors, ne faudrait-il pas plutôt revoir l'aspect qualitatif de la prescription?

Les polémiques autour du médicament ne vont-elles pas compromettre la relation de confiance établie entre médecin et malade?

Au cours de mon exercice de la profession médicale, en qualité d'interne, j'ai pu constater que certains médecins hospitaliers considèrent les prescriptions des généralistes comme du confort inutile et inefficace faisant alors quelque fois subir aux ordonnances ce qu'ils appellent un «toiletage». Ces mêmes spécialistes, s'attachent à prescrire des «molécules innovantes préconisées où recommandées par le laboratoire «lambda» (au passage, soulignons l'omniprésence des laboratoires en milieu hospitalier et spécialisés notamment par l'intermédiaire de repas améliorés, de staffs, de congrès...); sans toujours s'affranchir des traitements déjà pris par le patient. Le médecin généraliste est alors souvent amené à renouveler ce médicament émanant d'une «autorité scientifique et intellectuelle supérieure». Or, les motifs de consultation, le contexte de délivrance, et les enjeux et portées thérapeutiques hospitaliers et de ville, ne sont pas les mêmes. La relation médecin patient n'est également pas de même nature, ainsi, cela ne permet pas toujours de faire l'impasse sur le sirop antitussif, le spray nasal, l'antibiotique pour les pathologies virales banales, etc... Les médecins, chercheurs et spécialistes sont quant à eux inscrits dans des impératifs relatifs à la recherche.

Il existe donc des stratégies différentes à l'égard du médicament, soit, d'une part celle du médecin spécialiste d'organe, dont la connaissance se fonde sur les maladies et les prescriptions sur des molécules innovantes et d'autre part celle du médecin généraliste qui a la connaissance de son patient et pour qui il aspire à son mieux être. Cette pluralité de démarches et de stratégies thérapeutiques peut mettre à mal la confiance du patient envers les médecins. En effet, le patient n'est pas toujours en mesure d'en comprendre le bien fondé, ce qui peut parfois être une source de confusion.

Les statistiques sur l'observance sont «mauvaises» (environ 50% d'inobservance) [18]. Peut-on donc en déduire que dans 50% des cas les médecins se trompent sur les attentes des patients? Quelles en sont alors les causes? Une mauvaise écoute, un désaccord, un autoritarisme, une prescription non souhaitée par le patient, etc? Prescrivons nous trop et mal? Si tel est le cas, notre devoir serait d'y remédier.

Mon hypothèse de départ est de penser que la médecine générale est une spécialité permettant de trouver les ressources pour relativiser la place que peut prendre le médicament dans le soin. Cette perspective ouvre alors un champ plus vaste, qui est celui de l'orientation de nos pratiques professionnelles.

Ce sont autant de questions qui m'amènent à définir ce sujet vaste et passionnant autour de la prescription médicamenteuse. Cette perspective ouvre de nombreuses portes sur le rôle du médecin au sein de notre société.

Problématique: La prescription médicamenteuse est-elle une condition nécessaire et/ou suffisante pour soigner ?

En tant que médecin généraliste, il est donc très important de savoir ce qui se passe au cours de la consultation à travers cet acte : « prescription médicamenteuse », afin de le mettre au service du patient (et non au nom de la société et du médecin) pour un soin de qualité.

Il y a quelques décennies, les patients étaient encore soumis à l'autorité paternaliste du médecin qui longtemps a prescrit sans contrainte budgétaire, sans réticence des patients et avec la sponsorisation sans limites des laboratoires pharmaceutiques, faisant figure d'outil pour certains, ou semblant pouvoir être une finalité pour d'autres, évitant de passer du temps à expliquer au patient ses symptômes, ou à revoir et réévaluer ses thérapeutiques en cours. Pendant longtemps donc, les médecins ont beaucoup prescrit, pour fidéliser le patient (parce que le médecin référent n'existait pas), honorer les laboratoires pharmaceutiques (l'importance du cadeau était fonction du nombre de boîtes prescrites). Pourquoi ? Comment la médecine en est arrivée à ce que le médicament ait cette place au sein de la relation patient-médecin et semble autant inscrit dans l'inconscient collectif du soin et du mieux-être ? Quelles en sont les conséquences ? Pourquoi faut-il qu'un médecin soit obligé de se justifier auprès du patient du contenu limité ou raisonné de ses prescriptions ? Et pourquoi semble-t-il évident pour le patient de sortir de la consultation avec une prescription médicamenteuse pour pallier à son mal ? Nous verrons que la médecine, comme le reste des consommables, a ses modes.

Dans une **première partie**, à la lumière de notre histoire je circonscris et situe les attentes en prescription médicamenteuse. En effet médecins et patients baignent dans une culture du soin, chargée d'histoire. Je fais un bref état des lieux sur notre société d'hier à demain (perspective). Je pose également les bases théoriques et lexicales sur les représentations du soin pour déterminer en quoi elles viennent interroger le savoir médical.

« Le doute n'est pas au-dessous du savoir, mais au-dessus ». (Alain, Emile-auguste CHATIER)

Quel regard critique portent les patients sur ce que font les médecins ?

Le patient est-il dupe ? Se rend-il compte d'un certain rouage commercial ? Fait-il encore pleinement confiance aux prescriptions médicamenteuses, avec tout ce qu'il peut entendre ou lire dans la presse ? Est-t-il d'accord avec son ordonnance ? Et, s'il ne l'est pas, manifeste-il ce désaccord, ou acquiesce-t-il, en sachant pertinemment qu'il ne respectera pas totalement la prescription, voir ne passera pas à la pharmacie ? La simple consultation du médecin traitant avec une ordonnance lui suffit-il ? Est-ce l'unique rôle de l'ordonnance que d'être consommée ?

Comme le dit Jean Pierre PIERRON dans l'article intitulé : « *L'approche anthropologique du médicament un objet symbolique* ». «*Le médicament condense la rationalité médicale et des multiples transactions relationnelles. Pour cette raison, le médicament paraît un bon analyseur grâce auquel penser les relations médicales interculturelles* » [14].

Dans une **deuxième partie**, j'expose la méthodologie d'herméneutique utilisée pour les entretiens menés et pour leur analyse. Les scripts sont répertoriés en annexe. Les patients ont été questionnés sur leurs attentes en prescription médicamenteuse au cours du soin.

«... il y aurait dû avoir ... l'approfondissement » ... (m'a dit Aurore)

Les patients ont tant à nous apprendre !

Dans une **troisième et dernière partie**, je discute les résultats de mon enquête de terrain, mis en regard avec les hypothèses initiales et le travail théorique réalisé en amont à la lumière de la littérature.

J'apporte également des éléments de réponse et de réflexion aux différentes questions posées ainsi qu'à quelques autres questions sur les motifs de la consultation et les attentes en traitement des patients. Recherchent-ils la nouveauté ? Sont-ils méfiants envers les traitements, envers les médecins ? Viennent-ils juste voir un prescripteur pour pouvoir se fournir des traitements particuliers dont ils pensent avoir besoin ? Sont-ils plus curieux ? Leur demande de modification de traitement n'est-elle pas un prétexte pour engager la conversation sur des raisons plus profondes, sources de leur mal être ?

Toutes ces réflexions ont été menées méthodiquement, muries et réfléchies à la lumière de grands auteurs comme Mickael BALINT, Sylvie FAINZANG, Martin WINCKLER ... D'autre part, j'ai la chance d'avoir bénéficié d'un solide l'encadrement par deux Docteurs, l'une en philosophie et l'autre en médecine générale, alternative et complémentaire.

L'objectif de mon travail de recherche est d'apprendre à développer mes capacités d'écoute active et de compréhension des patients, afin de déterminer autant que faire se peut, leurs besoins propres, avec le souci de répondre au mieux et avec soin, à leurs attentes.

Puis, je conclus et ouvrant vers d'autres horizons de réflexion.

II. LE REMEDE FAIT CULTUREL, ETHIQUE ET POLITIQUE DE LA SANTE PARTAGEE :

A) Horizons culturel et social :

Dans cette première partie, je fais un tour d'horizon des bases sur lesquelles reposent la pluralité des représentations au sein de notre société occidentale actuelle. Il existe deux façons d'en parler, à la fois de façon historique et à la fois de façon culturelle. En effet, beaucoup d'éléments de l'histoire sont utiles pour comprendre notre présent et sont même parfois encore d'actualité. D'autre part, notre mode de pensée et notre fonctionnement reposent sur ce qui nous entoure dans la vie de tous les jours et qui fonde ce qu'on appelle la socialisation.

1) Culture et socialisation :

1. Naissance des grands courants de pensée et de quelques principes thérapeutiques :

De tout temps, l'activité du médecin a consisté à, soulager la souffrance en délivrant des soins, à faire en sorte de conserver la santé et à éviter le développement de maladies. L'exercice de la médecine a permis d'accroître l'espérance de vie. Alors que l'espérance de vie de l'homme médiéval était aux alentours de 25 ans (mortalité infantile très élevée), elle est actuellement d'environ 80 ans en occident.

- Au **temps de la préhistoire et des temps archaïques**, ce sont les sorciers, prêtres, magiciens et chamans qui soignaient. Afin de guérir, il fallait déterminer la divinité responsable des troubles et déterminer la raison de sa colère, afin de prescrire ce qu'il convenait de faire. A l'époque, prescrire consistait en une pratique magique, reposant sur des incantations, des rituels, le port d'amulettes, de tatouages...

- Dans l'**antiquité**, le dogme de la médecine Gréco-romaine est le suivant : « le médecin tient son autorité des dieux, le patient doit avoir foi et juger obéissance ». (p148) [1]

C'est l'aire de la naissance de l'empirisme, faisant référence à une vérité clinique, qui confère à cette vérité pratique, plus de valeurs qu'une vérité purement théorique. L'empirisme, est une pratique de la médecine, qui se fonde uniquement sur l'expérience, l'observation, le hasard ; rejetant ainsi tout recours à la théorie ou au raisonnement. (L'empirisme s'oppose en particulier à l'innéisme et plus généralement au rationalisme pour qui nous disposerions de connaissances, idées ou principes a priori.)

- Au **Vème siècle avant JC**, c'est l'époque hippocratique où la maladie était considérée comme un déséquilibre, un désordre interne qu'il fallait corriger. D'abord par des dispositions

alimentaires (régime) et physique (exercice, exposition aux vents...) et des évacuations : transpiration, vomissements, expectoration, ... La rupture d'harmonie interne est déjà une réponse naturelle de l'organisme à une rupture de l'harmonie avec le milieu. On accorde peu de crédit à la « matière médicale » (*pharmakon*) susceptible d'effets bénéfiques mais aussi d'effets délétères. (p16) [26]. La médecine doit aider la nature dans le processus de guérison. Il y a *désacralisation et naturalisation des phénomènes*. Les faits sont constatés afin d'être expliqués.

- Au **III^{ème} siècle avant JC** c'est l'époque des autopsies. Les plantes guérissent la plupart des maux (environ 60 plantes médicinales sont répertoriées). Les traitements reposent également sur des saignées, bains et aspersion d'eau.

- Dès le **II^{ème} siècle avant JC**, apparaît une première référence thérapeutique : le codex (*Pharmacopée royale galénique et chimique*), destinée aux pharmaciens, afin de perfectionner et entreprendre des préparations.

- Dès le **moyen âge**, l'orientation pratique est dominée par la clinique et la thérapeutique. La médecine arabe développe la réflexion clinique dans le sillage de la tradition hippocratique et c'est par son biais que vont se constituer les premiers jardins botaniques en vue de soigner (dans les monastères) en Occident (p17) [26].

- Au **XVIII^{ème} siècle**, coexiste une médecine qui use du médicament de façon « *métaphorique* », c'est-à-dire en attendant un effet autant physique que moral (les amers découpent le corps et l'âme (cf. Foucault, histoire de la folie à l'âge classique) (p33) [26] et une médecine commençant à se fonder sur les sciences modernes. Apparition des 1ers essais cliniques, avec le suivi d'une voie logique et non plus doctrinale. Il y aura une réorganisation institutionnelle et médicale : la formation des médecins repose sur une observation clinique et des résultats d'analyse anatomo-pathologiques (étude des tissus et non plus des organes), apparition de la nosologie (classification des différentes pathologies), de la première vaccination humaine contre la rage et la variole. La médecine d'observation démontre vite l'irrationalité et l'inanité (inutilité) de la pharmacopée galénique, jusque-là massivement employée.

Le cuisant échec de la tuberculine, qui a suscité d'immenses espoirs vient stimuler la réserve des médecins à l'égard du médicament. Beaucoup de médecins redécouvrent les vertus de l'expectation (l'expectation est l'attente de quelque chose que l'on anticipe et envie avec excitation jusqu'à ce que cette chose puisse se réaliser) et beaucoup s'adonnent au nihilisme thérapeutique (le nihilisme est le rejet des valeurs de la génération précédente et le refus d'accepter les valeurs de l'idéal collectif du groupe). Il y a une interdiction de la prescription de médicaments dangereux ou tout du moins dont on n'était pas sûr, à une époque où la pharmacologie expérimentale n'existait pas encore.

Dans l'ouvrage, une pensée médicale, le médecin et écrivain Louis-Ferdinand Céline DESTOUCHES (1894) écrit : « *Il y a eu dans l'histoire de la médecine des phases où le progrès consista surtout à éliminer des traitements inutiles ou nuisibles* ».

Il était fervent de la médecine hygiéniste, qui pour lui devait être remise sur pied, il pense qu'il faut réinterpréter toutes les pathologies à partir de son terrain socio-économique. Il veut repenser la médecine, imposer l'hygiène, revoir l'alimentation, interdire l'alcool, assainir les conditions de vie, soigner les malades au travail. Il est hostile à une médecine omnipotente, trop invasive et sûre d'elle, il souhaite des malades moins : ahuris, vaniteux, empoisonnés. La thérapeutique se doit d'être active, expéditive et contrôlable. »

Dans la médecine hygiéniste, la prescription médicamenteuse ne retrouve guère sa place dans une médecine qui mise tout sur la prévention et l'hygiène. L'efficacité consiste à empêcher la maladie d'éclater ou de se répandre, non de l'enrayer une fois qu'elle se manifeste. Fournir un médicament au malade serait lui concéder une liberté jugée dommageable, ce qui laisse concevoir dans ce cadre le rôle mineur du médicament. La méfiance pour le médicament et la méfiance pour le malade se renforcent mutuellement. La consommation pharmaceutique est interprétée comme le signe d'un dérèglement social annonciateur d'autres. Laisser les indigents consommer des médicaments c'est développer chez eux le goût du luxe, l'habitude de voir leurs envies satisfaites au risque de les voir transférer ces comportements dans d'autres domaines. Le médicament serait donc le plus souvent exigé par le malade qu'imposé par le médecin. Au palmarès des médicaments les plus demandés : remèdes gourmands et fortifiants, médicaments drastiques. [6]

Cette conception hygiéniste du soin et de la médecine revient peu à peu au goût du jour. Sur le site <http://www.hygienisme.org/> le slogan est le suivant : « *l'art de se nourrir et de se soigner en harmonie avec les lois de la nature* ». Leur devise : « *parce que votre santé est votre bien le plus précieux, il est important d'en prendre soin et de comprendre les mécanismes de fonctionnement de votre organisme. En observant un comportement alimentaire en harmonie avec les lois de la nature, de nombreux symptômes de pathologies finiront par disparaître naturellement. L'hygiénisme nous rappelle qu'il faut : supprimer la cause et l'effet disparaîtra* ». (Sur ce site on peut acheter des livres et autres produits de consommation).

- Au **début du XIX^{ème} siècle** les pharmaciens ont légalement le monopôle de la fabrication du médicament et de sa vente. La fabrication de produits thérapeutiques quitte alors la sphère de l'officine et de l'artisanat pour passer au stade industriel sous forme de spécialités, avec un contrôle total de la production médicamenteuse par l'autorité politique et médicale. La distribution des produits thérapeutiques échappe aux circuits informels pour devenir le monopole de professionnels reconnus.

La France reçoit gratuitement au domicile ou à l'hôpital les secours médicaux et pharmaceutiques. Tout a été fait pour rendre le médicament le plus accessible et le moins coûteux.

Puis la puissance du médicament s'accompagne d'un usage exclusif comme si à chaque maladie devait correspondre un remède et un seul, proportionné à la gravité du mal.

« *Le succès du médicament est l'échec de la médecine hygiéniste et de la médicalisation* (cf. définition plus bas) telle qu'elle a été conçue à la fin du XVIII^{ème} ; une tutelle du médecin sur*

le malade et la société. Le succès du médicament c'est le triomphe de la logique marchande dominante, mieux vivre en consommant plus » [6].

Les médecins sont parmi les fourriers (c'est-à-dire avants coureurs, précurseurs) du médicament mais ce rôle leur a été imposé. En introduisant la **logique libérale dans leur relation avec les malades**, ils ont contribué à en faire une relation commerciale qui, comme toutes les autres, se résume à un produit [6]. En offrant au client à la fois une hygiène répressive et exigeante et un produit nimbé de toutes vertus, les médecins du XIX^{ème} siècle ont sans doute involontairement poussé leur client à réclamer le second. *Le succès du médicament c'est le triomphe de la logique marchande dominante qui s'introduit dans des domaines qui devraient lui échapper ; celui d'une aspiration à mieux vivre qui s'exprime dans la volonté de consommer plus.* La rationalité scientifique et technique fait place à la raison médicale qui n'est autre que la raison du malade [6].

- Fin du **XIX^{ème} siècle** (avènement du Darwinisme), début de la bactériologie avec la découverte des antibiotiques. Cette innovation thérapeutique révolutionne la fin du XIX^{ème} siècle, mais sera à l'origine d'abus de consommation. On a fait croire aux médecins et aux patients qu'il était possible de répondre à toutes attaques infectieuses, ce qui fait ainsi le bonheur des médecins, leurs patients étant reconnaissant de la toute-puissance de leur acte prescripteur et le bonheur des patients d'avoir quelque chose en quoi ils puissent croire. Cet engouement réciproque a rendu l'usage des antibiotiques quelque peu irrationnel.

« Si le médecin ne donnait pas de médicaments, il valait mieux aller voir un guérisseur. Etait bon médecin celui qui prescrivait une belle ordonnance » [6].

- Début **XX^{ème} siècle**, la médecine fondée sur des preuves, centrée sur les statistiques est l'avènement de la scientification de celle-ci. Après la seconde guerre mondiale, plusieurs laboratoires pharmaceutiques sont devenus de véritables multinationales (p216-240) [6].

Il a été décrit une médecine uniquement fondée sur la dimension organique qui n'est jamais totalement autonome par rapport à l'existence globale, appelée médecine vétérinaire, elle est inadaptée à l'Homme.

Apparition de la biomédecine, la perception du normal et du pathologique est alors profondément modifiée et on se fie de moins en moins aux symptômes et de plus en plus à des normes biologiques» (p150) [18]. Apparition d'une doctrine de la science chrétienne, le courant philosophique scientiste, « **il n'y a que de l'inconnu et point d'inconnaissable** ». Il affirme que la science nous fait connaître la totalité des choses qui existent et que cette connaissance suffit à satisfaire toutes les aspirations humaines (c'est une dérive du positivisme). Le positivisme considère que le savoir scientifique explique les choses telles qu'elles sont.

La science est un système structuré d'énoncés formulés à propos d'un objet bien délimité et universellement valable car fondé au moyen d'une méthode rigoureuse et fiable. Les préjugés scientistes sont un type de modèle qui repose sur l'illusion qu'il suffirait de faire abandonner les fausses croyances par un savoir biomédical pour changer les comportements. Le

scientisme (apparaît au XIX^{ème} siècle) donne pour *idée l'extension des méthodes scientifiques issues de la physique à tous les domaines de l'existence*. Le scientisme est une croyance qui consiste à reporter sur la science les principaux attributs de la religion.

C'est le biologiste Félix LE DANTEC qui lança ce mot dans un article paru en 1911 dans la *Grande Revue* : *«Je crois à l'avenir de la Science : je crois que la Science et la Science seule résoudra toutes les questions qui ont un sens ; je crois qu'elle pénétrera jusqu'aux arcanes de notre vie sentimentale et qu'elle m'expliquera même l'origine et la structure du mysticisme héréditaire anti-scientifique qui cohabite chez moi avec le scientisme le plus absolu. Mais, je suis convaincu aussi, que les hommes se posent bien des questions qui ne signifient rien. Ces questions, la Science montrera leur absurdité en n'y répondant pas, ce qui prouvera qu'elles ne comportent pas de réponse. »*

Selon le dictionnaire philosophique LALANDE, les mots scientisme et scientiste (l'adepte du scientisme) désignent soit l'idée que la science fait connaître les choses comme elles sont, résout tous les problèmes réels et suffit à satisfaire tous les besoins légitimes de l'intelligence humaine, soit moins radicalement, l'idée que l'esprit et les méthodes scientifiques doivent être étendus à tous les domaines de la vie intellectuelle et morale sans exception.

Voici maintenant, la conception que s'en faisait en 1911, le philosophe Jules DE GAULTIER : *«Plus ou moins avoué, le scientisme implique les postulats suivants : que le monde est un tout donné, que le jeu phénoménal est compris dans un circuit fermé, que tout est donc calculable, que l'esprit scientifique ne doit pas désespérer de capter dans ses formules l'énigme apparente de l'univers, qu'il n'y a pas d'inconnaissable. Subsidiairement, ces postulats impliquent d'autres croyances : la croyance au mieux, à l'homme plus heureux par la possession plus complète des lois de la nature, la croyance à la substitution possible des méthodes scientifiques aux religions et aux morales, soit la croyance à la solution rationnelle du problème moral. Par-là, la croyance scientiste relève, parmi les catégories philosophiques, de celles que j'ai nommées, « philosophies de l'Instinct vital » : comme les diverses religions, comme les diverses philosophies spiritualistes, elle a pour effet de donner aux hommes des raisons de vivre, de fomenter l'intrigue et les prétextes du jeu phénoménal, de faire croire pour faire agir. Elle ne recherche pas, comme les « philosophies de l'Instinct de connaissance », la connaissance pure et simple, mais elle recherche la connaissance en **vue d'un but**. Il ne s'agit pas pour le scientisme de connaître comment les choses se passent pour le savoir, mais de **connaître pour agir**. La connaissance n'est pas ici une catégorie, un mode de la vision, elle est un mode, un ressort de l'action, elle est un moyen pour un but, elle suppose l'existence du but, elle implique **finalisme**. L'organisation scientifique de la vie, qui est l'un des vœux souvent énoncés du scientisme, suppose en effet que la vie comporte un but, que ce but est donné et qu'il est connaissable; car on n'organise qu'en vue d'une fin. Le scientisme implique donc finalisme, finalisme au sens le plus métaphysique. Mais, c'est de plus une croyance déraisonnable parce qu'elle prétend se fonder sur la raison, sur les formes de notre faculté de comprendre, et, que ces formes nous montrent l'expérience, le devenir de l'existence, se développant parmi les perspectives indéfinies du temps, de l'espace et de la cause insaisissable, donc, dans leur totalité échappant nécessairement à l'étreinte du savoir ».*

Extrait de la *Revue philosophie de la France et de l'étranger*, sur :

<http://agora.qc.ca/dossiers/Scientisme>.

Il en découle que « le succès du médicament traduirait le ralliement populaire aux normes médicales et ne serait qu'une conséquence de la médicalisation*. Les conduites rationnelles dictées par la science sont en opposition avec le monde des croyances irrationnelles dans lesquelles baignait l'antique remède » (p216) [6]. « La science médicale a survalorisé la simple statistique de la longévité au dépens de l'évaluation de la qualité de vie » (p160) [1].

La médicalisation de la société est l'extension des pratiques médicales à tous les domaines de l'existence (individuelle comme sociale) échec scolaire, alcoolisme, violence, obésité, bien être, etc. Quand certains auteurs parlent d'une médicalisation voir d'une médication de la société, Edouard ZAFIRAN (psychiatre et psychothérapeute français) dit que «*pour être médicale, la psychiatrie avait besoin de médicaments* » (p75) [4].

L'informatisation a aussi joué un rôle dans l'évolution des pratiques médicales. A la **moitié du XXème siècle** apparait la commercialisation des premiers ordinateurs. Vers 1980 les fondements de l'internet moderne commencent à se répandre autour du globe. L'outil informatique permet de prescrire plus facilement (avec les logiciels d'aide à la prescription qui ne sont jamais indépendants des firmes pharmaceutiques), mais parfois au détriment de la communication (p40) [17]. L'outil informatique permet l'accès direct et complet à l'information via internet, mais aussi une transmission et une réception de courriers entre confrères, de résultats biologiques et autres comptes rendu. Il permet également un gain de temps avec la télétransmission (feuilles de soin, arrêt de travail, ALD), une meilleure gestion et un meilleur suivi du patient (dossier patient informatisé), une économie de papier, un gain de place, etc. La médecine se modernise et suit le mouvement de la *technologisation* de la vie. Cette informatisation va également avec l'atténuation du statut de la toute-puissance du médecin, avec internet les patients ont un accès facile à l'information médicale, le savoir omnipotent du médecin est alors détrôné. D'autre part, la dactylographie fait disparaître de la circulation l'écriture illisible du médecin qui conférait à la rédaction de son ordonnance une connotation quelque peu divinatoire. « Il existe une valeur symbolique de l'ordonnance et de l'écrit, qui est le reflet de l'incarnation du pouvoir du médecin et de sa délivrance » (p92/98) [18]. Dans l'aire de l'informatisation, le « mythe du médecin » fondé sur son savoir et la rédaction manuscrite des ordonnances est remis en question.

2. Société dans laquelle médecin et patient vivent:

La société est faite d'un ensemble d'individus.

L'individu est par définition une unité indécomposable qui fait de chacun un être original, pas seulement biologiquement, historiquement et socialement déterminé, qui intériorise des facteurs culturels multiples au-delà desquels il exerce un choix.

Une société n'est pas un ensemble homogène, elle est constituée de groupes sociaux distincts, dotés d'une culture (en partie) propre, transmise lors de la socialisation primaire. Lorsqu'a lieu la mobilité sociale elle nécessite un processus d'acculturation plus ou moins aisé. Selon Sayad Abdelmalek c'est l'un des ressorts de la « double absence » vécue par les individus qui ont émigré, tenus pour étrangers dans leur société d'accueil, ils le sont aussi quand ils retournent dans leur société d'origine. Les individus reçoivent des socialisations différentes selon leur sexe. C'est l'un des aspects les plus puissants de la socialisation que de transformer une différence biologique (le sexe) en une différence sociale (le genre), « on ne naît pas femme, on le devient » écrivait Simone de Beauvoir. Apparemment dictées par une différence génétique, les identités masculines et féminines sont en réalité des constructions sociales, produites par la socialisation primaire et confortées par la socialisation secondaire, à l'école, dans le couple et au travail. Les déterminants sociaux sont les paramètres sociaux qui ont de l'influence sur l'état de santé : sexe, catégories sociales professionnelles et statut familial.

La socialisation est le processus au cours duquel tout au long de sa vie un individu apprend et intériorise les normes les rôles sociaux et les valeurs de la société à laquelle il appartient, et construit son identité sociale (p129) [26]. Il existe deux types de socialisations, l'une primaire qui façonne durablement la personnalité des individus et la famille est alors probablement l'instance de socialisation la plus déterminante, l'autre secondaire entraîne une construction de l'identité des individus, elle est déterminée par l'école, les groupes de pairs (amis), les organisations professionnelles (entreprises, syndicats), les églises, les associations, les médias, qui peuvent soit prolonger, soit contredire la socialisation familiale.

Il y a deux façons de voir la socialisation, d'une part la socialisation conçue comme un *processus par lequel la société fait l'individu*, la socialisation n'étant pas exclusivement un processus unidirectionnel, les interactions sont des actions réciproques porteuses d'influences mutuelles entre les êtres sociaux. À la faveur de ces interactions se construisent, se confortent, se défont et se reconfigurent des manières d'être ensemble, des modes de coexistences, mais aussi des systèmes d'attitudes. La socialisation apparaît donc comme un processus d'interaction entre un individu et son environnement. Il existe des phénomènes de socialisation réciproque entre générations, par exemple entre enfants, parents et grands-parents, les enfants initiant souvent les parents à l'informatique ou aux cultures récentes. Et d'autre part la socialisation conçue comme une *suite d'interactions au cours de laquelle, l'individu fait également la société*. Les normes sont moins intériorisées qu'interprétées. C'est le cœur de l'analyse de Jean Piaget sur l'éducation et la socialisation des enfants. Il pense que les individus sont actifs dans leur socialisation, qu'ils y participent, qu'ils interprètent et à l'occasion rejettent en fonction de leur expérience les normes et les valeurs qu'on leur transmet, ce qui contribue à les faire évoluer et favorise le changement social. C'est ainsi que l'on constate que les enfants n'ont jamais tout à fait les mêmes croyances, les mêmes valeurs et les mêmes manières de vivre que leurs parents.

Dans la société, médecins et patients, sont des individus socialisés. « ***La conduite du médecin résulte d'une construction sociale à la fois de son rôle et de sa place dans la relation médecin malade, qui le moule et le modèle*** ». Le terme patient tend actuellement à être remplacé par le mot usager. « Les logiques collectives sont au fondement des attitudes

des patients ». Par exemple « donner l'image d'un malade bien informé est une image socialement construite comme valorisante ». « **La relation médecin patient et une relation sociale et pas seulement thérapeutique ni même seulement interpersonnelle** ». « En tant que relation sociale, la relation thérapeutique contient inévitablement de la collaboration, de la complicité mais aussi du conflit, de la crainte ou de la compétition. Mensonges et vérités sont justifiés au nom des mêmes principes : celui de l'éthique et de l'utilité » (p73-97-140-147) [3]. Les médecins préparent leurs patients dès la plus tendre enfance à ce qui les attend lorsqu'ils se rendent chez leur médecin. Le médecin joue son rôle dans la collusion du silence » (p240) [2]. La société qui conditionne notre mode de vie, nous amène à penser la maladie, le corps, l'esprit et à consommer des médicaments. Patient et médecins sont formatés (socialisés) et agissent donc d'une certaine façon concevant le soin selon certains angles bien définis.

Ainsi, je me suis déjà sentie obligée de prescrire des antibiotiques chez une dame âgée qui présentait une bronchite d'allure virale. Je l'avais traité symptomatiquement lors d'une première consultation. Puis n'allant pas mieux au bout d'une semaine elle sollicita une deuxième consultation ou sa cousine était alors présente. Je me suis alors sentie obligée de prescrire un antibiotique alors que les critères scientifiques ne correspondaient pas. D'une part je me devais de prendre une décision et d'autre part, je sentais une pression pour prescrire des antibiotiques. J'avais peur du reproche si jamais je ne prescrivais pas d'antibiotiques. Au final, cet antibiotique ne fut pas non plus efficace, le médecin chez qui j'étais en stage retourna donc la voir, lui prescrivit alors un autre antibiotique sous forme d'injection. La patiente fut alors victime de la iatrogénie liée à cet antibiotique et fit une réaction allergique importante, puis un zona etc. Le corps médical ressent une pression de prescription ainsi qu'une obligation de moyens qui pour diverses raisons peut faire prescrire à tort (par exemple pour ne pas rentrer dans le conflit, pour des raisons pratiques (éviter les examens complémentaires) ou pour ne pas être source de critiques ou de reproches). La complication liée à l'antibiotique ne fut pas reprochée au médecin ce qui montre comment en France l'antibiotique est mis sur un pied d'estale, est vénéré, réclamé, comme un produit miracle devant être mis à toutes les sauces. On ne supporte pas d'être malade, on est impatient face à la maladie. Cela gêne, dérange, énerve, inquiète d'être malade. Le médecin se sent alors dans l'obligation de répondre aux attentes de guérison par des moyens qui ne sont pas toujours rationnels.

A cause du médicament certaines maladies peuvent être de pures constructions sociales. Cet extrait d'article de presse intitulé *hyperactivité les belles mais utopiques recommandations de la HAS (haute autorité de santé)* nous le montre bien. Le psychanalyste Patrick LANDMAN y déclare que le TDAH (trouble déficit de l'attention hyperactivité) est une « *construction sociale. [...] en somme, c'est le produit qui crée la maladie* ». (Revue de presse rédigée par Laurent FRICHET (journaliste) parue dans Le Figaro (le 11/02/2015), La Croix, Libération, Le Parisien). Ainsi, c'est parce qu'on a trouvé un médicament actif sur certains enfants plus turbulent que d'autres et avec une capacité de concentration moindre, que ce type de comportement déviant a été catégorisé comme maladie.

Pour réaliser ma thèse, je me suis inspirée des travaux du chercheur sociologue Sylvie FAINZANG, qui consistent à chercher le sens derrière l'évidence. Dans son ouvrage intitulé *médicament et société*, elle s'efforce de comprendre le sens de gestes en apparence insignifiants, en les rattachant à leurs origines religieuses et/ou culturelles. Elle a étudié la place de l'ordonnance, dans la vie des individus, celle accordée dans le processus de guérison et l'attitude des patients envers des médicaments prescrits ou non. Selon Sylvie FAINZANG le sort que les patients réservent à l'ordonnance dit quelque chose du rapport qu'ils entretiennent avec l'auteur des prescriptions et rend compte des comportements de santé, du rapport à l'autorité et au savoir. Ses objectifs sont mieux connaître les patients, leur rapport au corps, à la maladie et au médecin. Son étude a dégagé des tendances objectivables par l'observation de récurrences à l'intérieur d'un même milieu culturel (défini ici par le fait d'avoir une origine religieuse commune) dans une population hétérogène à de nombreux autres égards. Elle a questionné le culte dévoué au médicament et pour cela elle a demandé aux patients comment ils pensaient que le médicament agisse. Pour déterminer les représentations du médicament elle a analysé les termes employés par les patients eux même pour définir ou qualifier les médicaments qu'ils prennent, dans la mesure où le choix des mots pour désigner les médicaments utilisés est porteur d'une volonté : celle de signifier le rapport établi entre soi et le produit (p75) [4].

3. Culture religion et génération :

La France est un des pays les plus grands prescripteurs au monde avec 92% des consultations qui se concluent par une ordonnance [17]. La prescription est un acte qui fait partie de nos « coutumes ». Les médicaments sont au cœur de la relation médecin patient, considérés comme des outils phares au cours de notre consultation et comme une aide extérieure précieuse pour notre action thérapeutique. La rédaction de l'ordonnance par le médecin généraliste est un moment important de la consultation dont peu de patients accepteraient de se passer. Cet acte est complexe et porteur de sens. Savoir manier la prescription c'est savoir utiliser une des nombreuses ressources utiles au soin. Comme toute évolution elle entraîne dérives et abus concernant sa promotion et son utilisation.

Les attentes envers la prescription médicamenteuse sont différentes en fonction des générations. En effet, les événements historiques marquant influencent les comportements. Par exemple, les anciens, marqués par la guerre ont connu le rationnement et ont généralement tendance faire des provisions ; alors que les générations du baby-boom sont plus consuméristes (société de consommation) et les générations actuelles (que j'appelle les générations coca, Mc Donald et autres) encore plus, car ils achètent du « tout prêt tout emballé ».

Selon la culture, les représentations et donc les attentes ne sont pas les mêmes (cf. partie représentation de la santé et de la maladie).

La religion oriente aussi la façon de penser et le patient est plus en confiance avec un médecin de même religion, qui serait plus à même d'avoir les mêmes valeurs remarque Sylvie FAINZANG qui a analysé l'influence des religions sur la perception du médicament. J'ai repris pour illustration quelques résultats de son étude: les musulmans utilisent les textes sacrés comme recours thérapeutique considérant qu'il faille incorporer la lettre dans son corps et boire les mots sacrés du coran pour les Islamistes ; chez les catholiques, il y aurait une tendance au désir de faire partager aux autres membres de la famille des médicaments jugés bons, les antalgiques sont considérés comme des produits de consommation courante d'autre part il existe chez les chrétiens une métaphore du corps machine et du médicament comme roue de secours quand cette machine est crevée avec ce dualisme du corps et de l'esprit. Dans le christianisme, la douleur est valorisée selon une conception doloriste. Chez les protestants il existe une vision plus individualiste de la prescription (p29) [4].

« L'enjeu à venir des relations médicales interculturelles est donc de ne pas craindre d'inventer une thérapeutique qui soit polythérapeutique » (sous-entendu pour pouvoir toucher un public le plus large possible). « Dans un contexte interculturel, la rationalité biomédicale y trouve le rappel de la tentation de la colonisation instrumentale du monde vécu de la maladie qui la guette ». « *L'idéologie technoscientifique du médicament pharmaceutique prolongé en médicament marchandise trouve elle dans le remède traditionnel de quoi relancer une recherche occidentale à bout d'invention, ayant ciblé sa recherche sur les bénéfiques plutôt que sur les bienfaits répondant aux besoins ? La coexistence et les usages mêlés du remède traditionnel, du médicament de la rue, du médicament prescrit, du médicament vagabond acheté sur internet interroge les identités culturelles porteuse des traditions soignantes* » [14].

2) Cadres et pouvoirs

« ***Le médicament est un objet scientifiquement manipulé et socialement manipulable*** ». « *Médicament et remède traditionnels, dans des usages aujourd'hui mêlés, révèlent des situations où coexistent des rationalités concurrentes* » [6].

Max WEBER (économiste et sociologue Allemand) a défini la rationalisation comme le perfectionnement d'une organisation en vue de son meilleur fonctionnement. Dans les sociétés modernes, elle inscrit le passage de l'horizon traditionnel à l'horizon technique avec ce conflit entre le paternalisme et l'argumentation que fonde une relation contractuelle.

Les médecins sont fortement incités à prescrire des médicaments avec les influences culturelles, de la socialisation et des laboratoires pharmaceutiques. Comment peut-on travailler en partenariat avec des laboratoires pharmaceutiques dont le seul but est de faire du profit, en utilisant le système de santé de la société pour gonfler leurs profits. Tous les produits développés par les industriels (dans le seul et unique but que nous venons de voir) sont là pour nous faire consommer encore plus (malbouffe, substances addictives, produits de traitement, pollution, politique de rentabilité responsable de licenciements massifs, etc.

Entrainant diabète, HTA, obésité, cancers, asthme, dépression, etc.), un cercle vicieux est en place. Comme nous venons de le voir, la société de consommation nous rend malade et dépendant, introduisant ainsi sur le marché le médicament au même titre que les consommables dont on en fait également la promotion.

1. La socialisation par les médias :

Les médias exercent également un rôle sur le climat émotionnel de la population, les attentats de Charlie hebdo en sont un exemple. Un pharmacien de la banlieue parisienne interviewé par les journalistes parle d'une recrudescence de délivrance d'anxiolytiques et de somnifères dans les suites des événements montrant ainsi que les émotions naturellement humaines sont médicalisées car considérées comme socialement inacceptables créant alors des maladies à traiter alors qu'elles n'en sont pas. Les émotions dérangent, on demande à les enfouir alors qu'il faut les exploiter. Les journalistes comme les personnes engagées ont un rôle primordial pour véhiculer des informations et défendre des idées c'est pourquoi il est crucial de maintenir dans notre pays une liberté d'expression. Les événements de Charlie hebdo comme bien d'autres marquent notre société comme communauté où chacun se sent concerné et agit. C'est en mutualisant nos efforts qu'on rend une société forte et responsable.



Les médias dénoncent les relations et conflits d'intérêts qui existent entre différents milieux : celui de la santé, de la politique et de l'économie dénonçant l'opposition du pouvoir à l'exercice d'une médecine hygiéniste et nous montrant le poids de la mobilisation d'un grand nombre contre cela. Ainsi il est écrit : *« la Fédération suisse des centres de fitness et de santé veut que les abonnements aux clubs de fitness soient remboursés par l'assurance maladie obligatoire, au même titre qu'un traitement prescrit par un médecin. Les politiques ne sont pas d'accord. Mais la mesure pourrait être soutenue par des dizaines de milliers de suisses, ils sont un million à pratiquer le fitness chaque année. Ils sont sceptiques voir critiques du strict point de vue financier. Le politique ajoute dans ces cas-là, on pourrait aussi « soutenir financièrement les producteurs de salade ».* <http://www.franceinfo.fr/emission/le-fitness-est-il-un-medicament-29-01-2015-04-53>. Pourquoi les politiques s'opposent ils à cela alors que dans un rapport de 2013 l'OMS estime que la sédentarité est responsable d'un décès sur dix. L'activité physique est une solution de meilleure santé physique et mentale, le sport fait son entrée dans le domaine de la santé et les laboratoires passent au créneau en sponsorisant des manifestations comme « Picardie en forme, le sport-santé sur le territoire » !

J'ai remarqué que les publicités influencent efficacement les demandes des patients pour tel ou tel produit *« vous savez Docteur le médicament pour la douleur qui passe à la télé » « le médicament contre la grippe dont il y a actuellement la publicité, oscillo... ah je ne sais plus », « j'ai lu un article il existe un nouveau médicament pour l'ostéoporose dont je*

souhaiterai bénéficier car il n'y a qu'une injection par an »... « Le bruit de fond médiatique et les leaders d'opinion poussent toujours à croire à cette facilité, à ce miracle de la prescription médicamenteuse » (Prescrire n°342 p246).

Les médias véhiculent également l'idée que le médecin peut avoir réponse à tout, ainsi j'ai entendu à la radio : « *Le Dr G vous dira comment faire face à la grippe*, ce médecin explique dans ce reportage les symptômes, la durée et les journalistes finissent l'interview par informer du caractère mortifère du virus qui fait quand même plusieurs milliers de morts par an ». Contrairement à ce que les journalistes insinuaient initialement, il n'existe aucune façon de contrer ou de guérir la grippe. Ainsi ils n'ont pas parlé du tamiflu® qu'on nous a pourtant appris à prescrire dans notre cursus universitaire. En effet il est jugé à service médical rendu (SMR) insuffisant et à la iatrogénie avérée.

Les médias informent mais déforment aussi parfois avec des gros titres comme « *Motilium®, Ketum®... la liste des 60 médicaments qui devraient être interdits en France* » (depeche.fr), « *santé 25 médicaments génériques interdits à la vente, ..., l'ibuprofène, la desloratadine, ...* » (sud ouest.fr), ce listing de médicaments très commun incriminés a de quoi affoler la population ; « *sous surveillance ou déjà interdits, la vraie liste des médicaments dangereux* » (lemonde.fr) « *le 31 janvier, en plein développement du scandale du Médiator® (ce médicament du laboratoire Servier accusé d'avoir causé la mort de 500 à 2000 personnes (500 et 2000 ce n'est pas la même chose !)), l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps) rendait publique une liste de "77 médicaments sous surveillance" que l'Agence devait mettre en ligne dans quelques jours, Le Monde fait alors remarquer que cela ne fut fait que huit mois plus tard, avec seulement huit médicaments retirés du marché (sur 77 médicaments inquiétant seulement 8 sont retirés ! Et neuf autres sont sur la sellette car le rapport bénéfice-risque est réévalué » etc.*

La liste de ces gros titres agrémentés de polémiques autour des médicaments est exhaustive (prothèses mammaires PIP, vaccins contre l'hépatite B et le papilloma virus, poches d'alimentations pour prématurés, etc), la presse regorge d'articles discréditant quelque peu les autorités de santé, les médecins les laboratoires et leur médicaments, de quoi semer la panique chez les patients et agrémente leur méfiance. Même s'il est important que la population soit informée sur la façon dont on la traite, la façon de le faire est parfois mal traitante. Ce sont alors les médecins généralistes, pas toujours beaucoup plus informés que les patients sur la qualité des médicaments délivrés, qui accusent le trouble et la panique semée par les médias. Quel médecin ne prescrit pas la domperidone® ? Elle est dernièrement incriminée (et fait d'ailleurs l'objet d'un sujet de thèse). Qui peut laisser repartir un patient sans antiémétique lorsqu'il vient pour ce motif ? Comment peut-on instaurer une relation de confiance dans ces conditions ? Et comment peut-on nous même avoir confiance aux médicaments que nous sommes amenés à devoir prescrire ? Je me demande quel sera la pharmacopée de demain face à cette recherche du médicament à risque zéro et bénéfice unique ? En tous les cas, les médias nous aident en tant que médecin, pour prescrire moins, je les en remercie, parce qu'on a aussi besoin d'eux pour transmettre des messages forts comme ceux sur la toxicité potentielle des médicaments.

2. Autorités et instances :

Le code de déontologie à l'Article R.4127-32 du CSP (code de santé publique) stipule que « *le médecin s'engage, ..., à assurer des soins consciencieux, ..., fondés sur des données acquises de la science* » (consciencieux est défini par ce qui s'applique à se conformer scrupuleusement aux exigences de la conscience morale et/ou professionnelle). L'Article R.4127-33 du CSP spécifie que « *le médecin doit toujours élaborer son diagnostic, ..., en s'aidant dans toute la mesure du possible des méthodes scientifiques les mieux adaptées et s'il y a lieu, de concours appropriés* » (concours se définit par la participation et coopération à une action commune). Enfin dans l'Article R.4127-40 du CSP il y est mentionné que « *les médecins ne peuvent proposer aux malades, ..., comme salutaire ou sans danger un remède ou un procédé illusoire ou insuffisamment éprouvé* » (*le placebo que nous prescrivons quotidiennement n'en ferait-il pas partie ?*).

Nous devons donc suivre les recommandations de la haute autorité de santé (HAS) avec ses recommandations de bon usage (fiche de synthèse sur les conditions de prescription par population) et ses recommandations de bonnes pratiques thérapeutiques (il est recommandé de..., il n'est pas recommandé de...) [16]. Cela peut ramener le médecin à un rôle d'exécuteur d'ordres qui agit en fonction de la catégorie dans laquelle le patient rentre, en omettant de prendre en compte la singularité de chacun. Or, nous ne sommes pas des exécuteurs d'ordres puisque nous devons agir en toute âme et conscience.

Pour des soucis d'économie en matière de santé et étant donné que la surconsommation de médicaments a des conséquences néfastes sur la santé, l'organe international de contrôle des stupéfiants (OICS) (dans le rapport annuel de 2013), met en garde contre la menace croissante des consommations abusives de médicaments soumis à la prescription. Les instances politiques chercheraient des solutions pour que les français consomment moins de médicaments. En mars 2014, le commissariat général à la stratégie et à la prospective (service dépendant du 1^{er} ministre) suggère donc de « *repenser l'ensemble du circuit du médicament* » partant du principe que « *la prescription d'un médicament est étroitement liée à la consultation médicale et qu'il faudrait donc prescrire autrement et notamment que l'ordonnance comprenne autre chose que des médicaments* (modifier le contenu des ordonnances), *avec par exemple des règles d'hygiène de vie* (prônant donc la médecine hygiéniste) » (ces propos sont en contradiction avec le refus du remboursement du sport (et de la salade)). Il est donc prévu de faire progressivement rentrer cette pratique qui est déjà coutume aux Pays bas dans les mœurs française, probablement avec quelques difficultés, ainsi rappelons-nous ce qui est écrit plus haut et prenons enseignement de l'histoire :

« En offrant au client à la fois une hygiène répressive et exigeante et un produit nimbé de toutes vertus, les médecins du XIX^{ème} siècle ont sans doute involontairement poussé leur client à réclamer le second ».

D'autre part : « *Les enjeux sanitaires des patients ne sont pas forcément au premier rang face à des enjeux sociaux ou relationnels* » (p73) [3].

Pour que cette volonté de remplacer les médicaments par des règles d'hygiène soit faite il va falloir mettre en œuvre des moyens comme la valorisation de la consultation de prévention (car elle prend beaucoup plus de temps que de faire une ordonnance), sinon, beaucoup de médecins la refuseront. Même si certains médecins sont convaincus du principe et applique déjà spontanément le concept, ils sont parfois impuissants pour faire résonner certains patients alors même que les médicaments continuent à être mis à l'honneur par d'autres confrères qui en prescrivent plus. À juste titre, certains font donc remarquer la place trop faible de la prévention en France. La conjoncture ne permet pas aux médecins cette attitude préventive à l'égard de leurs patients, d'une part les appuis politiques économiques et médiatiques ne sont pas encore suffisants, d'autre part les industriels de l'agroalimentaire et les firmes pharmaceutiques veulent conserver leur place sur le marché, tout cela ne contribue donc pas à atteindre cet idéal de santé. Comme le dit Byron GOOD (anthropologue américain) [31] et comme le montre également mon expérience, les changements de mentalité s'ils sont possibles vont mettre du temps à opérer. Je mets souvent "arrêt du tabac" sur les ordonnances, les réactions de certains patients peuvent surprendre « *mais docteur, le pharmacien n'y fera rien* » et quelques fois, même si on leur tend et on les y incite, ils ne lisent même pas l'ordonnance. Il est intéressant de se questionner sur la signification qu'a l'ordonnance pour les patients et de la confronter à la propre perception du médecin. Le commissariat poursuit en disant que « *les connaissances des médecins en termes pharmaceutiques sont mal adaptées aux besoins et souvent jugées insuffisantes* ». Il souhaiterait donc « *réduire le choix possible de médicaments à disposition des praticiens avec par exemple une liste de référence comme cela se fait déjà en Suède* ». Est-ce vraiment la solution ?! Le commissariat voudrait également « *systématiser des groupes d'échanges sur les pratiques de prescription dans le cadre desquels pharmaciens et médecins peuvent dialoguer* ». Je suggère d'ajouter dans ce groupe un autre type d'intervenant primordial car concerné aux premières loges : des représentants de patients. On a toujours tendance à réfléchir entre professionnels de santé, sauf dans les comités d'éthique dont nous devrions nous inspirer. L'OICS propose aussi des « *journées de reprise des médicaments sur ordonnance* » permettant une sensibilisation du public et une réduction de l'offre disponible de ces médicaments. Ces initiatives déjà effectives aux États-Unis ont permis de retirer plus de 1700 tonnes de médicaments de la circulation depuis 2010. Cette action consiste en une collecte des pharmacies de médicaments périmés ou inutilisés, afin de les éliminer de façon appropriée. Ainsi, les médicaments d'ordonnance inutilisés et périmés seront hors de portée des personnes qui pourraient les utiliser à mauvais escient. En effet, l'abus de médicaments d'ordonnance est un problème croissant qui peut avoir des conséquences graves sur la santé. Les instances soumettent enfin de développer la « *mission de conseil des pharmaciens avec l'instauration de nouvelles grilles de rémunération où les pharmaciens pourraient ainsi informer systématiquement l'usager sur la posologie, les effets secondaires, ..., s'occuper de la préparation de doses individuelles à administrer* » et le commissariat plaide d'ailleurs pour la « *dispensation des médicaments à l'unité ; l'emballage pourrait être plus lisible et la notice simplifiée* ».

« Les pharmaciens sont loin d'être les seuls distributeurs du médicament et se heurtent à trois types de concurrents : les herboristes, les médecins propharmaciens les professionnels de l'alimentation et les droguistes qui profitent du flou de la limite entre produits alimentaires et médicaments. En principe, les médecins n'ont pas le droit de vendre des médicaments, ni plus généralement de vendre des produits ou appareils présentés comme ayant un intérêt pour la santé, c'est le principe « qui prescrit ne vend pas ». Toutefois, cette interdiction admet des dérogations. Le code de la santé publique (article L.5125-2) dispose : « *l'exploitation d'une officine [de pharmacie] est incompatible avec l'exercice d'une autre profession, notamment avec celle de médecin, sage-femme, dentiste, même si l'intéressé est pourvu des diplômes correspondants* ». Des médecins sont néanmoins autorisés, sous certaines conditions strictement définies, à délivrer des médicaments à leurs patients lorsque l'intérêt de la santé publique l'exige. On les qualifie de « médecins propharmaciens ». Cette dérogation est prévue à l'article L.4211-3 du code de la santé publique : « *les médecins établis dans une commune dépourvue d'officine de pharmacie peuvent être autorisés par le directeur général de l'agence régionale de santé qui en informe le représentant de l'État dans le département, à avoir chez eux un dépôt de médicaments et à délivrer aux personnes auxquelles ils donnent leurs soins, les médicaments remboursables et non remboursables, ainsi que les dispositifs médicaux nécessaires à la poursuite du traitement qu'ils ont prescrit, selon une liste établie par le ministre chargé de la santé, après avis du Conseil national de l'ordre des médecins et du Conseil national de l'ordre des pharmaciens. Ces médecins peuvent également, dans les localités indiquées par l'autorisation, délivrer des médicaments non pas seulement au cabinet mais encore au domicile des malades* ». Le code de la santé publique précise par ailleurs que « *ces médecins propharmaciens ne peuvent en aucun cas tenir une pharmacie ouverte au public et ne doivent délivrer que les médicaments prescrits par eux au cours de leur consultation* ». Cette possibilité de dérogation a pour vocation d'améliorer la couverture sanitaire des assurés sociaux isolés géographiquement. Elle est retirée dès lors qu'une officine de pharmacie est créée dans les communes intéressées. Le nombre de ces médecins propharmaciens est très limité en France. On estimait récemment leur nombre à 150 environ pour tout le territoire métropolitain.

<http://www.service-public.fr/actualites/002652.html?xtor=EPR-140>

Les autorités semblent réagir face aux conséquences néfastes des médicaments, notamment, suite à l'affaire médiateur®, la **loi n° 2011-2012 du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé** a été votée. Cette loi apporte transparence. Ses grands points sont trouvés sur le site : www.ordre.pharmacien.fr/ **sont les suivants** : L'autorisation temporaire d'utilisation (ATU) : un régime redéfini / devoir d'information de la prescription hors autorisation de mise sur le marché (AMM) / Pharmacovigilance champ élargi et sanctions renforcées. Le Dossier Pharmaceutique : reconnaissance et extension / Logiciels d'aide à la dispensation une certification bientôt obligatoire. Liens d'intérêts : Prévention et transparence / Agence nationale de sécurité du médicament (ANSM) une nouvelle gouvernance des produits de santé/ Europe un cadre juridique qui s'affirme/ Les grands chantiers de l'Ordre l'institution mobilisée

La revue *Prescrire* propose quant à elle de construire une hiérarchie argumentée des options thérapeutiques, de financer la formation continue des soignants indépendamment des firmes, d'exclure les intérêts commerciaux de tous lieux de soins et de formation, et d'améliorer la détection et le dédommagement des victimes du médicament (*Prescrire* n°342 p246).

3. L'industrie pharmaceutique :

« Il existe une mondialisation de l'économie du médicament calquée sur celle des marchandises, sur un fond de rentabilité des entreprises du médicament, contemporaine de la coexistence du remède traditionnel, du médicament et de la contrefaçon, avec mondialisation des imaginaires médicaux » [14].

« Les patients réclament des secours médicamenteux et les prescripteurs de leur côté sont soumis à la pression de l'industrie qui a su les enrôler et vanter les bienfaits de sa production. La production des médicaments répond d'abord à des espoirs et à des nécessités commerciales. L'industrie crée de graves problèmes à résoudre. L'invasion pharmaceutique est liée d'une part la production industrielle de médicaments actifs et efficaces et d'autre part à la mise en place d'un système général de prise en charge des dépenses de santé et enfin de l'entrée dans une société de consommation (après-guerre) » (p35-216) [6].

« Les spécialistes ont tendance à travailler avec les laboratoires pharmaceutiques, dont la présence est jugée positive mais sans effet sur les prescriptions. Les étudiants sont peu informés de leurs influences, par ailleurs peu contrôlées à tous les niveaux du système de santé. Les médecins généralistes interrogés disent être souvent sous informés par les firmes notamment des effets indésirables et des *molécules « mee to »* (c'est-à-dire nouvelles mais proche d'une ancienne) » [13].

Le rôle de l'unité dans la consommation de médicaments devrait faire l'objet de la plus grande attention des spécialistes de la santé publique, l'exemple du conditionnement du lexomil® est parlant : 1 comprimé correspond en fait à ¼ du comprimé, ce packaging conduit ainsi les patients à en prendre plus. Cela montre une des stratégies marketing des laboratoires pharmaceutiques concernant une molécule ayant des propriétés addictives.

Tout cela s'inscrit dans ce qu'on appelle la demandabilité de soin qui est l'inscription de l'objet thérapeutique dans la logique de consommation moderne caractérisée par le jeu de l'offre et de la demande. Une conséquence de l'offre permise par le développement rapide de la médecine est la demande du patient à bénéficier de moyens nouveaux.

« Éthiquement et politiquement, comment faire la part entre une ouverture à l'autre, une reconnaissance de plusieurs rationalités médicales en contexte interculturel et des *stratégies marketing exploitant l'exotisme de la médecine traditionnelle et la pauvreté dans l'accès aux soins. Laboratoire et marché occultent d'autres figures de légitimation du médicament ou du remède : l'autorité charismatique du thérapeute, l'autorité dévolue à l'ancestralité de la coutume et de la croyance populaire, la puissance de l'imagination et la force*

mobilisatrice de l'imaginaire matériel. Le médicament prescrit est *administrativement labélisé, juridiquement licite, socialement convenable*, supposant pratiquement une bonne observance. *L'économie du médicament fonde son pouvoir sur la rationalisation moléculaire abstraite et de l'expansion universelle que promet le marché. Présenté efficace sur une cohorte de patients possibles c'est-à-dire devant un médicament universel pour tous en général mais pour personne en particulier* » [14].

Dans ce chapitre sur l'industrie pharmaceutique, j'ai également souhaité parler du coût exorbitant de certains traitements, comme ce nouveau traitement pour l'hépatite C (dit révolutionnaire) le sofosbuvir® (ou sovaldi®), dont le coût par cure revient à la modique somme de 51 000 euros (39 000 euros depuis la négociation*). Voilà ce qui a occupé nos dirigeants à la santé, « *après des semaines de discussions, voire d'affrontements, le Comité économique des produits de santé (organisme habilité en France à fixer le prix des médicaments) a trouvé un accord avec le laboratoire Gilead sur le prix de son nouveau traitement révolutionnaire contre le virus de l'hépatite C. C'est beaucoup, c'est énorme, mais c'est beaucoup moins que les 90 000 dollars (72 000 euros) que demandait le labo américain au départ. «Cela reste cher, mais nous avons obtenu le prix le plus bas de l'Union européenne», explique un pharmacologue. En Allemagne, c'est 49000 euros, en Angleterre 44000 euros. L'enjeu était de taille. Jusqu'à présent, l'Assurance maladie a déjà dépensé près de 400 millions d'euros (hic) depuis la mise sur le marché au début de l'année du sofosbuvir®. Pour cette année, elle s'attend à 15000 patients sous traitement, soit une dépense supérieure à 800 millions d'euros (si le prix restait à l'identique), et cela alors que l'ensemble du budget médicaments en France est de 24 milliards d'euros... Avec cet accord, on devrait arriver à une baisse d'un tiers du coût. Il y a plusieurs centaines de millions de personnes contaminées dans le monde* ». http://www.liberation.fr/societe/2014/11/20/hepatite-c-le-nouveau-traitement-coutera-39000-euros_1146787. De quel droit peut-on se servir de la misère des autres pour faire de pareilles recettes ? Comment les instances peuvent-elles accepter de telles dépenses pour une seule et unique maladie ?

Je souhaite terminer ce chapitre intitulé cadre et pouvoir sur l'enseignement de la médecine.

4. Formation-bagages et formation-continue des médecins pour le soin, la relation médecin malade et surtout la prescription de médicaments :

Les étudiants en médecine sont formés à examiner et diagnostiquer, sont initiés à la pharmacologie mais ne sont pas formés à la manière de prescrire des médicaments, ni à l'analyse de la portée de leurs actes ni à la réflexion sur leur façon d'être et d'agir. Ils ont surtout une formation scientifique. Leur apprentissage a trait au matérialisme : c'est-à-dire l'étude d'un sujet en partant de sa matière, le sujet est déterminé par l'état matériel de son corps. Lors de notre cursus universitaire, les étudiants sont initiés à soigner avec le médicament (sous-entendu la molécule chimique). Ne manquerait-il pas quelque chose ? Il se trouve que les médecins n'ont pas les bagages nécessaires ou suffisants pour un « savoir

être », « un savoir parler », « un savoir s'exprimer » « un savoir écouter » l'Homme souffrant au plus profond de sa chair et de son être. Pourquoi ce manque ? Parce qu'il existe actuellement un « *envahissement technologique du processus diagnostic* ». « La pensée médicament contemporaine, accorde une préférence au diagnostic de maladies physiques chaque fois que possible » (p103) [2]. Or, l'efficacité de la pratique de l'art médical ne peut être mise au seul compte de l'intervention technique ou médicamenteuse » (p10) [7].

Dans son livre, Martin WINCKLER (médecin généraliste) remarque que « *la plupart des facultés françaises ne pratiquent pas d'enseignement de psychologie aux futurs praticiens, qui ignorent alors l'influence de l'inconscient dans les manifestations et les perceptions de la maladie, passent sous silence la part de subjectivité de l'exercice médical et refusent d'aborder de front la place de la mort, du désir, du dégoût, de l'illusion sacerdotale et de croyances magiques, l'enseignement de la médecine considère la relation soignant soigné comme secondaire comparée à la rigueur scientifique dont doit faire preuve tout praticien* ». En effet, les médecins français sont formés pour recueillir les symptômes et les signes que leur présentent les patients et les faire correspondre aux descriptions enseignées dans les cours et les livres. C'est le principe de la *grille diagnostique*, sorte de check list que le praticien doit remplir dans sa tête et sur le papier pour identifier des maladies. Ce sont les maladies entités théorisées et éminemment variables dans leurs expressions, qui constituent la principale préoccupation des médecins et qui sont la justification de leur fonction, de leurs gestes, de leurs prescriptions, de leurs honoraires (p22) [9].

« Il existe de nombreux domaines de la médecine actuelle ou la science n'apporte que très peu d'aide au praticien et on ne peut s'appuyer que sur son bon sens, en d'autres termes pour ne désigner en fait que la fonction apostolique du médecin » (p238) [2]. L'enseignement psychologique nécessite d'avoir reçu préalablement et conjointement aux stages quelques notions et incitations à la réflexion qui sont à mettre en pratique sur le terrain. Ensuite l'étudiant doit être invité à en faire une démarche personnelle. En effet, quel médecin pourrait prétendre dire à un autre comment il est bon de se comporter. Il faut avoir en tête qu'une maladresse dans un comportement ou une parole (en fonction du moment où elle survient) peut anéantir une vie. En consultation, le patient est un être fragile et vulnérable.

« La formation de l'omnipraticien ne le prépare pas pour au moins ¼ du travail qu'il est amené à faire » (p118) [2].

Je pense que ces lacunes dans notre formation sont en partie liées à l'obsession de réussite des étudiants en médecine au concours des ECN (examens nationaux classant) leur faisant occulter quelques aspects fondamentaux de l'apprentissage médical. Cette obligation de résultat se conçoit quand on sait que les enjeux de ces épreuves sont de taille : le classement conditionne la spécialité et le lieu de séjour de l'internat, nous imposant ainsi un apprentissage plus littéraire qu'introspectif. Pour réussir il faut avoir les meilleures connaissances (c'est-à-dire les plus pointues et les plus larges) en sciences et les appliquer avec un raisonnement systématique basé sur des automatismes.

« Certains médecins sont sous l'emprise d'impératifs moraux et luttent pour continuer envers et contre tout ; ce qui a un effet négatif sur les patients. Le médecin ne peut pas faire un bon

travail s'il n'est pas disponible » (p51) [1] sous-entendu préoccupé par d'autres affaires mais aussi s'il n'a pas une ouverture d'esprit et une neutralité.

« *La façon dont les patients influent sur notre humeur est un guide très précieux pour comprendre ce qu'ils ressentent eux même* » (p57) [1]. Il faut ainsi développer la capacité des médecins d'auto surveillance psychologique vis-à-vis de leurs propres comportements [1], la participation aux groupes Balint peut alors être un moyen car celle-ci permet de développer ses capacités d'autocritique et d'analyse de ses pratiques.

« **Les groupes Balint** (10 médecins et un psychiatre leader) permettent aux praticiens d'analyser les implications affectives et émotionnelles dans le travail avec les patients et ainsi de rechercher les ressources personnelles ou professionnelles dont ils disposent pour s'en occuper. Ils permettent également de se poser la question : nous sommes-nous bien prescrit au patient ? En prenant en compte nos effets indésirables et nos contre indications. Il faut savoir faire un diagnostic approfondi qui inclut le vécu du malade dans son ensemble, ce qui est différent du diagnostic focal enseigné à la faculté qui à partir de symptômes, permet de poser un diagnostic » (p161) [18].

Quelques-uns considèrent que « c'est la tâche du médecin d'éduquer le patient à devenir coopérant » (p238) [2] le terme coopérant employé ici nécessite un approfondissement. Il doit à mon sens être compris dans le sens de faire adhérer le patient à la démarche et à la dynamique de prise en charge du médecin, non pas comme un exécuteur candide d'un ordre émanant d'une autorité supérieure mais comme un collaborateur. C'est-à-dire que dans son intérêt, le malade va progressivement être amené à accepter de consulter son médecin, non pas pour avoir une réponse toute faite à ses souffrances et la conduite qu'il doit tenir, mais à comprendre que certains de ses maux sont des signes que lui envoie son corps et que par conséquent, ils n'ont de sens que pour lui, impliquant nécessairement un travail personnel sur leurs sens. Comme on vient de le voir, la démarche du médecin est de guider et faire cheminer le patient vers une meilleure connaissance de lui-même afin de lui donner une autonomie et les capacités de confiance nécessaires à sa bonne santé.

« *Il existe un fossé de nature éthique entre les faits issus des études cliniques et les valeurs des patients chez lesquels on va essayer de mettre en œuvre des recommandations. Le but des recommandations est de limiter l'incertitude qui conduit à l'indécision et donc à l'inertie clinique* » (p63-127) [8]. L'indécision sous-entend inaction ce qui gêne le commun des médecins. Je pense qu'il faut que le médecin accepte de ne pas toujours « pouvoir » agir. A quoi bon entreprendre à la hâte en croyant satisfaire un standard, quand bien même on ne respecte pas la singularité d'autrui, allant à l'encontre de ses propres valeurs et offensant sa liberté de penser et d'exister. Il faut que le médecin accepte de ne pas toujours tout savoir, de douter et de le faire admettre au patient mettant de côté son orgueil.

« *Repérer les appels des patients est un talent que tout médecin devrait cultiver* » (p66) [1].

« L'attitude du patient envers sa maladie a une importance essentielle pour le choix et le suivi des thérapeutiques ». Ainsi le médecin doit s'attacher à comprendre la perception et le vécu

de la maladie de son patient, afin de trouver une thérapeutique adaptée aux propres références de celui-ci et non pas aux siennes.

« Notre formation est plus basée sur la pharmacologie que sur la psychologie, or les déterminants de la prescription sont nombreux » [17]. A la suite de notre cursus universitaire les laboratoires pharmaceutiques continuent à donner les moyens aux médecins de se former à la prescription, en sponsorisant les formations médicales continues avec des intervenants soudoyés par eux même entraînant des conflits d'intérêts. Un médecin généraliste s'il l'accepte voit plus d'un visiteur médical par semaine. Très peu de revues médicales sont indépendantes de ces lobbies (je ne connais que prescrire).

Concernant les prescriptions le guide et référence de tous médecins, le code de déontologie stipule à l'Article R.4127-8 du CSP que « *dans les limites fixées par la loi et compte tenu des données acquises par la science, le médecin est libre de ses prescriptions qui seront celles qu'il estime les plus appropriées en la circonstance. Il doit sans négliger son devoir d'assistanat limiter ses prescriptions et ses actes à ce qui est nécessaire à la qualité, à la sécurité et à l'efficacité des soins. Il doit tenir compte des avantages, des inconvénients et des conséquences des différentes investigations et thérapeutiques possibles* » (pour remarque, le patient n'est pas évoqué dans cet article). Dans l'Article R.4127-21 du CSP y est écrit « *qu'il est interdit aux médecins sauf dérogations accordées dans les conditions prévues par la loi (cf. p17) de distribuer à des fins lucratives des remèdes appareils ou produits présentés comme ayant un intérêt pour la santé et il leur est également interdit de délivrer des médicaments non autorisés* ». Se pose alors la question de considérer comme « *fins lucratives* » les « cadeaux » des laboratoires donnés aux médecins dans un but incitatif à la prescription des médicaments qu'ils fabriquent? A une époque, si les objectifs de vente étaient atteints par les médecins ils se faisaient alors offrir (à eux et souvent à leur famille) des voyages, du matériel médical et autres avantages de multiples natures. Depuis peu, quelques mesures réglementaires ont permis de réguler ces abus. Néanmoins les firmes pharmaceutiques sollicitent encore certains médecins à la prescription en les invitant à des dîners se réclamant comme formations auprès de spécialistes vantant les mérites des médicaments dudit laboratoire.

Dans sa thèse intitulée « *la prise de conscience des nouveaux médecins des déterminants de la prescription médicamenteuse* » Sophie DARRIBES a cherché à déterminer si la visite médicale des laboratoires pharmaceutiques avait une influence sur la prescription des médecins généralistes. Elle remarque que la prescription médicamenteuse est le résultat d'une chaîne complexe de décisions médicales soumises à de multiples influences. D'après les résultats de son étude, le fait de recevoir des visiteurs médicaux ne modifie pas le nombre de médicaments par ordonnance mais est associé à une utilisation plus fréquente de certains médicaments récemment commercialisés avec une moindre utilisation des molécules génériques. Par conséquent le coût par ordonnance est plus élevé dans le groupe de médecins visités par rapport aux médecins non visités (46.41 euros versus 39.43 euros). L'auteure conclut alors au lien existant entre le recours à la visite médicale et certains comportements de prescription. Elle finit son analyse par une ouverture sur la recherche d'une correspondance entre l'appel à des visiteurs médicaux et la fréquence des prescriptions irrationnelles, ce qui

est déjà suggéré par quelques études anglo-saxonnes. Il faudrait par la suite également en mesurer les conséquences sur l'état de santé des patients [25].

De toute évidence, même si la législation a diminué l'emprise qu'ont les laboratoires pharmaceutiques sur les prescriptions des médecins beaucoup restent encore sous l'influence de ces derniers.

Une autre thèse traite quant à elle de « *l'information des médecins généralistes sur les médicaments* », son auteure Aurore SEGNIER énumère les principales sources d'informations. Elles sont issues pour 98% des revues médicales avec notamment la revue prescrire, pour 96.7% des recommandations de l'AFSSAPS (maintenant ANSM (Agence nationale de sécurité pour le médicament)), pour 86.2% par les FMC, puis pour 81% par les délégués de l'assurance maladie (DAM) et enfin pour 79.7% par les visiteurs médicaux qui s'ils sont sources d'informations ont néanmoins une crédibilité médiocre puisqu'il y a conflit d'intérêts et il en est de même pour les DAM parce que leur but est de promouvoir les traitements les moins chers sans argumenter le choix thérapeutique. Ces déclarations montrent l'hétérogénéité des sources d'information utilisées. Les critères de qualité reconnus par une majorité des médecins interrogés sont à 92.8% les données de pharmaco vigilance, à 84.2% le service médical rendu (SMR) et à 80.3% l'amélioration du SMR (ASMR). Paradoxalement, bien que les médecins considèrent leurs informations comme étant bonnes en quantité et en qualité, la plupart (72%) sont demandeurs d'une amélioration de leurs informations thérapeutiques. En considérant donc l'information de qualité, mais en demandant une amélioration de celle-ci, ils mettent au jour un déni du manque de compétence qu'ils ont à leur sujet, à moins que cela signifie leur appétence en renseignement sur le médicament. Dans les propositions d'améliorations ils choisissent en priorité la création d'un site internet de pharmaco vigilance (chose faite, voir la base de données publique des médicaments disponible sur santé.gouv.fr) et l'organisation d'une visite médicale indépendante des laboratoires pharmaceutiques [22]. Mais se pose la question de qui peut parler des médicaments à part les laboratoires qui les fabriquent de toute pièce? La solution ne serait-elle pas plutôt de réfléchir à la juste place du médicament dans le soin.

L'affaire médiateur révèle que ce ne sont pas les effets iatrogènes de ce médicament qui ont posé problèmes, ni même une information incomplète à son sujet mais que le scandale est né de la discordance entre l'objectif de sa prescription et ses possibles effets, avec d'un côté une médication dite de confort visant à aider les personnes à perdre du poids et de l'autre un risque vital. C'est cet écart entre effets recherchés et effets indésirables qui a posé problème car de nombreux médicaments combattant des maladies mortelles sont susceptibles eux aussi de provoquer la mort sans jamais déclencher d'affaire, y compris lorsque l'information est parcellaire. Le médicament seulement vertueux n'existe pas, comme la guérison n'est pas un retour à l'état antérieur. Selon Jean-Marie BENOIST philosophe et écrivain, seule la guérison miraculeuse peut provoquer cet effet mais celui de la médecine ne peut pas l'être [11]. Les médecins ayant prescrit ce médicament ont donc été influencés à tort par le laboratoire vantant les mérites de son traitement et se gardant bien d'occulter les possibles effets secondaires irréversibles. Content de pouvoir proposer au problème de son patient un médicament « *à l'efficacité miraculeuse* », le médecin ne s'est pas méfié et a succombé à la

tentation de la prescription. Il a aussi prescrit sans se poser la question des risques liés à ce traitement parce qu'il n'a pas eu d'information inquiétante de la part des autorités. Jusqu'avant la loi du 1^{er} août 2011 imposant une transparence des liens entre industriels et experts avec une obligation de remplir une déclaration d'intérêt rendue publique, les auteurs de recommandations des pratiques cliniques déclaraient rarement les liens et intérêts financiers qu'ils avaient avec les entreprises pharmaceutiques.

Un autre travail de thèse réalisé par Amal MOUSSADAK et traitant de la même problématique, intitulé « *Médecins généralistes et visiteurs médicaux : une relation sous influence* » conclut que sensibiliser le corps médical aux techniques marketings des laboratoires permettrait de rééquilibrer la relation entre les médecins et les prescriptions. Sur 48 médecins interrogés, 35 recevaient des visiteurs médicaux, 32 jugeaient l'information utile et 12 la jugeaient crédible [23]. Le paradoxe de ces résultats est le suivant : comment les 35/48^{ème} de médecins recevant les visiteurs peuvent-ils considérer ces visites utiles (pour 32/35^{ème}) si pour 23 de ces 32 médecins elles ne leur semblent pas crédibles ? Utiles donc mais pas crédibles ; probablement du fait qu'elles les informent des nouveautés chez des professionnels, ne se méfiant alors pas des "*mee too*", n'apportant aucune ASMR (souvent dénoncés dans la revue prescrire), mais qui rapportent de l'argent aux laboratoires (du fait du dépôt de brevet).

Anaïs MAUVAIS a également étudié ce phénomène dans sa thèse intitulée « *les facteurs qui influencent la prescription de médicaments nouveaux en médecine générale* ». Cette auteure souligne que leur influence est plus importante en France que dans les autres pays européens et que la majorité de l'information reçue par ces médecins provient de l'industrie pharmaceutique et des visiteurs médicaux (qui sont les portes paroles ambassadeurs de ces industries). Ainsi ils sont la source d'information la plus citée, pour influencer le choix de prescrire un médicament nouveau (398 citations), devant l'avis des confrères spécialistes (eux aussi impactés par ces lobbies) (302 citations) , eux même devant la formation médicale continue (FMC) (170 citations), puis devant la presse gratuite (115 citations) et enfin devant la presse sur abonnement (91 citations). Pourquoi les médecins privilégient-ils la lecture d'une presse gratuite alors que la presse sur abonnement l'est tout autant, étant par la suite déductible des impôts ? Les plus forts prescripteurs de médicaments nouveaux reçoivent en moyenne 4 visiteurs médicaux ou plus par semaine, participent aux FMC organisés par l'industrie et lisent la presse médicale gratuite. Pourquoi orientent-ils ainsi leurs connaissances ? N'ont-ils pas d'esprit critique ? Ces mêmes médecins se considèrent donc bien informés sur le médicament nouveau y associant des émotions positives et mettant en avant leur pouvoir décisionnel personnel ainsi que leur esprit critique. Les facteurs influençant cette attitude de prescription du "*mee to*" sont l'absence d'apprentissage à la recherche d'informations, la surabondance de nouvelles spécialités commercialisées et d'informations reçues (gratuites), les conflits d'intérêts [24].

Néanmoins, avec les médicaments génériques qui s'imposent, les visiteurs médicaux sont inévitablement moins présents et cela change ainsi un peu le cours des choses.

En plus de subir l'influence des laboratoires les médecins doivent savoir qu'il en est de même pour leurs patients [10] qui sont constamment exposés aux publicités des laboratoires pharmaceutiques dans les cabinets de médecine générale, dans les pharmacies, dans la rue, à la télé, sur internet, etc. Je pense que le rôle des médecins est de les en informer.

Notre analyse clinique débouche sur une décision qui comme nous venons de le voir implique de multiples facteurs. Elle doit être réfléchie et ne pas toujours aboutir à un activisme* qui envahirait le patient ni à un pacifisme qui le ferait fuir. Nous devons donc choisir à la façon d'agir face au malade, sans que cela puisse toujours s'expliquer, étant parfois du domaine de l'instinctif et donc de l'insaisissable. Certains médecins se sont néanmoins « décidés » à décrire la décision médicale qui repose sur deux étapes : l'analyse des faits et l'évaluation des préférences. Ainsi, le soignant doit savoir révéler les préférences des patients car il existe en général plusieurs options thérapeutiques (forme, galénique, type (allopathie, homéopathie, phytothérapie), etc.) dont l'exemple traité ici [15] est celui de la contraception (pilule, implant, stérilet, anneau etc.). La manière dont la décision sera prise va être conditionnée par le mode de relation entre le patient et son médecin. La qualité d'une action médicale dépend de la qualité de son exécution mais également du processus décisionnel qui a conduit à choisir cette action. Pour proposer un traitement aux patients, les médecins se réfèrent chaque fois que possible aux recommandations de bonnes pratiques, ou guidelines, ou expertises collectives, selon le principe de la médecine fondée sur les preuves (EBM : évidence based médecine). Les experts qui y participent effectuent une analyse systématique de la littérature et rassemblent toutes les données disponibles sur les conséquences positives et négatives des traitements. Ces études sont ensuite classées par niveaux de preuves. On peut définir également, des standards, des options et des recommandations. Dans notre formation et notre pratique, nous sommes incités par des moyens financiers, à suivre les recommandations de bonnes pratiques. Suivre l'EBM ne peut suffire, le risque étant de pratiquer une médecine des maladies et non du malade dans sa globalité. Ainsi pour bien prendre en compte les préférences des patients ; les médecins doivent développer des capacités d'adaptation, de communication, couplées à une formation sur les recommandations, afin de maintenir une relation de soins de qualité et une observance optimisée en fonction de la situation » (p168) [18]. Pour fonder une médecine individuelle centrée sur le patient en tant que personne il est souhaitable d'associer l'EBM avec l'éducation thérapeutique et le respect de son autonomie définissant ainsi la *practice based evidence* dont les 5 fondements sont : 1- résultats de la recherche clinique et ce que le médecin sait de l'évidence based médecine ; 2- expérience clinique du médecin ; 3- raisonnement physiopathologique ; 4- préférences du patient par rapport à ce qu'il juge utile dans ce que le médecin lui propose prenant en compte les émotions qui induisent une révision des croyances et des désirs ; 5- analyse de l'environnement du patient (situation socio-familiale, travail, etc.) (p67) [8].

On sait maintenant que la décision médicale peut être polluée, mais qu'en est-il de son autonomie? L'autonomie qui caractérise l'être humain est la capacité à se donner ses propres lois. L'individu exerce des choix après avoir intégré de multiples facteurs culturels. L'autonomie professionnelle du médecin face à la demande du patient peut être menacée si la demande du patient ne relevant pas d'une donnée factuelle, prévaut sur la démarche

évaluative du médecin. Autrement dit, la prise en compte de la demande, donnée subjective, parasite le raisonnement médical basé sur l'EBM. Pour Anne VEGA (anthropologue), l'autonomie professionnelle est plutôt la caractéristique des plus faibles prescripteurs de médicaments dans la mesure où ils font preuve d'une liberté de décision par rapport à un ensemble d'influences parmi lesquelles les informations apportées par l'industrie pharmaceutique. Toujours selon cette anthropologue *l'autonomie semble définie comme la capacité d'un ensemble de médecins à se déprendre des normes de sa communauté professionnelle, laquelle apparaît liée à des intérêts qui la dépassent*. Le fait de s'exonérer de ces influences replacerait ces généralistes dans une situation d'autonomie décisionnelle plus médicale que leurs confrères davantage subordonnés à l'industrie pharmaceutique. L'autonomie décisionnelle médicale est bien aussi une qualité signant la compétence du médecin et constitutive d'une identité professionnelle, mais elle est mesurée par la capacité du médecin à se défaire d'une situation de type commerciale (la demande du patient) pour accéder à une posture professionnelle et même scientifique, témoignant de son appartenance à un corps d'expert dont le raisonnement n'est pas pollué par celui des profanes. Ce n'est pas tant le résultat de la décision (prescrire ou ne pas prescrire) qui est important mais le processus décisionnel à l'origine de cette décision. Le médical n'y est pas tant un savoir qu'un processus de production de ce savoir » [11].

Certains auteurs comme Gérard REACH (endocrinologue et écrivain) [8] ont été amenés à réfléchir sur l'autonomie décisionnelle et à définir ce qui s'appelle l'inertie clinique. «On parle d'inertie clinique quand un médecin qui a connaissance d'une recommandation solide sur un sujet (par exemple les indications d'une intensification thérapeutique dans l'hypertension artérielle ou le diabète) pense qu'elle s'applique à son patient et pour autant ne la met pas en œuvre. Elle peut être définie comme un retard non justifié concernant l'initiation ou l'intensification d'un traitement, alors que le diagnostic est correctement posé et le risque encouru par le patient censé être connu du médecin. C'est en quelque sorte la non observance du médecin ou encore son autonomie. L'inertie ne concerne ni les cas où le médecin pêche par ignorance (c'est-à-dire qu'il agit en tout état de cause), ni les situations qui ne relèvent d'aucune recommandation fiable. Les causes d'inertie cliniques sont multiples, elles peuvent provenir du médecin, du malade, de la maladie et du système de soins. Le médecin peut être en inertie clinique *soit par défaut*, à cause du déni de la non observance et du souci de son patient (par exemple : si le médecin veut soulager la détresse présente du patient qui a peur de l'insuline (manifestation d'empathie) il ne lui prescrira pas). Pour remédier à cela, le médecin doit alors faire preuve de sympathie, c'est-à-dire d'émotions déclenchées par la pensée des risques futurs qui guettent le patient qu'il soigne afin d'éviter cette inertie. *Soit par excès*, avec la peur (médecine défensive) du jugement (honte/procès) (p105) [8] ; et j'ajouterai avec la méfiance envers certains médicaments. Regarder l'inertie clinique sous un nouvel œil, en critiquant l'emploi des termes péjoratifs (*défaut et excès*) utilisés lorsqu'elle est effective « *c'est inmanquablement se demander si la «médecine EBM n'est pas, ici ou là, inhumaine. Poser la question c'est, déjà, avoir une petite idée de la réponse* ». Extrait de la revue médicale Suisse, Jean-Yves NAU (médecin et journaliste Français) sur :

<http://rms.medhyg.ch/numero-401-page-1860.htm>.

La lutte contre l'inertie médicale ne doit pas se transformer en une application rigide des recommandations, aboutissant à une surmédicalisation. « *Toute la complexité réside dans le difficile équilibre entre exercice d'une médecine fondée sur les preuves et individualisation des soins. Quand je soigne, ma décision médicale, en plus de se baser sur une médecine fondée sur des faits, je dois prendre en compte le respect du patient en tant que personne, mais également faire une médecine de la personne en tant qu'individu.* http://www.sfm.org/fichier_inertie_therapeutique-08f85.pdf.

ARISTOTE disait : « *Celui qui soigne, ne guérit pas, quiconque possède la définition sans l'expérience et acquiert la connaissance de l'universel mais ignore le singulier contenu dans l'universel se trompera souvent de traitement car ce que l'on soigne est singulier* » (p130) [8]. D'autre part « *la popularité d'une idée ne garantit pas l'exactitude* » [6].

« Les étudiants en médecine doivent se baser sur les recommandations HAS avec un esprit critique qui passe par l'enseignement de la manière d'exercer leur raison médicale. Il faut donc savoir que dans les études cliniques, ce qui est important se sont plus les critères de morbi mortalité que les paramètres clinico biologiques » (p135) [8]. Dans leurs pratiques de tous les jours les médecins sont incités à suivre les recommandations à cause entre autre des contrôles drastiques de leur respect, statistiques à l'appui, discutés avec médecin conseil de la sécurité sociale lors de ses visites. Une compensation financière est alors offerte aux médecins qui suivent ces recommandations de bonnes pratiques, les autres ne pouvant être que blâmés. Cela pourrait alors d'avantage les inciter à suivre les recommandations plutôt que de mettre à profit leur travail avec le patient posant ainsi la question de la réelle « liberté de prescription du médecin » stipulée dans le CSP.

J'ai pu lire que « l'amour de soi est une condition pour le patient du soin et pour le médecin de l'évitement de l'inertie clinique » [8], je dirai plutôt, le respect de soi et de l'autre est une condition pour le patient et pour le médecin du soin.

3) Santé et maladie :

Ce chapitre aborde deux sujets intarissables que de toute évidence je ne peux que définir de façon exhaustive. Il ne m'en semble pas moins indispensable de les traiter pour compléter ma réflexion sur la place du médicament dans la relation de soin.

1. La santé :

« Avec le temps l'idée de maladie a dérivé vers l'idée de santé. Notre système de protection sociale conçu pour soigner la maladie est devenu peu à peu un système qui a pour but de maintenir les gens en bonne santé. La nuance est d'importance. Le bon sens populaire répond que la santé c'est quand on n'est pas malade ! La définition de l'organisation mondiale

de la santé (O.M.S) est plus élaborée : *la santé est l'ensemble des conditions qui permettent l'épanouissement physiologique, physique, psychologique, esthétique, social, de l'Homme, sans s'arrêter à la seule notion d'absence de handicap ou de maladie. La santé est un état de total bien-être physique, psychologique, social.* On voit bien ici s'amorcer le glissement de la notion de maladie à celle de santé puis d'épanouissement humain. « La santé est vue comme un service transformant de ce fait le patient en un client et cantonnant le médecin au rôle de petit gestionnaire de l'industrie de la santé » (p160) [1]. Comme vu précédemment le patient est d'ailleurs maintenant plus amené à s'appeler *usager*. « L'exposition thérapeutique à de multiples conséquences tels l'accroissement de l'espérance de vie, l'apparition d'une nouvelle classe sociale (les vieux en bonne santé ou le 3^{ème} âge et les dépendants ou 4^{ème} âge) » [6].

« La meilleure médecine est la médecine préventive. Combien de malades véritables seraient évités avec un urbanisme correct, des logements salubres, des modes de vie organisés ? Cet élargissement génère un autre glissement de la notion du droit de la personne (concernant la santé individuelle) au droit de la population (objectif de la santé publique). C'est ainsi que l'on change de registre, passant de l'individu à la collectivité, du soignant au politique, des soins donnés à une personne à la santé communautaire. Une des grandes interrogations éthique est posée par la confrontation des droits de l'individu face à ceux de la collectivité » (p30) [9ter].

La médecine générale est une médecine de la personne où le patient est pris en charge dans sa globalité ce qui est alors contradictoire c'est que les traitements allopathiques sont des traitements de fonction ou d'organe, spécifiques d'un problème de santé donné et non d'un individu.

2. La maladie :

« La jurisprudence française a retenu une notion très large de la maladie y comprenant, outre les infections un certain nombre de disgrâces ou d'imperfections » (p39) [6]. L'altération de l'état de santé, désigne une rupture, un désordre, un mal être tout en étant aussi un objet de quantification et de classification. Du point de vue quantitatif la maladie est un déficit ou une exagération des fonctions, la maladie désorganise mais ne déforme pas.

La pathologie est l'ensemble des mécanismes régissant l'homme malade. La nosologie est une classification et étude de la maladie. « *Les médecins préfèrent en général diagnostiquer des maladies physiques en utilisant des clichés de leurs professeurs spécialisés plutôt que de diagnostiquer des problèmes de personnalité globale* » (p53) [2]. La maladie de l'adaptation c'est l'état psychologique du sujet qui se répercute sur son adaptation physiologique au milieu en perturbant la constance du milieu intérieur. Certaines maladies somatiques auraient donc des causes psychologiques.

La maladie « c'est un écart rapporté à la constance d'une norme [...] un évènement qui s'inscrit dans une biographie dont elle perturbe la continuité [...] perturbe un équilibre et

questionne sur l'avenir [...] c'est un deuil à faire de son état antérieur à la maladie [...] c'est une crise, en faisant courir un danger à l'équilibre psychophysique atteint jusqu'alors [...] la maladie projette le malade vers des issues barrées. Le patient aura alors pour tâche de s'approprier des praticables encore inexplorées » (p10-14) [7]. Selon Georges CANGUILHEM (philosophe et médecin français) dans son livre intitulé *le normal et le pathologique* [26] il écrit que « *la normativité est l'aptitude à se donner soi-même ses propres normes* ». « *L'annonce d'une maladie modifie la conscience que la personne a d'elle-même* » (p54) [1], « *c'est toujours une expérience mystérieuse et inquiétante* » (p53) [2].

« Lorsque l'on énonce un diagnostic, il faut savoir quels fantasmes on ressuscite et quelles catégories on met en œuvre. L'homme se console en comblant tout ce qui relève de la fêlure et évacuant tout ce qui brise la belle image de son unité » (p48-51) [6]. « La maladie est effrayante, en comprendre les mécanismes rassure. Les patients se demandent pourquoi moi ? Pourquoi est-ce arrivé ? Qui est responsable ? Quelle en est la cause ? Quelle en est l'origine ? La fatigue, le surmenage, le froid ? Que dois-je faire ? Est ce grave ? » (p1-5) [1].

Sur le *plan de l'imaginaire*, la maladie signifie une *déficience et relève un dysfonctionnement* (d'un écart) qu'il faut alors combler par le plus grand nombre possible de remèdes. La maladie est un *ennemi* qu'il faut vaincre à tout prix. Avec cette représentation c'est donc peine perdue de prêcher la diminution des actes médicaux et des remèdes. Il faut essayer d'apprendre au malade d'accepter de vivre avec elle, d'en maîtriser les symptômes par *pleine appropriation de son corps*.

Les patients peuvent vivre la maladie de différentes façons, soit comme *destructrice*, la privation d'activité ne donne alors au malade aucune occasion de restaurer son identité sociale ; soit vécue comme *libératrice*, la maladie fait alors découvrir au malade le vrai sens de la vie, occulté par le poids du rôle social. « Certains encore éprouvent leur maladie comme quelque chose qui leur est *étrange ou imposé* et accueillent favorablement toute offre ou tentative de les en débarrasser, d'autres encore l'éprouvent comme faisant *partie intégrante de leur vie* comme s'il avait grandi avec elle (et se l'approprient alors comme soi) » (p287) [2].

« Le souci pour le patient se mue en une solitude orientée d'une part par les moyens techniques ou pharmaceutiques à sa disposition et d'autre part par le travail clinique de la consultation qui l'accompagne vers la convalescence optimale ou lorsqu'il s'agit d'une maladie chronique qui l'aide à assumer celle-ci d'une manière moins douloureuse » [2]. « Ni les phénomènes d'aggravation ni les phénomènes de guérison d'une maladie ne composent des séries de faits partiels et entièrement localisables organiquement mais ils surgissent comme des possibilités à priori indécidables et risquées du corps dans son ensemble. La position de surplomb du médecin qui lui fait se percevoir comme pur objet biophysique est quittée pour entrer en relation avec la subjectivité qui incarne cette instance » (p18) [7].

« *Tout généraliste qui se veut efficace doit s'intéresser aux gens et pas seulement aux maladies* » (p45) [3].

« Le médecin en tant que consolation, constitue un autre domaine plus dangereux celui-là. Le médecin a appris à ne traiter que des maladies physiques réelles, or chez de nombreuses

personnes, tout choc émotif s'accompagne ou peut même se réduire uniquement à des sensations corporelles; on va alors chez son médecin et on se plaint. Le médecin, le plus souvent embarrassé (car il n'a pas les bagages nécessaires pour faire face à ce type de problèmes), prescrira un médicament sur des indications très insuffisantes, ces prescriptions améliorant pourtant certains patients bien que personne ne sache pourquoi. La première prescription de médicament peut induire les patients à *organiser leur maladie sous une forme thérapeutique inaccessible. Mais comme un entretien prolongé nécessite une compétence psychologique, autrement dit un examen et ses solutions personnelles, il est plus facile de convertir le patient à croire aux prescriptions et aux propriétés des médicaments, d'autant plus que la population a déjà reçu un entraînement préalable considérable qui la prépare à y croire.* Certains patients sont hyper anxieux et vont voir leur médecin pour être rassuré sur leur état de santé mais reviennent peu de temps après avec la même appréhension ou une nouvelle crainte. *Tomber malade, être malade est ressenti par de nombreuses personnes scrupuleuses comme une faute et se sentent coupables des conséquences de cette maladie.* Il y a les patients qui ne se permettent pas d'être faible ou malade, la maladie et alors une *humiliation irrémédiable, une faiblesse qui ne pourra pas être pardonnée.* Le médecin doit apprendre à ces personnes à parler librement de leurs appréhensions et de leur culpabilité et doit agir sur ce sentiment d'auto accusation. *Les patients qui se plaignent coutent quantité de médicaments et les patients anxieux ou qui ne se permettent pas d'être faible, quantité d'exams inutiles.* Si le médecin ne trouve rien chez son patient dont l'anxiété persiste, pourquoi ne pas le rassurer avec une deuxième ou une troisième opinion avec en conséquent une *dilution des responsabilités et collusion de l'anonymat, avec leurs conséquences*» (p238) [2].

« *La maladie indique donc un symptôme qui est à interroger avant de le combler et de le supprimer par des médicaments.* Lorsque la fêlure et l'écart sont *assumés*, nous n'observons plus de compulsions à avaler des médicaments, à les accumuler et on se demande ce que le corps souffrant veut exprimer (p48-51) [6].

« Toute privation imposée par la maladie peut être ressentie comme venant du médecin » (p255) [2] si celui-ci n'est pas capable de redonner des possibles au malade. Selon Lazare BENAROYO (philosophe et médecin) « *l'activité clinique est une re-possibilisation de l'existence du patient, il faut frayer la voie à tel individu malade, une voie qui l'autorise à échapper au cours mortifère de son état présent et d'accéder à un nouvel état d'équilibre ou il rentrera partiellement ou totalement en possession de ses possibles car dire la maladie c'est nommer une situation où il existe certains possibles* » (p10) [7].

Dans son livre *Friedrich NIETZSCHE et le problème de la civilisation* Patrick WOTLING reprend le concept de « la grande santé » élaboré par Nietzsche ; il pose la question suivante : *Peut-on se passer de la maladie ?* La question se pose à partir du moment où l'on conçoit que *la maladie est un stimulant pour dépasser le pessimisme et la santé la capacité à affronter la maladie.* Ainsi *si la maladie n'existe pas, la santé non plus. La santé n'est pas un état ni un bien acquis, mais une conquête, un processus dynamique, une capacité. Vivre, c'est être constamment menacé par ces ruptures, vivre c'est un affrontement permanent.* Il faut donc contrôler, surmonter, tirer quelque chose de cela pour ne pas le subir.

Pour vivre de manière intense, il faut triompher de ces obstacles. *La maladie aurait donc pour but de donner les perspectives d'une lutte et d'une tentation de dépassement, ce serait un stimulant pour dépasser l'insatisfaction de l'existence.*

Toujours selon Friedrich NIETZSCHE, la souffrance rend noble et il faut donc accorder une place digne à la douleur (sans que cette conception de la vie soit doloriste). Avoir pitié n'aide pas à guérir, la douleur n'est pas une valeur mais un révélateur. *La maladie est instrument, moyen de connaissance. La maladie, c'est expérimenter.* [35]

3. Représentations de la maladie :

Aux Pays-Bas soignants et soignés sont convaincus de la capacité du corps à l'auto-guérison en lien avec des notions de déroulement naturel de la maladie, celle-ci étant interprétée comme un déséquilibre. En France, la maladie est plutôt vue comme une agression par un agent extérieur qu'il faut donc identifier pour permettre de le soigner. Ainsi, François LAPLANTINE (chercheur ethnologue et anthropologue Français) décrit dans son livre intitulé *anthropologie de la maladie: étude ethnologique des systèmes de représentations étiologiques et thérapeutiques dans la société occidentale contemporaine* un modèle étiologico-thérapeutique consistant en une approche dominante allopathique de la thérapeutique [36]. La demande d'une ordonnance de médicaments était beaucoup plus forte, auparavant. Mais l'attente de médicaments est encore forte dans la société et même une spécificité française. Le patient se reconnaît comme un expert de lui-même, avec ses propres connaissances et représentations des maladies. Cet aspect est mal identifié par les médecins mais peut être traduit par l'inconfort de situations d'incompréhensions réciproques avec les connaissances et représentations des médecins qui s'affrontent à celle du patient (p195) [17 bis].

« Les patients éprouvent des difficultés d'exposer leurs symptômes au médecin, car ils sont signe de maladie ou signalent l'aggravation du mal. Les symptômes ont un statut d'information et prennent valeur de signe trahissant au regard du monde l'existence de la maladie » (p89) [3].

Par le signifié (aspect conceptuel) la médiation technologique, rend la profondeur inaccessible du corps comme accessible ; par le signifiant (aspect matériel) les signes et les symptômes deviennent des moyens secondaires pour dire la lésion » (p11) [7]. (*Saussure le signifiant et le signifié* sur : <http://www.ac-grenoble.fr/PhiloSophie/articles.php?lng=fr&pg=24579>)

4. La souffrance :

« La passivité de la souffrance peut être comprise comme une patience, comme une *ouverture à l'autre, une demande d'analgésie de consolation ou d'ajournement de la*

mort » (p80) [7], c'est pourquoi la souffrance invite à consulter le médecin, et c'est pourquoi tout patient qui consulte souffre. La passivité est la possible étymologie du mot patient. « *L'homme est jeté en pâture à lui-même, il s'embourbe à lui-même. La souffrance n'est rien d'autre que l'épreuve de cet enchainement de l'homme à lui-même* » (p18) [7], « pour d'autre ayant une conception doloriste de la vie elle signifie un allègement de leur culpabilité» (p255) [2]. La douleur écrivait François MAGENDIE (médecin physiologiste Français) « par cela même qu'elle est dans les lois de l'organisme, doit avoir un but. *Douleur et souffrance : la brûlante question du sens* ». Est-ce suggérer qu'elle est utile pour le diagnostic médical ? A-t-elle une finalité philosophique ou religieuse ? A-t-elle un sens, une signification pour la personne qui souffre, pour la société ? Cruels dilemmes qui ont imprégné pendant des millénaires les conduites des médecins comme les réflexions des penseurs philosophes ou ministres des cultes. Aussi vieille que soit l'humanité, la douleur pose à l'homme des interrogations existentielles dont les réponses ont été de tous temps grandement influencées par les possibilités de l'antalgie. Faute de savoir la traiter et en faisant de nécessité une vertu, de nombreuses religions, philosophies et doctrines ont valorisé cette sublimation de la douleur en lui conférant une valeur intrinsèque, éthique voir rédemptrice. Stoïcisme (« *douleur tu n'es pas un mal* »), fakirisme, nietzschéisme, romantisme (de « *la nuit de mai* » de Alfred MUSSET ; à « *la mort du loup* » de Alfred de VIGNY (poèmes dans lesquels s'expriment les souffrances de leurs auteurs)) mais aussi christianisme (« *tu enfanteras tes fils dans la douleur* » Bible, Genèse) ont longtemps exalté la grandeur de la douleur et son acceptation. William SHAKESPEARE répondait déjà, il y a quatre siècle : « *jamais ne vécut philosophe qui puisse en patience endurer le mal de dents* » et Henry GRAHAM GREENE (écrivain anglais de romans, de nouvelles, de récits de voyage et de critiques dans lesquels il explore l'ambivalence morale, la politique du monde moderne et s'interroge sur le catholicisme), peu suspect d'antichristianisme primaire, lui fait écho en notre temps : « ***les saints parlent de la beauté de la souffrance. Mais vous et moi, nous ne sommes pas des Saints !*** ». Il est vrai que la souffrance ne se partage pas et il est abusif de proclamer que l'on puisse parfaitement comprendre « *l'Autre souffrant* ». Impuissante à se décrire, elle est bien la question des questions et son obsédant pourquoi reste la pierre d'achoppement de toutes les sagesse, philosophies et religions. Car comme le souligne Jean-Jacques KRESS (psychiatre et psychanalyste Français) : « la souffrance n'a pas de camp ». [6]

La douleur apparait comme une « *déchirure organique ou relationnelle (par exemple quand nous perdons un être cher)* ». Si grâce aux neurosciences, nous cernons mieux sa physiopathologie, nous ne savons que peu de choses précises sur l'émotion douloureuse elle-même. La douleur écrit Emmanuel LEVINAS (philosophe Français), *est un « malgré la conscience », c'est le « non » par excellence, c'est la limite contre laquelle bute notre conscience, une sorte de perte de conscience*. Si la souffrance, qui implique la durée (« *endurer* »), est parfois *sans objet*, elle n'est *jamais sans pourquoi*. L'épreuve est consubstantielle à notre espèce avec tout son cortège de doutes et de questionnements angoissés : Jusqu'à quand ? Pourquoi moi ? etc. Plus qu'une demande d'explication, il y a ici une *demande de sens* : pourquoi ces souffrances qui viennent profondément perturber le déroulement de nos existences, qui sont bien loin d'être de longs fleuves tranquilles. Il n'y a pire souffrance que celle à laquelle on ne peut donner sens et qui nous plonge dans les eaux

amères de l'absurde et de l'injustice. Devant la souffrance de l'autre, que dire et comment le dire ? Quel droit et quel devoir d'en parler ? Comme l'affirme Jean CLAVEUL (psychanalyste Français) : « *il n'y a qu'un seul discours qui tienne sur la souffrance, celui de la personne qui l'éprouve et s'en tenir là !* ». L'acte de foi, l'acte d'écoute, l'acte de discernement permet de savoir écouter le malade douloureux et de croire en sa douleur.

La douleur a aussi sa fonction et si on ne ressent plus rien, cela est également source de maladie. Par exemple, dans la maladie appelée syndrome d'insensibilité congénitale à la douleur (ICD), les patients ne ressentent pas la douleur, cela est alors responsable d'importantes lésions, liées à des brûlures, des coupures, des coups, etc. Cette maladie est à l'étude, dans le but d'améliorer la compréhension de la douleur normale. Donc si un jour les chercheurs trouvent un traitement contre la douleur en empêchant les fibres nerveuse de conduire l'information douloureuse, il y aura forcément de nombreux effets indésirables et le patient ne pourra plus rien sentir, totalement anesthésié, sa vie sera probablement fade sans sensation, sans émotions, ces souffrances seront alors autres et le problème ne sera pas résolu mais dénaturé. Par la douleur, même si elle est souffrance c'est un mode d'expression du corps et donc, de l'homme souffrant. « Dès lors, que faire en pratique ? Le credo du médecin comme tout soignant impose de soulager (alléger) toute douleur aiguë comme toute douleur chronique dans la mesure du possible sauf si le malade réclame explicitement qu'on maintienne un certain niveau de douleur pour ne pas altérer trop son niveau de conscience » (p50-51) [9ter] (par exemple pour le traitement des douleurs de certains cancers au stade terminal, le problème des thérapeutiques antalgiques actuelles est qu'elles donnent des effets secondaires non négligeables, tel la confusion, les hallucinations (morphinique) les troubles de la conscience (sédatifs et autres). Pourquoi faut-il que le progrès médical soit entaché à tant de scepticisme vis-à-vis de la plainte de l'Homme souffrant ? Est-ce lié aux croyances illusoire et exclusives en la seule science ? Comment imaginer que la seule technicité puisse remplacer un jour la force de ce qui est exprimé par le malade ? La douleur laisse une empreinte indélébile sur le psychisme et les centres nerveux; l'empreinte restera d'autant plus marquée que la souffrance du malade aura été négligée, méconnue ou pire encore mise en doute. La mémorisation de la douleur participe à la chronicisation de celle-ci, comme c'est le cas pour l'algoneurodystrophie, une maladie dans laquelle les mécanismes sont encore inexpliqués à ce jour, mais dont le diagnostic est réalisable par imagerie. La peur, l'anxiété, les troubles du sommeil et de l'humeur, sont eux aussi générateurs d'un véritable cercle vicieux de la douleur.

Je souhaite vous faire part à travers un exemple la complexité de la prise en charge de la douleur chronique. Je suis appelée au domicile de Mr D, 70 ans, retraité, vivant avec sa femme, parce qu'il souffre d'une douleur insomnante au niveau de la jambe droite. Il consultait également pour son renouvellement de traitement par antihypertenseur (une des conséquences probables du mal), antidépresseurs, somnifères, anxiolytiques et antalgiques de pallier I et II. Je sentais chez ce patient logorrhéique une grande nervosité. Il m'avait sorti les boites de médicaments qu'il consommait régulièrement et les examens complémentaires réalisés pour le bilan de ces douleurs lombaires et des membres inférieurs. Je ne sais plus si ce patient présentait un canal lombaire étroit ou une discopathie arthrosique mais il avait déjà vu

le chirurgien pour ses lombalgies qui lui avait dit qu'il ne pouvait pas l'opérer car cela ne solutionnerait pas son problème. Il avait déjà bénéficié d'infiltrations paravertébrales qui selon lui n'avaient pas été efficaces ; de kinésithérapie également sans efficacité notable puisqu'il estimait ne pas pouvoir être soigné par un thérapeute qui s'occupait de plusieurs patients à la fois et qui au final ne le voyait que pour lui poser des électrodes ou une lampe chauffante. Par ailleurs il ne supportait pas non plus de prendre des médicaments car il considérait que ce n'était pas une vie. Ce patient était donc en échappement thérapeutique et me montrait bien que tous les moyens scientifiques mis en œuvre jusqu'alors pour soulager ses douleurs étaient inefficaces et qu'il avait besoin que l'on prenne du temps pour s'occuper de lui. Je lui montrais que je prenais au sérieux son problème en l'écoulant, en l'examinant et en essayant au mieux de savoir ce qui le faisait souffrir. Ces souffrances étaient de longue date, il me parla de la perte d'un de ses fils envoyé à la guerre du golfe, de conflit avec sa fratrie, d'inquiétudes au sujet de sa fille ... Il était en larmes et avait beaucoup de souffrance à évacuer même s'il me disait déjà les évacuer à travers l'écriture. Pour moi il y avait donc dans ses douleurs une part de somatisation à tous ses problèmes psychologiques. Je pensais l'avoir soulagé un peu et lui avoir fait comprendre cette somatisation mais à la fin de la consultation je me suis rendue compte qu'il n'avait fait aucun lien entre cette douleur, motif de la consultation et ses angoisses qui renforçaient ses douleurs. Il me demanda donc après une bonne demi-heure passée à le soigner d'où venait cette douleur et que faire. Il ne comprenait pas que je n'avais pas de solution immédiate à lui proposer pour soulager ses douleurs puisqu'elles étaient en partie l'expression de son mal être. Je lui ai donc proposé une psychothérapie, de la kinésithérapie (en lui proposant de consulter un autre kinésithérapeute), et un renforcement de son traitement antalgique. Puis, j'ai essayé de le rassurer en lui disant qu'à l'examen je n'avais aucun facteur de gravité et que ses douleurs correspondaient aux conséquences de ses problèmes lombaires.

«Dans ce type de situation, d'échappement thérapeutique, *le patient peut être amené à douter de la bonne volonté voire de la compétence du médecin. L'impasse relationnelle peut alors devenir irréversible* [2] d'où l'intérêt de travailler en partenariat avec d'autres professionnels (médecin de la douleur, un psychothérapeute, etc.), l'idéal étant de pouvoir échanger de vive voix sur le patient avec le confrère. Par manque de temps cela n'est malheureusement pas coutume, cette collaboration se fait donc par correspondance avec le risque pour les soignants d'être manipulés et mis en porte à faux les uns envers les autres par certains patients souffrants, qui perdus, testent et confrontent les compétences des divers intervenants. Il y a des patients pour qui inconsciemment le but n'est pas de guérir mais qu'on s'occupe d'eux.

Envoyer le patient vers un spécialiste peut aussi vouloir lui faire comprendre : je ne peux plus rien faire pour vous, allez voir ailleurs.

Dans le chapitre éthique médicale et douleur chronique intitulé *quand l'enquête médicale se ferme sur le non-lieu de la plainte* l'auteur dit : « le jour où le patient éprouve une douleur tenace, les malades douloureux, véritables experts de la douleur, se trouvent cernés par une incrédulité générale, le malade agace, on ignore sa vérité douloureuse car elle dérange et cela lui fait encore plus mal d'être mal écouté, mal entendu. On lui répète que le mal est psychologique ; une façon moderne et fausse de dire qu'il est imaginaire. Parfois on lui jette à

la figure que c'est psychosomatique, façon de lui dire que « ce n'est rien, ..., c'est nerveux, ..., c'est psy ! » (p52)[9ter]. Je pense qu'il faut nuancer ces propos, quand le médecin dit à son patient que sa douleur a une composante psychosomatique, cela ne veut pas dire qu'il ne valide pas sa plainte mais c'est lui dire que la prise en charge est complexe, peu scientifique et nécessite une prise en charge psychologique. Il semble que ce soit plus la façon de formuler notre discours qui ait toute son importance et qu'effectivement l'utilisation détachée des mots crus sus cités dans cet extrait risquerait de nuire au patient. Revenant à mon exemple, ce patient, n'arrivait donc pas à me décrire sa douleur pourtant j'avais pris le temps d'en parler avec lui. Il aurait été maladroit de lui dire crûment « c'est psychosomatique, allez voir le psy », ou même simplement de prescrire un antalgique sans en discuter quand bien même ce patient me disait ne plus en pouvoir de prendre des traitements. Peu de médecins peuvent consacrer $\frac{3}{4}$ d'heure par patient, la surcharge de travail et la rémunération les en dissuadant.

L'expression, la perception et les moyens de traiter la douleur est propre à chaque individu. Toute sensation de guérison a une part de subjectivité propre à chaque patient. Par exemple, un traitement lambda pour l'arthrose va être efficace chez certains patients et inefficace chez d'autres. Chaque médecin a aussi sa conception de la douleur et sa façon de la prendre en charge. L'exemple suivant montre que chez certains patients s'exprimant de façon incompréhensible pour les médecins, leur douleur va donc être évaluée de façon biaisée par eux et parfois les conduire à agir de façon déraisonnée avec une aveuglante escalade thérapeutique. Je me souviens au cours de mon dernier stage de cette patiente grabataire hospitalisée pour des douleurs abdominales chroniques en échappement thérapeutique, qui dernièrement avaient été ralliées au syndrome parkinsonien et traitées par le Professeur de neurologie par pompe d'apokinon®. La famille se rattachait à ce traitement sur lequel reposaient leurs derniers espoirs de soulagement de la souffrante de leur proche. Néanmoins l'efficacité n'était pas optimale et cette thérapeutique était difficile à gérer. Aucun soignant n'arrivait à soulager cette douleur qui était par ailleurs difficile à questionner. La patiente était étiquetée comme démente, la communication était donc difficile et se limitait à des plaintes diverses et diffuses, elle gémissait, criait, s'agitait, présentait des périodes de confusion pour lesquelles il y avait à mon sens une part de iatrogénie. L'arsenal thérapeutique utilisé pour pallier à ses douleurs comprenait des anxiolytiques, des neuroleptiques, des antidépresseurs, des antalgiques de palier I, des morphiniques, des antiparkinsoniens, des antispasmodiques ... une vraie cascade thérapeutique. Les douleurs initialement et principalement de localisation abdominales se sont ensuite situées au niveau d'une escarre sacrée. La seule réponse que les médecins (du service de gériatrie, neurologues, gastroentérologues et des soins palliatifs) avaient à cette souffrance était une surenchère chimique, le canal de la communication semblant infructueux. L'expression de la souffrance de cette patiente paraissait être le seul moyen de rentrer en communication avec l'autre. Lorsque l'on échangeait avec elle cela semblait l'apaiser un peu de nous communiquer et nous transmettre son mal. Avec les traitements nous soulagions en fait notre propre douleur de la voir souffrir ainsi et d'être impuissant. Elle s'est éteinte après six longs mois de souffrance de la famille, des soignants et d'elle-même.

Le malade douloureux chronique par la pérennisation même de sa douleur constitue de prime abord un échec thérapeutique. La douleur est un signe adressé à un médecin, elle appelle à être soulagée, et prise en considération. La douleur chronique devient un véritable comportement et un langage explicite de ce comportement. Il y a la maladie en cause, grave (un cancer, ...) ou bénigne (une arthrose, ...). Les deux génèrent des douleurs chroniques, qui **constituent une sorte de deuxième maladie surajoutée à la maladie causale et évoluant pour son propre compte** du fait d'un véritable cercle vicieux de la douleur. Pour en sortir cela requiert de la part du médecin un subtil alliage d'écoute active, de compétence, d'expérience, de savoir-faire, de savoir être mais aussi de savoir-faire-faire afin d'impliquer le malade qui aura lui-même un rôle actif, souvent déterminant dans sa guérison et le soulagement de ses douleurs. Par exemple, dans la lombalgie chronique, l'essentiel est de ne pas se tromper sur le véritable niveau de plainte ; ou plutôt sur leurs véritables niveaux, le plus souvent multiples et si intimement intriqués : handicap, dépression, dévalorisation, honte mal être » (p54-55) [9ter]. Cela explique pourquoi la prescription médicamenteuse a une place minime dans cette prise en charge car elle ne peut régler ni le handicap, ni la dépression, ni la dévalorisation, ni la honte, ni le mal être, donc ni totalement la douleur également.

Au XXI^{ème} siècle, on ne sait toujours pas bien prendre en charge la douleur car il s'agit de quelque chose de bien plus complexe que ce que la science peut nous apporter. La douleur fait encore l'objet de nombreuses recherches et expérimentations (cf. science et santé nov-déc 2014 « *douleur bientôt sous contrôle ?* »), mais elle dépasse de loin le champ de compétence de la médecine actuelle. Certains patients arrivent à trouver dans les traitements chimiques ou dans les médecines parallèles du réconfort mais deviennent dépendants dans le premier cas et doivent pouvoir se le permettre financièrement dans le second cas. Comment sortir de cette impasse ? La solution ne me semble pas médicale.

Dans ses mémoires, Jean-François DENIAU (homme politique et écrivain), fait part de son expérience de la douleur dans les suites d'une chirurgie thoracique. Il écrit : « *pratiquement tout ce que dit le malade, se constate, se vérifie, se mesure, sauf, s'il dit qu'il a mal. La douleur est incontrôlable. Elle est une sorte de révolte de l'individu, d'affirmation du libre arbitre contre la technique. Un malade peut dire n'importe quoi, qu'il souffre un peu, beaucoup, horriblement. La science est impuissante à étalonner et à juger ses dires. Les médecins qui sont scientifiques, n'aiment pas ces défis à la science. Alors ils ont tendance à ignorer la douleur en employant des périphrases ou des euphémismes. Toute douleur ou angoisse est d'abord solitude. On ne partage pas le mal physique* ». Il conseille aux médecins le changement de vocabulaire employé auprès du patient parce que c'est « *encore plus douloureux de souffrir* » quand les mots entendus minimisent la douleur ressentie (p55) [9ter]. « Si les consensus sont utiles en thérapeutique pour déterminer les vérités essentielles, à l'inverse, le soulagement et la guérison ne dépendront jamais de la seule application aveugle d'un protocole thérapeutique anonyme. La douleur en est un paradigme, son apaisement ne peut résulter que d'une décision personnalisée accompagnée d'une réelle disponibilité au patient » (p62) [9ter]. Toutes les thérapeutiques prescrites ne peuvent avoir une efficacité optimale que si le patient est disposé à la recevoir et, est prêt à guérir.

« La confiance dont nous gratifie le malade souffrant qui fait part de sa douleur et de son mal être, est un appel à l'humain, à notre conscience de médecin, de soignant. Aussi la prise en charge globale du malade douloureux est-elle une obligation morale pour chaque soignant. Elle doit associer le recours justifié à l'ensemble des moyens médicamenteux et techniques disponibles, et par ailleurs ne jamais négliger *l'écoute psycho-affective* seule capable de prendre en compte son mal-être, son handicap, sa souffrance, dont on sait qu'ils peuvent aller jusqu'à porter atteinte à sa dignité et parfois même à son identité. « Si le premier principe éthique du médecin est le devoir de compétence, cette condition nécessaire n'est jamais en soi suffisante pour prendre véritablement soin du malade. ***Quand l'objectif est bien l'apaisement de la douleur et la souffrance de chaque patient à chaque instant de la maladie, il y faut également la compassion et la sollicitude, au bénéfice d'une attitude empreinte d'humanisme et de personnalisme. Si de prime abord, la douleur peut sembler ne rien signifier, cela ne veut pas dire pour autant qu'il n'y ait rien à entendre.*** Elle est le message pour quelqu'un qui devra rechercher entre autre les mots-carrefour qui serviront de liens et de ponts avec l'inconscient démasqué. *Ce médecin m'a fait déceler et dire des choses étranges, qui étaient enfouies au fond de moi et dont je n'avais aucune conscience. Et c'est vrai que je me sens soulagé de les avoir trouvés et de pouvoir les dire. Maintenant, je sais que je dis poursuivre cet itinéraire en forme de reconnaissance et de renaissance de mon moi profond. Du même coup mes anciennes douleurs s'atténuent beaucoup. Je n'y fais même plus attention* » (p63) [9ter]. Il faut donc apprendre au patient à vivre avec sa douleur et à l'atténuer par une meilleure prise de conscience de soi.

Alphonse DAUDET dit :

« Pas d'idée générale sur la douleur. Chaque patient fait la sienne et le mal varie comme la voix du chanteur selon l'acoustique de la salle, acoustique qui en l'occurrence est celle du médecin, du soignant, des proches ... »

5. L'émotion dans le soin :

« La raison humaine n'est pas purement cognitive, elle fait aussi appel aux émotions » (p122) [8].

« Les décisions du médecin sont influencées par la situation émotionnelle du patient et par un contrôle particulier de la relation médecin malade, laissant libre cours aux tendances personnelles, aux sentiments inconscients, aux convictions et aux préjugés du médecin » (p74) [2]. « Le médecin influence toujours sa décision en fonction de ses convictions personnelles qu'il le veuille ou non » [9ter].

« Le rôle des émotions est de nous contrôler. Les émotions naissent de la constatation d'un différentiel entre ce que nous pensons de l'état du monde et de ce que nous constatons » (p91 et 85) [8]. « Il faut essayer d'utiliser des émotions positives dans le soin (joie, espoir, confiance, soulagement, etc) car l'optimisme intervient favorablement dans les

comportements de santé. « Mais il faut faire attention à l'optimisme mal fondé » (p119) [8]. Les émotions peuvent être source de bonheur quand elles sont positives et de malheur quand elles sont négatives. La peur, la colère, la tristesse, le doute, le regret, la honte, etc sont des émotions négatives qui répétées régulièrement installent un sentiment de mal être chronique, un stress permanent. Elles déclenchent des attitudes relationnelles conflictuelles, inadaptés, décevantes et cela induit un comportement de retrait par rapport à la véritable expression de chacun. Ces situations sont ressenties comme des échecs sentimentaux, professionnels ou autres qui en retour vont renforcer le stress, créer un sur-stress que l'individu ne parvient pas à évacuer. Un cercle vicieux s'installe: émotion négative → stress → vie relationnelle décevante → sentiment d'échec → sur-stress et renforcement de l'émotion négative et cela parait sans fin. Généralement, l'origine de cette situation est difficile à identifier. Les émotions semblent rendre la vie infernale, quand elles ne sont plus gérées, c'est le corps qui s'en charge, jusqu'à devenir la cause de maladies (influences psycho émotionnelles sur la pathogénie). La cause de ce processus destructeur antérieure à l'émotion négative initiale, est le manque de confiance en soi et donc en la vie tout simplement.

B) Interactions médecin patient et leur relation

1) Le médecin:

1. La fonction apostolique du médecin ou le « *médecin médicament* » :

« Se sont moins les besoins du patient que la personnalité du médecin qui détermine la forme sous laquelle le médecin s'administre » [2]. L'idiosyncrasie est la manière d'être, particulière à chaque individu, qui amène à avoir des comportements et réactions qui lui sont propres. C'est-à-dire que pour un même patient, il existe de multiples façons pour les soignants de répondre à sa souffrance. Chaque médecin consulté aura une réponse qui lui est propre, de par son vécu, de par son humeur du moment, de par la relation qu'il entretient avec le patient, etc. « La réponse du médecin aux offres du malade ou aux symptômes apportés par lui est un facteur de très grande importance dans l'évolution de la maladie » (p45) [2]. « *Selon les anciens grecs le respect sacré de l'autorité médicale est nécessaire à la guérison* » (p148) [1]. « ***Le premier médicament utilisé en médecine générale est donc le médecin lui-même. Ce qui est important c'est la manière dont le médecin prescrit le médicament à son malade, l'atmosphère. Il n'existe aucune pharmacologie de ce médicament ni de littérature sur les risques d'une telle médication. L'effet essentiel du remède « médecin » consiste en sa réponse aux offres et propositions du malade*** » (p9) [2]. Le médecin, pour soulager sa conscience devant l'anxiété ou la douleur mentale, a recours à la routine, à un réconfort indifférencié ou à une thérapeutique de soutien. *Les médicaments, les examens spécialisés, le réconfort sont trop souvent administrés au bénéfice du médecin qui ne peut supporter le fardeau de l'insuffisance*

*de ses connaissances ou de son incapacité d'aider le patient. Il existe un besoin irrésistible du médecin de prouver au patient, au monde entier et par-dessus tout à lui-même, qu'il est bon, bienveillant, avisé et efficace ; ce qui constitue un aspect important de la fonction apostolique du médecin. En général, c'est le patient qui est converti et qui peut ensuite tirer profit des services de son médecin. **C'est la doctrine apostolique qui donne au patient les meilleurs chances de guérison**» (p242-252) [2]. « *Le but de la formation du médecin serait d'atteindre un contrôle conscient de cette fonction. Il faut avoir connaissance des effets collatéraux de notre remède pharmacologique de la drogue médecin. De façon caricaturale, il existe différents comportements de médecin : avocat de la vérité, tuteur autoritaire, mentor, savant détaché, bon parent protecteur, etc* » (p74) [2]. La qualité du médecin de se prescrire permettrait donc au patient d'avoir moins besoin d'artifice (sous-entendu le médicament) pour vaincre sa maladie. « *Pour bien soigner, le médecin doit savoir quelles représentations du corps, de la maladie et du besoin médical à le patient, il existe des différences en fonction des variables sociologiques*» (p89) [18]. *La réponse que propose le médecin, aux attentes du patient qui le consulte, acquiert un contenu plus concret au sortir d'une patiente anamnèse, avec la trajectoire de vie du patient, son histoire, sa profession, son milieu social... sont autant de sources d'informations pour la mise au point d'un traitement qui respecte la singularité et l'unicité de celui qu'il suit* » (p14) [7]. Cela m'amène à aborder l'écoute.*

2. Qu'est-ce qu'écouter ?

Ecouter vient du mot latin *auscultare*, qui veut dire prêter l'oreille pour entendre. « Or, pour bien ausculter, pour déceler par exemple un souffle cardiaque, la première condition requise est de faire le silence, silence physique qui consiste à se taire, silence psychique qui impose de faire taire nos préoccupations et nos aprioris. La qualité de l'écoute vient renforcer la confiance nécessaire à la démarche thérapeutique, inversement une écoute maladroite peut détruire une confiance préétablie. Une écoute obnubilée sur le symptôme manque de savoir-faire » [9].

Pour soigner, il faut être disponible, être disposé, être en forme, être neutre (ne pas s'identifier au patient et ne pas faire de comparaison avec son propre vécu), ne pas avoir de tabou, être à l'aise, se concentrer uniquement sur la personne, essayer de savoir qui elle est et comment on peut l'aider à s'accomplir. Le médecin doit se centrer sur la personne qui souffre, qui lui parle de sa douleur et se centrer sur le type de relation qu'il est en train d'établir avec lui/elle ? Selon Paul RICOEUR et Robert MISRAHI (deux philosophes Français) patient et médecin doivent s'allier dans un même combat, positif et chargé de sens, mené ensemble contre la maladie et la souffrance. « *On est loin de la logique d'une médecine purement technocratique ou mécaniciste et la question n'est plus celle d'une pièce défectueuse du corps humain à faire réparer ou remplacer par un « médecin-garagiste* » (p59) [9ter].

Il faut se poser la question du pourquoi ce patient vient pour déposer sa souffrance qui parfois peut sembler futile par exemple une rhino pharyngite et pour laquelle certains ne consultent pas, voir ne prennent aucun traitement en automédication. S'il consulte, c'est qu'il est affligé

par une situation dont il n'arrive pas à bout, qu'il y a débordement, ou alors que son motif n'est qu'un prétexte pour consulter, la véritable problématique étant plus difficile à avouer. Souvent la maladie est un signe de stress, de fatigue, de contrariété. Il ne faut pas voir dans le patient un ennemi, un profiteur, un paresseux. Pour que notre métier soit intéressant, il faut le faire de façon profonde avec un investissement personnel et un maximum d'humanisme.

Une bonne écoute est source de confiance.

3. Confiance et compassion :

Comme le dit Annette BAIER (philosophe Néo-zélandaise) « *la confiance c'est s'abandonner à l'autre. Faire confiance c'est d'abord se placer dans un état de dépendance à l'égard d'un soignant à même de promettre une aide compétente et de la réaliser. Pour le patient, c'est accepter que la personne en qui la confiance est accordée, peut exercer un pouvoir sur lui pour son propre bien. C'est aussi croire en la parole du soignant et espérer que les pouvoirs qui lui sont conférés ne seront pas exercés à son propre insu. Faire confiance c'est aussi risquer certains aspects de son avenir en pariant sur la loyauté de la personne à qui l'on fait confiance. C'est en manifestant au patient sa présence et son intention de répondre à l'espérance placée en lui que le médecin peut faire le premier pas vers la réalisation de la promesse implicitement faite à savoir de mettre en œuvre tous les moyens possibles pour réaliser le bien de ce dernier, sans exercer de pouvoir à son détriment. Instaurer un climat de confiance c'est ouvrir un espace de rencontre et de promesse de la prise en charge de la douleur du patient* » (p78) [7]. On peut alors faire le rapprochement avec le « *faire preuve de compassion* », qui est pour Emmanuelle LEVINAS de « *répondre à l'appel d'autrui qui souffre et exister pour cet autre souffrant comme source d'un fond commun d'humanité. Cela revient à créer un espace au sein duquel des valeurs communes peuvent être partagées et discutées dans le cadre d'un projet de soin. C'est aussi se placer en position d'écoute patiente à cet appel à l'aide et à l'espérance qui lui est intimement associée* » (p116) [7]. Selon Philippe CHARLIER (anthropologue et médecin légiste) « *la compassion engage au respect de ce que vit l'autre de l'intérieur plus qu'à la précipitation affairée de ce que l'on croit comprendre ou de ce que l'on prétend savoir. Cela impose l'humilité. Humilité difficile de celui qui fait tout son possible pour alléger la souffrance de l'autre et (pour lui) la médication est ici primordiale* ».

« Les facteurs qui déterminent la confiance que le patient a en son médecin dépendent de l'appréciation de la compétence de celui-ci. Cette appréciation se fonde sur différents facteurs qui sont : les soins mis dans l'évaluation de la situation, la capacité de comprendre la singularité de l'expérience du patient, la clarté de la communication, la capacité de construire un véritable partenariat et de manifester du respect, l'importance de la qualité de la communication avec ses aspects verbaux et non verbaux, la qualité des traitements prescrits (médicamenteux ou pas) » (p137) [8].

Selon Gloria ORIGGI (philosophe chercheuse au CNRS), « *on fait confiance à quelqu'un si on suppose qu'il a intérêt à s'en montrer digne ; la confiance crée l'existence d'intérêts réciproques*. Celui en qui quelqu'un fait confiance aura tendance à s'en montrer digne car ***les êtres humains aiment à se retrouver sous le regard bienveillant des autres***. La confiance est le moteur de « l'observance » et le médecin doit se poser la question : « suis-je digne de sa confiance », car c'est une protection vis-à-vis de « l'inertie clinique » (p356) [8] (dans le sens que le médecin doit développer un sentiment de sympathie plus que d'empathie). Le médecin doit avoir une capacité de rétrospection et se demander si ce qu'il fait est bon : pour le patient, pour lui mais aussi pour la société. C'est en instaurant une relation de confiance que le patient pourra se détacher de ses aprioris et/ou de certaines positions dans lesquelles il est parfois campé. Il pourra ainsi rentrer en communication avec le médecin, lui évitant une banale « consultation-délivrance d'un bon pour aller chercher des médicaments à la pharmacie ». Cette mise en confiance est une véritable démarche, qui se construit avec le patient et ne se fait pas en une consultation. Le patient a donc besoin d'être mis en confiance pour accepter l'aide du médecin (transfert de savoir, éducation aux soins) et vice versa, le médecin pour s'investir dans la relation de soin a également besoin d'avoir confiance envers le patient. Si le médecin pense que le patient ne le respecte pas alors cela entrave l'alliance thérapeutique. Il faut que médecin et patient trouvent un terrain d'entente, comme au sein d'un couple où chacune des parties doit faire des concessions et où le respect et la confiance sont de mise.

Ainsi le médecin remplaçant ne connaissant pas encore le patient et étant parfois vu par défaut à un statut particulier.

4. Le médecin remplaçant:

Dans ce contexte de remplacement, il est difficile pour le médecin, en une consultation de pouvoir construire une relation de confiance et de cerner rapidement les attentes du patient. D'autre part, ce statut est un frein pour certains patients à se livrer et ils se ferment vite à la moindre maladresse. Le médecin remplaçant doit s'adapter aux pratiques de prescription du médecin remplacé et cela ne permet pas toujours une pratique basée sur les propres convictions de l'intérimaire. Il est difficile pour les patients d'accepter d'autres habitudes et le fait d'être confronté à de nouvelles façons de pratiquer pourrait (re-)mettre en cause/doute la confiance qu'ils ont jusque-là envers leur médecin.

2) Le patient

1. Motifs de la consultation parfois cachés :

Quand le professionnel demande « *qu'avez-vous ?* » le patient peut être tenté de répondre : « *ben, c'est à vous de me le dire ! Moi je ne suis pas médecin* ». Dans son livre sur ce que disent les patients et ce qu'entendent les médecins, Martin WINCKLER nous fait part de ces 20 ans d'expériences de pratique de la médecine, avec ses participations régulières à des groupes Balint. Cela lui a permis de comprendre que la demande apparente d'un patient (ce que les médecins appellent « *motif de la consultation* ») est souvent un prétexte pour rencontrer le médecin. Il ne veut pas dire par là, que les patients consultent sans validité et pour de fausses raisons, mais que, s'ils entrent avec une raison qui paraît futile au médecin, c'est parce que ce qui les amène est difficile à exprimer, ils ne parviennent pas à pointer du doigt ce qui ne va pas et sont alors parfois conduits à formuler leur demande de manière indirecte, détournée, en pensant que le médecin saura les aider à y voir plus clair [9]. Dans sa thèse sur « *la plainte psychique en consultation de médecine générale* » [21], Amandine PICARD souligne que cette doléance apparaît volontiers cachée derrière un autre motif de consultation, en général somatique. Face à cela, les réponses les plus fréquemment données par les médecins étaient: les conseils et la prescription médicamenteuse. Les patients peuvent également demander à ce qu'on leur prescrive un médicament ou des examens complémentaires sans même décrire leur problème. Cette méthode d'approche peut être perçue par le médecin comme une entrave à sa propre démarche médicale. Mais pour le bon déroulement du soin cette approche devrait être considérée comme un investissement du patient pour résoudre son problème.

« *C'est parce que la plupart des individus accordent la plus grande confiance à leur médecin qu'ils sont extrêmement déçus lorsque ce dernier ne répond pas à leur(s) attente(s) ou traite (involontairement) leurs interrogations par le mépris* ». Voilà le risque face à ce type de demande où la réponse peut être très rapide mais inadaptée. « *Quand une personne fait « l'effort » de dire ce qu'elle ressent (ce qui est loin d'être toujours facile) elle est en droit d'attendre qu'on l'ait comprise* » [9].

2. Le patient et la consultation,

Les reproches les plus fréquemment faits aux médecins sont : « *il n'a pas écouté, il ne m'a pas expliqué* » (p14) [9]. Lorsque le médecin est trop directif « *de nombreux patients peuvent alors se conduire comme si leur corps ne leur appartenait plus dès lors qu'ils sont entre les mains des médecins, certains vont même jusqu'à se sentir étrangers lors de leur consultation* » (p73) [3]. Il arrive que des requêtes soient incompréhensibles ou inaccessibles pour le médecin, son rôle est alors d'aider le patient à trouver en lui les ressources nécessaires, à optimiser ses propres capacités pour déterminer l'origine du problème et trouver sa voie vers

un mieux-être. « Lorsque le vrai problème est mis à jour, le patient est capable de le résoudre sans les conseils et le réconfort du médecin » (p126) [2] (principe d'autonomisation du patient).

« *Chacun est médecin et malade, je me suis pris en propre traitement* » (Friedrich NIETZSCHE).

« Le patient n'est pas d'emblée un cas qu'il soit possible d'objectiver et de ranger sous une étiquette nosographique, il se présente d'abord dans son dénouement et sa souffrance. Ce qu'il offre au regard du thérapeute n'est rien d'autre que cela par quoi il se sent exposé, vulnérable, accablé. Aussi pauvre que soit son discours, aussi inarticulée que soit sa plainte, celle-ci retenti comme un appel qui précède tout jugement et toute décision. Le médecin a été choisi pour œuvrer en faveur d'un allègement du fardeau de celui ou celle qui consulte. Il doit donc donner une réponse à cette parole qui l'interpelle et le cherche » (p18) [7]. La transmission de cette souffrance n'est pas seulement verbale, elle peut aussi être communiquée par d'autres modalités d'expression que la parole et n'est alors pas toujours explicite pour celui qui la reçoit. De là, *l'asymétrie de la relation thérapeutique*, où celui qui est en position de faiblesse est tout aussi bien celui qui renseigne et oriente le médecin sur la destination impérieuse de cette compétence. La vulnérabilité du patient est encore accrue du seul fait que le patient souffre dans son corps et son âme et que son pouvoir être s'en trouve amoindri » (p13) [7]. Le patient consulte par inquiétude sur ses symptômes ressentis comme désagréables, inconnus, suspect et source de mal être, il souhaite alors trouver chez son médecin une solution pour y remédier. Le but de la consultation est d'accompagner et faire cheminer le patient dans sa démarche vers la guérison.

Voici un exemple pour illustrer une demande implicite en cours de consultation. Un adolescent se présente pour un certificat de non contre-indication à la pratique du sport et à la fin de consultation sa mère me demande un moyen pour remédier à l'acné que présente son fils. Est-ce que le simple fait de donner une crème solutionnera le problème un peu plus profond qui est celui de l'adolescence ? (temps des premiers flirts, de la découverte de son corps, de la séduction, crise d'adolescence etc.) La question à résoudre concernant cette acné semble plus être de travailler sur l'image qu'elle renvoie et qu'elle donne à voir (cortège de signes associés à l'adolescence). Un peu comme la calvitie ou les cheveux blancs chez l'homme vieillissant. Ce dit problème qui en fait n'est qu'un processus physiologique et hormonal, mériterait d'être présenté ainsi à ce jeune et à sa mère inquiète. Ils semblent aussi avoir besoin d'être rassurés, remis en confiance. Dans un deuxième temps les solutions thérapeutiques doivent être abordées en expliquant leurs modalités d'usage et contraintes (faibles efficacité des crèmes obtenue après 2 mois de traitement, irritant, contre indiquant l'exposition au soleil, et risquant d'être rapidement abandonné car un garçon ça ne met pas de crème, etc). Il est plus difficile et plus chronophage dans la consultation d'aborder certains thèmes que de prescrire un traitement qui par ailleurs ne solutionnerait pas le problème de fond. Il ne faut pas non plus que le patient se sente démuné à la sortie de la consultation ni qu'il reproche au médecin de ne rien avoir voulu lui prescrire et donc de ne pas avoir répondu à ses attentes. Le médecin doit lui donner une information éclairée et lui laisser des possibles et des choix sur ce qu'il veut faire. Il peut lui délivrer une ordonnance simplement à but

indicatif ou pour qu'il puisse essayer le traitement au cas où cela l'aiderait malgré tout. Le médecin n'est pas décideur et n'a pas la main mise sur ce que doit faire et penser le patient. Il existe des traitements et nous avons une obligation de moyens et d'information.

Les médecins ne sont pas de simples prescripteurs, en tout cas il ne faut pas les considérer comme tels, cela serait une erreur. Le médicament est un outil qu'il faut savoir manier au service de la relation médecin-patient mais qu'il ne faut pas considérer comme solution miracle. Je suis donc convaincue qu'aucun patient vient en consultation dans le seul but de se faire prescrire tel ou tel médicament (même s'il le formule tel quel). J'ai pu en avoir l'impression au cours de certaines consultations mais à posteriori je pense m'être trompée, le médicament est objet de communication qu'il faut utiliser comme une aide permettant de faire un lien entre le médecin et le patient. Le médicament est donc outil de communication et vecteur d'information mais rarement unique motif de consultation.

3) La relation médecin malade

1. Consultation :

Le schéma du soin est bien souvent le suivant : je suis malade, ça ne guérira pas tout seul et risque d'empirer si je ne fais rien, c'est pourquoi je vais chez le médecin pour qu'il me donne le nécessaire pour faire passer rapidement mon mal, puis j'irai à la pharmacie acheter les médicaments prescrits qui une fois pris me soulageront; c'est comme cela que je vais m'en sortir. Il s'agit ainsi d'un véritable rituel de soins. « *Le médecin est une autorité rassurante, leurs diktats désamorcent l'angoisse* » [1] dans le sens où le médecin a le monopole du soin. Cette conception, du « comment » devrait se passer la consultation et la suite des événements, provient à la fois d'une histoire collective et individuelle. La consultation est une rencontre, pour qu'elle ait lieu, il faut que chacune des parties ait fait sa propre démarche, dans l'objectif d'un bien-être commun. Le patient n'arrivant plus avec ses propres ressources à venir à bout de son mal, en désespoir de cause décide de s'en remettre à son médecin, le réfère dans le domaine thérapeutique au vu de son champ de connaissance. Etant dans la demande il se retrouve en position d'infériorité et de vulnérabilité [9ter]. Le médecin doit savoir lui faire surmonter la dysmétrie de la rencontre médecin et malade (p142) [7], « *il faut établir une relation porteuse et faire en sorte que ce dernier puisse reconstruire une normativité (distinction entre le normal et le pathologique et non l'écart à la moyenne) qui soit la sienne et sans laquelle le principe d'autonomie s'avère démuné de point authentique. La norme de la pratique devra donc plutôt être induite que déduite. Il faut élaborer une décision médicale circonstanciée et individualisée* ». Ainsi selon Lazare BENAROYO « ***l'autonomie du patient est conçue comme finalité de l'activité clinique plutôt que comme donnée de départ*** ». C'est donc dans un lieu d'échange et de réflexion clos où le patient est amené à se mettre à nu, à dévoiler son intimité à y déposer s'il le souhaite son fardeau, ses angoisses. Le patient vient avec une charge dont il souhaite être libéré grâce à l'aide du médecin. Il a par ailleurs ses a priori sur le déroulement de la consultation, prémédite, appréhende celle-ci avec parfois un

objectif précis en tête. La consultation est préparée, nourrie d'imaginaire et d'émotions qu'il pouvant être partagée ou pas avec son médecin, d'idées préconçues sur le soin sur ce dont il peut souffrir, sur comment y faire face et les réponses qui vont pouvoir lui être données. Elle peut aussi être une source d'angoisse pour le patient qui a peur : du jugement de son médecin, de ne pas arriver à s'exprimer ou de ne pas réussir à se faire comprendre avec le temps qui lui est imparti.

Le risque, c'est que « les médecins se font vite une idée de ce qu'a leur patient et donc cherchent les signes en faveur de ce diagnostic » (p65) [1]. Parfois « les médecins semblent peu intéressés par la personne qu'il y a devant eux et s'en tiennent à une rapide transaction » (p68) [1] et « pour certains l'information donnée en consultation consiste essentiellement à dire ce qui est nécessaire pour la poursuite de l'observance » (p76) [3]. Je pense que ces situations surviennent dans des contextes de surmenage au travail.

*« Si on pose des questions, on obtient des réponses et rien d'autre » (p143) [2], « c'est donc sur la base d'une écoute attentive de la plainte du patient avec tout ce qu'elle charrie d'informel, d'imprécis, de subjectif ou la souffrance se médiatise et se donne à penser. C'est d'abord dans le langage du patient que peut se construire un projet thérapeutique qui puisse répondre à la subjectivité qui subit cette souffrance » (p18) [7]. « Le médecin doit réussir à mettre en avant et comprendre les priorités du patient, les révéler, s'adapter à la demande du patient qui est toujours formulée implicitement ou explicitement par une expression verbale ou non verbale » (p9) [1]. « Se rendre attentif à l'attente du patient ne signifie ni que l'on détienne des réponses ni surtout que l'on possède un savoir sur le sens qu'a la souffrance pour autrui (car elle est singulière), mais cela signifie que l'on doit trouver en soit assez de disponibilité pour accueillir les paroles et les silences d'un autre, sans aussitôt les couvrir de sa propre volubilité et de sa propre inquiétude. Il faut se dire que la vie du patient n'est pas vaine » (p81) [7]. « Renvoyer en miroir le propos du consultant est déjà répondre à ces signaux ». « Il faut laisser la patient s'exprimer (le silence à également tout son sens) 1 à 2 minutes pour connaître le motif de la consultation, connaître ses craintes, etc et ne pas passer nos priorités avant » (p64) [1]. **Le médecin va alors avoir pour but une restauration personnalisée du pouvoir être du patient, en d'autres termes, d'être un révélateur du patient**, dans le sens où celui-ci ne sait pas toujours vraiment la raison qui l'amène ; surtout dans les contextes de somatisation ou de névrose, qui représentent environ 1/3 des consultations de médecine générale. Le but du médecin est d'amener le patient vers un processus de guérison. Selon Lazare BENAROYO : « le médecin et le personnel soignant n'ont pas pour seule tâche de prescrire des solutions à leurs malades, en effets ils doivent amener ces dernier à avoir une réflexion autour de ce qu'il leur arrive pour qu'ils trouvent en eux même les ressources nécessaires pour s'en sortir. Comme le dit Jean François MALHERBE « ils ont bien plutôt pour devoir d'exercer à l'égard de ceux-ci une véritable maïeutique (la maïeutique est une méthode socratique reposant sur l'interrogation et le dialogue, se proposant d'amener un interlocuteur à prendre conscience de ce qu'il sait implicitement ou des vérités demeurées cachées, à les exprimer et à les juger) destinée à imaginer une suite positive à l'épreuve qu'ils ont traversée » (Alain BRACONNIER,*

psychiatre et psychanalyste français parle et prône « *l'optimisme intelligent* ». Le médecin est le témoin d'une crise qu'il peut donc dédramatiser sans la banaliser » (p15) [7].

« *Le but de la consultation est le partage du savoir car « rendre les patients responsables de leur propre santé, les poussera à n'exiger de la profession médicale que ce qu'elle peut donner* » (p73) [1].

« La fonction apostolique du médecin qui le pousse à convertir ses patients à adopter ses valeurs et croyances personnelles peut être décrit comme procédé d'éducation ou de formation. Certaines personnes ne supportent aucun accroissement de leurs responsabilités et doivent s'en débarrasser en établissant un lien de dépendance avec une autorité quelconque » (p255) [2]. « Il faut savoir reconnaître la valeur de l'autonomie du patient » (p55) [3] et « évaluer au cas par cas le degré d'implication souhaité par celui-ci dans le partage de la décision thérapeutique » (p45) [1].

Certains facteurs intrinsèques à la consultation affectent le comportement des médecins, comme les caractéristiques du patient (appartenance sociale, milieu socio culturel), ainsi ceux issus des milieux populaires n'osant pas demander car ils ne savent pas formuler les bonnes questions sont malgré eux réduits à l'ignorance (p55) [3]. Afin d'aider les patients dans la consultation, le Docteur TATE a réalisé un guide du patient intéressant à consulter (cf. p 151-152) [1].

« La relation médecin patient varie en fonction des situations de prise en charge. Dans un contexte aigu, le patient est plutôt soumis au dire du médecin alors que dans le cadre du suivi de pathologie chronique, il s'agit plutôt d'une relation de partenariat. Au cours de maladies aiguës, le patient est en demande de diagnostic, de réassurance et/ou de prescription. Au cours des maladies chroniques, le début de la maladie est souvent asymptomatique, puis le patient entre dans un processus de deuil de sa bonne santé et en oublie la peur du médicament. L'observance est donc toujours plus facile lors des pathologies aiguës (quoique la durée des antibiotiques n'est pas toujours respectée) plutôt que lors des pathologies chroniques où la symbolique est plus marquée, un processus de fidélisation et d'appropriation du médicament devant se mettre progressivement en place» (p92-93/119) [18].

Les consultations peuvent être dysfonctionnelles et engendrer des quiproquos, une inobservance et/ou inertie clinique (p6-9) [1]. « Pour mieux prescrire il faut éviter les confusions de langage» (p143) [18].

Je souhaite revenir sur une citation déjà étudiée au début de chapitre: « leurs diktats désamorcent l'angoisse » [1] car je pense que ce diktat peut également être une source d'angoisse, de mensonges car le médecin à l'impression que le patient est en accord avec lui alors qu'une fois sorti de la consultation celui-ci redevient maître de lui-même (fait et pense à sa guise). Il faut retenir que « *l'attitude de compréhension et d'empathie est la seule qui favorise l'échange et l'expression d'autrui ; médecins et patients doivent supporter une certaine dose de frustration. La relation médecin patient est une compagnie d'investissement mutuelle* » (p264) [2]. « Cette relation est enrichie par le nombre de consultations» (p79) [18].

Certain auteurs proposent des pistes d'aide à la communication :

<http://www.communicationorale.com/porter.htm#.VIq8lXuGl3w>

2. Temps dans la consultation :

« Plus la consultation était longue et plus le patient se considérait satisfait, non seulement de la relation, mais aussi face à la prescription proposée. Quand les patients qualifient leur relation d'excellente avec leur médecin traitant, ils ne demandent pas de modification de la prescription proposée » [10]. La relation de soin entretenue de part et d'autre est avant tout fondées sur une relation de nature humaine qui se noue au travers de la communication et du temps passé ensemble. L'attente du patient envers son médecin s'inscrit donc dans le temps et peut être amenée à être modifiée avec celui-ci.

Il y a donc *l'avant* consultation faite d'appréhension et d'a priori basés sur une conceptualisation de la médecine occidentale en rapport avec la culture, la socialisation et l'histoire (collective et personnelle) (histoire propre de rencontre avec un produit, de rencontre avec la maladie, de suivi par son médecin de famille, etc).

Puis il y a le *pendant* la consultation, qui est une rencontre singulière, où chacun des partis du colloque va apporter sa pierre à l'édifice du soin. Certains médecins utilisent la prescription pour marquer un temps dans la consultation (celui qui indique la fin de celle-ci). En fin de journée, lorsque la fatigue se fait ressentir les médecins prescrivent plus, leur énergie baissant ils ont moins confiance en leur qualité thérapeutique et il est moins fatigant de prescrire que de soigner.

Enfin il y a *l'après consultation*. En général le patient acquiesce pendant car il n'ose pas contredire le médecin, puis en sortant il décide d'aller (ou pas) immédiatement (ou de façon retardée) à la pharmacie, la 3^{ème} étape de ce qui s'apparente au « rituel médical ». En fonction des clefs données par son médecin il décide seul ou en concertation avec des proches (ou rarement du pharmacien) de ce qu'il va faire. Dans cet après consultation, le patient a la liberté de choisir ce qu'il va prendre à la pharmacie et de ce qu'il prendra réellement à son domicile. Le médicament sera acheté ou non, consommé ou non. Comme l'a analysé Sylvie FAINZANG dans son livre *médicament et société* la prescription en elle-même a une fonction et une symbolique propre. Cela fait partie des attentes des patients d'avoir un manuscrit que l'on range dans la cuisine, dans la chambre ou ailleurs, que l'on met à la poubelle, que l'on brûle, ou autre. *Son utilisation en dit long sur les représentations et le mode de cheminement vers la guérison nécessaire à chaque patient* [4].

Il me semble qu'à cause du peu de temps imparti en consultation, le médecin doit penser à ne pas toujours fermer celle-ci définitivement, en invitant le patient, à revenir si le besoin s'en fait sentir car on ne peut pas toujours tout résoudre en un entretien et le cheminement peut parfois prendre du temps. Le patient ne peut pas être satisfait à chaque consultation, à partir du moment où le médecin lui montre qu'il lui veut du bien, le regret, la contrariété et

l'opposition sont parfois source d'avancée dans le processus de guérison. Dans une éducation, le non, l'opposition s'ils sont mesurés et justifiés sont constructifs.

3. L'information médicale:

« Il faut rester vigilant face à la vulgarisation des informations médicales qui ne sont pas toujours contrôlées et qui s'apparentent à une désinformation mercantile. Le modèle américain en est un exemple, avec ces moyens marketings directs et indirects qui influencent le comportement des patients en conditionnant leurs demandes et influençant alors en chaîne le comportement des médecins qui s'attendent eux même à cette demande. C'est un cercle vicieux qui s'installe » [9].

« Etre informé est un besoin du patient car cela lui permet de participer pleinement à la consultation est de concourir à sa guérison. Malheureusement, la demande d'information peut susciter de la part de certains médecins énervement et réponses crues. Le médecin doit faire un effort de pédagogie auprès du patient, pour lui faire comprendre et lui expliquer les choses de façon intelligible pour lui. L'apprentissage est répétition, il nécessite de la patience et du temps. Le risque du défaut d'information verbale peut se traduire par une mauvaise interprétation des faits et gestes des médecins ce qui peut être source d'angoisse et de quiproquos. Les patients névrosés ont besoin de beaucoup d'informations, les humains étant tous plus ou moins névrosés, je dirai plutôt qu'ils attendent un temps de parole plus conséquent associé à de la réassurance et des explications claires ne portant pas à confusion » (p88-109) [3].

Je souhaite rebondir sur la remarque suivante : « le médecin écoute le patient et lui explique » [17], je pense plutôt que le médecin doit chercher à rendre acteur le patient dans sa démarche de soin, en lui donnant les outils nécessaires à sa prise en charge et non pas en lui donnant ses propres réponses toutes faites. Le médecin doit apporter une aide extérieure sans que ce soit un échange unidirectionnel (de celui qui a le savoir écouter, diagnostiquer et faire vers le profane) qui s'inscrit dans un rapport de force. Parce que cela sous-entendrait que seul le médecin détient le savoir et peut dicter une conduite à tenir sur une souffrance qui ne le concerne pas directement. Je suis favorable à l'échange des savoirs.

Le problème, c'est que « le patient veut une information sûre au niveau individuel, alors que le médecin ne peut donner une information sûre (plus ou moins) qu'au niveau collectif » (p140) [3].

Dans l'article intitulé *rôle du patient dans la rédaction de l'ordonnance en médecine générale* [10], les femmes ont déclaré plus souvent que les hommes être bien informées. Les patients de moins de 25 ans et ceux de plus de 65 ans ont indiqués s'informer peu en matière de santé. Les auteurs ont établi un score d'information permettant de définir 3 catégories de patients : les pas informés, les informés et les très informés (nous n'avons pas le détail des 12 questions permettant de savoir sur quels critères se basent cette catégorisation). Une relation a

été établie entre le niveau d'information et la fréquence de consultation. Les patients consultant fréquemment (>1x/mois) (ce que je trouve beaucoup et probablement rare) considéraient leurs connaissances en matière de santé comme « bonnes ». Les patients informés et très informés intervenaient davantage dans la rédaction de l'ordonnance (ils représentent respectivement 41 et 45% des modificateurs) sans qu'il n'ait été observé de différence de niveau de satisfaction ni de qualité de la relation avec l'autre catégorie des pas informés.

Pour informer au mieux sur les différentes méthodes contraceptives et leurs utilisations chez l'adolescente, l'OMS, d'après l'étude d'un groupe de travail a sorti un modèle de consultation appelé BERGER (bienvenue / entretien / renseignement / choix / explication / retour). Devant un choix très vaste de moyens contraceptifs et un traitement chargé de sens (émancipation, féminité, maternité, etc) la décision de la patiente nécessite au préalable une réflexion conjointe avec son médecin.

-Bienvenue : favoriser la relation d'équivalence, rassurer, assurer la confidentialité, présenter le rôle, les objectifs et le déroulement possible des consultations.

-Entretien : échange, recueil d'informations sur l'état de santé du patient, déterminer ses besoins propres et ses éventuels problèmes, en complément de la clinique exploration du contexte de vie, l'expérience dans le domaine médical. Cette phase est propice au développement d'un diagnostic éducatif (le diagnostic éducatif permet à l'aide du professionnel d'identifier les besoins du patient, d'appréhender les différents aspects de sa personnalité et de prendre en compte ses demandes.)

-Renseignement : délivrance par le soignant d'une information hiérarchisée, sur mesure, compréhensible et adaptée au rythme et aux connaissances de la consultante, information sur les options et alternatives jugées adaptées à la situation. Possibilité de fournir un document écrit. S'assurer de la compréhension des informations fournies.

-Choix : la décision finale appartient au consultant seul, il sera guidé en attirant son attention sur les bénéfices, les risques et les conséquences de son choix. Le soignant affirme au final son plein accord et l'absence de réticence envers le choix du patient.

-Explication ou phase d'enseignement.

-Retour ou consultations de suivi : réévaluation de la méthode et vérification de son adaptation à la personne.

« De manière générale, il est conseillé de s'engager dans une démarche individuelle d'aide au choix, ce qui implique au préalable pour le médecin de réfléchir à la signification individuelle et sociale du geste que représente la prescription (ou l'assentiment au choix), de se questionner sur son propre positionnement vis-à-vis de la contraception et des différentes méthodes existantes ainsi que du rôle qui lui est dévolu dans la relation avec la femme et le couple. Le médecin doit analyser précisément avec le patient et/ou son environnement sa situation médicale, sociale, son appartenance culturelle, ses représentations, ses peurs, ses envies, ... (ce que le patient a, fait, sait, croit, ressent, a envie, etc). Il existe des spécificités

liées à chacun : tranche d'âge, génération, pathologie, dépendance, obésité ». www.inpes.santé.fr.

La façon dont l'information est délivrée au patient dépend beaucoup des « modèles de relation médecin patient ».

A titre indicatif, dans une étude réalisée sur l'hystérectomie, aucune des patientes ne considérait avoir eu trop d'information, l'information précise sur les risques ne semblait pas augmenter leur anxiété [15]. Il en est de même concernant l'information des effets indésirables des traitements, un patient averti des possibles effets indésirables acceptera mieux son traitement et à contrario un effet qui n'était pas prévu est source d'angoisse, de panique.

Concernant les « *informations conseils* », il faut faire attention à la façon de les formuler car le médecin peut être perçu comme moralisateur. La moralisation est une tendance du médecin qui consiste à prescrire non seulement une thérapeutique mais aussi un comportement. « *Aborder les conseils de façon progressive et répétée, avec un support papier, aide à l'adhésion. Il est évident que les conseils du médecin seront marqués par ce qu'ils demandent personnellement de plaisir et d'émotion à la vie pour qu'elle vaille la peine d'être vécue ainsi* » (p240) [2].

Pour que l'information communiquée soit assimilée et comprise, il faut des émotions positives, des contacts fréquents, une bonne compréhension du médecin des attentes et des perceptions du patient.

4. Modèles de relation médecin patient :

La classification suivante répertoriée en quatre modèles est intéressante [15] car elle permet d'avoir une réflexion sur les rôles respectifs du médecin et du patient dans la prise de décision thérapeutique. Cette classification n'a pas pour but de catégoriser les types de relations possibles mais de monter des schémas relationnels existants qui peuvent s'entre mêler dans une même consultation, qui varient en fonction du patient rencontré, du motif de sa visite ou de l'état d'esprit dans lequel se trouve médecin et patient.

Le premier modèle, le plus ancien et qui tend maintenant à disparaître est la relation paternaliste du médecin décideur, tuteur, bon père de famille. Ce modèle suppose que médecin et patient partagent les mêmes valeurs. Le médecin ne s'enquiert pas des préférences de son patient, il choisit pour celui qui consent et il oriente les informations délivrées pour le convaincre d'effectuer le traitement. Ce modèle qui a prévalu jusque dans les années 1970 ne répond plus du tout aux exigences actuelles sur l'information du patient, mais peut néanmoins encore être utile dans certaines situations d'urgence.

Le deuxième modèle est celui de la relation informative du patient décideur et du médecin expert technique qui délivre la totalité des informations concernant le traitement. Ce modèle

s'est imposé dans les pays anglo-saxons. Le patient qui connaît parfaitement ses préférences et ses valeurs choisit lui-même le traitement qui sera exécuté par le médecin. Le rôle du médecin est ici fort limité puisqu'il s'interdit toutes discussions avec le malade de peur d'influencer sa décision. Sa limite est d'abandonner le patient face à ses choix et de le laisser seul face à la maladie.

Le troisième modèle qui est un compromis entre les deux premiers est celui de la relation interactive, il se divise en deux sous-groupes :

-Le modèle interprétatif où le médecin se comporte un peu comme un conseiller qui délivre toutes les informations au patient puis l'aide à exprimer ses préférences et à vérifier leur cohérence. Le choix du traitement sera orienté par ce que le médecin aura compris les préférences du patient.

-Le modèle délibératif où le médecin se comporte un peu comme un professeur, il peut engager avec son patient une discussion sur la pertinence de certaines actions médicales et éduquer celui-ci. Ici, le patient va accepter d'évoluer vers une meilleure prise en charge, en travaillant le développement de soi concernant les valeurs relatives à la santé. Dans ce dernier modèle qui semble actuellement le plus adapté, l'échange d'informations s'effectue dans les deux sens, il existe une délibération de nature interactive entre le médecin et le patient et les deux partis tentent de trouver un compromis et de s'impliquer dans la décision finale. Le patient doit accepter la responsabilité partagée de la décision de traitement.

Il existe également des outils qui ont été mis au point concernant le *transfert d'informations*, la *clarification des préférences du patient* et *l'aide à la décision*. Je ne les cite ni ne les détaille car cela n'est pas l'objet de mon étude mais je souhaite juste faire remarquer qu'il s'agit d'outils pratiques universels d'aide à la décision, qui s'adressent au singulier et qui sont par conséquent remis en question. Ils permettraient de présenter les données médicales au patient de façon à les rapporter à ses propres valeurs. Dans ce cas on parle de « *décision médicale informée* » car c'est le *processus décisionnel qui est partagé* et non la *décision qui elle appartient au patient*. Les situations qui se prêtent le mieux à la décision médicale partagée sont celles où la médecine laisse le choix entre deux ou plusieurs options dont on connaît les avantages et les inconvénients de chacune et qu'il n'y a pas de consensus clair sur le meilleur traitement. Par exemple, le patient peut souhaiter une solution thérapeutique moins efficace mais qui a moins d'effets secondaires. Les désirs de participer aux décisions varient selon l'âge des patients, leur niveau éducatif et le type de décisions auxquelles ils sont confrontés [15].

5. Orientation médicale vers l'éducation thérapeutique du patient :

L'éducation thérapeutique est un thème à la mode puisqu'il fait l'objet de cours à la faculté et qu'il était le thème du concours des posters du 8^{ème} congrès de médecine générale. Pour une éducation thérapeutique optimale, les médecins devraient respecter un certain nombre de points lors de leurs prescriptions : 1- donner des informations claires et précises, sur les enjeux de la maladie, les conséquences possibles, le sens du traitement, son but, sans faire peur 2- proposer un support d'informations (de préférence individualisé) 3- s'assurer que le patient a bien compris en faisant reformuler 4- anticiper les ruptures « d'observance » 5- partager avec le patient les critères d'évaluation sur lesquels on se base pour vérifier que le traitement est efficace sur la maladie 6- vérifier que le patient est prêt à commencer son traitement ou à en changer 7- se demander si le traitement correspond au style de vie du patient 8- exposer les options en termes de prescription 9- vérifier que le patient sait quoi faire s'il saute une prise 10- faire une consultation dédiée 11- rédiger les ordonnances en classant les médicaments par cible thérapeutique 12- aborder les effets indésirables des traitements y compris ceux pouvant avoir une répercussion sur la vie sexuelle 13- essayer d'obtenir le soutien de l'entourage 14- avoir conscience que rien n'est jamais acquis 15- assurer une bonne coordination avec les autres professionnels [12].

6. Ethique et thérapeutique :

Dans la préface de l'ouvrage intitulé *éthique et responsabilité en médecine* Raphaël CELIS (philosophe Suisse) détermine la première règle éthique: « *tu ne tueras pas, signifie aussi que tu feras tout pour que l'autre vive* » [7].

Avant d'aborder, le chapitre sur le médicament et sa prescription au sein de la consultation, il me semble important de donner un éclairage avec des notions d'éthique définies dans le livre « *Ethique et thérapeutique* » [9 ter]. Cette référence m'a permis de nourrir une réflexion sur les différents aspects de la prescription.

Dans le chapitre « *la tentation thérapeutique : jusqu'où ne pas aller trop loin ? L'apprenti sorcier et les miracles de la science* », on y trouve les questions suivantes : *Doit-on tout faire simplement parce que cela est possible ? (c'est-à-dire abuser d'un pouvoir) Qui doit décider et sur quels critères ? L'individu ou la société ? Le médecin ou le politique ? À s'y laisser entraîner, l'homme ne court-il pas le risque de devenir l'otage du progrès scientifique et technique ? L'emprise de la science sur nos pratiques nous fait-nous négliger la liberté de penser de chacun qui peut ne pas forcément vouloir bénéficier des progrès de la science. Ne faut-il pas à l'apparition de chaque possibilité technique nouvelle, définir les fins avant de l'appliquer ?*

On utilise les progrès de la science par l'euphorie de son effet nouveauté qui procure excitation, avec cette impression d'une plus grande liberté et d'une prise de pouvoir sur des choses qui nous échappent (la maladie et la mort). De nos jours, le pouvoir médical s'accroît prodigieusement et de plus en plus vite notamment le pouvoir thérapeutique sur la vie et la santé des hommes. Or vie et santé sont deux valeurs humaines fondamentales. La thérapeutique rencontre nécessairement l'éthique dont l'objet est justement le respect des valeurs humaines. Toute thérapeutique comporte un aspect positif mais aussi des risques de dérives qui à mon sens sont inévitablement associées à toutes les avancées, certaines touchent à ce que l'homme a de plus précieux : sa santé, son patrimoine génétique, sa descendance, sa pensée, sa vie même. On peut par exemple s'interroger sur les sens et la finalité du « *bébé médicament* » issu de la procréation médicalement assistée (PMA) (p30) [9ter]. Les avancées scientifiques touchent moins la médecine générale que certaines autres spécialités (chirurgicales, oncologiques, génétiques), les enjeux financiers et la recherche de prestige étant d'un autre ordre. Néanmoins les médecins généralistes sont inévitablement confrontés à ces avancées parce que les patients les consultent pour complément d'informations après avoir vu les spécialistes. Le progrès que peut faire le médecin généraliste se situe plus à mon sens dans sa démarche intellectuelle le conduisant à développer son côté humain, à travailler les modalités de sa relation à l'autre, de sa capacité d'empathie, de son sens critique eu égard aux phénomènes de société (événements politiques, scientifiques, économiques), à œuvrer dans la recherche du sens de la vie, de la santé, de la maladie, de la mort, de la souffrance, etc. De tout temps l'humain a cherché à trouver des solutions pour aller mieux et un tas de subterfuges ont été inventés par l'homme pour répondre à cette demande de « mieux » avec toute la subjectivité que cela implique. Parfois ces avancées compliquent bien les choses et le « mieux » se trouve plus dans la réflexion et l'acceptation de notre « être » que dans l'action qui parfois peut être toxique. Le rôle du médecin généraliste se situerait donc plus à mon sens dans l'aide à la réflexion des patients sur leur vie, leur santé, leurs joies, leurs peines, leurs chagrins, leur famille, leurs désirs, etc. *Malheureusement, « il existe des omnipraticiens qui n'éprouvent aucun ressentiment à être ravalé au rôle de dispensateurs de pilules » (p110) [2].*

7. Consentement éclairé :

« Cette notion est seulement formulée depuis 1994 dans le code civil puis apparaît dès 1995 dans le code de déontologie. Elle *marque l'avènement de l'égalité des droits dans l'acte de soin. Pour obtenir un consentement réellement éclairé, il faut que les croyances du patient aient été explorées et son savoir personnel vérifié. Le médecin ne doit pas imposer mais proposer une thérapeutique, il ne doit pas chercher à contraindre mais à convaincre* » (p164) [1]. Je rajouterai le convaincre à se soigner selon des convictions qui lui sont propres.

L'article L.111-4 du code de santé publique stipule (dans le chapitre droit du patient consacré par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits du malade et à la qualité du système de santé) que en principe « *aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne, qui peut se faire par voie orale comme par*

écrit ». L'article R.4127-36 du CSP complète « lorsque le malade, en état d'exprimer sa volonté, refuse les investigations ou le traitement proposé, le médecin doit respecter ce refus après avoir informé le malade de ces conséquences. Si le malade est hors d'état d'exprimer sa volonté, le médecin ne peut intervenir sans que ses proches aient été prévenus et informés, sauf urgence ou impossibilité ». http://www.information-juridique.com/droit-sante/droit-sante-consentement-soins_61.htm#.VJG2nHuGl3w.

« Il existe des domaines de conflit potentiel entre éthique et comportement médical. Le consentement éclairé est-il toujours possible ? À l'évidence, non! » (p39) [9ter]. Les médecins ne peuvent pas tout expliquer, ni tout connaître et les patients ne peuvent pas tout comprendre et ne veulent pas toujours tout savoir. Prenons l'exemple du placebo; le médecin qui le délivre dans l'intérêt du patient (si en tous les cas c'est comme cela qu'il le conçoit) ne peut pas dire au patient qu'il lui donne un placebo car son efficacité ne pourrait plus alors être efficiente. « Une étude Australienne parue dans le Lancet (revue considérée comme fiable et sérieuse) et reprise dans de nombreux journaux, stipule que « le paracétamol® ne serait pas plus efficace qu'un placebo dans les lombalgies aiguë et les soins médicaux seraient plus importants que l'approche pharmacologique ». Faudrait-il alors faire part de cette étude au patient avant de prescrire du paracétamol® ? À l'évidence, non! Lui dire serait lui nuire à partir du moment où le médecin n'a rien d'autre à lui proposer de moins nocif pour ses douleurs et que le patient trouve cette thérapeutique efficace. Il faut tout de même savoir que le placebo est un mensonge qui fait courir le risque de la perte de confiance dans le médicament et dans le médecin.

Je remarque qu'il n'existe pas de terme pour désigner les médecins qui n'éclairent pas assez leurs patients sur les bénéfices et risques de la prise d'un traitement ni pour désigner ceux qui essaient d'imposer leurs propres opinions (opinions des médecins influencées par les visiteurs médicaux auxquels ils font relativement confiance [23]).

8. Décision médicale partagée :

« Est-ce qu'il revient au médecin de déterminer ce qu'il y a de mieux dans l'intérêt du malade ? Non, car la santé est d'abord l'expérience subjective d'un individu élaborée à partir de ses idées personnelles, de ses sentiments, de son expérience. Il s'ensuit qu'aidé du praticien, cela lui permet de saisir les risques et les bénéfices des différents traitements, le patient et uniquement lui peut vraiment choisir le traitement qui l'aidera à atteindre les objectifs de santé qui lui importent le plus » (p164) [1].

Par exemple, dans la dépendance tabagique, malgré que le patient soit informé par son médecin des risques encourus par sa consommation, il ne consent pas à arrêter. Si en toute connaissance de cause il trouve plus de bénéfice à fumer, c'est son choix, le médecin doit le respecter même s'il n'est pas d'accord, il ne doit pas le harceler ni refuser de le prendre en charge ni même montrer une opposition farouche. Il doit l'accompagner avec patience vers

une démarche de sevrage, en restant disponible, sinon il risque le mensonge ou de ne plus revoir le patient.

« *La relationalité* est un principe d'éthique selon lequel une information honnête est transmise au cas par cas, avec exigence de vérité (ce sera ici la vérité à laquelle croit sincèrement le médecin) et responsabilisation du patient. Standardiser le discours peu biaiser la réalité » (p165) [1]. « L'information ciblée, précise, est la plus bénéfique pour le patient et il est nécessaire de faire reformuler pour s'assurer que nous avons bien été compris. Il faut en faire le moins possible mais être le plus précis possible » (p119) [18].

9. Tout est sous contrôle :

« Certains médecins se retrouvent mal à l'aise devant des patients curieux et informés car ils abaissent leur niveau de contrôle » (p17) [1]. Le contrôle est alors renforcé par la prescription (pouvoir propre au médecin) qui leur permet de dominer et de garder la main mise sur la situation puisqu'elle est une demande et un besoin du patient le mettant en situation de dépendance envers cette prescription et donc envers le médecin. Pourquoi vouloir à tout prix tout contrôler alors que le propre du médecin est le partage du savoir et donc du pouvoir ? Le médecin doit accepter l'apport de connaissance et de savoir du patient même s'il n'est pas forcément scientifique. S'il abuse de son pouvoir et n'écoute pas son patient, ce dernier a peur (n'est pas mis en confiance), doit ruser pour déjouer cette autorité et parfois en retour est amené à mentir. L'exemple typique est celui des régimes hypocholestérolémiantes où le patient fait sa prise de sang quelques semaines après des efforts diététiques afin que celle-ci soit correcte et qu'il puisse éviter la sanction médicale, puis une fois l'examen passé il peut alors reprendre son « régime » habituel.

La relation médecin malade est donc déséquilibrée entre le mensonge et le pouvoir. Médecins et patient se mentent ils entre eux et envers eux même ? Qu'est-ce que le Mensonge ?

Dans le livre *la relation médecins malades : information et mensonge*, est défini et interprété le mensonge. Ainsi, « On ne peut mentir qu'à celui qui est dans l'ignorance ». « Seul celui qui falsifie la vérité dans son propre intérêt ment et que la cible du menteur subit un dommage à cause de ce mensonge. Les mensonges acceptables dans une société ne le sont pas dans un relativisme culturel et moral. Il est fondamental pour le maintien de l'ordre social d'apprendre à mentir ou à retenir certaines versions de la vérité. Il existe différents types de mensonges. Le mensonge par humanité (pour ne pas blesser, *toute vérité n'est pas bonne à dire*), le mensonge par faiblesse (mécanisme de défense), le mensonge par intérêt (pour son intérêt propre, le médecin qui ne veut pas perdre son client). Le mensonge par intérêt est le seul véritable mensonge, il serait utilisé pour faciliter du moins du point de vue du médecin son travail de prise en charge, pour *éluder sa difficulté à dire la vérité, pour exercer une position de domination sur le patient*. Parfois l'information n'est donnée que pour faciliter une décision du malade conformément à celle du médecin, le discours est mensonger pour parvenir à leurs objectifs. Selon PLATON, dans *la république*, « seuls les médecins ont le

droit au mensonge dans l'intérêt des patients ». Le mensonge du médecin s'inscrit dans la philosophie utilitariste qui accorde au mensonge une *légitimité sur la base de ses conséquences et de son utilité* (actuellement avec l'obligation de consentement éclairé la loi dit le contraire). Pour les utilitaristes, la justification d'un acte se mesure à la nature positive ou négative de ces conséquences. Le choix du mensonge se fait à l'issue d'un calcul des risques ou des bénéfices. Dans la position Kantienne, est immoral tout mensonge quel qu'en soit le motif et les circonstances, au motif que s'il peut y avoir une loi qui autorise le mensonge dans certains cas plus personne ne peut plus croire en personne et on ne peut faire confiance qu'à soi. *Le pieux mensonge si bien intentionné qu'il soit, est une relation qui exclut l'égalité* [3].

De façon assez tranchée et surtout dans le cas d'une relation paternaliste « le médecin est perçu comme quelqu'un dont la parole ne se discute pas. Parce que le partage du savoir est partage du pouvoir, *le médecin est une autorité à laquelle on ment pour échapper à son gourou, c'est comme une autorité religieuse, elle impose soumission ou résistance et négociation*» (p122) [4]. En effet, paradoxalement, la confiance, voire la subordination au médecin n'est pas proportionnelle à l'observance (p130) [4]. *Le mensonge est ingrédient de la vie politique en ce qu'il est directement une arme ou une stratégie au service du pouvoir* [4]. Selon Guy AUGE (Docteur en droit, universitaire et militant légitimiste) dans son journal *La Légitimité* « la stratégie du pouvoir est de se taire » (p65-) [3], « mais pour certain patient, les médecins qui ne disent rien peuvent aussi être perçus comme ayant une absence de savoir» (p101) [3].

C'est parce que « les croyances en la médecine dépassent toujours la réalité que le mensonge est partie intégrante de la relation thérapeutique, comme dans toutes relations sociales » (p76) [1].

« Les médecins surestiment la qualité de leurs relations avec le malade, comme la validité de leurs prescriptions aux patients» (p22) [18].

« L'usage du mensonge par les médecins est induit par la manière apprise, socialisée de se positionner dans la relation médicale. Le mensonge pratiqué par les médecins est donc lié à la position spécifique qu'il occupe à l'intérieur de la relation médecin malade et à l'exercice du pouvoir qui caractérise cette position (pouvoir de prescrire, de décider, de congédier, de renoncer à la relation, de consulter ou non,...) celui-ci se traduit exemplairement par l'appropriation du corps du malade » (p73) [3].

10. Compliance :

« Implique un rapport de soumission absolue » (p17) [1], cela nous amène donc à nous poser la question suivante : Est-ce que j'éprouve le besoin de paraître puissant pour protéger la fragile estime de moi-même ? (p52) [1] on préférera donc utiliser le terme d'observance.

11. Observance :

L'article R.4127-34 du CSP stipule : « *le médecin doit formuler ses prescriptions, ..., et s'efforcer d'en obtenir la bonne exécution* ». « De prime abord, ce terme a été inventé pour le seul compte des médecins et pour la science dans le cadre d'une médicalisation de la société. Selon certains l'*observance reviendrait à ce que le médecin se demande : est-ce que je suis bon? Et est-ce que les patients que je vois se soumettent bien à ce que je leur ordonne ?* [1] De quel droit pouvons-nous déterminer ce qui est bon pour le patient ? De prime abord aucun. L'inobservance est un phénomène habituel que le médecin doit accepter. Selon l'OMS elle représenterait 50% des prises en charge thérapeutiques des maladies chroniques dans les pays riches, « *résoudre le problème de la non observance thérapeutique serait aussi efficace que l'avènement de n'importe quel progrès biomédical* » (p10) [18].

L'observance se définit donc comme un comportement selon lequel la personne prend son traitement médicamenteux avec l'assiduité et la régularité optimale selon les conditions prescrites. En ces termes, cela sous-entend, que le patient soit en accord avec cette prescription, le médecin s'étant enquit de son avis. Par conséquent l'observance requiert un processus décisionnel médical partagé avec consentement du patient. Contrairement à ce que sous-entend le CSP avec le terme « exécuter », l'observance ne s'obtient pas par simple injonction, prescription ou rappel à l'ordre du médecin et ne relève pas de la simple volonté du médecin ou de l'obéissance et de la soumission du patient.

Il n'est pas tout à fait juste de dire que l'« *observance correspond à un comportement adopté par le patient qui coïncide avec l'avis médical* » on préférera dire que « *l'observance est optimisée lorsque le médecin est attentif à l'adéquation entre les besoins et les attentes du patient et qu'il adapte en conséquent la réponse médicale*. En effet, ***La mauvaise observance est le reflet d'une réponse médicale qui n'aurait pas toujours su s'adapter au besoin du patient*** » (p87-89) [18].

L'observance peut donc être considérée sous différents angles. Soit d'une part être considérée à tort comme une toute puissance du médecin, se disant « *idéologie qui établit et justifie son autorité*, celui-ci prétendant être préoccupé par l'amélioration des soins. Sous cet angle l'observance correspondrait alors à l'évaluation du pouvoir du médecin et du contrôle qu'il a sur son patient » (p32) [4], leur seul souci étant de se demander comment amener le patient à obéir scrupuleusement aux instructions qu'il aura jugé bonnes pour lui (et quelque part surtout pour lui-même) pour qu'il se conforme à leurs prescriptions. Dans ce concept il semble que le médecin souhaite avoir une emprise sur son patient. Cette attitude est vouée au long et à court terme à l'échec et au gaspillage. Ce qui paraissait très sérieux dans le monde clos de la consultation (pour le médecin comme pour le patient) s'est retrouvé relativisé au retour dans le monde réel. L'éloignement du patient à la sortie du cabinet relativise beaucoup l'importance du médecin dans sa vie. Pourtant, dans notre pays, les professionnels continuent parfois à vitupérer contre les patients insouciants, à se fustiger de n'avoir pas suffisamment insisté pour qu'ils les écoutent et à s'illusionner sur leur importance dans la vie de ceux qu'ils reçoivent. Certains d'entre eux pensent savoir mieux que quiconque ce qui est bon pour tel ou

tel patient et que s'il ne suit pas ses conseils c'est à ses risques et périls. Il en découle alors selon ce principe qu'à proprement parler personne n'obéit scrupuleusement au médecin. *Il est malheureux que l'enseignement de la médecine n'inclut pas l'apprentissage de l'humilité.* [1] « *A quels signes peut-on subodorer l'humilité d'un médecin ? Au fait qu'il accorde à ses prescriptions, à ses conseils, à ses ordonnances et à l'observance, beaucoup moins d'importance qu'au respect qu'il a pour eux* » (p44-45) [9]. A partir de là, on peut considérer l'observance sous un deuxième angle, celui de l'honnêteté dans la relation de soin. L'observance augmente si l'information donnée au patient sur les traitements est précise et s'il y a une constance, une régularité et une fidélité dans le suivi. Dans les actions de santé au sein des pays en voie de développement, les médecins ont constaté depuis longtemps qu'il est difficile de faire suivre des consignes médicales quand celles-ci ne s'inscrivent pas dans un accompagnement régulier. *Les médecins anglo-saxons et scandinaves savent que ce qui incite les patients à suivre leurs conseils, c'est le contenu pédagogique, affectif, intellectuel; mais non l'ordonnance, qui n'est qu'un repère.* Menacer de mort est la pire des attitudes, cela incite la plupart des patients qui veulent être rassurés et non terrorisés à changer de médecin. La régularité du suivi permet alors à ce que cette thématique de l'observance soit abordée en consultation, notamment lorsqu'elle pourrait être remise en cause par des événements survenant dans la vie du patient (perte de confiance dans l'efficacité du traitement, information anxiogène sur celui-ci via les médias ou la famille, apparition d'effets secondaires, choc, deuil, séparation, stress, déprime, perte de confiance en soi, mauvais résultats biologiques, ou à contrario la disparition des symptômes, le fait d'aller mieux, la survenue d'un événement heureux dans la vie sont aussi des causes de rupture de traitement facilement formulable). En effet, le patient peut avoir des difficultés à prendre son traitement (ou suivre les règles hygiéno-diététiques) sans que cela soit forcément une volonté de sa part. Il est important de savoir que le degré d'observance n'est pas corrélé à la sévérité de la maladie ainsi 55% des femmes traitées dans le cadre d'un cancer du sein déclarent une non observance intentionnelle et l'observance des traitements immunosuppresseurs dans la transplantation rénale décroît au bout de neuf mois. Les raisons d'une mauvaise observance ne se situent pas toujours du côté du patient et peuvent tenir à des difficultés dans la communication médecin malade. Une attitude du médecin jugée trop directive par le patient peut induire une résistance chez ce dernier qui considère que son sentiment de liberté n'est pas respecté, faire peur, aller contre ses croyances risque de renforcer ses résistances.

Le médecin doit déterminer les représentations qu'a le patient de sa maladie et en tenir compte. Il doit également rechercher et laisser le patient s'exprimer sur ces craintes et ces réticences envers le traitement, par une écoute empathique et doit également rechercher ce qui aiderait le patient à avoir plus confiance en son traitement (s'il souhaite réellement le prendre) [12].

« *Il est évident que la tentation est grande de ne pas adhérer aux prescriptions médicales, qu'elles soient hygiéno-diététiques ou médicamenteuses, a fortiori si le traitement paraît fastidieux, peu utile, voire potentiellement dangereux* » (André SCHEEN, médecin chercheur endocrinologue et pharmacologue Suisse dans la *revue med Suisse* 2010;6:1571-2).

« Améliorer l'observance thérapeutique des patients implique généralement une meilleure relation médecin-malade, centrée sur le développement d'un véritable partenariat. Une éducation thérapeutique, bien conduite, peut certainement contribuer à réduire le manque d'observance » (Jean-Yves NAU dans la revue médicale Suisse).

<http://rms.medhyg.ch/numero-401-page-1860.htm>.

La prescription n'a pas toujours pour finalité d'être achetée et prise mais correspond plutôt à une liberté de soin donnée au patient. Il faut donc accepter que le patient vienne demander un conseil, une écoute et qu'il juge dans un second temps ce qu'il estime bon pour lui, l'intérêt étant d'en reparler à distance. Ainsi, l'observance n'est pas un reflet exact de l'efficacité de notre travail. La qualité de l'observance d'un patient est très difficilement évaluable par le médecin. L'observance correspondant plutôt à une sincérité réciproque, elle est le fruit d'un travail d'équipe entre le médecin et le patient. Si le médecin lui en laisse la possibilité, il faut que le patient ait l'honnêteté de dire ce qu'il souhaite. Si la relation médecin patient est fautive, le médecin peut avoir l'impression d'avoir trouvé un terrain d'entente avec le patient et finalement se tromper.

Je souhaite illustrer à travers un exemple une réflexion sur l'observance. Un patient de 60 ans atteint d'une hypertension artérielle (HTA) bien tolérée, qui est informé des risques de la maladie, des bénéfices, des effets indésirables et contraintes liées au traitement, décide de ne pas se traiter car il lui reste 30 ans à vivre et qu'il préfère les vivre sans la contrainte d'un traitement agissant sur un phénomène physiopathologique lié au vieillissement des artères. Peut-on vraiment penser qu'il est inconscient et irraisonnable ? Est-il si « non observant » de ne pas vouloir prendre un traitement qui lui rappelle tous les matins qu'il est vieux, qu'il est malade et qu'il risque un accident vasculaire cérébral (AVC) s'il ne le prend pas, ou une hypotension si le traitement est mal équilibré ? Cette demande de mise aux normes (ici de la tension) dictée par la science à un moment « t » de l'histoire, le rend ici à jamais dépendant d'une drogue. Je rappelle que les normes changent régulièrement. Quel est alors dans cette situation le rôle du médecin. Ici, il a laissé le patient s'exprimer sur ses choix de prise en charge, ce qui lui a permis de le comprendre et donc de pouvoir le suivre dans sa démarche et idéologie, qui ma fois me semblent tout à fait respectables. N'est-ce pas le propre du médecin d'être compatissant ? « L'HTA est la dramatisation d'un fait physiologique sévissant chez plus de 50% de septuagénaires et considéré comme « pathologique ». Selon une étude, 30% de patients considérés comme souffrant d'HTA se sentaient gravement atteints ce qui était source d'angoisse (le diagnostic et le traitement médicalisent, crée une maladie chez un patient qui à la base est le plus souvent asymptomatique). *Le voilà obsédé par la maladie et son énergie baisse.* En dehors du traitement, le diagnostic est associé à un absentéisme atteignant jusqu'à 80% et un refus de toute activité sportive (cerceau vicieux du déconditionnement secondaire à la peur occasionnée par la maladie). Les bénéfices marginaux du traitement (pas toujours constatés par le patient) devront être évalués à l'arme de l'anxiété qu'il suscite. « *Pensez-vous vraiment que ces cachets vont pendant 30 ans à coup sûr me faire plus de bien que de mal ?* » (p163) [1]. Cette exemple, au-delà d'illustrer pourquoi il y a 50% d'inobservance permet également de se rendre compte qu'avec tous ce que peut dicter la

science on rend parfois encore plus malade certains patients alors qu'une concertation éclairée préalable aurait pu être bénéfique dans la prise en charge.

Il faut aussi faire très attention à la façon de formuler notre diagnostic, car l'annonce peut blesser et être elle-même pathogène. Annoncer le risque d'AVC devant une tension élevée et sanctionner par un traitement peut rendre malade. Cette mise en situation de danger inquiète et rend le patient dépendant du corps médical alors que le médecin s'allège d'une responsabilité qui l'encombre par l'annonce et la rédaction de l'ordonnance. Le patient ne peut remettre en question ce que lui dit le médecin que dans un deuxième temps, lorsqu'il n'est plus sous le choc. S'il décide seul de ne pas prendre le traitement cela le culpabilise et il se met en porte à faux avec son médecin. L'information donnée au patient peut-être toxique pour lui et pour la relation de soin. Cet exemple permet également de se rendre compte que les médecins ont peur eux aussi, ce qui leur met une certaine pression de prescription. On peut ainsi se demander qui contrôle les réactions et actions des médecins et par conséquent les patients ? De toute évidence, les industriels y contribuent. Je pense qu'il faudrait être plus souple sur les façons de penser la maladie, de la dire et de prendre du recul sur ce que dictent les industriels à travers leurs études thérapeutiques. (Je ne mets bien sûr pas en cause l'HTA comme l'une des étiologies possibles des AVC et pense qu'il faut la suivre et la traiter si nécessaire).

Les instances publiques s'attachent à sortir des statistiques annuelles sur l'observance, qui sont reprises par les médias et interprétées par tous comme: « vous patients vous ne prenez pas bien vos médicaments et vous médecins prescrivez mal (et donc faites mal votre travail) car vous n'arrivez pas à faire prendre aux patient ce que vous jugez bon de leur prescrire ». Cela occasionne bien sûr un coût, un gaspillage au grand dam de la sécurité sociale mais pas de l'industrie pharmaceutique.

Les indicateurs de bonne observance seraient : la mémorisation des conseils d'hygiène de vie (ce qui ne signifie pas mise en pratique, mais signe l'implication du patient et son écoute active) et la réalisation des examens complémentaires» (p143) [18].

Ce « qui met en péril l'observance quand il s'agit de prescription pour des soins chroniques en milieu urbain c'est l'absence de symptôme et une durée de consultation inférieure à 10 min» (p89) [3], « certains patients peuvent arrêter leurs traitements pour se purger, eu égard aux représentations qu'ils se font du médicament et de la maladie» (p100) [18]). « L'oubli de la prise médicamenteuse peut correspondre à une sorte d'expérimentation du médicament et de la maladie ou alors un déni de celle-ci » (p102) [18]. Les résultats que Jean Nicolas LEBRUN retrouve dans sa thèse « *observance thérapeutique et relation médecin malade en médecine générale* » [18] tendent à montrer que l'observance serait moins bonne chez les catégories socio professionnelles élevées (fonctionnaires, cadres, étudiants, etc), quand la compréhension est diminuée, quand il y a une altération des fonctions cognitives, quand il y a des comorbidités importantes, quand il y a des troubles moteurs ou des perceptions, quand la consultation est interrompue» (p72/79) [18].

Pour favoriser l'observance qui à mon sens devrait plutôt s'appeler alliance thérapeutique, James PROCHASKA (psychiatre et chercheur Américain) a créé un modèle qu'il appelle

« *relation de partenariat souple et mouvante* » avec une proposition de déroulement de la consultation suivant ces différentes étapes : 1- Pré contemplation 2- analyse des représentations et croyances 3- contemplation 4- définition d'objectifs commun 5- préparation 6- action 7- encouragement +/- adaptation du traitement 8- encouragements.

12. Automédication :

Selon l'OMS : « Il faut savoir contrôler l'automédication pour limiter la mauvaise « observance », car elle perturbe la relation du partenariat.

C) Réponse thérapeutique:

1) Le médicament:

1. Symbolique du médicament objet de construction historique :

Le médicament renvoie à un remède bien particulier caractérisé par ce qui est pondérable. Le remède étymologiquement *remedeor* veut dire apporter un soin, réparer, remédier, combler une intégrité menacée, colmater un écart à une norme. « *Tout individu qui se sent malade essaie de trouver dans son environnement ce qui lui redonnera la santé* » (Jacques RUFFIE) [6]. Entre alors en jeux « *le médicament, machine conceptuelle* ». « On envisage ici les question de significations et de désir, qui amènent à considérer le remède en terme de succès et de valeur, de concordance aussi entre la qualité que l'homme attribue à cette prise et l'attente qui était la sienne » (p205) [6].

Il existe une typologie du remède avec hiérarchisation selon la dichotomie raison ou non raison. Le remède « sans » raison est le médicament de « bonne femme » alors que le remède « selon » raison est un médicament scientifiquement expérimenté renvoyant à la raison scientifique. Donner le remède rassure, en voici un exemple : Je vois en consultation un enfant pour qui la maman est inquiète devant l'apparition de vomissements. Avant de consulter, pour apaiser son angoisse, elle avait déjà délivré à son enfant un traitement pour conter ce symptôme dérangeant. Quand je lui dis que le traitement qu'elle lui avait délivré n'était pas adapté (elle lui a donné un traitement pour les diarrhées), elle me dit alors que cela n'avait pas d'importance. Ce qui comptait pour cette mère et aux yeux de la société, c'était d'avoir fait quelque chose pour son enfant et de ne pas être restée inactive.

Le médicament s'adresse au corps seul et à un effet correspondant strictement à une défaillance définie. « On pourrait penser logiquement que c'est seulement la nature du produit qui permet de caractériser le médicament. Cela n'est pas exact. *L'élément essentiel n'est pas la nature du produit mais la présentation qui en est faite, la composition n'intervenant que subsidiairement.* Non seulement le remède porte en lui de l'esprit (ou si on veut, de l'ingéniosité et de la ruse) mais le médecin, à son tour parce qu'il sait le potentialiser et jouer de plusieurs à la fois (y compris des opposés), ajoute encore à l'intelligence médicatrice ou curative» (p34) [6].

L'article L. 511 du code de santé publique définit en ces termes le médicament : « *on entend par médicament toute substance ou composition présentée comme possédant des propriétés curatives ou préventives à l'égard des maladies humaines ou animales ; tout produits en vue d'établir un diagnostic médical ou de restaurer, corriger ou modifier leur fonction organique* ». « C'est ce que l'on a parfois appelé le médicament par fonction » (p38) [6].

Sur le plan descriptif le médicament est quelque chose d'intrusif qui peut avoir différentes formes (rond, ovale, ...), différentes couleurs (blanc, bleu, rouge, ...), différentes galéniques (comprimés, gélules, sirop, injection, pommade, ...), différents emballages ; il peut agir sur le corps ou sur l'esprit ; il peut être chimique ou naturel ; il peut être anti (douleur, asthmatique, diabétique, thyroïdien, dépresseur, ...) ou pro (sommifère, vitamine, ...) ; il peut être à but esthétique ; il peut être utilisé pour être beau, fort, vaillant (fortifiant, dopant) ; il peut être symptomatique ou de confort (le plus souvent), curatif ou préventif (notion qui tend à se développer), il peut être délivré en aigu ou alors pour des pathologies chronique ; il peut se posséder en objet ou sur papier ; il peut se prendre, se refuser, s'accepter ou simplement s'avoir ; il peut être donné, délivré, prescrit, ordonné, conseillé, imposé, refusé ; il peut être source de négociation, de partage, de communication mais aussi de mensonge (non observance), de négociation, de pressions ; il peut être source de soulagement, de mieux être, de guérison, d'espoir ou à contrario d'effets indésirables ou secondaires ; il peut donner un sentiment d'angoisse, de crainte, de peur, de défiance, de contrainte, d'idée de vieillissement, ou de rassurance, de rôle défensif, de solution, de soutien, d'aide extérieure ; il permet d'affirmer le statut de malade ; il peut avoir un effet placebo ou nocebo ; il montre au patient malade que l'on agit contre le mal, l'anormal, qu'on lutte contre la mort, pour prôner le normal, le bien, la vie ; il modifie le cours des choses, transforme, c'est un moyen de lutte contre la maladie ; il peut aussi être une parade, une solution de facilité pour pallier aux contraintes et aux désagréments de la vie (fatigue, surpoids (régime), stress, douleurs, etc) ; ...
« *Prétexte pour une autre consultation, il permet de garder le contact* » (p110) [2]....

Selon Jacques RUFFIE [6], on peut diviser les médicaments en trois groupes : ceux qui empêchent la maladie d'apparaître (vaccins, chimioprophylaxie), ceux qui bloquent une agression en empêchant l'agent infectieux de se reproduire et ceux qui rectifient un déséquilibre en apportant une substance que l'organisme n'est plus capable de fabriquer en rétablissant une fonction plus ou moins perturbée.

On lui attribue donc de multiples vertus et fonctions, il donne beaucoup d'espoir, on le souhaite miraculeux, mais toutes ces exigences pourraient aussi en faire une source de déception.

Quand les médecins se dévalorisent et ne croient pas en leur effet guérisseur, tout ce que l'on attend du médicament pourrait être à l'origine d'une négligence de l'aspect primordial de la consultation, celui d'être humain [6].

2. Approche anthropologique du médicament : un objet symbolique

Le médicament est partagé entre le théorique et le thérapeutique. Matière hautement qualifiée, investie des qualités scientifiques, sociales, économiques et publicitaires, imaginaires et existentielles, « *un médicament est littéralement couvert d'attributs* ». Parler d'ambiance anthropologique du médicament déplace la réflexion opposant, l'efficacité du moléculaire et l'influence de l'imaginaire, en libérant l'imaginaire d'une assimilation au délire fantasmatique. Tout médicament mêle l'expérimentation au sens empirico analytique (le laboratoire) et l'expérience au sens historico herméneutique (la culture qui la reçoit et la façonne). Le radical indoeuropéen « *med* » l'indique comme une médiation, occupant le tiers lieu de la médication et de la médiation, du laboratoire et de l'oratoire. Construction logique, le médicament est également le révélateur d'un univers symbolique. C'est ce qui explique qu'il soit objet de transaction et objet transitionnel dans ces situations interculturelles où coexistent le remède traditionnel, le médicament pharmaceutique, le médicament de la rue, le médicament de contrefaçon, le médicament en accès libre en officine ou via internet. Le médicament est à la fois un objet concret justifié par une efficacité matérielle ou symbolique sur le corps, le support d'un investissement idéel (relatif aux idées, qui à la nature des idées) issu des cultures et des croyances, un vecteur des rôles et des rapports sociaux ainsi qu'un produit industriel et une marchandise commerciale inscrit dans un ensemble diffus des pratiques et des réseaux sociaux économiques. *Le médicament est l'objet d'une interaction relationnelle, médiée par une substance active, modélisée sous le prisme du paradigme biochimique et investie par un imaginaire actif irréductible au fantasme.*

En ce sens, ***toute médication est donc le concentré matérialisé d'une conception du soin***. A la question « *est ce que un médicament est en soi efficace ?* » on préférera demander « *à quelles condition un médicament est-il efficace ?* » ***Faire du médicament une essence universelle est une fiction scientifique*** [14].

Comme l'écrit l'anthropologue Français Francis ZIMMERMAN « *la substantifique moelle des médecines douces est dans leur imagerie. L'imagerie étant le produit d'un travail de l'imagination pour schématiser et mettre en forme l'expérience sensible dans le cadre écologique et sociologique* ». Parler d'imaginaire du médicament reviendrait donc à dire qu'il est porteur d'une imagerie : les stéréotypes sociaux et publicitaires, d'un imaginaire : la symbolique du mal, de son remède et des grandes images remplissant une fonction psychique d'appropriation interne de son efficacité et de la représentation de ces effets.

La coexistence interculturelle de plusieurs pratiques médicales interroge alors les effets, en terme de représentations sociales et d'usages, de cette rationalisation extrême du remède placée sous l'autorité technoscientifique du moléculaire. En effet, une médecine est à la fois une théorie et une thérapeutique. ***Parce que tout médicament est la transcription thérapeutique d'une théorie du corps et de la maladie, plutôt que d'opposer le rationnel et l'irrationnel, on plaidera pour une plurivocité des rationalités du soin valant chacune dans la sphère qui lui est propre.***

Penser le médicament impose ainsi d'articuler ensemble d'une part l'amont théorique de sa production, habité par une rationalité, analytique dans le cas de la pharmacie, analogie pour la pharmacopée ; et d'autre part l'aval thérapeutique de sa réception investie par le souci d'habiter les métamorphoses et de rendre compte des transformations qui travaillent le moment de la thérapeutique. *Prendre un médicament suppose de se comprendre devant et avec le médicament ; c'est pourquoi les pratiques d'observance de la prise du médicament racontent une manière de comprendre sa maladie, la façon de la faire sienne et d'y répondre.* L'homme qui connaît le médicament se comprend devant lui comme malade, l'investissant de motivations (envie de guérir) et de représentations (imaginer le trajet du médicament en soi et des rituels appropriaux à son altérité). La rencontre entre une biologie et une biographie opère dans le rituel de la prescription et de l'usage social et existentiel du médicament qui est comme une figure iconique.

Le médicament devient la substance captant les inquiétudes.

Objet de plus ou moins grandes liturgies (ensemble des rites, cérémonies et prières dédiés au culte d'une divinité religieuse) *ritualisant sa prise et activant sa dimension sotériologique* (science théologique traitant du salut de l'humanité, de sa rédemption (la rédemption est l'action de ramener quelqu'un au bien) ; le salut est une notion spirituelle qui signifie "délivrance et libération". Le croyant qui possède le salut se trouve ainsi délivré et libéré du péché, de l'insatisfaction et de la condamnation éternelle (enfer)).

Selon les réductionnistes, le médicament est une matière active indépendante des cultures et l'effet placebo n'a pas de signification culturellement qualitative.

Inversement les relativistes pensent la texture du médicament à partir de son contexte de diffusion et de socialisation. Le médicament devient relatif aux sociétés et aux cultures dans lesquels il est diffusé, investi. Travaillé par des représentations lui donnant son épaisseur sociale et existentielle, il serait une *matière personnalisée et socialisée*. Reconnaître la dimension culturelle présente dans la réception du médicament, le dissout dans des éléments rituels et des codes relationnels. Le médicament condense plusieurs strates significatives qui lui donnent sa texture rationnelle, sociale et existentielle. L'anthropologue Jean BENOIST parle de « *médicament hostie* ».

L'invention du médicament moderne est culturellement explicable. L'élaboration technoscientifique du médicament en occident fait du paradigme biochimique l'autorité légitimant son pouvoir thérapeutique et la relation médecin-malade. Lorsque l'empirique est remplacé par l'expérimental dans le médicament moderne, l'autorité de la tradition est battue en brèche par la rationalisation. Randomisé, testé et rationalisé sous l'effet du test en double insu, lequel autorise un dépôt de brevet garantissant une niche commerciale pour l'industrie pharmaceutique.

Il y a donc une double trajectoire du médicament à prendre en compte : sa trajectoire chronométrisable dans le corps par la pharmacocinétique et sa trajectoire sociale et existentielle par laquelle il prend son épaisseur anthropologique. Le médicament se présente comme un objet hybride. Objet symbolique il est tout à la fois objet rationnel thérapeutique et

objet relationnel inscrit dans un *réseau de transactions normées* : *le prescrit* par l'autorité médicale, *le licite* par l'autorité administrative et politique, *l'observance* par l'autorité éthique relative à la conduite de sa vie relativement à sa maladie (la dimension licite, réglée a aussi une dimension normative).

Le remède véhicule infailliblement une espérance sinon une crainte, il concrétise une volonté secourante. Sur sa substance neutre et froide se condense l'énergie du médecin et la confiance du malade. Le médicament est relation [14].

3. Le médicament, le corps et la nature:

Répondre à la question qu'est-ce qu'un médicament invite à préciser « *qu'est-ce qu'un corps malade* » [6]. On ne parle pas ici d'esprit malade, pourtant c'est ici la mission donnée aux psychotropes de traiter le psychisme. Peut-être que Friedrich NIETZSCHE a une réponse lorsqu'il dit : « *La pensée est l'expression d'un état du corps* ». Ainsi, agir sur le corps modifierait l'esprit [35].

Toute médication est référée à une conception du corps rappelant qu'entre le corps subjectif et le corps objectif se glisse des représentations différentes du corps. Toutes conceptions du corps est une manière de dialectiser les relations de la nature et de la culture, distinguant alors l'allopathie, l'homéopathie, les dopants, la médecine par les plantes. Avec le médicament améliorant les performances, servant de suradaptation dans ses usages comme dopant ou comme socialisant (psychotropes), le corps est envisagé comme « corps machine ». Le médicament détourné à des fins d'amélioration des performances (sportives, sexuelles, intellectuelles, ...) focalise une conception technologique de l'existence qui déplace l'opposition du normal et du pathologique pour aller du côté du normal et de l'amélioré. Le médicament devient ici une prothèse.

Le médicament pharmaceutique construit un « corps objet », tirant son efficacité d'une connaissance des lois du corps subsumées dans les corps biochimiques. Le médicament est une médiation entre un désordre du corps et la nécessité d'aller chercher au dehors de lui une substance susceptible de venir y remédier. La logique du vivant se prolonge en une logique biochimique comme le corps objet trouve son prolongement dans l'objet médicament. Cette dialectique de l'intérieur et de l'extérieur suppose qu'il n'y aurait pas dans le corps tout le nécessaire pour se maintenir seul en son intégrité.

Dans les médecines prédictives et génétiques, la maladie se fait conséquence d'un destin annulable, mais irrémédiable, hanté par le langage de la pureté et de la souillure génétique.

En homéopathie, le corps est moins un corps miroir qu'un « corps d'énergie » envisagé comme porteur des capacités à guérir qu'il suffirait de réactiver.

Se souvenir des diverses philosophies du corps et des imaginaires actifs présents dans les médications n'est pas un aveu d'échec, ouvrant la porte à l'irrationnel. [14]

4. Le médicament une molécule symbole

Le médicament pharmaceutique convoque ainsi une *symbolique du mal* qui lui est spécifique. *Elle n'est ni symbolique de la tache pensant le corps malade comme impur et souillé (rôle de l'eau et de son travail de purification, depuis l'eau rituelle jusqu'à l'eau du thermalisme) ; ni symbolique de la pesanteur qui fait de la maladie une faute pesante pour la conscience (la représentation de la maladie dans les mots de la culpabilité et de la faute) mais elle relève d'une symbolique informatique, la maladie étant envisagée comme un trouble de l'information. Le médicament rétablirait une communication troublée grâce à la **fonction de transmetteur de la molécule**. Dans les relations entre le dehors et le dedans, le médicament est la figure de Janus (dieu des portes dans la mythologie grec) du microbe. Il est le revers positif et actif d'une substance sensée pallier l'intrusion d'un parasite extérieur. Le médicament est une molécule, un label et un remède. L'approche moléculaire du médicament serait la seule universalisable, les autres médecines n'étant au mieux, qu'empiriques tributaires de l'effet placebo ou au pire des placebos. Cette approche feint de croire que le médicament n'est qu'une molécule, indépendant de la liturgie qui l'augmente, refusant de voir la **fonction sacralisante du laboratoire**. [14]*

5. Comprendre la socialisation du médicament à travers le médicament générique :

La fonction sacralisante du laboratoire révèle les réticences à l'usage du médicament générique, le médicament n'étant pas qu'une molécule. Le moléculaire relève de ce que Gaston BACHELARD (philosophe Français) appelait « **le travail de la preuve** », c'est-à-dire *la tentative de neutraliser les aléas de l'influence pour isoler analytiquement cette matière active*. La molécule active est ainsi une identité remarquable en ses effets, observée et identifiée sur des cellules ou des tissus, in vitro ou ex vivo. Dans les tests qui valident un médicament, les étapes préliminaires des analyses chimiques et de l'expérimentation sur l'animal suppose que *la molécule traite dans les mots de la biologie des êtres dont toute la nature ne serait que biologie*.

La molécule désigne donc l'état du médicament avant sa socialisation, à savoir une substance aux effets bien canalisés et identifiés. **Le passage du remède au médicament signale ainsi la domination de la rationalité instrumentale propre à la technique moderne**. Parfois, la délimitation entre médicament moderne et remèdes de médecines traditionnelles est floue.

Le médicament pharmaceutique est un concept (la molécule) matérialisé dans une conception (l'objet médicament avec sa forme, son goût, son mode de prise, sa couleur, etc) auquel les patients attachent beaucoup d'importance, mémorisant alors mieux son aspect que son nom commercial et encore moins la molécule auxquels ils ne prêtent en général même pas

attention. Le fait qu'ils ne demandent jamais les mécanismes d'action du médicament montre bien que la molécule n'est pas ce qui leur importe. Leurs actions sont d'ailleurs vaguement expliquées dans les manuels thérapeutiques, les médecins les connaissent très peu et elles restent parfois également obscures pour le monde scientifique.

Le médicament générique enlève cette imagerie considérée comme publicitaire et marchande, signalant cette part d'information sociale, ainsi que son rôle resubjectivant et l'imaginaire du mal qu'il suppose. L'invention du médicament générique dans un contexte de rationalisation des dépenses de santé a mis au jour combien le médicament était investi par les usagers, d'un cérémonial de socialisation, l'investissant d'un imaginaire visant à se l'approprier, à le représenter pour en intérioriser les effets.

La présentation commerciale du médicament, la classification galénique, son mode de prise, sa couleur, les adjuvants colorants ou les saveurs synthétiques font du médicament un *cocktail poétique* grâce auquel se l'approprier et exister comme malade en cours de traitement. *Le médicament générique en dépoétisant le médicament pour en faire une matière médicamenteuse, exhibe la part personnalisante de la socialité qui l'investit* [14].

Le médicament se situe entre valeur d'usage et valeur d'échange. Socialisé, breveté (ce qui détermine sa valeur thérapeutique), puis la licence publique d'exploitation obtenue (ce qui détermine sa valeur économique et sociale) le médicament est l'objet d'un marché. Sera exclu du champ du médicament ce qui n'honore pas le brevet et la licence. Cela traduit la puissance du laboratoire de l'étude contre placebo. La socialisation du médicament pharmaceutique est donc une socialisation combattante à l'égard d'autres modes de socialisation sanctionnés comme illicites faisant une différence entre médicament et charlatanisme ; entre drogue et droguerie médicamenteuse. En France toutes les drogues sont légalisées sauf le cannabis. Sont légalisées : dérivés de l'opium (morphine, codéine, buprenorphine, méthadone) ; alcool ; café ; coca ; sucre ; tabac et substituts nicotiques ; etc.

6. Médicament et médecine :

A quasi chaque façon de concevoir la médecine lui correspond son type de médicament.

Médecine par les plantes dans la pharmacopée traditionnelle, médecine des empiriques dans le cas de l'apothicaire ou médicament pharmaceutique se réfèrent à trois constructions culturelles distinctes, à trois écologies différentes. « *On construit nos médicaments, ils redéfinissent les pathologies* ». Telle est la différence entre le médicament pharmaceutique, la plante thérapeutique de l'herboristerie et le remède de l'apothicaire.

Dans la pharmacopée qui est médecine par les plantes, « *le bricoleur précède l'ingénieur* » dit Lévi STRAUSS. Dans la pensée sauvage, l'efficacité symbolique du remède relève l'évidence d'une communion de l'homme avec la nature. *La plante est la médiation restaurant une proximité de l'homme et de la nature*. La nature à beaucoup inspiré, avec pour chacun des éléments une façon de soigner : Thalassothérapie (eau et terre), cryothérapie (froid),

physiothérapie (le chaud ou le froid), phytothérapie (plantes), lithothérapie (pierre), Aliments-santé (aliments), etc, l'art est aussi un moyen thérapeutique naturel: musicothérapie, thérapie par le rire, etc.

Avec la médecine des empiriques, le remède est essentiellement une mémoire sur laquelle se cristallise des constantes aux effets historiques observés. Le remède est un concentré de la nature qui est en nous et comporte une dimension personnelle.

Quant au médicament pharmaceutique il est essentiellement contre intuitif en ce que la nature y disparaît, éloigné dans le prestige de l'invisible et de l'infiniment petit qui fait de lui une substance dénaturée par le biais de la chimie et la figure du moléculaire. Pour le médicament, il y a la médiation du laboratoire pharmaceutique qui éloigne voir rend étranger à la nature. Le pharmacien qui propose une thérapeutique dont l'autorité et la légitimité n'est plus placée sous l'autorité du médecin mais sous l'autorité du laboratoire et qui fait du médicament une substance impersonnelle, donc potentiellement universalisable. Le principe allopathique : réside dans l'emploi de médicaments ou de remèdes produisant des effets contraires à ceux de la maladie. Ce principe fait de la thérapeutique une riposte frontale à la maladie, François LAPLANTINE dit que « *l'allopathérapie consiste à juguler les symptômes par les contraires* ». Objet théorique, il est détaché du rapport immédiat et visible avec la nature salvatrice et vivante, en construisant une médiation distanciante.

C'est pourquoi les usagers trouvent dans le recours aux médicaments des médecines traditionnelles une autorité perdue par un médicament qui ne s'est pensé qu'en termes de pouvoir et d'efficacité physiologique [14]. De fait, l'anonymat théorique du médicament moderne, d'autant plus universel qu'il est impersonnel, est compensé par la référence à une médecine traditionnelle qui lui donne un supplément d'âme, le nécessaire complément intuitif compensant l'abstraction du premier. Le remède traditionnel, entouré de l'aura de la tradition d'une médecine relationnelle et d'une cosmologie enveloppante, interroge donc une ***médecine occidentale fonctionnelle mais objectiviste*** (ne s'appuyant que sur ce qui se présente comme la réalité, écartant ce qui est jugé comme produit de l'esprit, ce qui existe en dehors du sujet pensant).

Le Principe homéopathique quant à lui réside dans l'emploi de médicaments ou de remèdes produisant des effets similaires à ceux engendrés par la maladie. Ce principe fait de la thérapeutique une aide qui favorise le passage d'un état à un autre. Selon François LAPLANTINE « *l'homéopathie réactive les symptômes par les semblables* » avec ce principe d'infinitésimalité qui fait que le médicament provoquerait à forte dose le symptôme et viserait à dose infiniment petite à stimuler les défenses.

7. Patients et médicaments :

Le remède représente pour les patients et médecins la concrétisation de l'acte médical. La présence même du médicament dans l'espace domestique aurait une efficacité, en effet, c'est une présence rassurante car elle est source de solutions accessibles, face à des symptômes inquiétants, qui par l'anxiété qu'ils suscitent augmentent d'autant les symptômes par focalisation sur ceux-ci dans le but de trouver une solution au mal qui incombe. Un français achète en moyenne 50 boîtes de médicament par an. Les français consomment 2 fois plus de médicaments que les allemands et 3 fois plus que les américains. Il existe des profils socio professionnels de patients plus ou moins susceptibles de réclamer des médicaments. Les personnes au plus bas revenu consultent plus. Les gros prescripteurs le sont d'autant plus avec les patients en situation sociale défavorisée. Chez les patients âgés et dont la relation médecin malade est ancienne les prescriptions sont d'autant plus longues et non remises en cause. Chez les patients plus aisés, la prescription médicamenteuse passe plus souvent par le médecin spécialiste, ils considèrent comme bonne pratique une norme partagée entre pairs (p42-46) [4].

« Le traitement ne peut pas améliorer aux yeux des patients des symptômes qui n'existent pas (maladies asymptomatiques comme le diabète, l'HTA, les dyslipidémies, ...). « *Asymptomatique le patient ne se considère pas malade* » (p49) [4]. En effet, il est très difficile de faire admettre aux patients de prendre un traitement lorsqu'il ne souffre d'aucun symptôme.

Objet de consommation, les sirops sont assimilés à de la confiserie et les pommades à de la cosmétique. Certains considèrent que la prise médicamenteuse et notamment des psychotropes est une solution de facilité administrée pour les non courageux qui refusent de lutter et à qui les médecins apprendraient plutôt à se droguer qu'à faire face à leurs problèmes. Les alternatives dans la prise de neuroleptiques sont la psychothérapie, les activités artistiques et corporelles, la consommation d'autres substances.

Dans le travail de thèse d'Elodie ALLARD étudiant « *le patient, son traitement, sa représentation du médicament et le rôle dans la prévention de la iatrogénie* », l'enquête déclarative conclut que 79% des patients ne considèrent pas leur traitement comme une contrainte. Dans cette étude 44% de cas étaient non observants de façon intermittente (visiblement pas à cause de la contrainte !), 26% ont déclaré souffrir d'effets indésirables, 52% s'automédiquaient mais avec un conseil spécialisé, 47% percevaient le risque iatrogène de leur traitement [20].

Les effets secondaires, perçus comme une fatalité sont mieux acceptés s'il ont été expliqués au préalable » (p92-93) [18].

8. Le médicament et la mort :

« Il existe une qualification symbolique du remède qui puise au plus profond des fantasmes humains mettant en jeux le mythe de l'immortalité. L'arrière-plan implicite du médicament est un combat de la vie contre la mort, mais aussi contre le vieillissement. Le médicament demeure un objet numineux (sentiment de présence absolue, une présence divine). Il est à la fois mystère et terreur tant sa proximité avec la mort est un enjeu de sens » (p19) [6].

En effet prendre un médicament c'est quelque part aider à oublier que l'on est mortel et se donner toute les chances de vivre. Le médicament pallie à nos failles fortement conditionnées par notre avancée dans l'âge. Symboliquement, le médicament permet de ralentir le vieillissement ou tout du moins d'y pallier. Tous les motifs de consultations ont plus ou moins implicitement attiré à l'angoisse de la mort. La faiblesse de l'humain est qu'il est mortel et que chaque jour, chaque heure, chaque minute qui passe nous rapproche de cette échéance fatale qui limite les possibles.

2) Prescription et ordonnance

1. La prescription :

Littéralement, du latin *praescribere* ; *prae* signifie avant, et *scribere* signifie écrire. Plus symboliquement elle signifie pour le malade d'être validé comme tel par le médecin. Elle est un pouvoir qu'il faut savoir utiliser au service du patient et c'est à travers elle que le patient peut juger du travail du médecin.

La prescription se définit comme un ordre formel et détaillé énumérant ce qu'il faut faire (verbalisation) et de façon moins tranchée c'est une recommandation thérapeutique, éventuellement consignée sur ordonnance (papier manuscrit ou maintenant le plus souvent informatisé), faite par le médecin. Elle est considérée comme un document écrit (officiel), dans lequel est consigné ce qui est prescrit par le médecin (autorité supérieure, savant). C'est également une incitation pour aller à la pharmacie chercher un médicament pour se soigner. C'est donc un protocole médicamenteux.

Il est également intéressant d'interroger sa définition littéraire sur le plan juridique. Au sens commun la prescription peut être *extinctive*, *acquisitive*, *libératoire*, *criminelle*. C'est un ordre, un précepte de la loi qui s'il y a infraction est puni ; une acquisition de la propriété d'une chose par une possession non interrompue pendant un temps que la loi détermine ; un moyen de se libérer d'une charge, d'une obligation ; un ensemble de règles et de conseils formalisés par écrit règlementant officiellement une activité, généralement professionnelle. La définition juridique peu également faire sens sur le plan médical.

Au cœur de l'étude de la prescription médicale se trouve bien souvent une interrogation sur la décision médicale et sur la façon dont on interprète et on accorde une valeur à l'autonomie de cette décision. *C'est la trace matérielle qu'il reste de la consultation et elle concrétise un partage des responsabilités, comme une forme de contrat ou l'on définit les objectifs de la visée thérapeutique ainsi que les moyens qui seront mis en œuvre pour parvenir au soin* (p14) [7].

Prescrire n'est pas toujours guérir, cette dimension paradoxale de l'acte interroge l'objet du travail médical. Chaque médecin est autonome dans sa décision médicale, ainsi « il serait illusoire de prétendre que la prescription puisse obéir seulement à une rationalité biomédicale. Même si les déterminants de la prescription sont indéniablement médicaux, il est nécessaire de prendre en compte toute la dimension sociale qu'elle implique. Selon Georges CANGUILHEM, *le médicament pourrait être pensé comme une aide extérieure à la tentative d'adaptation de l'individu à un nouveau système normatif, et les médecins prescripteur comme des experts à cette norme.* La prescription des médicaments **interroge le sens du bien** parce qu'elle met en acte une représentation de la volonté de guérir commune à l'ensemble de la profession médicale même si les médecins l'expriment par des voies différentes le uns des autres. Ce sens du bien n'est pas seulement un signifiant de la santé, il traduit une signification sociale de la « bonne » action [6].

2. Objectifs, tenant et aboutissants de la prescription :

Pourquoi prescrire ?

Pour guérir ? C'est-à-dire faire totalement disparaître les symptômes d'une maladie ou les conséquences d'une blessure avec un retour à l'état de santé antérieur. Est-ce vraiment possible d'être inchangé après une maladie?

Pour soigner ? C'est-à-dire prescrire pour veiller au bien-être de quelqu'un et viser sa santé.

« L'effet médecin » de la prescription s'apparente à une dimension thérapeutique mais aussi éducative [10]. « La thérapeutique se propose de modifier le rapport du patient à sa maladie» (p264) [2].

La prescription peut-être ressentie par le patient comme une réponse commerciale : *« le médecin pense que cela va me satisfaire »* (p67) [17].

3. Prescription et médecins :

En répondant de façon diverse aux demandes des patients, ils mettent en acte leur propre réponse à la question que eux se posent, et non pas les patients.

La prescription engage la responsabilité du prescripteur, c'est un acte individuel, non standardisé, qui nécessite une concertation avec le patient. Le moment de la prescription est un temps privilégié d'échange et d'éducation du patient qui renforce la relation médecin patient [10].

La prescription peut être pour le médecin comme pour le patient une contrainte, c'est-à-dire une obligation créée par les règles en usage dans un milieu, par les lois propres à un domaine et par une nécessité. La contrainte est également un état de gêne de quelqu'un à qui on impose ou qui s'impose une attitude contraire à son naturel, à son penchant.

Cet acte peut parfois être complexe (interactions, allergies, contre-indications, etc). Pour 2800 molécules actives disponibles, il existe 11 000 spécialités ! [16]. L'exemple qui suit illustre la difficulté à choisir le médicament à prescrire. Un patient de 65 ans demande à ce que le médecin lui traite ses symptômes secondaires à une hypertrophie bénigne de la prostate (HBP). Il a pour antécédents une HTA, une cardiopathie ischémique, un diabète et une cataracte. Le médicament retenu devra être efficace, le moins iatrogène possible, non contre indiqué et n'interagissant pas avec ses traitements actuels, remboursé et/ou au plus faible coût selon les moyens du patient, de galénique acceptable, etc. L'objectif thérapeutique est d'améliorer le quotidien de ce patient. Pour répondre à sa demande il existe de nombreuses formes commerciales d'une même molécule et on comprend alors le rôle des visiteurs médicaux dans l'orientation des choix thérapeutiques du médecin. Le générique facilite alors la tâche du médecin puisqu'en prescrivant en DCI (dénomination commune internationale) (quand cela est possible) il n'a plus à choisir de nom commercial. Les logiciels informatiques aident également les médecins dans la prescription.

« C'est une attente qui est bien identifiée par les médecins et correspond aux représentations qu'ils se font de leur rôle de thérapeute. Le médecin se doit d'agir car les patients formulent souvent le fait qu'ils ont atteint un niveau de gravité ne leur permettant plus de se gérer seul. Cet élément est un frein central à la non-prescription. Pour quelques médecins interrogés dans une étude l'objectif est de changer ces pratiques » [17 bis]. Les médecins ont leurs attentes, leurs objectifs et croyances par rapport aux médicaments qu'ils prescrivent. Cet aspect de la prescription n'est pas l'objet de ce travail mais nécessite des éclairages. J'ai pu recueillir au cours d'échanges avec des médecins quelques-unes de leurs attentes envers la prescription : c'est donner et faire quelque chose pour le patient, elle montre qu'on agit ; elle peut permettre : de faire patienter (le temps que ça se guérisse) par l'effet symptomatique et placebo, d'être tranquille face à un patient exigeant ou volubile, de gagner du temps (évitant d'avoir à expliquer la maladie, de faire un streptatest, etc) ; elle marque un temps dans la consultation et peut clore celle-ci; elle peut permettre de faire un diagnostic, elle peut satisfaire le patient (demandeur ou pas), le fidéliser (peur que le patient ne revienne pas s'il n'a pas obtenu le médicaments souhaité, ou qu'il aille à la pharmacie la prochaine fois pour de

l'automédication), elle donne l'espoir de soulager, permet d'éviter encore un arrêt de travail (donner la force d'aller travailler), rassure le patient (car prescrire veut dire que le médecin peut soigner, a une solution) et rassurer le prescripteur (*le doute du médecin qui pare à toutes les possibilités diagnostic, quand le médecin n'est pas sûr que sa parole et son regard bienveillant aient rassuré et soigné, quand le médecin médicament n'a pas assez confiance en sa capacité de guérison propre*) sur sa conformité par rapport aux recommandations de bonnes pratiques ; *les prescriptions peuvent aussi permettre de pallier à la fatigue des médecins et leur permettre de faire face à des plaintes répétitives et à des retours de patients non guéris mais ces plaintes sont amplifiées par des consommations et des taux de prescription élevés de médicaments qui peuvent présenter des effets secondaires et qui sont loin de pouvoir répondre à tous les problèmes de patients de ville.* Dans des situations d'épuisements professionnels les médecins prennent des médicaments pour tenir, ce qui les amène à banaliser la prescription de médicaments.

« Il existe dans les ordonnances de l'hexagone des niveaux importants de produits dont l'efficacité n'a pas été prouvée, mais le médecin a besoin de se conformer à des normes d'action : « on doit monter que l'on a fait quelque chose ». Il existe des traditions positivistes et des représentations positives du médicament, avec une logique culturelle dite de réparation instantanée. Les médecins ont tendance à prescrire par symptôme [19].

L'accumulation de médicaments sur l'ordonnance est souvent liée à l'habitude de ne pas intervenir dans les décisions d'autres médecins sur la confiance faite dans l'expertise de leurs confrères spécialistes, avec une *survalorisation des savoirs experts, chaque médecin ayant tendance à prescrire dans sa propre spécialité.*

Faute de recul sur *le reflexe ordonnance médicament*, ils continuent à penser que les patients viennent systématiquement pour des médicaments. A contrario, certains médecins médicalisent peu les problèmes liés aux difficultés sociales, à la petite enfance, au vieillissement et aux états dépressifs car ils se sont créé progressivement des repères et compétences généralistes et/ou ont développé des alternatives aux médicaments. Ces patients apprennent l'automédication et à attendre la guérison des maux bénins » (p60) [13].

Selon Anne VEGA auteure de l'article intitulé « *les prescripteurs en médecine générale* » il existerait deux types de médecins : *les petits prescripteurs et les plus gros prescripteurs.* Les résultats de son étude lui permettent de dire que pour les plus petits prescripteurs, « *c'est un rapport positif au patient dont il cherche à comprendre les motifs de venue et le point de vue. Car le patient est considéré comme intéressant et responsable, ayant des capacités de jugement, des expériences et des arguments à entendre. Pour toutes ces raisons, leur travail est source d'épanouissement.* Reste que ces médecins tous libéraux dans cette étude sont pénalisés par le système de rémunération à l'acte (puisque'ils veillent également à ne pas trop travailler et pratiquent une médecine lente). Ces enquêtés dont les désirs initiaux étaient d'emblée tournés vers les patients ont plutôt des usages modérés des médicaments. L'anthropologue montre que les plus petits prescripteurs n'hésitent pas à s'investir personnellement dans la relation avec leurs patients, lui consacrer plus de temps, analyser les conditions socio-économiques de sa plainte, travailler en réseau avec d'autres professionnels,

plutôt que de prescrire des médicaments. La capacité des individus à s'adapter aux normes sociales est explicitement interrogée. Cela signifie qu'à leurs yeux, *l'action humaine et sociale, dans ses dimensions pourtant faillibles, vaut toujours mieux qu'une action biochimique dont la iatrogénie leur paraît plus évidente, considérant que la relation humaine est moins pathogène qu'une molécule chimique. Le sens du bien pour ces médecins et de tenter d'éviter de leur « faire du mal » par des prescriptions jugées « inutiles » pour peu que l'on s'y prenne autrement.* Certains souffrent de formes de solitude car le modèle de parcimonie de la prescription n'est pas favorisé par le système actuel. Par comparaison, les autres enquêtés plus prescripteurs oscillent entre *recherche de réassurance et de confort personnel*. Ils sont venus à la médecine pour d'autres motivations que la santé des populations et sont davantage issus de familles de médecins, ils avaient des motivations de reproduction familiale et moins le désir de devenir médecins généralistes au départ (mais n'en arrive pour autant pas moins à exercer et avoir une patientèle). En conséquence, ils ont développés des compétences plus limitées, suite à des besoins de conformité, à des désirs de spécialisation, à la recherche de confort psychologique et/ou financier. Ils délèguent davantage de soins aux médecins spécialistes avec lesquels ils ont des rapports plus déséquilibrés et à qui ils adressent des patients redoutés (comme les psychiatriques). Mais surtout ils accordent moins leur confiance aux patients dont ils ont des représentations plus négatives (profane non sachant, « demandeur de médicaments, peu responsables voir peut considérés). Dans tous les cas, ils ont tendance à penser que seuls les médecins sont légitimes pour juger ce qui est bien pour leurs patients (expliquant qu'ils consacrent peu de temps à les écouter). Ces généralistes ont des pratiques fondées sur l'observance, d'autant plus qu'ils ont des visions positives à très positive des médicaments et qu'ils sont en contact avec les firmes pharmaceutiques. Enfin, ils travaillent davantage, avec des modèles dominants qui ont des limites en médecine générale : poser un diagnostic (malgré l'incertitude), trouver un traitement médicamenteux et/ou multiplier des examens (alors que la plupart des patients de médecine générale sont atteints d'affections chroniques, bénignes ou débutantes d'une extrême diversité, fréquemment liées à leurs conditions de vie et sans support lésionnel). Cependant comme le médicament reste souvent leur seul moyen d'action ils passent souvent leur temps en consultation à « jongler » avec leurs effets avec plus ou moins de bonheur. Les gros prescripteurs n'ont pas d'autres alternatives que de recourir à des médicaments pour ne pas revoir de suite les patients, pour ne pas s'investir par manque d'appétence et pour en « finir au plus vite ». Inversement, ils prescrivent par compassion ou désir de régler tous les problèmes des personnes jugées vulnérables. Ces médecins se chargent alors d'eux même de lourdes responsabilités et se placent dans des situations d'impuissance. Car ils restent conscients de leurs propres limites relationnelles, de celles de leur savoir et de celle de la médecine spécialisée. Ils sont alors conduits à faire semblant d'avoir de l'intérêt pour les problèmes des patients, de maîtriser l'effet des produits et plus globalement d'avoir réponse à tout. Les confrères les plus prescripteurs ne sélectionnent que les patients rapides et malléables ne nécessitant pas de négociation (à chaque médecin correspond sa patientèle). Une partie des prescriptions de ces médecins techniciens et quasi spécialistes visent à fidéliser les patients captifs. Des épisodes malheureux survenus avec des patients et source de traumatisme expliquent aussi certaines de leurs surprescriptions. Ceci renvoie plus précisément à l'insuffisance de communication autour de l'erreur médicale (sujets tabou). Ces

médecins échangent très peu sur leurs pratiques, à fortiori lorsqu'ils se sentent responsable de décès de patients. Leurs abus défensifs sont connus des autres médecins travaillant à proximité, mais ces derniers se contentent souvent d'en prendre acte. Ces gros prescripteurs, qui ont une attitude apparemment cynique : prescrire pour avoir la paix ; masquent un sentiment d'incompétence et de mise en difficulté relationnelle. Les relations avec leurs patients étant mauvaises, ils préfèrent prescrire des médicaments dont ils valorisent les effets bénéfiques. Certaines prescriptions médicamenteuses tel que les psychotropes permettent de garder le contact, ***la prescription régulière prolongée peut alors s'interpréter comme un substitut d'une relation d'aide inaccessible.*** Pour certain, dans ce contexte, *ne pas prescrire serait l'indice d'un désengagement thérapeutique et la prescription un symbole de lien thérapeutique* » [13].

« Beaucoup de médecins français se sentent obligés de prescrire par activisme, par conviction de bien faire et ou de faire le bien du patient, pour se réassurer (*se prémunir de risques réels ou supposés et d'accidents de parcours*) et souvent par faute d'autres alternatives légitimes acquises en faculté (soins de santé primaire, santé publique, épidémiologie, psychothérapie, etc). Il serait important que les médecins soient d'avantage *sensibilisés aux étiologies sociales, aux inégalités sociales de santé et aux besoins multiples des usagers, ainsi que de travailler sur le regard posé sur les patients, sur la médecine générale et sur les industries du médicament* » [13]. L'Activisme correspond au nom de diverses doctrines philosophiques, morales ou spirituelles mettant en relief le rôle primordial de l'action concrète dans la conception de la vérité ou la conduite de la vie.

La thèse sur « *la non-prescription, représentation et vécu des médecins généralistes* » conclut que la qualité des prescriptions, de la relation médecin-patient et donc du soin nécessite d'avoir *identifié les déterminants de la décision médicale* et implique de laisser un espace d'expression aux patients. La réponse du médecin doit être adaptée à chaque patient, en restant au plus près des recommandations actuelles. Elle nécessite de la part des médecins une maîtrise des outils de communication, une mise à jour de leurs connaissances et de l'utilisation d'outils d'évaluation de leurs pratiques [17 bis].

Le métier de médecin n'est pas de plaire ou de faire plaisir, mais avec ses connaissances, son expérience et sa compréhension de ce qui anime les patients de les aider à trouver leur chemin vers le mieux-être, à accepter leur état et à trouver des solutions pour mieux vivre.

4. De la prescription vers l'ordonnance :

La prescription et l'ordonnance n'ont pas la même signification. Tel que définie dans le dictionnaire médical, la prescription est un conseil thérapeutique donné par un médecin, quand ce conseil est consigné par écrit, il s'agit d'une ordonnance. L'ordonnance est donc un document écrit daté et signé contenant les prescriptions recommandées par le médecin pour le traitement du malade.

L'ordonnance commence parfois par le signe R, l'abréviation de recipe du latin impératif recipere qui veut dire prendre. Pour remarque, ce sigle R entouré (®) est uniquement retrouvé à la fin des noms commerciaux des médicaments et non pas des DCI ni des génériques.

Martin WINCKLER dit que prescription et ordonnances ne sont pas superposables, le médecin rédige une prescription et le patient sort de la consultation avec une ordonnance [9]. Pour le médecin, la prescription est la suite ce qu'il vient de faire : écouter une plainte, analyser des signes décider d'une conduite appropriée. Ce qu'il prescrit n'est pas la fin de son travail, cela en est le prolongement : un traitement (médicament, séances de kinésithérapie, soins infirmiers, etc), une attestation (aptitude, dispense, etc) un ou des examens complémentaires. C'est dire que l'ordonnance, cette feuille de papier qui porte le nom du médecin, son adresse professionnelle et son numéro d'inscription à l'ordre de son département n'est pas seulement une feuille de papier plus ou moins bien calligraphiée ou une liste de médicaments que l'on va se faire délivrer à la pharmacie comme on va faire ces commissions à l'épicerie. ***L'ordonnance à une portée médicale, sociale, médico-légale, administrative, symbolique.*** La manière dont elle est rédigée, remise au patient, lu par lui et/ou un autre professionnel de santé fait partie intégrante de la relation de soin. Et, à ce titre elle fait l'objet d'appréciations ambivalentes. On se plaint du caractère illisible de l'écriture des médecins mais on voit d'un mauvais œil un praticien informatisé imprimer ces ordonnances (plus peut être pour l'ancienne génération) ou un médecin qui ne fait pas d'ordonnance du tout.

5. L'importance de l'ordonnance :

« *L'ordonnance exprime le souci à la fois d'un ordonnancement de la posologie et à la fois d'une injonction par laquelle rétablir l'ordre* ». Curative, vertueuse, symbolique, elle cristallise tout ce qui s'est fait et dit dans le cabinet, marque la consultation et en est la mémoire [16]. « On peut attribuer une *valeur thérapeutique à l'objet ordonnance lui-même* puisque c'est un document officiel produit par une autorité» (p29) [4]. Selon Sjaak VAN DER GEEST, Susan Renolds WHYTE et Anita HARDON (trois anthropologues anglais) dans *the antropology of pharmaceuticals : a biographical approach* : la prescription est fondamentale dans la relation qui s'installe entre médecin et patient. Elle permet une reconnaissance de la plainte ou du problème du patient par le médecin. Délivrer une ordonnance, c'est admettre qu'il y a justification et même légitimité à soigner.

Dans l'Egypte ancienne TOTH, le dieu de l'écriture était aussi le dieu des médecins, faisant l'analogie entre les écrits magiques et l'ordonnance (p29) [4]. Le magique est ce procédé qui interdit toutes prises de connaissance des processus mis en jeu (comme il est spécifié plus haut, les patients ne demandent jamais le mécanisme par lesquels agissent les médicaments qu'on leur donne). L'aspect illisible de l'écriture renforce ce côté magique. Ainsi, malgré le développement de l'outil informatique un bon nombre de médecins persistent à rédiger de façon manuscrite leurs ordonnances.

Les ordonnances sont souvent assimilées à une liste de médicaments qu'il faut aller acquérir chez le pharmacien, un professionnel de la santé à qui elle est adressée prioritairement, celui-ci se chargeant d'en faire l'interprète et de retranscrire les posologies sur les boîtes. Nombreux sont les patients qui estiment ne pas avoir à se mêler de ce qui est du ressort du médecin (comme s'ils délèguent passivement leur santé au médecin) (p67) [4].

Indépendamment même de ce que le médecin y inscrit, il y a mille façons d'utiliser une ordonnance : l'égarer et revenir sans cesse en redemandant un duplicata, l'oublier sur le bureau du médecin en partant, la faire faire pour soi au nom de quelqu'un d'autre, décider de ne pas la suivre ou de la montrer à un autre médecin pour un autre avis, la garder sur soi comme un gri-gri au cas où sans jamais l'utiliser, la garder soigneusement dans une chemise à la maison, etc.

Les patients verbalisent moins ce rôle symbolique largement identifié par les médecins interrogés (p192) [17 bis]. La symbolique de l'ordonnance est si riche qu'elle mériterait un livre à elle seule. En tout cas, *elle dépasse tout ce que les médecins croient consigner à l'intention de leurs patients et ne se réduit pas aux instructions (ordres) qu'ils voudraient leurs faire suivre* » (p42) [9]. C'est un objet transitionnel, contra phobique, placebo. Pour certains il s'agit d'une monnaie d'échange pour d'autre elle permet de clore et de faire la synthèse de la consultation.

6. Limites et risques de la prescription :

Pour certains, la prescription court le risque d'éviter l'échange de paroles, alors que pour d'autres elle serait un prétexte pour échanger avec le médecin une parole qui sinon n'aurait pas eu lieu (p44) [4].

Dans son livre intitulé *anxiolytiques, hypnotiques : les facteurs sociaux de la consommation* Philippe LE MOIGNE (sociologue Français) évoque l'ampleur des consommations de médicaments psychotropes devant cette fausse idée que des substances puissent offrir un soulagement à la souffrance. Cela montre qu'il existe une *illusion du bonheur® sur ordonnance avec la perspective d'une solution médicale aux problèmes sociaux faisant craindre l'intoxication des pauvres et l'entrée massive des plus déshérités en toxicomanie* [37]. Beaucoup trop d'espoirs sont fait dans le recours aux prescriptions médicamenteuses, une solution simpliste et alléchante de prime abord, qui peut vite devenir un enfer avec les problèmes de dépendance, de désocialisation et d'accidents qu'elle peut entraîner.

D) Attentes des patients concernant le soin :

Une attente se définit comme l'action de compter sur quelqu'un ou sur quelque chose, c'est une espérance ou une prévision (répondre à l'attente de quelqu'un, contre toute attente). L'attente peut être : comblée, dépassée, passée, surpassée, trompée, mêlée d'appréhension, résignée, etc. L'attente (ou les attentes) désigne par ailleurs une notion marketing pouvant se définir comme un ensemble de besoins latents d'un utilisateur, qui ne trouvent pas forcément le moyen de s'exprimer par le canal de la communication directe, mais qui peut en revanche être deviné par celui qui souhaite répondre à cette attente (attentes des clients de la relation commerciale). Le besoin est en rapport avec une situation de manque ou de prise de conscience d'un manque ou d'une dépendance à des choses considérées comme utiles, obligatoires et nécessaires à la vie, comme par exemple dormir, travailler, ne pas tousser, bien aller à la selle, etc. Le besoin peut être ressenti, satisfait ou on peut y résister, il fait plus appel au physiologique et à l'affectif que les attentes qui semblent être en lien direct avec l'angoisse. « *La satisfaction du malade quand rien ne lui a été prescrit est fonction de la résolution de son angoisse* » (p83) [1].

1) Les différentes modalités des attentes :

L'attente peut avoir différentes connotations comme celle qui attrait au désir en lien direct avec la séduction, le plaisir, la sexualité et la dépendance (comme par exemple envers des substances illicites ou des drogues de substitution). Le propre du désir est qu'il n'est jamais comblé et ouvre à une attente indéterminée. L'envie quant à elle est un désir plus superficiel. Le désir et l'envie mettent en jeu le rapport à l'autre avec par exemple l'envie d'être plus fort (fortifiant). Les autres synonymes de l'attente sont le souhait (d'une vie meilleure), la demande (de prise en charge) et l'exigence (de soins).

1. Place de l'attente envers la prescription médicamenteuse au sein de la consultation :

Selon Jean LEONETTI (cardiologue et politicien) « contrairement à d'autres pays comme l'Angleterre et l'Allemagne, *la culture médicale Française relève plus du guérir que du accompagner* ».

« Selon Michael BALINT (psychiatre et psychanalyste) « *le problème principal le plus immédiat pour lequel le patient consulte, est la demande d'un nom à sa maladie ou la demande d'un diagnostic, puis en second temps la demande de traitement* ». Il attend de prime abord de rencontrer un soignant, car son automédication et les conseils du pharmacien ne l'ont pas soulagé. Le patient vient en consultation avec une plainte, des questions sur une source d'angoisse, une inquiétude, une souffrance, des douleurs. Il attend donc une

réassurance, des réponses et un traitement pour un soulagement, un soin et une guérison. « *Le malade n'est pas toujours soulagé ou guérit quand on lui dit qu'il n'a rien* » (p34) [2]. « *Les patients semblent aujourd'hui prêts à entendre qu'il n'y ait besoin d'aucun médicament pour les améliorer ou permettre la guérison, mais paradoxalement, s'il n'y a pas de prescription, ils expriment la sensation d'être venus pour rien, de ne pas avoir été pris en compte. Cette absence de prescription médicamenteuse peut être vécue comme un sentiment d'abandon et d'impuissance* (p126) [17 bis]. Dans la thèse de Florence HENION et Aline DIBLANC intitulée « *la consultation sans prescription médicamenteuse* », ces auteurs concluent que les médecins pensent que l'attente prioritaire des patients est l'écoute et le besoin d'être rassuré. Or, l'interrogation des patients montre que cette attente s'avère plus complexe que cela, voir même ambiguë car ils attendent un traitement, nuancé par une attente de diagnostic et de solutions à leurs problèmes. *Ils disent pouvoir se passer de la prescription mais celle-ci manque quand elle est absente* (p100) [17]. La prescription médicamenteuse crée le lien et justifie la consultation. C'est la trace que gardera le patient de cet échange avec le soignant. Elle est importante car il ne retiendra en moyenne que 10% de ce que le médecin lui aura dit oralement. La prescription semble parfois être le seul motif de la consultation, comme par exemple lors du renouvellement d'ordonnance chez le patient ayant une pathologie chronique, ou bien encore lors du renouvellement de la contraception chez la femme. Mais est-elle vraiment le seul motif de la consultation que d'obtenir un traitement quand on sait que certains n'acceptent pas d'avoir un traitement de fond et qu'il existe des contraceptions qui ne nécessitent pas de renouvellement régulier (stérilet) ? Certains patients ont pour motif de consultation la demande de prescription car ils ne trouvent pas d'autres moyens de rentrer en contact avec leur médecin, pour d'autres cela est un prétexte pour discuter avec le médecin autour d'une chose auquel ils se sont renseignés et ont réfléchi leur permettant de se mettre en situation d'égalité avec lui.

Une étude quantitative par entretiens téléphoniques, s'est intéressée à la *pression de prescription exercée par les patients* [10]. Les questions posées aux patients étaient fondées sur leur profil, les relations entretenues avec leur médecin, leurs attitudes face à la rédaction de l'ordonnance, d'un arrêt de travail ou d'une demande d'avis spécialisé et leur ressenti concernant le déroulement de la dernière consultation. Sur 1743 questionnaires exploitables, 1633 ont déclaré avoir bénéficié d'une ordonnance au cours de leur dernière consultation, 304 ont été orientés vers un spécialiste et 208 ont déclaré avoir eu un arrêt de travail. Les patients étaient en accord avec l'ordonnance qui leur été délivrée dans 97% des cas, dans seulement 4 cas le traitement prescrit avait été jugé comme insuffisant et seul 6% affirmaient avoir demandé une modification de celle-ci. *40 % des modifications demandées concernaient le contenu de l'ordonnance* avec une demande d'ajout de médicaments qui n'était pas en rapport avec la consultation dans 60% des cas, comme le renouvellement d'un traitement habituel : antalgiques (pour 48% des ajouts), contraception (pour 31.5% des ajouts), psychotropes (pour 15.5% des ajouts) ou une demande d'antibiotiques (pour 5% des ajouts). On peut se questionner sur la proportion importante de demande d'ajout d'antalgiques ? Est-ce une façon pour ces patients de dire au médecin qu'ils souffrent et cette demande d'acte de prescription correspondant alors à un souhait de prise en considération de leur douleur ? Pour une part plus faible la demande de modification d'ordonnance consistait à

vouloir supprimer des médicaments, pour raison de faible remboursement dans 5% des cas, pour inefficacité dans 10.5% des cas et pour intolérance dans 21% des cas. *Le reste des demandes de modifications consistait à une volonté de remplacement du médicament* : pour intolérance dans 50% des cas, et pour une autre voie d'administration dans 42%. J'ai en effet remarqué dans ma pratique les demandes explicites concernant des préférences pour les voies d'administration, notamment pour les enfants, mais pas seulement, par exemple pour le paracétamol dont il existe une 50ème de formes différentes, les patients ont souvent leur préférence évoquant des raisons diverses parfois irrationnelles avec notamment des formes qu'ils ne supportent pas de prendre, auxquelles ils sont intolérant ou qu'ils trouvent plus efficaces. L'étude conclut qu'actuellement la relation médecin malade évolue dans le sens d'un équilibre. « L'acte de prescription s'ouvre au dialogue et s'inscrit au cœur de la relation interhumaine de soin. Elle n'est plus attendue comme nécessairement unidirectionnelle et centrale de « celui qui sait » vers celui « qui ne sait pas ». *Il faudrait que les médecins apprennent à transformer ce qui est parfois ressenti comme une pression, en participation consciente et constructive du patient.* Certains médecins ressentent une pression de prescription liée à l'influence du modèle sociétal, car l'exigence d'efficacité est actuellement le critère d'une médecine de qualité; ne pas prescrire pourrait être interprété comme une impuissance, un désinvestissement et une inaction, alors que la société impose une guérison rapide avec activisme dans le processus de guérison. Dans cette étude les médecins ont aussi exprimé la pression de la société actuelle qui accepte mal le statut de malade. La pression de prescription est un phénomène assez récent (notamment depuis que les médecins tentent de modérer leurs prescriptions), qui a fait l'objet de nombreuses études, elle est ressentie par un nombre non négligeable de praticiens et serait responsable de comportements thérapeutiques inappropriés. La relation médecin-patient tend à devenir la base sur laquelle s'élabore le soin. Une relation de confiance s'installe et c'est cela que recherche le patient, un suivi de sa santé et de celle de sa famille, des conseils sur son hygiène de vie, des conseils sur les orientations à prendre » [10].

Dans l'étude de terrain menée par Anne VEGA, elle observe que ce sont plutôt les médecins qui ont proposé aux patients des médicaments. Les praticiens évoquent l'influence directe de la demande de leur patientèle dans *un contexte de clientélisme*. L'approche clientéliste semble néanmoins en régression pour tous les médecins.

« Les malades sont d'autant plus satisfaits d'une consultation qu'ils ont reçu une information suffisante » (p40) [1]. Même si certains peuvent donner l'impression de ne pas vouloir savoir ils consultent quand même et c'est alors au médecin de chercher à comprendre pourquoi ils ne veulent pas savoir, souvent c'est parce qu'ils ont peur de la réponse. « Le besoin de savoir ne se résume pas uniquement au désir de n'entendre que des bonnes nouvelles. L'incertitude serait plus mal vécue que la connaissance d'un diagnostic voir d'un pronostic grave » (p73) [3]. La croyance de la pleine maîtrise de la réalité, par la science et la technique, s'accompagne pour les patients d'une demande d'information plus exhaustive en relation avec une indéniable exigence sécuritaire. « Les patients attendent que l'on s'intéresse et que l'on aille au bout de leurs problèmes. Il faut apprendre à juger le niveau d'implication à donner à chacun des patients et il faut tenter de saisir le message derrière le message » (p59) [1].

« Un médecin qui voit trop de malade voit leur taux de satisfaction baisser. Les patients sont sensibles à la capacité d'écoute et de compréhension de leur médecin. Ils sont satisfaits du suivi de leur prise en charge » (p40) [1]. L'écoute est un gage de prise au sérieux, d'une implication à la recherche de solution au problème, elle rassure (p74) [17]. « Les patients ont besoin de s'exprimer par la voie de différents types de communication, verbales et non verbales » (p64) [1].

2. Limites et obstacles pour répondre aux attentes des patients :

Je me souviens de cette dame de 92 ans que je suis allée voir à son domicile pour un renouvellement de traitement et qui m'a demandé des vitamines sous forme injectable, j'étais surprise par cette demande et répondit par la négative en riant, gêné de ne pas avoir pu répondre à sa demande, lui disant que pour l'indication demandée cela n'existait pas à ma connaissance. Peut-être aurais-je du davantage explorer cette approche, qui avait une connotation très symbolique et ma réponse ne correspondait sûrement pas à ce qu'elle souhaitait.

« Les médecins ne semblent pas bien cerner les attentes des patients puisqu'il y a convergence, les médecins pensent que l'écoute et la rassurance est le *primum movens* de la consultation alors que les patients disent attendre un diagnostic et une solution avec une prescription. Les médecins semblaient éprouver des difficultés à satisfaire ces attentes par manque de temps pour expliquer [17]. Parfois donc, le médecin n'a pas assez de temps ou tout simplement n'est pas disponible pour accepter et accueillir ce que le patient a à lui communiquer. D'autres fois les connexions de cet échange humain sont mauvaises et non constructives, par conséquent le patient reste fermé et campe sur ses positions et n'accepte pas l'aide de son médecin. Le patient peut ne pas être prêt à entendre, avoir ses idées sur la question et ne pas être ouvert à la discussion. Il peut aussi inconsciemment se complaire dans sa situation de malade dont il tire des bénéfices secondaires et ne pas avoir de raison ni d'intention de cheminer vers la guérison.

« Chaque médecin a une idée vague mais presque inébranlable du comportement que doit adopter un patient lorsqu'il est malade. Elle influence chaque détail du travail du médecin avec ses patients. Tout se passe comme si le médecin possédait la connaissance révélée de ce que les patients sont en droit ou non d'espérer, de ce qu'ils doivent pouvoir supporter et en outre comme s'il avait le devoir sacré de convertir à sa foi tous les ignorants et tous les incroyants parmi ses patients. Il y a un grand nombre de réponses possibles à l'offre du patient, c'est la personnalité du médecin qui détermine pratiquement seule son choix de la réponse raisonnable. Derrière ces justifications, l'observateur extérieur peut percevoir les fermes convictions du médecin de ce qu'un patient est autorisé à espérer de son docteur. Le but (et très souvent l'effet) de la réponse est d'induire le patient à adopter l'échelle de valeur du médecin, c'est-à-dire de le convertir à croire en elle et à s'y adapter. Le médecin évite en général très difficilement de se démasquer, c'est-à-dire de divulguer ce qu'un patient selon lui a le droit et le devoir de faire dans une situation donnée. Il en résulte ou bien que le patient

doit accepter « la foi et la loi » de son médecin et s'y convertir ou bien qu'il les rejette et s'installe dans un état chronique d'ergotages (l'ergotage est la contestation de manière systématique et sans raison valable), ou enfin comme dernier recours il prend un autre médecin dont « la foi et la loi » lui convienne mieux. Cette description est incontestablement et intentionnellement unilatérale et par conséquent injuste » (p227-229) [2].

Les effets indésirables et pervers liés à la prescription sont les réactions allergiques et de mauvaise tolérance, les risques de mauvaises utilisations, de non ou mauvaise observance, d'automédication ou de partage des médicaments avec les proches. Le fait que le pharmacien ne délivre pas exactement ce qu'il y a sur l'ordonnance pose aussi problème, par exemple lorsque c'est le générique et non le médicament de marque qui est acheté ; les marchés du générique changeant régulièrement certains patients sont perdus avec leur traitement de fond qui change constamment de nom, de forme et de boîte et cela peut être source de confusion et d'erreur de prise. Le risque d'escalade thérapeutique effectif dans les cas de déception du patient par rapport au médicament prescrit est un des autres effets pervers lié à la prescription. Par exemple lorsque l'antibiotique donné est inefficace (parfois parce que l'infection est virale), la tentation est de changer de classe, le patient ne le considérant pas comme assez fort, il risque alors de ne plus croire à certaines classes d'antibiotiques pourtant indiquées en première intention. Les médecins surestiment la demande de prescription en antibiotiques [10]; cette remarque émanant des patients étudiés est à prendre avec du recul car il est facile pour eux, une fois rassurés, d'avoir obtenu un traitement antibiotique et de dire que cette prescription leur semblait au final abusive et qu'elle n'était pas souhaitée.

Ivan ILLICH (figure Allemande de la critique de la société industrielle) dénonce une *surconsommation de médicaments en lien avec une baisse de l'espérance de vie*. On assiste progressivement chez les médecins comme les patients à un processus de désenchantement du médicament lié à la iatrogénie des techniques médicales.

2) Attentes des médecins versus attentes des malades :

1. Accords et désaccords entre le médecin et le patient sur la prescription :

Il existe quand même, malgré toute une bonne volonté mise de part et d'autre du colloque singulier, une certaine incompréhension des médecins qui n'arrivent pas toujours à cerner leur malade et des patients qui ne comprennent pas les médecins et leurs réactions. Martin WINCKLER dans son livre intitulé *c'est grave Docteur ? Ce que disent les patients, ce qu'entendent les médecins*, a parfois le sentiment que lorsque la relation de soin les déçoit, les français en reviennent à Molière ou à Knock : « *les patients sont des malades imaginaires ou des ignorants revendicatifs, les médecins des professionnels incompétents ou des escrocs. Dans ces conditions, comment pourraient-ils s'entendre ?* » (p23) [9].

Il existe un «décalage cognitif entre médecin et malade qui raisonne sur des *échelles de pensée différentes* avec les erreurs d'interprétation que chacun peut faire du discours de l'autre et les malentendus qui en résultent » (p147) [3].

Les attentes envers la prescription médicamenteuse viennent donc des deux parties du colloque. Médecin et patient semblent donc en accord sur le bienfondé de cette prescription médicamenteuse mais peut-être pas toujours pour les mêmes raisons et les mêmes intérêts. On peut se poser la question de l'existence d'un quiproquo quand on sait que seul 50% des patients sont observant. « Comment résister à la facilité de prescrire ou de conseiller un médicament, surtout quand le patient attend du médicament une solution miracle à ses difficultés du moment ? » Cette résistance demande beaucoup d'énergie de la part du médecin. Il est plus simple de ne rien dire et de prescrire ; ce qui revient à mentir en faisant croire que ce que le médecin lui délivre va le guérir et solutionner définitivement son problème. Informer de l'évolution de la maladie et dire au patient que le médicament n'est pas indispensable, qu'il ne le guérira pas et qu'il peut au mieux simplement diminuer les symptômes n'est pas toujours facile à faire comprendre et encore moins à faire admettre.

Selon une étude, il existe deux typologies de patients [10]. Il y a les patients *tout à fait d'accord avec la prescription* qui ont une relation avec leur médecin qualifiée de bonne voir excellente. Ils sont suivis tous les 2 à 3 mois, sont indifférents au fait que la consultation se conclue ou non par la rédaction d'une ordonnance (je rajouterai d'une ordonnance nouvelle parce qu'avec cette fréquence de consultation c'est qu'il y a probablement renouvellement d'un traitement de fond et donc une ordonnance à chaque consultation). Ensuite il y a les patients *modificateurs de prescription* qui ont fait des études supérieures, lisent des articles et journaux médicaux, regardent des émissions sur la santé, sont moins souvent en accord avec les prescriptions médicales. Ces patients issus d'un milieu socioéconomique plus élevé même s'ils vont aussi chez le médecin tous les deux à trois mois, sont plus enclins à demander des changements au sein de la prescription, car il est plus facile pour eux de s'exprimer.

C'est au médecin de « ne pas aborder de front la conception du patient afin d'éviter les conflits dans la relation » (p116) [3], cela romprait le lien et ne permettrait pas une relation de confiance. « *Dans théorie et pratique de l'interprétation* » de Jacques LACAN (psychiatre et psychanalyste Français), « *l'acting out* » des patients et la manière dont le thérapeute peut se comporter devant lui est lié aux mécanismes de défense et d'autocontrôle, notamment s'il effectue une action au lieu d'y résister et de maîtriser ses pulsions. Le comportement impulsif, autodestructif et dérangeant d'autrui permet de voir l'émergence du refoulé » (p242) [2]. Je pense que l'on peut inverser les rôles et dire que pour remédier aux pulsions du médecin qui pourraient être nocives pour le patient, il devrait donc analyser les actions qu'il a envers ses patients car elles peuvent être en rapport avec du refoulé. C'est le but et le principe des groupes Balint.

2. Le placebo :

« Ne vas-t-on pas trop vite lorsque l'effet placebo sert à qualifier et à disqualifier des thérapeutiques n'honorant pas les canons de la rationalité biomédicale et masquer parfois le point insu (ou imaginaire) du médicament pharmaceutique ? » [14].

« Les placebos sont en règle plus efficaces que le réconfort seul. La raison est vraisemblablement qu'il est différent de répondre aux plaintes du malade par quelque chose de tangible ou seulement avec des paroles. Evidemment la première manière prend la maladie plus au sérieux. Le réconfort et les placebos sont beaucoup plus efficaces dans des cas d'organicité chez les personnes peu névrosées ou à peu près normales atteintes de quelques maladies organiques mais leur efficacité décroît rapidement et d'autant plus que les problèmes de la personnalité deviennent essentiels » (p252) [2].

Dans la thèse « *la non-prescription : représentation et vécu des médecins généralistes* », l'auteur constate que les médecins valorisent l'utilisation de l'homéopathie ou de médicaments à service médical rendu faible en insistant sur l'effet placebo attendu. Dans les focus groups de patients, cela ne semblait pas être une approche thérapeutique attendue. Nous pouvons donc par conséquent nous poser la question de l'information qui est délivrée aux patients lorsque les médecins prescrivent ces médicaments et de la correspondance avec leurs attentes. Dans les focus group, on retrouve plutôt une attente de prescriptions réfléchies et justifiées. Cet aspect irrationnel de la démarche décisionnelle, n'est pas du tout perçue ni visiblement enviée par les patients [17 bis].

A contrario, certains médecins prescrivent des placebos en étant convaincu qu'ils n'en sont pas, ce qui renforce la puissance de ce placebo puisque médecin et malade croient ensemble à l'efficacité et au bienfondé d'un produit, auquel cas il n'y a pas tromperie et l'action thérapeutique du placebo est optimale. Cela montre que les traitements délivrés agissent à la fois sur le patient le médecin mais aussi sur leur relation. C'est ce principe qui a conduit à mener les études pharmaceutiques selon le principe du double insu.

Ainsi je me pose les questions suivantes : Si le médecin n'est pas convaincu de l'efficacité d'un médicament et qu'il le considère comme un placebo, n'est-il pas mieux pour la qualité de la relation médecin patient de ne pas prescrire ce médicament ? Ou faut-il bien savoir mentir dans l'intérêt du patient ? Cela m'amène au développement du chapitre suivant.

3. L'attente des patients concernant la non prescription :

Un article mentionne que « 68% des patients interrogés estimaient que la consultation ne doit pas systématiquement se conclure par la rédaction d'une ordonnance. Les patients qui considéraient que la rédaction finale d'une ordonnance n'était pas le passage obligé de la relation de soin, semblaient entretenir une meilleure relation avec leur médecin » [10]. Ce résultat est assez étonnant, au vu du pourcentage de patients qui ressortent de la consultation

avec une ordonnance (environ 97%), y a-t-il eu des biais dans cette étude ? Les auteurs n'ont pas confronté leurs résultats à ceux d'autres études. J'ai demandé de mon côté aux patients interrogés ce qu'ils pensaient d'une consultation qui aboutit sans prescription médicamenteuse. Leurs réponses semblent s'expliquer par le fait qu'il s'agisse de déclaration, d'avis et non d'un besoin réel des patients qui est plus ambiguë et subtil. La prescription médicamenteuse fait partie des besoins implicites de la consultation, qui sont gouvernés par des éléments dépassant le contrôle des patients et des médecins poussant à consommer ou à prescrire des médicaments lorsqu'il y a maladie. La maladie rend vulnérable et retransmet vers des aides extérieures dont l'injonction provient des mouvances que la société nous impose.

« Selon un rapport ISPOS sur le rapport des Français et des Européen à l'ordonnance et aux médicaments, la consultation sans prescription représente 9.8% des consultations en France contre 56.8% au pays bas et 27.7% en Allemagne. Quand on sait que 40% des spécialités sont inefficaces, il est primordial de se pencher sur la question. Les ressentis de la non prescription semblent être mitigés, elle est vécue comme inefficace ou valorisante pour les médecins, et rassurante ou gênante pour les patients. Pour que la non prescription soit envisageable, il est primordial que la relation médecin malade soit de qualité et il est proposé que la prévention et l'éducation soient mises au premier plan des consultations via des campagnes de santé publique. Le déremboursement des médicaments pourrait également contribuer à favoriser la non prescription » [17].

Les consultations pouvant se faire sans prescription sont celles qui concernent la prévention et le conseil de façon globale, les certificats médicaux, les vaccinations, l'interprétation d'examen complémentaires.

Dans sa thèse intitulée « *la non-prescription : représentation et vécu des médecins généralistes* », Bénédicte HAUVESPRE a cherché à travers une étude qualitative avec 13 entretiens semi-dirigés de médecins généralistes à mettre en évidence les représentations des médecins généralistes de la non-prescription et les conséquences de celle-ci sur la relation médecin-patient. Elle a mis en parallèle son travail avec celui issu d'une étude qualitative par focus-group auprès de 24 patients analysant les représentations et le vécu des patients de la non-prescription. En France, 78 % des consultations semblent se terminer par une ordonnance de médicaments (autres statistiques). Des études tendent à montrer que certaines de ces prescriptions sont inappropriées et que la consultation pourrait se terminer sans ordonnance, et simplement avec des conseils qui peuvent avoir le même poids symbolique. Une non-prescription est envisagée dans les pathologies bénignes où un médicament n'apporterait rien de plus au processus de guérison. L'objectif de la non-prescription recherché chez les médecins est une éducation à la santé, voir pour quelques-uns de démedicaliser certains problèmes. La non prescription peut être vécue comme rassurante par rapport aux risques de dépendance et de iatrogénie ou parce qu'elle signifie que le patient n'est pas malade. À contrario elle peut-être gênante, le patient ayant l'impression soit d'avoir consulté pour rien et que c'est une perte de temps pour lui comme pour le médecin ou soit que le problème n'est pas résolu (p63) [17]. Par ailleurs, de manière assez irrationnelle, la non-prescription semble s'associer à la peur de l'erreur médicale, chez certains patients comme chez ces certains médecins. Pour les médecins comme les patients interrogés, la non-prescription favorise

l'autonomie du patient, qui se réapproprie la gestion de ses symptômes (p144) [17 bis]. Suppléer la prescription médicamenteuse par des conseils, notamment écrits donne le sentiment aux médecins d'être acteurs de soin. La non prescription prend plus de temps mais est plus satisfaisant pour le médecin. Ces conseils sont bien reçus par les patients, équivalent à une prescription pour certains et pouvant même parfois se substituer à des médicaments.

La lassitude, la fatigue, le manque de temps et la peur de ne pas satisfaire sont des situations de fragilité de l'exercice médical qui limitent la non-prescription avec ce discours: « si on ne prescrit pas, comment savoir que le patient est satisfait et peut partir ? ». Les patients semblent ne pas avoir conscience de ces situations de mise en difficultés du médecin. La représentation et la symbolique de l'ordonnance, des médicaments et du rôle du médecin sont autant d'obstacles à l'aboutissement d'une non-prescription. L'ordonnance reste un rituel de la consultation. Elle permet aux deux protagonistes la reconnaissance du patient en tant que malade et représente l'accès aux connaissances médicales et à la guérison (p43) [17].

Les conseils pour sortir de « *l'équation consultation = prescription* » sont : l'éducation des patients à la non prescription, l'explication de la non prescription (« c'est le médecin qui doit me dire si le médicament ne sert à rien »), la meilleure communication (limitée par le manque de temps et les lacunes dans notre formation), la revalorisation du rôle préventif du médecin (rémunération de la sécurité sociale dédiée à la prévention), les médias et campagnes publicitaires (comme *les antibiotiques ce n'est pas automatique*, que les gens ont bien mémorisé mais pas forcément intégré). Passer par l'écoute (et la parole), aide à la non prescription. « La qualité de la relation médecin-patient est un des enjeux principaux de la consultation et de la qualité des soins. Les objectifs de qualité à atteindre seraient tout d'abord une approche centrée sur le patient afin de bien identifier ses demandes et ainsi mieux partager la décision médicale, sans oublier de renforcer « *l'effet-médecin* » et donc maîtriser les outils nécessaire à cette approche ; ensuite, *savoir dire non* si cela est nécessaire pour *démédicaliser* certains problème de santé et sortir de l'équation « un symptôme = un traitement » ; enfin, connaître et *utiliser des outils d'analyse de sa pratique* pour mettre en œuvre des systèmes de protection des prescriptions inappropriées et mettre en place sans difficulté des conduites de changements (p56-99-164) [17].

4. La dé-prescription :

Il est difficile de dé prescrire, d'autant plus quand ce n'est pas le médecin référent qui le propose, parce que les patients sont attachés à leurs traitements qui a une valeur sentimentale (il a valeur de lien avec le médecin) ou parce qu'il est à l'origine d'une dépendance physique et/ou psychique, ou parce qu'il rassure.

5. Le don dans l'échange. Un don, une offre, une proposition, un coupable :

« *Le médicament n'est point tant la chose pour faire guérir, que la chose **offerte** pour guérir* ». Tous les patients présentent leurs divers besoins et les médecins doivent d'une manière ou d'une autre y répondre. La réponse la plus courante pour répondre au besoin, est de loin de donner quelque chose au patient. L'expérience la plus frustrante du médecin est peut-être de ne pas pouvoir donner quelque chose de rationnel (c'est-à-dire pratique, logique, juste) (p39) [6].

Le don à cependant un autre aspect, en le faisant le médecin rejette le blâme sur le patient, surtout s'il est convaincu que ce qu'il donne est bon. Dorénavant, se sera de sa faute si son état ne s'améliore pas. Le médecin, se dit qu'il a fait ce qu'il faut, d'autant plus si le nombre de médicament prescrit est important. Mais attention, « moins il y a de médicaments prescrits plus ceux prescrits sont efficaces » (p136) [8].

Le médecin est considéré la cause de la souffrance s'il n'a pas pu la guérir ou la soulager, c'est-à-dire qu'il n'a donc pas trouvé la cause et donc encore moins le traitement adapté. Le patient à peur de l'avenir, il attend un réconfort» (p238) [2]. Donc, il attend que le médecin soit sûr de lui, qu'il sache, qu'il mette un mot sur son état car cela rassure et si on sait ce que l'on a, on sait ce qu'il faut faire.

Le patient qui consulte, en échange du service qui lui est rendu paye le médecin et cela est également en quelque sorte une offre. Le médecin se retrouve donc dans une situation où il sait qu'il va être payé (il y aura passage d'argent de main à main) ce qui est juste puisque tout effort mérite salaire. Or, lorsque l'on fait les courses, on souhaite payer nos achats à leur juste valeur; c'est-à-dire que lorsque l'on rémunère quelqu'un on attend quelque chose en retour, au moins de la valeur de ce que nous lui avons donné. Peu de gens accepteraient de recevoir sans donner en retour car on se sent offensé lorsque l'autre donne plus et que nous ne pouvons lui rendre la pareille, ce qui implique que le médecin, en retour de cette consultation payée se sent dans l'obligation d'offrir en retour car il ne veut pas être un usurpateur.

Avec le tiers payant généralisé, cela risque de changer la donne et peut être que la prescription médicamenteuse sera moins attendu et utile, du fait que il n'y aura plus entre le médecin et le patient cet échange monétaire ; sauf si dans ce changement médecin et patients ne se responsabilisent pas.

Un médecin à qui j'exposais le sujet de ma thèse me raconta cette histoire de consultation : « alors que je concluais qu'aucun traitement n'était nécessaire, le patient allait partir sans même régler la consultation, je lui fis donc remarquer et ce dernier me répondit étonné, je vous dois quelque chose ? Mais pourtant vous ne m'avez rien donné pour me soigner docteur ! ».

Je me suis également demandé si l'une des missions de la prescription de médicament n'était pas de faciliter la venue en consultation, comme une récompense pour accepter de se confier

et de prendre soin de soi (comme pour les bonbons donnés aux enfants pour qu'ils n'aient pas peur de revenir voir le médecin). En effet, cette visite n'est en général pas une partie de plaisir, le patient peut l'appréhender, la redouter. Donc en échange de cet effort, et du fait qu'il paye la consultation, le médecin fait don au patient de quelque chose pour le remercier et le féliciter de ces efforts. Cela se passe ainsi depuis la nuit des temps, le médecin a toujours fait des dons aux patients qui le consultaient. Les grigris, décoctions ou autres sont actuellement remplacés par ce que l'industrie pharmaceutique peut nous fournir. Cela explique que beaucoup de boîtes achetées et non consommées ont malgré tout une efficacité, même si elle n'est pas chimique, le problème actuel est que cela à un prix.

6. Evolution et perspectives :

Certains objets médicaux peuvent être emparés par le marché non pharmaceutique comme par exemple la e-cigarette.

Certains services qui attirent à la santé sont également sur des marchés parallèles et non surveillé ni pris en charge par les services de santé (soins dentaires, nutrition, esthétique, développement personnel, détente, etc.). Beaucoup de facteurs contribuent à la bonne santé mais ne font pas partie des circuits conventionnels.

A contrario des domaines qui attirent au loisir vont rejoindre le circuit de la santé comme la prescription et le remboursement du sport.

Il existe un accroissement de la disponibilité des médicaments, sur le net et en vente par correspondance. Actuellement en Angleterre, un protocole de prescription de contraceptif par le net est à l'essai. A quand les e-consultations et e-prescription ...

III. Méthode et analyse des entretiens

A) Méthode :

Dans une approche qualitative, l'appel à la mémoire d'habitudes de consultation permet d'interroger le fond de la relation à la prescription. Plusieurs entretiens semi directif m'ont permis d'analyser des témoignages d'individus dans leur singularité, une approche propre à notre métier de médecin généraliste et à la richesse qui le constitue.

Je me suis entretenue dans un bureau de médecin ou dans un lieu familier aux patients, qui consultent en cabinet de groupe ou individuel, situé à Amiens et ces alentours. J'ai enregistré les conversations à l'aide d'un dictaphone.

Certains patients se sont confiés plus que d'autres. Leurs vocabulaires étaient plus ou moins riches pour leur permettre de s'exprimer.

Les travaux de Sylvie FAINZANG m'ont inspirés pour la réalisation de ma grille d'entretien. Les thèmes récurrents abordés dans les questions posées étaient les suivants :

- Objectifs de la consultation et motivations
- Importance accordée à la prescription médicamenteuse et attente envers celle-ci
- Emotions procurées par la prescription médicamenteuse et ressenti sur cette dernière
- Avis sur l'ordonnance délivrée et les explications qui l'accompagnent
- Réaction suite à une consultation sans médicament
- Devenir de l'ordonnance une fois sorti de chez le médecin

Il y a certaines questions qui n'ont pas été posées, car je n'ai pas trouvé cela opportun de les aborder chez certains patients. D'autres questions ont été rajoutées en fonction de l'orientation que prenait le récit du patient ; par exemple : sur la notice, l'automédication, le générique, les remboursements, le rôle du pharmacien.

Une fois les entretiens retranscrits, j'ai analysé les dires des patients selon une méthode d'analyse empruntée aux sciences humaines : l'herméneutique, pour essayer de savoir de la façon la plus neutre ce qu'ils ont à nous dire de leur conception du soin.

Qu'est-ce que l'analyse herméneutique: Cette méthode interroge la question suivante : « qu'est ce qui est humain ? » et comment accède-t-on à l'existence propre de l'autre ? Ce mot vient du grec *hermeneutikè* qui signifie art d'interpréter, c'est Aristote [32] qui en est le pionnier. *Hermeneuein* signifie d'abord parler, s'exprimer et, est issu du nom du dieu grec Hermès, le messager des dieux et interprète de leurs ordres. A l'origine l'herméneutique est la théorie de la lecture, de l'explication et de l'interprétation des textes religieux anciens.

Dans cet optique, l'objectif de cette méthode dans les sciences humaines est d'approcher au mieux ce que l'autre a à nous dire en s'affranchissant au plus de nos convictions, de nos

préjugés et de notre vécu personnel parce que : « *faire dire quelque chose d'autre chose, c'est déjà dire autre chose* »...

Les philosophes Wilhelm DILTHEY [28] et Martin HEIDEGGER [30] ont développé l'herméneutique selon les préceptes suivants :

- Etre humain c'est interpréter. L'existence humaine est interprétation. Comment accéder alors à l'interprétation d'un texte, puisque l'on ne peut pas penser en dehors de nos préjugés (élaborés lors de la socialisation primaire) ?
- Le sens d'une intention demande à être compris. Il faut s'obstiner à comprendre l'autre. L'exigence d'objectivité dans le traitement du propos de l'autre passe par une mise à distance de nos propres références subjectives dans l'interprétation. Il s'agit de chercher dans cette démarche à accéder à la façon dont l'autre perçoit sa situation.
- Pour interpréter, il faut développer un art de l'écoute. Avant de réfléchir, il faut écouter avec une précompréhension critique par rapport à nos préjugés. Il faut se demander vers quoi est orienté ce que dit l'autre et quelle est mon attente. [27]

J'ai remarqué au cours de mon travail d'analyse de récit, que ma première lecture était influencée par mes attentes dans le but de répondre à mon propre questionnement. L'analyse a consisté à chercher du sens à travers les définitions des mots employés par les patients. Puis j'ai développé un travail d'herméneutique plus approfondi pour mettre à l'épreuve ma précompréhension, en me détachant peu à peu de mes propres attentes. Cette deuxième étape est une analyse des questions de celui qui écoute et des questions de celui qui parle.

Enfin, pour chaque récit, j'ai fait une phrase de synthèse de la consultation afin de savoir quelle histoire voulait me conter le patient. Paul RICŒUR [29] parle de mise en intrigue : « *raconter une histoire c'est en devenir l'auteur* ». La mise en intrigue correspond au mythe, à ce qui rend compte de la trame du propos de l'autre dans sa globalité. C'est par l'analyse des réseaux sémantiques que l'on accède aux représentations de la situation de l'autre. Cela vise à élaborer une connaissance compréhensible qualitative.

L'anthropologue de la médecine Byron GOOD [31] développe quant à lui, le *principe de la subjonctivation de l'expérience*, qui permet d'accéder aux représentations culturelles de l'autre, à ses hypothèses étiologiques et ses attentes de soin. C'est à travers le témoignage qu'on peut prendre connaissance de l'autre sans traduire ce qu'il dit mais en écoutant les termes dans lesquels il parle. L'herméneutique est une méthode d'interprétation du témoignage en vue d'une prise de connaissance de l'intention du narrateur qui permet d'accéder aux représentations culturelles de l'autre. *L'inconscient culturel* est atteint avec les mots dont on use.

Juste pour faire le parallèle avec la psychanalyse, sans l'aborder, à la différence de l'herméneutique qui est une méthode de recueil de l'expérience de l'autre, celle-ci consiste à aller chercher derrière ou à travers ce qui se dit le refoulé, l'expression inconsciente de l'expérience psychique pour l'élaboration d'hypothèses qui seront par la suite à développer par le patient.

B) Analyses des entretiens

1 - Analyse de l'entretien avec Aurore :

L'analyse des réponses de cette patiente est riche d'enseignements.

Motif de la consultation: La chose la plus importante qu'elle demande à son médecin, c'est une « écoute », « *un petit peu quand même* », sous-entendu probablement au vu du temps limité que les médecins ont à lui consacrer, mais c'est un minimum pour elle.

Elle vient pour « *un problème ou quoi* » et elle recherche qu'on lui délivre (délivrance ?) « *le bon médicament* », c'est-à-dire « *adapté* » à « *son cas* », personnalisé : « *on ne peut pas donner selon les personnes, on ne peut pas donner tout à fait les mêmes traitements, il faut adapter au besoin de chacun* ». Elle attend et considère qu'un traitement doit être personnalisé.

Mais elle semble néanmoins se poser la question de l'équation consultation = médicament : « *d'avoir euh, ..., le bon médicament qui soit délivré quoi* »

A la question sur ces besoins en médicament, après un long silence, elle ne sait tout d'abord « *pas trop quoi répondre* », ce qui montre bien qu'elle estime que c'est au médecin de savoir déterminer les motivations de la consultation ; "elle", elle vient justement parce qu'elle ne sait pas. L'exemple qu'elle va me raconter le montre bien. Pour finir, elle me dit que son besoin, c'est « *quelque chose qui ne me provoque pas trop d'effets secondaires chez moi* » le traitement ne doit donc pas lui nuire, ne pas trop la transformer, ne pas la mettre (avec l'emploi du « *chez moi* ») dans un état second : « *d'effets seconds, ... , chez moi* », ces effets pouvant l'amener jusqu'à « *s'insupporter* », c'est-à-dire jusqu'à ce qu'elle ne se supporte plus elle-même, et, elle poursuit sa phrase avec « *ne me réussissait pas* ». Elle se sentait en situation d'inconfort, voir même d'échec en quelque sorte, avec cette pilule de 2ème génération. La pilule estroprogestative de 3ème génération, lui a également procuré d'autres effets secondaires (toujours subjectifs) : « *des petits soucis, ..., j'avais des migraines* », donc des petits maux de tête. Donc, comme les recommandations le préconisent, son médecin l'a relayée par la pilule estroprogestative de 3ème génération, qui sans grand étonnement au vu des signes décrits précédemment, lui procurait également des effets secondaires : « *des douleurs euh à la poitrine euh, affreuses* ». La poitrine, comme le sein, symbole de féminité mais aussi comme le cœur symbole de la vie. Peut-être que ça lui faisait mal au cœur ou ça lui donnait des hauts de cœur (ça la dégoûtait) de prendre cette pilule. Ou alors de façon plus scientifique, cette douleur était secondaire à l'imprégnation hormonale. Toujours est-il que ses symptômes assez parlants sont apparus d'une part : dans un contexte de rupture sentimentale « *je n'avais plus de partenaire* » et d'autre part « *avec tous ce que l'on a entendu justement sur ces pilules-là* » et elle n'était pas la seule à l'entendre : « *avec tous les scandales que cela a fait, ..., comme j'ai entendu tout le battage* ». « *Le battage* » est un terme assez violent, qui peut signifier que cela lui a fait un coup, un choc. « *Inquiète* », elle s'est dit « *je vais l'arrêter, ..., j'en ai même pas parlé tout de suite* » (à son médecin), car elle n'avait pas besoin de son avis pour « *arrêter, ..., je l'ai arrêtée de moi-même* ». Avec tout ça, elle n'éprouvait plus le besoin de ce traitement « *je me suis dit de toute façon à cette époque-là je n'en avais plus besoin* ».

Et puis, elle en a reparlé avec son médecin « *de ce problème là avec la 3ème génération, ..., je me suis rendue compte que la 3ème génération je l'ai encore moins bien tolérée* » et donc avec son médecin, ils ont opté pour « *la minidril®* » car la pilule de 2ème génération ne lui

causait au final que des «*petits soucis*», donc, elle prend actuellement une petite (mini) pilule ! En effet, son médecin l'a rassurée sur ses migraines (effets secondaires qu'elle a peut être lu sur la notice) «*c'est quelque chose qui arrive souvent apparemment avec les pilules, ..., donc euh, voilà, ..., je préfère, c'est une pilule qui me euh, correspond mieux*». Elle ne semble pas tout à fait d'accord pour la prendre «*euh*» mais elle l'accepte et mieux maintenant qu'elle a fait l'expérience de la 3ème génération et que son médecin l'a rassuré.

Avec l'influence de la société (si on ne veut pas d'enfant = pilule), puis l'influence des médias («*haut risque de la 3ème génération préférez la 2ème génération*») et l'influence de son médecin (les migraines sont des effets secondaires connus des estroprogestatifs); les problèmes qu'elle rencontre avec sa contraception sont minimisés: «*petits soucis*» et, il en est de même pour un autre «*petit problème*» qu'elle «*a eu il y a deux ans*»... qui remettent encore en cause les prescriptions des médecins. «*D'une manière générale*», elle considère les prescriptions comme quelque chose de bon «*c'est une bonne prescription*», mais pas toujours: «*c'est déjà arrivé parfois qu'on me donne des prescriptions finalement ça ne marchait pas du tout*» et si ça ne «*marche*» pas elle considère que c'est à cause du «*diagnostic*» qui «*n'avait pas été le bon*» (contrairement à la pilule, ce n'est ici le médicament qui est remis en cause). Elle l'illustre son propos en me racontant son «*petit problème*» qu'elle a eu: elle «*pensais en fait avoir une infection urinaire, ..., ça m'est déjà arrivé, ..., douleurs aux reins et au bas du ventre*» et «*donc le médecin*» lui «*a donné un médicament, bon, un antibiotique en l'occurrence*» mais, l'équation symptôme = traitement n'a pas été efficace, «*finalement ça n'a pas marché*», même avec un antibiotique ! Elle «*avait toujours mal*» avait besoin de «*lui dire (à son médecin) bah écoutez docteur j'ai toujours mal alors je ne comprends pas*» et donc aussi un besoin de comprendre. Ce qui avait peut-être été déroutant pour le médecin, c'est que visiblement, cette patiente avait posé son diagnostic avant de venir le consulter. En fait, elle avait besoin de savoir si elle souffrait de «*calculs, tout ça*», et de confronter son diagnostic. Son médecin «*donc du coup*», après avoir prescrit des antibiotiques, lui «*a prescrit à nouveau des examens*» auxquels elle ne semble pas avoir attaché de grande importance (puisque l'attente était autre, on le verra à la fin) «*une échographie je crois pour voir si j'avais des calculs dans les reins*». Le médecin a donc répondu médicalement, scientifiquement à sa demande d'écoute et à son questionnement, en lui prescrivant une imagerie pour voir dans ses reins (c'est-à-dire pour voir en elle), ..., et puis, toujours rien. Cette réponse-là (examens complémentaires) n'était toujours pas la bonne pour la patiente, malgré que ce fût une demande explicite de sa part. Ainsi, seule face à son problème «*douleur*», «*il n'y avait pas de problème*» médicalement et scientifiquement parlant, «*donc euh, (ce n'est pas normal)*» elle a «*donc*» (pas le choix) «*continué à avoir mal*» (naturellement tout avait été exploré et la science disait que tout était "normal" donc que c'était du psychosomatique et que on ne peut rien y faire). «*Puis, finalement*» c'est un concours de circonstances et de rencontres qui lui ont «*fait du bien, ..., j'ai fait, ..., des manipulations*». Elle a eu une réponse à son problème, qui demeure confus à formuler: «*il se trouve qu'apparemment, euh, c'était plus un problème euh je ne sais pas vertébral ou quoi qui faisait que j'avais mal*» quelque chose d'extérieur donc «*ce n'était pas organique on va dire*».

Les vertèbres: zone de prolongement de la substance grise (du cerveau) dans le corps, qui à mon sens, est le symbole même de la somatisation.

Elle est donc «*allée voir un ostéopathe*» dans un contexte bien particulier de décès familial où ce fût l'occasion pour sa mère et sa tante de discuter d'elle et de ses douleurs. Sa tante s'est alors occupée d'elle en lui prenant un rendez-vous avec son propre ostéopathe, un peu en désespoir de cause en disant «*on verra bien ce qu'il lui dit et ce qu'il lui fait*». Cet «*ostéopathe*» (terme qu'elle a eu du mal à prononcer, probablement du fait de l'émotion que cela

suscite encore en elle) » lui à « *posé beaucoup de questions* » et ils « *ont beaucoup discuté* » ; elle a donc pu dire et écouter. Puis, il lui a « *fait des manipulations* » et lui a prescrit du repos et de la patience : « *il faut attendre quelques temps vous allez être fatiguée vous allez avoir envie de dormir, donc vous vous reposez et puis après vous verrez comment c'est au fur et à mesure* » et, elle a acquiescé : « *donc je lui dis bon ben ok* ». Et, « *effectivement au fur et à mesure, la douleur, les jours passants, les semaines passant, la douleur elle est passée quoi, voilà* ».

De toute évidence, aucun médicament ne pouvait répondre à ces critères de soin et tous les médecins ne sont pas formés pour répondre à ce type de « *problème* ». L'erreur diagnostic : « *peut-être que le diagnostic n'avait pas été le bon* » vient donc du fait que médicalement parlant, il n'y a pas de diagnostic ni de traitement en vente dans le commerce qui puisse traiter son problème, mais comme le dit très bien cette patiente, c'est un examen approfondi (cf Michael Balint) qu'elle attendait : « *en fait, peut-être qu'il y aurait dû avoir plus de euh, l'approfondissement en fait, voilà hum* ». Cet examen approfondi entre elle et son médecin traitant n'a visiblement pas eu lieu. Ce constat est le reflet de la pratique de la médecine générale dans notre société (conséquence du manque de temps). Cette patiente en est consciente : « *peut-être que j'ai mal dit, ..., je me suis dit que peut être elle vient des deux parts, elle vient de moi bon après ce n'est pas moi le médecin après* (elle conclut donc que son médecin est responsable) ».

Cette patiente propose alors d'adapter la médecine moderne au problème qu'elle a rencontré. Elle propose que face à ses ressentis » et ce « *qu'elle croit* (au sujet de sa santé) *mais qui effectivement n'est peut-être pas ce qu'elle croit du tout* », elle a besoin de « *faire plus d'examens quoi, voir si on* (elle et son médecin) *était sur la bonne, euh, si ça se confirmait ce que elle disait ou si cela n'avait rien à voir* » c'est-à-dire une demande de médecine par les preuves (éliminer toutes les causes organiques possibles, par des examens). Les risques de cette médecine : être source d'angoisse à l'attente des examens, et, qu'il y ait des incidentalomes (image anormale mais qui ne correspond à aucune maladie) pouvant faire rentrer la patiente dans une « *pathologisation* » et « *chronisation* » donc de ses troubles. C'est-à-dire, de ne pas résoudre le problème et d'en créer un autre. De ce que cette patiente dit et ressent, son médecin a pratiqué avec elle une médecine d'organe.

La patiente pense « *qu'il n'y a rien à redire* » sur l'ordonnance. En effet, elle n'ose rien dire tout de suite parce que l'autorité du médecin, ça ne se discute pas (c'est ancré dans notre culture). « *Souvent après, mais ça, c'est les médecins, c'est mal écrit* », sous-entendu un médecin ça écrit mal et, ça la gêne ; mais, c'est presque normal, cela fait parti du « mythe de l'ordonnance du médecin » : l'écriture. Elle assimile l'écriture des médecins à des « *hiéroglyphes* » et ce n'est pas anodin. En effet, cela fait allusion aux écritures égyptiennes (qui réfèrent à la mythologie égyptienne) et au Dieu Toth, le dieu de l'écriture mais aussi le Dieu des médecins. Dans la suite du rituel de la consultation, intervient donc après la prescription, le pharmacien. Cette belle mais incompréhensible ordonnance doit être « *décrite* » par « *les pharmaciens* » qui eux sont des initiés : « *ils ont l'habitude donc ils comprennent tout de suite* ». Ils forment à eux deux (médecin et pharmacien) un groupe d'experts face aux patients qui eux, ne les comprennent pas toujours, ce qui les met une fois de plus en position de faiblesse (par rapport au médecin qui peut alors exercer son pouvoir). L'ordonnance est un « *besoin* » transitoire : « *je les jette quand j'en ai plus besoin* ». Il lui « *arrive de les relire* » et les « *garde quelques mois en général* » ; des fois, elle « *oublie qu'elles sont là* » et elle « *ne pense pas forcément tout de suite à les jeter* », comme s'il fallait les jeter un jour pour en finir avec, comme pour en finir avec ce qu'elles représentent symboliquement pour elle. Puis, elle poursuit « *ou à en faire quelque chose quoi, ..., donc, cela traîne un petit peu parfois* », quel est ce « *cela* » qui traîne ?

L'ordonnance ? Ou le problème qui est matérialisé par l'ordonnance (si elle n'a pas été utilisée par exemple) ? Pourquoi l'oublier avant d'en faire quelque chose ? Pour la relire, l'utiliser ou la jeter.

A priori, la consultation qui aboutit sans ordonnance médicamenteuse « *ne la dérange pas* », enfin pas tout à fait : « *Euh, bah, ... enfin s'il n'y a rien euh, parce que* ». S'il n'y a pas eu de prescription médicamenteuse, ça ne la dérange pas à condition d'avoir : « *un petit bilan de santé, ..., une fois par an disons au moins ce n'est pas inutile* ». Ce petit bilan de santé consisterait à « *voir si la tension elle est bonne* » (c'est l'état de la tension qui est bonne et non la patiente dans sa globalité précise « *elle* ») et « *au passage (tant qu'on y est), le médecin il peut* » (pouvoir), « *nous prescrire un bilan sanguin pour voir si le sang, les analyses sont correctes etc* » (donc toujours elle nous précise que c'est le sang, l'analyse et non la patiente dans sa globalité qui seront corrects)

Et elle conclut : « *après je préférerais encore mieux ne pas avoir à consulter le médecin* » donc, si elle consulte, c'est pour une bonne raison et pour qu'on lui fasse quelque chose, qu'on lui donne quelque chose à faire, voir avec l'œil médical scientifique si tout va bien, si tout est bon selon les critères médicaux normatifs.

Son avis sur le médicament est « *partagé* », ils ne sont pas forcément nécessaires « *pas forcément utiles par rapport à ce que l'on a* » mais, elle a des exemples autour d'elle ou ils sont « *indispensables, obligatoires, ..., à vie* », et, elle constate que certains de ces médicaments indispensables peuvent « *faire plus de mal que de bien, pénibles, ..., violents, ..., violents dans leurs actions* » et « *réactions qu'ils provoquent* ». Alors, elle ne sait plus que penser et faire ...

Elle ne semble pas attendre du médecin une guérison, à la question « c'est l'ostéopathie qui vous a guéri ? », elle répond « *oui, voilà, ça m'a fait du bien* ».

Intrigue : Elle va chez son médecin pour aller mieux, avoir son avis d'expert, son avis sur le médicament est partagé.

2 - Analyse de l'entretien avec Claire :

Voilà une très belle définition du soin : Cette patiente consulte parce que : « *quelque chose ne va pas, qui me fait mal* ». Elle attend donc du médecin qu'il « *l'ausculte* », qu'il soit « *à l'écoute* », « *l'entende* », la mette à « *l'aise* » pour « *pouvoir discuter* », qu'il « *s'occupe* » d'elle, « *prend son temps* », lui donne des « *explications* » sur ce qu'il fait et ce qu'il pense ou « *juge* » qu'elle a et qu'il y a à faire, et, enfin, qu'il lui donne sa « *parole* ».

Au-delà de ses qualités humaines, elle attend un médecin « *compétent* » qui « *pose son diagnostic* ».

Ces conditions réunies, elle est « *mise en confiance* » et rassurée (« *qu'il me rassure c'est le fait d'être rassurée qui me...* »). « *C'est lui le premier médicament* »

Par ailleurs : Elle veut que son médecin lui donne les moyens de pouvoir croire à ce qu'il lui dit. Cette patiente veut donc « *être sûre que ce qu'il va me répondre, je ne vais pas dire la vérité mais quelque chose auquel je peux croire* ». La croyance est un terme que l'on peut, mettre en miroir avec la confiance. Pour avoir confiance, il faut croire, et la confiance fait également parti de ce que recherche le patient qui consulte « *comme j'ai confiance en lui* ». Et, pour que la relation de confiance s'instaure, il faut un dialogue « *j'ai plus confiance dans la parole que dans le médicament* ». « *Déjà quand je sors de chez lui je suis rassurée* ».

En effet la communication entre elle et son médecin est l'élément phare de la consultation médicale « *la parole est suffisante* », il « *m'explique à quoi servent les médicaments, ..., qu'il me répond, ..., s'il me dit, ..., qu'il me dit, ..., soit je lui dis, ..., peut être que je l'écouterai...* ». Au cours de cette discussion : le médecin dit, cette patiente dit, elle peut s'opposer et tester les dires du médecin (teste sa confiance en lui) et de cet entretien, elle en attend une réponse. Le médecin peut alors lui répondre par un ordre « *il faut prendre, absolument (c'est à dire sans condition pour être, qui n'accepte pas la critique)* », qu'elle nuance en y répondant : « *peut-être que je l'écouterai. En tant que patient, on a un ressenti que le médecin ne peut pas entendre de la manière dont on la vit, ..., j'ai pris l'ordonnance mais pas les médicaments* » montrant sa franche opposition au paternalisme et m'expliquant, que quel que soit les efforts de compassion du médecin, il ne pourra jamais souffrir comme elle le vit ; et, c'est pourquoi, il arrive à son médecin de se tromper dans les prescriptions qu'il lui délivre : « *parfois il peut me prescrire un médicament antalgique trop fort ou trop longtemps* » (il semble même sur estimer sa souffrance).

Elle n'attend donc aucun ordre, « *pas forcement (caractère forcé) me donner un traitement si il me dit ce qu'il y a à faire (et non ce qu'il faut ou ce que je dois faire)* ».

Rôle du médecin et motif de consultation : Elle consulte donc son médecin sur ce qui la « *tracasse* », attend une écoute active, des conseils « *peut-être effectivement besoin de conseils* », pour savoir, connaître le degré de gravité et de danger « *Si ce n'est pas quelque chose de grave. Si je ne suis pas en danger, ..., être rassurée* ».

Cette patiente demande à son médecin une réponse sous forme d'action à faire, pour contrer ce qui ne va pas « *s'il n'y a pas besoin de médicament, il y a besoin de conseils, soit diététique soit de sport, qui peuvent régler le problème* ».

« *Maintenant* », elle essaie, avant de consulter, l'automédication avec « *des remèdes de grand-mère, avec des tisanes* ». Quand elle dit maintenant, est ce depuis qu'elle a trouvé un médecin qui lui correspond ? Et/ou qui lui a donné des conseils pour s'autonomiser au soin ? Le remède semble avoir toute sa place pour des maux considérés sans gravité, car connus par la patiente, et qui ne l'inquiète plus.

Si elle ne retrouve pas les qualités humaines d'écoute du médecin qu'elle consulte, elle

n'accepte pas la prescription, comme cela s'est passé avec la remplaçante « *ce n'était pas un médecin avec qui je pouvais discuter, je ne me suis pas sentie très à l'aise, ..., alors j'ai pris des médicaments pendant plusieurs mois pour rien il me semble* ». Elle constate que les médecins qui n'ont pas cette qualité d'écoute, semblent la substituer par des médicaments : « *j'ai quitté d'autres médecins pour lesquels il n'y avait pas d'écoute et que c'était comme si je venais juste les voir pour avoir une ordonnance, ..., j'ai vu des médecins qui prescrivent et n'expliquent rien, comme si ils n'avaient pas le temps, ..., la prescription est pour les médecins quelque chose qui fait que la consultation va très vite* ». Puis, quand elle dit : « *je ne suis pas trop médicament, mais en même temps, j'aime bien avoir des explications* » elle semble estimer que c'est parce qu'elle n'attache que peu d'importance aux médicaments que les explications prennent toutes leur importance. Mais, médicament et explications semblent complémentaires. A la question « Il faudrait qu'il ne vous en fasse pas du tout pour vous rassurer ? » elle m'a répondu : « *Juste ce qu'il faut, comme j'ai confiance en lui, juste ce qu'il pense que j'ai besoin* ». Savoir à quoi le médicament sert (avec les explications) semble l'aider dans le processus de guérison.

Elle serait néanmoins en mesure d'accepter une consultation sans médicaments « *si le médecin juge que ce que j'ai ne nécessite pas de médicament, je préfère qu'il ne m'en prescrive pas* » et y serait même favorable. Elle a donc un besoin de communiquer, qui prime sur le besoin de médicament: « *j'ai pris juste les médicaments dont j'avais besoin* », et elle conçoit qu'ils ne sont pas toujours nécessaires comme elle semblait le présupposer « *s'il juge effectivement qu'il n'y a pas besoin de médicament, ..., ma priorité n'est pas d'avoir une ordonnance* ».

Elle estime son médecin raisonnable sur les prescriptions médicamenteuses : « *il ne prescrit pas trop, juste ce qu'il faut, ..., avec lui, je n'ai pas l'impression d'être une consommatrice* » ; d'autre part, il s'adapte à la perception qu'elle a du médicament et notamment de sa réticence envers les génériques « *j'avais toujours aussi mal, ..., pas satisfaite de certains génériques, ..., mon médecin m'entend, ..., pour lui c'est peut être difficile, ..., on est poussés à prendre des génériques* ». Pourquoi les génériques sont-ils inefficaces sur elle ? Il semble que c'est parce qu'elle les considère comme de faux médicaments (avec « *le bi-profenid®*, ..., *générique* » ou « *le vrai bi-profenid* ») et que ça la gêne que les génériques soient imposés par des autorités supérieures « *on est poussé à prendre des génériques* ».

Un nombre élevé de médicaments sur l'ordonnance est traduit comme un signe de gravité : « *il m'a prescrit 7 ou 8 médicaments, alors je ne comprenais pas, ..., je me suis sentie en danger, il a fallu qu'il me rassure car j'avais l'impression d'avoir quelque chose de grave* ». Cette ordonnance plus longue qu'à l'habitude a été source d'inquiétude et de médicalisation. Pourquoi son médecin a-t-il prescrit plus qu'à l'habitude ? Etait-il inquiet ? Fatigué ? Non disponible pour une écoute ? Lui a-t-il transmis son angoisse ?

Il a été démontré qu'en fin de journée et en fin de semaine, avec la fatigue, les médecins prescrivent plus. Il aurait été intéressant de connaître le moment de consultation et la charge de travail du médecin au moment où cette patiente a trouvé la prescription disproportionnée. Cette réponse jugée excessive a rendu cette patiente inquiète. Au lieu de trouver un réconfort dans la prescription, cela a été source d'inquiétude. Pour remédier à cette angoisse, elle a demandé une prise de sang. Quand le médecin ne rassure plus, c'est sur les examens complémentaires quelle "s'accroche" ; quand la confiance manque les examens font preuve.

La prescription médicamenteuse est acceptée à vie pour une douleur « *mal à l'estomac* », ou temporairement pour une douleur aiguë « *si j'ai une douleur aiguë, qui peut me soulager* ».

pourquoi pas ». La douleur est le motif de toute consultation. Le médicament est perçu comme soulageant. Le mal n'est pas acceptable et doit être soulagé. Si le médecin n'en est pas compétant, il semblerait qu'elle souhaite avoir recours au spécialiste. C'est de cette façon qu'elle se sent prise en considération. Mais, l'échec thérapeutique qu'elle relate ici est survenu dans un contexte bien particulier : soignée par la remplaçante qui lui a fait prendre « *des médicaments pendant plusieurs mois pour rien il me semble* », « *c'est aussi au moment où mon médecin est revenu* » qu'il a repris les choses en main en lui disant « *d'aller voir un spécialiste* » ce dernier lui « *a fait une injection* ». C'est le spécialiste qui ici a eu le dernier mot sur son mal avec son injection, rendant la prescription antérieure (de la remplaçante) nulle.

Elle n'est « *pas trop médicament* », mais n'y est pas opposée « *le médicament en soit, je n'ai rien contre* » mais elle ne souhaite pas en prendre en excès, une fois il lui en a donné « *plus* » que d'habitude et elle a pris « *juste* » ce dont elle « *avait besoin* ».

Il y a en effet une habitude à la prescription « *une prescription médicamenteuse pas comme d'habitude* ».

Le médecin médicament : c'est un soignant actif, puisqu'il ausculte, diagnostique, donne des conseils sur ce qu'il faut faire, émet un jugement (se prononce), rassure, donne confiance, s'occupe de l'individu qu'il a en face de lui, parle, répond dans le cadre d'un échange, prescrit, sécurise, essaye de régler les problèmes, délègue au spécialiste s'il ne sait pas.

Le pharmacien ne semble pas jouer de rôle dans le processus de soin « *je n'ai pas souvent demandé conseil au pharmacien* ».

Intrigue : Elle consulte pour être rassurée par un médecin, et pour avoir une réponse crédible fondée sur son savoir, et sur l'écoute de son propre ressenti.

3 - Analyse de l'entretien avec Héloïse :

Pour cette patiente, le médecin généraliste est considéré comme un psychothérapeute « *j'y vais plutôt pour des problèmes personnels, ..., quand ça ne va pas moralement, ..., il est un peu psychologue, ..., c'est plutôt pas un thérapeute mais presque en fait* ». Elle attend donc une écoute mais pas seulement puisqu'elle « *attend des réponses* », qu'il « *réponde à mes questions, ..., qu'il mette un mot sur ce que j'ai, ..., avoir des conseils* » sur le pourquoi de son « *problème, ..., savoir ce qu'il y a, ce qu'il faut faire, vers quoi s'orienter pour traiter le problème, quelles démarches suivre, quel traitement faire ou ne pas faire* ». Elle parle également du « *vers quoi s'orienter* », probablement parce que son médecin pratique des médecines alternatives et complémentaires et que pour elle, la prise en charge thérapeutique va bien au-delà d'une prise en charge par médicaments. Elle souhaite « *en fait avoir une direction* », son médecin généraliste est un guide, quelqu'un chez qui elle semble aller se ressourcer lorsqu'elle a « *des problèmes personnels* », il semble être une boussole « *avoir une direction, ..., quelles démarches suivre, ..., vers quoi s'orienter* », il lui donne de l'assurance « *une présence rassurante, ..., il va savoir me rassurer* ».

Elle va chez son médecin pour « *le stress, l'angoisse, pour arrêter de fumer ou pour différentes choses : quand j'ai mal au dos* » et pour se « *faire du bien* ».

Elle demande donc à son médecin comment elle peut agir (c'est-à-dire quel comportement, quelle conduite à tenir adopter) pour résoudre le problème et elle parle d'orientation pour traiter le problème. En effet selon elle, son médecin ne peut pas s'occuper de certains problèmes spécifiques comme ceux qui ont trait à sa sexualité et son intimité, elle ne conçoit pas un examen gynécologique avec son médecin traitant et elle va donc voir un spécialiste avec qui elle a un contact beaucoup plus impersonnel.

Le spécialiste est selon elle également, plus à même de prescrire « *ce n'est pas mon généraliste pour des problématiques spécifiques qui sont suivies par des spécialistes et eux par contre, je prends leurs médicaments et je suis les prescriptions et là, par contre je suis même très demandeuse, ..., les médicaments que je prends ce n'est pas mon généraliste qui me les prescrit, ..., c'est essentiellement le gynécologue, le dermatologue ou un autre spécialiste qui me le prescrit, ..., les médicaments que je prends réellement parce que là pour le coup j'ai besoin, ..., là qu'il y a vraiment des choses à traiter, des gros problèmes et que j'y arrive pas sans médicament, ..., je vais à la pharmacie dans la foulée alors que ça (les médicaments du médecin généraliste), ça peut attendre souvent longtemps, ..., elles (les ordonnances) peuvent rester plusieurs jours dans mon sac* ». Même si les prescriptions médicamenteuses du spécialiste sont attendues, elle en reste néanmoins déçue, elle « *trouve d'ailleurs que les médicaments ne sont pas très efficaces, ..., même avec les médicaments c'est compliqué* ». Le médicament est un « *besoin* », elle en est « *même très demandeuse* ». Elle a l'impression de prendre beaucoup de médicaments, « *j'ai pris beaucoup, rifadine®, fucidine® et compagnie, des antibiotiques et des crèmes antibiotiques, ..., pendant un an je m'en suis mangé deux en complément et puis il y a un autre antibiotique je ne sais plus ce que c'est* », elle emploie même le terme manger comme si c'était quelque chose de vital quotidien, un besoin primaire comme une nourriture (« *en complément* » alimentaire ?) avec cette connotation un peu péjorative ou elle semble s'être forcée pour cette prise médicamenteuse. Elle ne peut énumérer tout ce qu'elle a pris, sous-entendu "tellement il y en a".

Elle s'approprie le médecin qu'elle consulte et le considère comme sien avec l'emploi des pronoms personnels « *mon, ..., le mien* ». Elle va voir son médecin pour sa personne et sa personnalité (**fonction apostolique**), elle va le consulter parce que c'est lui, pour ses qualités humaines, parce qu'elle n'est pas forcément en accord avec ses prescriptions dans le sens où elle ne les consomme généralement pas. En effet ce qui est primordial et qu'elle apprécie c'est

qu'il la **connaisse** bien elle et son entourage, il « *est très dans le suivi, c'est mon médecin de famille je le connais depuis que je suis toute petite, ..., il va faire des rapports avec mon passé* », il est donc en mesure de la comprendre, c'est quelqu'un à qui elle peut se rattacher et en qui elle peut avoir confiance. Cette relation c'est créée avec le temps, il a suivi les étapes de sa vie. Le plus important pour elle donc « *c'est vraiment plus le rapport au médecin qui est important, ..., ce n'est pas forcément pour les médicaments en soi* (aspect forcé de la prescription dans notre société : « *Je dirais qu'il fait son boulot, mais* ») ... *la prescription médicamenteuse, elle est importante, mais si je n'en ai pas je ne vais pas pleurer* (idée de tristesse que pourrait causer la frustration d'une punition, comme les pleurs d'un enfant qui fait des caprices et qui n'aurait pas ce qu'il veut)... *s'il ne m'en faisait pas je ne dirais pas qu'il n'a pas fait son boulot, ..., l'ordonnance compte moins chez lui, c'est peut être que c'est mon médecin de famille* ».

Comme elle le dit bien « *là où c'est le plus particulier* » c'est qu'elle consulte un médecin avec qui elle ne semble pas en accord avec ses prescriptions puisqu'elle les trouve inefficaces et par conséquent ne les suit plus. En effet il est homéopathe et elle n'adhère pas à cette thérapeutique qu'elle trouve par expérience inefficace elle « *attend quelque chose d'efficace rapidement, ..., donc l'homéopathie ce n'est pas ça* » ce qui rend sa complaisance aux prescriptions quasi nulle « *il va me faire des ordonnances que je ne prends pas, ou je vais sélectionner les médicaments que je prends et que je ne prends pas, ..., j'en fais un peu au final qu'à ma tête* » (comme une autorité qu'on défie). Elle considère ce non-respect des prescriptions comme une faute « *j'avoue* » qui est devenu une habitude « *j'ai tendance à ne pas prendre l'homéopathie* ». Mais ici, la non complaisance ou la non observance, n'est pas un critère de non satisfaction.

Elle ne lui dit plus qu'elle n'est pas en accord avec ses prescriptions, c'est donc avec le pharmacien qu'elle fait affaire « *quand je vais à la pharmacie je dis ça vous me mettez ou vous ne mettez pas* », elle va également à la pharmacie « *quand j'ai besoin, ..., pour de l'actifen® ou des trucs comme ça en auto prescription c'est tout* », comme son médecin ne lui prescrit pas ce type de médicament allopathique, elle s'auto-médique.

La prescription, même si elle n'est pas prise, semble avoir toute son importance, car elle lui donne un moyen et la possibilité de choisir « *c'est déjà pour, ..., savoir les différentes options que j'ai, moi je fais mon choix* ». Elle va donc le voir puis décide après si elle va se soigner avec les thérapeutiques prescrites « *je fais mon choix par rapport à ce qu'il va me dire et par rapport à ce que je pense* ». Elle attend donc un diagnostic.

Elle peut également aller le voir pour une demande particulière « *si j'ai vraiment un besoin* » sous-entendu ici "un médicament". Comme « *il n'est pas médicament* », elle doit insister pour avoir des médicaments, « *il m'a prescrit des antidépresseurs, bon à la base il n'était pas trop chaud* ». C'est donc elle qui a donné ordre de prescription, elle a exercé une pression de prescription sur son médecin « *mon médecin généraliste, après que j'ai un peu insisté parce que ma famille voulait que je me fasse prescrire ça, donc je lui ai quand même dit, il a cédé et il me les avait prescrits* ». Elle-même a subi une pression de son entourage pour se faire soigner par médicaments. Il en est de même pour une autre prescription : « *j'ai dû insister, ..., du bromazepam®, mais j'en ai pris que 2 fois juste avant les soutenances. Enfin, pour moi, je le prends pour m'empêcher de trop stresser avant mon examen, c'est lui qui me l'a prescrit mais pareil il s'est fait... j'ai du bien insister pour avoir les ordonnances* ». Egalement pour « *le doliprane®, à la rigueur, je lui demande qu'il me le mette sur l'ordonnance* ». Ce type de demande semble modifier le schéma classique du médecin décideur et du patient exécuteur, et semble même inverser la tendance. Le médecin a cédé à la demande de sa patiente. Mais faut-il le considérer comme un rapport de force du patient vers le médecin ? Le discours de cette patiente montre bien que là n'est pas la question. Il a accepté, voir même cédé à la demande

de sa patiente parce qu'il semble avoir souhaité prendre en compte et en considération la demande de cette patiente en souffrance et pour qui il semblait admis par ses proches et par la société que le traitement serait la solution *« ce n'est pas le sentiment d'être, une reconnaissance ou autre, oui, je n'en sais rien, alors si peut être, ..., quand il m'a prescrit les anti déprimeurs, je me suis quand même dit, là peut-être il se dit qu'effectivement c'est peut être nécessaire, ou il se dit je suis à la limite de craquer »*. Ce médecin a donc accepté de passer outre ses convictions personnelles sur le médicament pour favoriser le soin à travers un geste de compassion, il a accepté pour répondre à la détresse de cette patiente, dont sa solution était médicamenteuse. Cette prescription a eu sa portée, puisqu'elle a acheté le *« médicament solution »*, mais elle a surtout écouté l'avis du médecin concernant le traitement prescrit un peu contre son grès. La réponse que son médecin lui a donné l'a faite *« hésiter »* sur la véritable nécessité de prendre l'antidépresseur et elle a finalement été observante concernant l'acte prescripteur de son médecin, en ne consommant finalement pas le médicament, ni même se soucier de savoir ce que c'était *« je ne sais même pas ce que c'est puisque je ne les ai pas pris »*. Concernant la prescription d'anxiolytiques qui quant à eux ont été pris malgré tout, c'est comme un deal, il accepte de prescrire mais attend en retour une utilisation raisonnée *« mais je l'ai rassuré en lui disant que ce n'étais pas pour les prendre tous les jours »*, la patiente a perçu l'inquiétude de son médecin concernant la dangerosité de la prise de ce type de molécules et de ce fait modère sa consommation, elle est observante et chacune des parties fait ses concessions. Ce médecin ne s'est donc pas braqué et n'est pas resté campé sur sa position, même s'il lui a fait comprendre son désaccord et c'est cela qui est constructif, puisqu'il l'a faite réfléchir sur la nécessité de la prise médicamenteuse et cela a porté ses fruits. Elle en a même fait un beau lapsus *« comme j'ai hésité (au lieu de dire insisté) il a fini par me les mettre quand même et au final je ne les ai pas pris enfin, je les ai pris mais je ne les ai pas pris chez moi, j'ai la boîte mais je les prends pas »*. Le **médicament** dans cette circonstance a été un **support**, une aide à la **communication** *« j'ai la boîte mais je les prends pas, euh donc, mais c'est déjà pour pouvoir discuter des choses »*. Cet exemple concret montre bien l'importance et la portée thérapeutique de toute prescription quand bien même elles ne sont pas prises ou respectées, car elles signifient que le médecin a bien pris en considération la souffrance du patient qui le consulte à travers une action : je reconnais cet état de mal être de mon patient, je ne reste pas inactif face à cela, j'agis, je fais quelque chose. Ce geste a tout son sens et toute son importance dans le processus de guérison. D'autre part, le fait qu'elle ait quelque chose en sa possession la rassure, *« j'ai la boîte, je les ai pris quand même, je me suis dit quand même on ne sait jamais, si jamais j'ai vraiment besoin, si je craque »*, l'anticipation d'avoir quelque chose en sa possession qui lui permettrait de combattre un éventuel mal. Mais, elle préfère remédier à son problème sans aide chimique et elle en est fière *« j'ai préféré faire sans et pour l'instant ça va donc j'ai bien fait »*. Le médicament prescrit a donc semblé lui faire passer un cap, la rendre plus forte pour affronter les problèmes de la vie. Elle possède une roue de secours, au cas où. Elle ne le prend pas, mais, elle l'a avec elle, et cela l'aide, le médicament non pris à donc aussi sa part d'efficacité.

La consultation sans médicament : *« je pense que ça m'est déjà arrivé »* donc cela semble rare *« ça ne m'a pas dérangé non vraiment, je n'y vais pas forcément (caractère forcé de la prescription dans nos mœurs) pour des médicaments, donc, non, pour moi il n'y a aucun problème »*.

Ce médecin semble très peu prescrire de thérapeutique allopathique mais la substitue par de l'homéopathie à quasi chacune des consultations *« il est quasi exclusivement ça, ..., d'une manière générale il n'est pas très prescription médicale ni médicamenteuse lourde, ..., il n'est vraiment pas médicament chimiques et compagnie, lourd et tout quoi, ..., donc je sais, si je*

vais le voir, de toute façon j'aurai le droit à de l'homéopathie ». Elle aura donc la possibilité par une autorité, qui est celle de son médecin, de bénéficier d'homéopathie. Même si elle ne prend pas l'homéopathie elle ne lui dit pas, car « *du coup je ne sais pas trop ce qu'il me prescrirait à la place* », elle semble donc quand même attendre de son médecin qu'il lui prescrive quelque chose et si elle pense que cela pourrait être substitué, elle semble plutôt penser qu'il ne lui donnera rien à la place puisqu'en « *général il n'est pas très prescription médicale ni médicamenteuse lourde, ..., il prescrit très peu de médicaments* » et cela semblerait l'angoisser de ne pas pouvoir bénéficier de quelque chose de matériel au cas où elle en aurait besoin. La prescription d'homéopathie à l'opposé de la non prescription semble donc rassurer la patiente et même si elle ne la prend pas, elle a les tubes chez elle, sait à quoi cela sert et à les ordonnances pour savoir comment s'en servir. Elle dit qu' « *au final ça ne changerait pas grand-chose comme l'homéopathie je ne la prends pas* » mais alors pourquoi ne lui dit-elle pas et se laisse t'elle prescrire à chaque consultation de l'homéopathie ?! Elle sait également que si son problème nécessite un traitement autre que l'homéopathie, il lui prescrira « *il a du mal à mettre des antibiotiques et tout... etc, quand il faut les mettre, il les mets d'une manière générale* ». Elle trouve inefficace l'homéopathie « *pour moi l'homéopathie ce n'est pas vraiment un médicament* » pour l'avoir testée, mais elle a du mal à se faire son avis sur le sujet. Comme son médecin lui prescrit régulièrement, elle finit par croire que cela peut marcher, d'où la force de la croyance du médecin en sa prescription sur le patient. Elle teste donc auprès de la pharmacie et de ses proches cette thérapie « *quand j'en parle, puisque du coup je demande toujours en pharmacie et c'est mitigé et il y en a qui croient d'autres qui ne croient pas, je pense que ça marche peut être mais sur le long terme, mais souvent on attend quelque chose d'efficace rapidement* ».

Elle lui reste fidèle parce que « *après j'y vais aussi pour* » *bénéficier d'autres méthodes thérapeutiques, « il y a aussi ça, ..., il me fait une séance, ..., acupuncture, ..., manipulations* ». Il s'occupe donc de manière active de tous les maux qui l'amènent à consulter « *le stress, l'angoisse, pour arrêter de fumer ou pour différentes choses* », « *et ça fait du bien quand même* ». La consultation est perçue comme un moment privilégié où il s'occupe d'elle « *avec moi, ..., je sais qu'il prend le temps, c'est vraiment un bon médecin* ».

Registres lexicaux :

Elle parle du médicament comme quelque chose dont « *j'ai besoin, ..., je suis même très demandeuse, ..., j'attends quelque chose d'efficace rapidement* », « *je m'en suis mangé* » ; elle l'utilise « *si je craque, je le prend pour m'empêcher de trop stresser avant mon examen, avant un entretien de travail, pour mes soutenances, pour des coups vraiment comme ça, pour mes dents* », « *rifadine®*, *fucidine®*, *actifen®*, *piasclédine®*, *doliprane®*, *homéopathie*, *antidépresseurs*, *antibiotiques*, *crèmes antibiotiques*, *trucs comme ça*, *en auto prescription* » « *l'homéopathie ce n'est pas vraiment un médicament, ..., on attend quelque chose d'efficace rapidement donc l'homéopathie ce n'est pas ça, comme je ne vois pas d'effet immédiat, c'est trop aléatoire, ..., je pense que ça marche peut être mais sur le long terme, ..., l'homéopathie, j'en ai un peu, j'en ai pris, mais en fait j'en prends plus, car je ne les prends pas, je prends mais j'achète pour rien, ça ne sert à rien du coup, ..., pour le traitement quotidien, ..., d'entrée de jeu en pharmacie je dis je ne le prends pas* ».

Concernant l'homéopathie, malgré qu'elle « *ne vois pas d'effet immédiat* », *son médecin et son entourage « mes sœurs elles y croient plus, ..., elle avait eu un effet positif, elle allait en acheter* » semblent l'influencer sur son opinion « *il faudrait peut-être, ..., je demande toujours en pharmacie, il y en a qui croient d'autres qui ne croient pas je pense que ça marche peut*

être mais sur le long terme ». L'homéopathie fait débat. Elle semble l'utiliser pour ses troubles du sommeil, mais « *n'ai pas envie de m'accoutumer à quoi que ce soit et une fois que je dors mal, je crois que c'est trop tard* » avec la notion que c'est irrémédiable.

« Les médicaments ne sont donc pas très efficaces, ..., même avec médicament c'est compliqué », elle serait intéressée pour changer de méthode de soin car celles qu'elle a essayé jusqu'alors la déçoivent *« je suis tout le temps en demande d'autre chose, de nouvelles méthodes en fait »*.

Les examens complémentaires : *« quand il fait une prise de sang ou quoi, là il y a peut-être quelque chose de plus poussé, s'il veut vérifier »*.

Les explications fournies avec le médicament sont satisfaisantes *« la dessus en général il n'y a pas de problème, mon médecin par contre, pour ça, il est assez clair, pour le coup le mien est très clair, et il prend le temps, il va expliquer un par un les médicaments au moment où il le pose, je vous mets ça ou ça pour tel chose, ce pour quoi il le prescrit, vous le prenez à tel moment, à tel autre, comme ci ou comme ça »*

Les ordonnances sont conservées *« en général, je les gardes quand même, ..., comme ça je me rappelle après pourquoi c'est »,* elle a du mal à s'en séparer *« ça s'accumule, ..., au bout d'un moment je finis par les jeter »*.

La consultation sans médicament : *« Je pense que ça m'est déjà arrivé, ça ne m'a pas dérangé non vraiment, je n'y vais pas forcément pour des médicaments, donc non, pour moi il n'y a aucun problème »*

On voit clairement apparaître avec les registres utilisés que cette patiente vit de multiples choses angoissantes avec de multiples répercussions sur sa santé (problèmes personnels, moral, stress, angoisse, craque, examens, mal au dos, fume, troubles du sommeil). Elle consulte son médecin généraliste pour être rassurée par rapport à tous ces événements. Elle se considère comme étant malade, puis comme ne l'étant pas lorsqu'elle consulte. En effet, la limite est floue, qu'est-ce que la maladie ? Et sûrement que la maladie a son rôle à jouer chez elle, puisque son médecin lui ordonne des traitements pour se soigner, et elle ne les prend pas, car elle ne les trouve pas efficaces, quand elle considère avoir un problème spécifique, elle consulte un spécialiste allopathe, et attend un traitement qui n'est pas non plus considéré comme efficace.

Son médecin généraliste est clairement consulté pour sa fonction apostolique. Les médicaments prescrits ne sont pas consommés et sont jugés inefficaces. Elle ne lui dit pas, car elle s'inquiète de ce qu'il pourrait alors prescrire, même si au final ça reviendrait au même s'il ne prescrivait pas (dit-elle) mais cet échange de bons procédés semble convenir à chacun d'eux, puisqu'il ne semble pas lui demander si elle les prend et elle le laisse faire son boulot. Même s'il lui prescrit les médicaments qu'elle-même a demandés elle ne les prend pas, malgré qu'il ait cédé. Son médecin répond par de petits médicaments qui n'en sont pas vraiment, et lui fait de petites manipulations, mais cela semble lui convenir, quoi que ? Elle lui demande beaucoup de choses, il a un panel de méthodes pour lui répondre en retour car c'est un médecin polyvalent (psychologue, thérapeute, homéopathe, acupuncteur, ostéopathe, mais elle reste toujours à la recherche de nouvelles méthodes !

Les médecins ne peuvent pas la guérir, puisqu'elle vit et s'exprime à travers ses symptômes et la maladie. La seule chose qui la soulage, c'est la présence rassurante du médecin quand elle va le voir à chaque fois qu'elle en a besoin. Son médecin peut lui répondre par différentes méthodes qu'il a développé (homéopathie, acupuncture, ostéopathie), il semble que ce soit

l'ostéopathie la méthode qu'il lui fasse du bien. Malgré tout cet arsenal à disposition, elle lui demande quand même des médicaments allopathiques, "le fait céder".

Cette patiente nous montre sa volonté de vivre, et sa volonté d'être en bonne santé; toutefois rien ne pourra lui donner la santé puisqu'elle est toujours à sa recherche, et c'est cela qui la fait vivre, « c'est un stimulant pour dépasser le pessimisme » (disait Nietzsche). Probablement que son médecin lui prescrit quelque chose (ses moyens du bord) pour lui montrer qu'il la soutient, à défaut, s'il ne lui donnait rien, cela voudrait dire pour elle, qu'il ne la considère pas comme malade...

Intrigue : Cette patiente consulte son médecin parce que c'est lui seul qui peut la rassurer quand elle en a besoin.

4 - Analyse de l'entretien avec Alain :

Attentes de la consultation chez son médecin : Il attend de son médecin, qu'il utilise tous ses sens : « *il ausculte* » (écoute, palpe, touche), « *il voit* », « *il parle* », « *il repère* », « *il rassure* », « *il donne son avis* », « *il conseille* ». Il attend également que le médecin utilise son savoir : « *il sait* », « *il connaît* », « *il doit être sûr de lui* » (doit, c'est un devoir).

Le rôle du médecin : Le rôle du médecin est clairement défini, avec d'une part : « *de faire un diagnostic* » pour trouver des solutions adaptées : « *qu'il me donne des solutions à mon problème* », d'autre part il attend également de son médecin de « *prescrire* », de lui « *dire si on doit en prendre* » (un médicament), « *d'adapter le médicament* » (en fonction de « *la taille* », « *la corpulence* »), le médecin est donc considéré comme un technicien du médicament, il doit savoir l'adapter au patient et à son problème, ce patient attend clairement une personnalisation du médicament qu'il sait universel, pour du sur mesure. Il attend également que son médecin lui dise « *s'il faut que je prenne des médicaments ou qu'il me donne des solutions à mon problème* » il y a donc d'un côté le médicament qui est perçu comme une obligation « *forcement* » et de l'autre une demande de solutions, qu'il distingue bien d'ailleurs du médicament avec ce « *ou* », solutions qu'il considère aussi comme un don « *donne* ». Donc un technicien de son organisme et du médicament à apporter à son organisme pour solutionner son problèmes, mais pas que: « *le médecin peut apporter différentes choses* », c'est-à-dire porter à, procurer, donner quelque chose de matériel ou pas.

Ce patient vient en consultation avec son histoire : « *j'y vais pour une histoire banale* », il emploie le mot histoire, c'est-à-dire qui se raconte, et signifie une chronologie, un vécu, « *histoire de faire des vérifications* », « *ce qui ne va pas* », il lui présente l'histoire de son organisme, qu'il veut tester, soumettre, mettre à l'épreuve des connaissances du médecin sur les normes, entre autres.

Les solutions aux problèmes : « *Des fois on ne peut rien faire de plus qu'attendre* » (être patient), donc, attendre, c'est aussi faire ; « *mais déjà la parole du médecin ça sert à rassurer* », la parole à une utilité, elle sert même si elle n'est pas matérialisable (quoi que, couchée sur le papier, l'ordonnance est quelque chose de concret...). Il attend donc un échange où il raconte son histoire et en retour le médecin « *donne sa parole* », comme un engagement, une promesse au mieux-être. La parole du médecin le « *rassure* », c'est à dire par définition, le sécurise, lui redonne confiance, stabilité, solidité, tranquillité d'esprit sur ses problèmes organiques : « *un problème à l'organisme* », les organes sont malades, ce qu'il cherche, c'est que l'on s'en occupe, qu'on le soigne. Il attend : « *qu'il me prescrive des bons médicaments si cela se soigne avec des médicaments* », le soin se conçoit « *avec* » des médicaments, mais pas que. Le médicament est pour lui une « *absolue nécessité si c'est par exemple des douleurs ou une maladie qui a beaucoup de mal à passer* ».

Le motif de sa consultation attrait à la normalité; il se demande si ce qu'il a, est normal ? « *S'il voit des choses pas normales, qu'il me dise s'il faut que je prenne des médicaments* » le médicament a donc pour lui la fonction de normaliser un état.

Prescription par le médecin : Il semble important pour ce patient d'être informé de l'effet des médicaments « *je pense qu'un bon médecin ça explique l'effet des médicaments, ça va être bénéfique pour ça, vous risquez d'avoir les effets secondaires* », pour avoir une information éclairée sur les possibilités thérapeutiques et leurs contraintes afin qu'il puisse être libre (autonome, responsabilisé) d'évaluer le rapport bénéfice risque « *comme ça c'est au patient de choisir s'il a envie de les prendre* ». La prise médicamenteuse doit donc être éclairée par

les conseils du médecin qui doit l'informer du rapport « *bénéfice risque* », puis ce patient choisi librement, en fonction de ses propres valeurs et des explications qu'il a reçu, les médicaments qu'il va prendre. Il dit qu'il prendra les médicaments prescrits s'il juge son problème « *sérieux* », « *qu'il ne faut pas le prendre à la légère* », c'est-à-dire si le médecin l'a exprimé comme tel. Par contre si le médecin lui dit qu'il « *arrivera à s'en sortir sans* », il dit qu'il « *ne le prendrait pas* », car le considère inutile et possiblement nuisible. Le verdict que lui aura donné son médecin sur « *le sérieux* » de son problème, lui permettra de se faire son avis sur le besoin ou pas de médicament « *c'est important qu'il nous donne une liste puis on fait notre choix parmi les médicaments* ». Il juge cela important de pouvoir avoir le choix.

Ce patient me fait part de l'intérêt qu'il accorde à l'accessibilité des informations fournies par son médecin et de l'inquiétude que les informations incompréhensibles peuvent susciter : « *des fois je n'y comprends absolument rien, car le médecin parle dans son propre dialecte* » comme si le médecin faisait partie d'une tribu étrangère (le médecin "chaman" ne semblerait pas lui convenir). Il souhaite que son « *médecin explique comme on explique à un petit avec les mots pour comprendre* ». Il n'a visiblement pas souhaité reconsulter le médecin qui lui « *a expliqué avec son propre vocabulaire, alors j'y comprends absolument rien, ça peut ne pas rassurer les patients qui n'y comprennent rien en sortant* ».

Le spécialiste : « *c'est comme un médecin* », bon... Avec l'expérience de son entourage, il estime qu'un avis supplémentaire donné par un spécialiste est important. Il préfère « *aller voir chez plusieurs médecins pour les choses importantes* », « *si c'est grave* », « *quand même assez sérieux* », car certains médecins « *ne repèrent pas* ». Le spécialiste, c'est donc pour avoir un diagnostic : « *c'est un problème de coagulation* », « *c'est pour cela que c'est important d'avoir un autre avis* », « *de demander à plusieurs médecins* ». La collégialité s'impose pour les problèmes sérieux. Il m'a raconté sa propre expérience et histoire avec ce qu'il considère « *comme un médecin quelque part* » (sous-entendu un spécialiste). Là où le spécialiste « *dermato a été "défaillant" entre guillemets, c'est qu'elle n'a pas été très rassurante* ». Il lui reproche d'une part une « *faille* » concernant son savoir être (elle n'a pas été « *rassurante* »), et d'autre part il lui reproche de ne pas avoir su arrêter totalement les souffrances causées par le médicament (c'est-à-dire de ne pas avoir reconnu les limites de son pouvoir prescrire). En effet, la dermatologue n'a pas voulu l'arrêter, elle « *voulait seulement abaisser les doses* » alors que le curacné® était à l'origine de « *tentatives (pas d'idées, de tentatives !) suicidaires* », soit un rapport bénéfice / risque largement en faveur du risque ... Il semble donc en vouloir davantage au médecin, qu'au médicament en cause.

Perception du médicament : Il pense que : « *c'est mieux que l'organisme s'habitue lui-même à la maladie, plutôt qu'en quelque sorte le surentraîner* », le médicament est perçu comme un produit dopant, fortifiant mais de façon excessive. Le médicament est vécu comme modifiant une temporalité prédéfinie par la maladie « *vouloir accélérer le cours des choses* ». En accélérant les choses, il empêcherait l'organisme de faire face seul à la difficulté rencontrée et surmènerait l'organisme, comme une machine que l'on maltraite. Je pense que si on explique à ce patient l'étiologie des symptômes qui l'amènent à consulter, qu'on le rassure sur leurs évolutions, il serait tout à fait enclin à ne pas consommer de médicaments si cela n'est pas nécessaire. Cela le rassure que « *l'organisme puisse se faire* », donc s'habituer « *à la maladie* », entre autre que la nature fasse (bien) les choses.

Il considère le médicament comme quelque chose d'étranger faisant intrusion dans l'organisme « *c'est quelque chose qui rentre dans l'organisme* » et qui a son origine en de « *hors* », cela en perturbe le fonctionnement « *l'organisme n'a pas l'habitude de fonctionner avec cela* ». L'organisme, ensemble organisé d'organes « *fonctionne* », marche correctement, comme une machine, avec un certain équilibre, puis quand il est malade, il va chez son technicien de l'organisme faire « *des vérifications (comme pour une machine) s'il voit des*

choses (quelque chose d'objectivable, de concret) « *pas normales* » (donc en dehors des normes, normes fixées/déterminées par la science). Le médicament est vécu comme un perturbateur au bon fonctionnement de l'organisme, une intrusion (un étranger) qui peut le transformer « *j'ai vu mes effets secondaires* », le mettre dans un état second, comme s'il n'était plus lui-même, car déformé et cela est source d'inquiétude pour lui.

Il est rassuré par les conseils d'un professionnel compétant en médicament, pour savoir comment réparer le dysfonctionnement causé par la maladie. Le médecin conseille « *les bons médicaments* », connotation positive. Le médicament « *s'utilise* », comme un instrument ou un objet, qui nécessite un mode d'emploi.

Il distingue « *les gros médicaments... l'Effergal® à la codéine... Aspégic®* »; des « *antalgiques qu'on prend comme ça* » (montrant que les médicaments très accessibles sont banalisés, et considérés comme dénués de risque et d'effets secondaires). Ce patient est informé, éduqué aux risques de certains médicaments : « *l'Effergal à la codéine il ne faut pas en abuser* », « *l'Aspégic ça peut quand même créer des effets secondaires* », « *ces médicaments-là voilà c'est à maîtriser quand même* », « *il y a des médicaments ou les effets secondaires sont beaucoup plus importants* ».

La quantité de médicament délivrée a toute sa symbolique : « *si on en donne peu, c'est rassurant* », « *s'il me dit qu'il n'y a pas besoin de médicament, pour moi je trouve cela plus rassurant que s'il me prescrit une tonne de médicaments* ». Les adjectifs quantitatifs : « *gros* », « *une tonne* », « *lourd* » utilisés pour qualifier la prescription médicamenteuse montre le poids que représente pour lui un traitement.

La délivrance et la prise doivent être « *à des doses maîtrisées* » contrôlées, surveillées. Les médicaments doivent être ciblés « *précisément faits pour guérir notre maladie* » le médicament soigne un symptôme, une maladie précise « *rhumatisme* ».

Ce patients ne revient pas sur la prescription du médecin en consultation, il est d'ailleurs difficile pour lui de critiquer le travail du médecin : « *Je ne sais pas vraiment, mais... je pense que... (respiration)* ». Mais, il sait demander des informations pour lui permettre de faire son choix et il peut ne pas prendre un médicament prescrit « *c'est important qu'il nous donne une liste puis on fait notre choix parmi les médicaments* », il veut avoir les moyens de pouvoir résoudre son problème.

L'absence de prescription médicamenteuse doit être justifiée car ce patient attend des choses concrètes pour son problème, son histoire. Mais la prescription médicamenteuse « *n'est pas forcément nécessaire* » ce qui montre le caractère forcé de la prescription : « *on ne peut aller contre... pour les vaccins* » comme si cela était imposé par la société.

Le médicament lui est indispensable « *si vraiment* » (caractère vrai, réel, qui n'est pas discutable et ne peut être remis en doute)... « *de fortes douleurs* »... de « *grandes douleurs* » alors... « *on a besoin* ». Pour lui le besoin de médicaments est pour soulager, apaiser sa douleur, le « *vraiment besoin* » est donc fonction de ce qu'il pense lui comme nécessitant un médicament et non pas de ce que le médecin juge comme nécessaire, s'il dit souffrir, le médecin doit l'admettre et ne pas le remettre en cause.

Si le médecin lui dit que sa maladie ne nécessite pas de médicaments, il dit que cela signifie que son organisme « *l'organisme peut s'y faire lui-même* », cela le rassure, et, qu'il peut surmonter seul le problème, qu'il est assez fort pour cela (renfort de l'estime de soi). L'absence de médicament lui évite la peur des conséquences néfastes possibles du médicament sur lui, et la peur d'être dénaturé par celui-ci.

Intrigue : Ce patient consulte parce qu'il a une inquiétude concernant le fonctionnement de son organisme; il attend de son médecin la mise en pratique de ses connaissances, de la réassurance, des explications et un traitement, uniquement s'il ne lui fait pas prendre de risque et qu'il souffre.

5 - Analyse de l'entretien avec Alceste :

Chez cette patiente, la prise du médicament s'inscrit dans une temporalité : *« prendre d'un seul coup, ..., en plusieurs fois, ..., plusieurs fois dans la journée »*, avec une certaine routine mais aussi une certaine ritualisation de la prise médicamenteuse: renouvellement mensuel, *« je commence, le midi, ..., le soir, ..., et puis, ..., régulier »*. Elle a un traitement imposé *« rengaine »* par son médecin, et ce suivi régulier lui permet de ne *« jamais en manquer »* et d'avoir *« confiance »* en son médecin, ce qui semble favoriser son observance.

Son traitement est quelque chose de *« contraignant »*, *« rengaine »*, *« répétitif »* source de lassitude mais dont elle a le *« besoin »* et qui fait partie de son quotidien. En fonction de son état du jour elle adapte ses prises médicamenteuses, prenant moins, que ce qui est prescrit, quand cela va bien, et s'octroyant une certaine liberté dans la prise de ses traitements. Cette patiente semble satisfaite de pouvoir modifier 'à la baisse' l'ordonnance, elle *« ajuste »* *« au besoin »*. Les médicaments ne doivent pas être contraignants sinon ils ne sont pas toujours bien pris.

Le médicament est porteur d'espoir : *« j'ai l'espoir d'être soulagée »*.

Elle est, on l'entend, en demande de médicaments et cela est formulé de façon explicite au cours de la consultation médicale *« par médicaments, ..., je veux bien des médicaments mais pas trop, ..., je vois le médecin parce que j'ai besoin de médicaments »*. On a bien compris que pour que le médicament prescrit soit pris, il ne faut pas qu'il y en ait trop sur l'ordonnance et qu'il ne soit pas contraignant du fait d'une fréquence de prise élevée.

Pour elle, le médicament fait parti du paysage de la consultation médicale et elle en est satisfaite. Néanmoins, le médicament à lui seul ne peut la satisfaire et la soulager entièrement : *« la parole soulage à moitié »*, *« on est requinqué »* par la consultation avec *« l'amabilité et la confiance de son docteur, ..., ce n'est pas avec le médicament que l'on guéri toujours »*...

L'effet médecin contribuerait donc selon elle pour 50% de l'efficacité du soin, ou, si on pousse un peu plus loin, 50% de l'effet d'un médicament prescrit viendrait non pas de son efficacité moléculaire mais de ce qu'il représente pour le patient, c'est-à-dire une incarnation du médecin-médicament, qu'elle peut consommer comme elle le souhaite, et dont elle garde sa présence une fois qu'il est parti.

L'alternative acceptée aux médicaments est l'homéopathie. Mais, sa justification est obscure puisque ce qui semble l'intéresser dans ce mode thérapeutique, même si elle doute, c'est qu'elle en prenne moins : *« peut-être moins contraignant, ..., peut-être, que les autres, ..., on en prend peut être moins, ..., prend ces granules d'un seul coup, ..., puis on est tranquille, ... tandis que les autres médicaments selon s'il faut en prendre plusieurs fois dans la journée »*. Hors, l'homéopathie est une thérapeutique qui théoriquement nécessite la prise répétée de nombreux granules au cours de la journée et de façon prolongée dans le temps, ce qui revient à en prendre autant que les autres médicaments en quantité (taille ?). Mais, pas en qualité ! Je pense que ce qui l'intéresse dans l'homéopathie, c'est qu'elle a l'impression de prendre moins de médicaments allopathiques d'une part et que l'homéopathie, c'est le principe de dilution donc peut être le sens pour elle de *« moins contraignant »* semblerait être qu'elle préfère prendre quelque chose de plus léger pour sa santé. Ma deuxième hypothèse, et cela se rapproche peut être plus de ce qu'elle dit, c'est qu'elle prend toutes ces granules d'un seul coup, donc elle prend beaucoup de granules/comprimés en une seule fois et elle est tranquille, elle a l'impression d'en prendre la dose suffisante car il y a plusieurs unités dans une prise, et cela la rassure d'avoir pris une bonne dose. *« je suis plutôt contre les médicaments que trop »*...

Les médicaments sont perçus soit traitant des organes («thyroïde, cœur»), soit des états («anti douleur, anti inflammatoire») en agissant contre l'état qui rend malade, d'autres encore donnent ce qu'on a perdu ou que l'on doit normalement avoir: «*le sommeil*». Certains sont donc jugés comme importants : pour le cœur, la thyroïde, le sommeil, d'ailleurs, elle dit : «*je ne déroge pas*», probablement de par la symbolique qu'il représente pour elle.

L'ordonnance est «*prête*» (déterminée à l'avance), «*frappée*» (comme quelque chose qui tombe violemment), la patiente demande de la modifier en fonction de son état (demande de personnalisation, d'adaptation) pour que le médecin «*rajoute*», «*si d'autres problèmes se sont greffés*», (il alimente donc plus l'ordonnance qu'il ne l'allège).

Le médecin donne son aval, rajoute, adapte «*revoit*», répond à la demande et sert de régulateur («*je demande*», «*elle le met et me dit de n'en prendre que si j'ai mal*»). Le médecin est un gestionnaire, une autorité de la prescription médicamenteuse, il indique et guide cette patiente : «*c'est elle qui est seule juge*» «*je suis les prescriptions*».

Elle semble également vouloir montrer qu'elle est raisonnable sur la prise médicamenteuse dont elle peut bénéficier à sa demande, «*j'en prendrais plutôt moins, ..., je n'irais pas réclamer de grandes ordonnances*», et semble avoir le sentiment d'être poussée dans sa consommation de médicaments, pour elle, les médecins prescrivent de trop «*parfois il y en a un peu de trop*», et les pharmaciens délivrent en «*en général, il en donne toujours la dose, ..., comptant amplement*», «*je suis plutôt contre les médicaments que trop*»...

Mais quand elle dit «*j'en prendrais plutôt moins que ce qui est indiqué si je me sens bien*», cela montre qu'il est important qu'elle puisse avoir ce qu'il faut si elle ne se sent pas bien «*je demande d'en prescrire au cas où, ..., je ne suis pas bourrée de médicaments*», par sécurité, cela la tranquillise, elle n'aimerait pas manquer de médicaments. L'emploi du mot «*bourrée*» renvoi à plusieurs choses : quelque chose que l'on remplit avec force jusqu'à son maximum, ou état d'ivresse secondaire à la prise de toxiques. Il semble que parfois c'est la sensation que lui font les médicaments ...

Intrigue : Elle voit son médecin pour qu'il lui prescrive des médicaments, mais il lui en prescrit de trop, même si elle aime bien en avoir d'avance ; ce qui est important, c'est la visite de son médecin car elle est déjà à moitié soulagée.

6 - Analyse de l'entretien avec François :

Motif de la consultation : Ce patient va voir son médecin en priorité pour un diagnostic qu'il considère comme une partie intégrante du « *métier* » du médecin. Le métier de médecin consiste ensuite "selon lui" à prescrire, puisqu'à la question « *vous pensez que le médecin prescrit trop?* » Il a répondu « *Il fait son job* ».

Le médecin doit être précis. Il rassure, conseille, permet de supporter les annonces de diagnostics difficiles, et les pronostics fatals.

Le suivi du patient doit être global, le sujet considéré dans son ensemble, et avec les interactions de son entourage. Il doit apporter des soins personnalisés, à partir du moment où les demandes du patient (qui sont qualifiées de « *besoins* ») ne sont pas ciblées et donc considérées comme plus complexes, « *l'aspect, euh plutôt en fonction de la personne qui est en face de soi* ».

Les soins doivent donc être « *adéquats* » pour aboutir à une guérison. Le médecin doit répondre à un besoin, expliquer le « *pourquoi* » du « *comment* ».

Le pouvoir diagnostic du médecin est une capacité qui échappe au patient, la capacité à diagnostiquer, cela est vécu « *peut-être pas comme un rapport de force* » entre le patient et le médecin, mais il rajoute quand même que le médecin est détenteur d'un « *secret* » (faisant apparaître le côté mystique rattaché à la profession, qui quelque part en fait une force), il a « *un effet* » (une influence donc, de par son statut), il a un « *parcours professionnel qui fait que il sait* » (c'est un savant, il a fait de longues « *études* »), « *donc on suppose qu'il sait* », le « *on suppose qu'il sait* » renvoie également au fait qu'on ne remet pas en question le statut du médecin ni ce qu'il dit (comme une confiance aveugle), il lui fait confiance « *le médecin me prescrit, moi je lui fais confiance* ». Donc quand il dit « *peut-être pas* » c'est plutôt par l'affirmative (peut-être que oui quand même) que les explications qui suivent complètent ce propos.

L'échange avec son médecin se fait autour du médicament (et non pas du diagnostic), il se focalise sur la nouveauté, l'innovation thérapeutique recherchée par ce patient, car elle renvoie à quelque chose de « *plus efficace* », de plus performant.

Les médicaments prescrits par le médecin semblent être dotés d'une spécificité et d'une efficacité propre, comme si le médecin avait l'exclusivité des "médicaments efficaces", et que tous les médicaments qu'il prescrit le sont « *il n'y a certainement pas d'équivalence en vente libre* » (pour rappel, certains médicaments prescrits par le médecin sont disponibles en vente libre). Il semblerait donc qu'il y a une mise en valeur du médicament par le médecin (ce qu'utilise beaucoup les laboratoires pharmaceutiques). L'efficacité thérapeutique est donc renforcée par la prescription médicale, ce qui explique que ce patient ne « *veux pas se lancer dans d'autres soins d'automédication* ». L'autre interprétation que l'on peut faire du « *je ne veux pas me lancer dans d'autres soins d'automédication* » est qu'il s'en remet au médecin, ne souhaite pas tâtonner dans cette recherche de thérapeutique personnelle, qui serait pour lui une épreuve, un engagement onéreux en temps et en énergie, avec un risque d'inefficacité qu'il ne veut pas prendre, car à chacun son métier. Il ne trouvera donc des médicaments efficaces que « *chez mon médecin* » à qui il s'en remet directement, car c'est un professionnel considéré comme une autorité compétente (cf rapport de force/paternalisme), qu'il juge être le plus en mesure de trouver le médicament le mieux adapté et le plus efficace à son problème. « *Ben oui, parce que je ne peux pas aller chercher la solution chez le pharmacien, car c'est une ordonnance sur prescription médicale, il n'y a certainement pas* »

d'équivalence en vente libre. Je n'ai pas testé d'autre mais, je ne voudrai pas les tester parce que je sais que la période dure très peu de temps mais c'est quelque chose de pas difficile à supporter, on supporte toujours mais c'est vraiment contraignant, donc je ne veux pas me lancer dans d'autres soins d'automédication.»

Même si le médicament apparaît dans ce discours en second plan (après le diagnostic) il n'en a pas moins un rôle central indispensable « *si ce n'est pas un élément psychologique* » mais il peut être inutile si le médecin voit qu'il s'agit d'un « *autre type de souffrance* » où le médecin peut prescrire autre chose : de la « *kinésithérapie* » par exemple. Le médicament s'inscrit comme quelque chose de vraisemblable, c'est à dire plausible, crédible, qui semble vrai, que l'on considère comme acquis d'avance, « *à priori* », « *généralement* » c'est-à-dire selon les principes antérieurs à l'expérience (mais qui s'acquiert aussi avec l'expérience des différentes consultations qu'il a pu avoir avec des médecins). On sort de la consultation du médecin avec un médicament, car il apporte une « *solution* », un « *soulagement* », un soutien, une guérison. Néanmoins comme je le disais précédemment, son efficacité s'inscrit chez ce patient dans un contexte de délivrance par un médecin, qui de plus est au courant des dernières avancées technologiques. Il ne se risque donc pas à une moindre efficacité de l'automédication.

Le diagnostic est « *forcement* » (comme une évidence qui s'impose), *associé à un soin ou un médicament au sens large* ». Le « *ou* » employé par ce patient reflète une dichotomie entre le soin et le médicament, qui sous-entend que s'il y a soin, le médicament pourrait ne pas lui manquer, d'autant plus qu'il, semble être réticent « *aversion* » à l'aspect chimique du médicament, mais paradoxalement reconnaît et recherche l'efficacité des prouesses scientifiques « *de nouvelles molécules* ». Il recherche chaque année chez son médecin une « *formule* » nouvelle qu'il considère comme plus efficace. Le terme "formule" peut se définir sous différents sens, allant du modèle, de la façon d'agir et de la manière de concevoir, à quelque chose d'encore plus mystique, qui lui confère un pouvoir magique et religieux (2ème évocation du mystique).

On ressent donc également dans le discours paradoxal de ce patient, une certaine hostilité aux médicaments qui restent néanmoins ancrés dans sa conception du soin primaire. La méfiance viendrait de la composition : lire la « *notice* » pour voir « *ce qu'il y a dedans* », « *formule* », « *chimique* » et « *des conséquences à plus long terme que la prise peut engendrer* ». Avec cette crainte de la création d'« *autres besoins* » responsables d'un cercle vicieux de la médication.

Ce rejet du chimique montre son penchant pour le naturel.

Dans ce texte se dégage l'inscription massive du médicament dans le domaine de compétence du médecin et de l'usage rigoureux qu'il convient d'en faire. D'autre part le médicament à un caractère « *incontournable* ». De ce fait, l'avis du médecin est fondé sur son savoir, et fait partie de la réponse à une triple attente à l'égard du médecin, comme vu précédemment : non seulement de diagnostic, mais aussi de rassurer en apportant une solution (pas absolument nécessairement médicamenteuse) à un patient considéré dans sa globalité. Le médicament, est un moyen d'être en lien avec l'actualité médicale, avec cette demande implicite au médecin, d'une rigoureuse surveillance diagnostic de ce corps vieillissant.

Ce patient accepterait de sortir de la consultation sans médicament, si le motif de consultation est la rédaction d'un certificat ou d'ordre psychologique. Il distingue bien la prise en charge physique et psychique, la « *blessure physique* » et la « *blessure morale* » mettant bien en exergue la dualité du corps et de l'esprit.

Il consulte avec un « *besoin* » qui demande à être satisfait. La prescription donne un sentiment de liberté au patient, le médecin propose et il dispose à sa guise. On a l'impression qu'il

analyse le médicament comme quelque chose dont on peut disposer en abondance, et que l'on a au cas où en sécurité, cela rassure le médecin comme le patient d'avoir cette roue de secours. Le médicament s'inscrit dans un cadre économique avec : le générique qui permet de faire des économies et la prescription en « *trop* » donc banalisée, car cela est remboursé.

Selon ce patient, la prescription s'inscrit plus dans un cadre politico-économique plutôt que médical. « *Ça m'embête beaucoup le générique, je ne refuse pas la prescription, car il faut quand même jouer le jeu, mais je ne trouve pas cela logique, mais je pense que c'est un autre débat, dans un cadre politico-économique plutôt que médical* ». Nous jouerions donc à ce jeu illogique de la prescription du générique dans un cadre (structure fermée) politico économique plutôt que médical !

Jouer : Faire quelque chose pour se distraire, s'amuser, qu'il y a quelque chose de ludique à cela, implique qu'il puisse y avoir tricherie, tromperie, manipulation, qu'il y a des perdants et des gagnants, qu'on joue suivant des règles imposées par le jeu. Les règles sont imposées par le cadre politico économique plutôt que médical.

Lors d'une deuxième analyse, je reprends l'intrigue de la rencontre médecin-malade-médicament dans l'ordre du texte. Les attentes de la consultation tournent autour de plusieurs choses :

- 1) compétence du médecin : savoir, réponse ciblée et attention globale au patient
- 2) le malade: sait qu'il n'est pas bien mais ignore pourquoi
- 3) le médicament: un moyen pas toujours nécessaire selon le diagnostic, qui doit être utilisé de façon rigoureuse, sans excès et au regard de l'évolution des médicaments; éviter l'automédication (la boucle est bouclée, c'est l'affaire du médecin qui sait)

« *Ma foi plusieurs choses, déjà, donc (1) un diagnostic euh, ensuite (2) un conseil, puis (3) un entretien pour être plutôt rassuré.* »

« *D'abord qu'il fasse son métier à mon avis (1) il doit pouvoir savoir si c'est une souffrance, savoir de quoi provient la souffrance, que ce soit une souffrance physique ou morale quoi [...] au niveau du (2) conseil, c'est plutôt une assurance.* »

« *Il y a (1) l'aspect purement médical qui est fondamental et puis après il y a l'aspect, euh plutôt en (3) fonction de la personne qui est en face de soi* » donc avoir quand même un entretien global de manière à pouvoir amener un plus par rapport au diagnostic.

La compétence fait les bonnes réponses du médecin à travers les moyens adaptés, sans excès médicamenteux mais dans une surveillance rigoureuse et globale du patient et de l'évolution des médicaments.

Le bon usage du médicament est une réponse si nécessaire d'un médecin savant, et attentif au malade inquiet, sans excès mais en le faisant bénéficier de l'évolution des molécules.

Je dégage un autre aspect présent : le médicament, un moyen d'être en lien avec l'actualité médicale, avec cette demande implicite au médecin d'une rigoureuse surveillance diagnostic de ce corps vieillissant.

Registres lexicaux :

mieux être : *Soin* (employé 18 fois), *rassurer* (employé 4 fois), *soulagement et soulager* (employé 3 fois), *guérison* (employé 4 fois) *possible, satisfait, apprécier, solution, assurance, l'aide à la guérison, amener un plus, phase avec soi, apaisement, la solution, bonne santé*

diagnostic : (employé 9 fois) *diagnostic fatal, diagnostic évolutif, déterminer les causes, aller chercher, localise, détecter, associer, il trouve*

continuité du lien avec son médecin : *Suivi (employé 4 fois), l'aspect du suivi, suivi régulier, l'aboutissement (employé 2 fois), entretien global, entretien, besoin (employé 11 fois), contexte du patient, contacts assez réguliers, rediscute, suivre l'évolution, année en année, confiance, avance en âge, bis repetita, d'année en année, toujours, tous les ans*

souffrance : (employé 5 fois) *souffrance physique ou morale, gros blues, blessure, blessure morale, problème (employé 5 fois), les soucis (employé 6 fois), problèmes, on supporte toujours, difficile à supporter, pouvoir supporter, contraignant, obligé, inquiétude (employé 2 fois), on a mal, complexe, n'arrive pas toujours*

rigueur : *affinant, le soin adéquat, déterminer assez précisément, assez justement, ciblé (employé 3 fois), ponctuel, efficaces, études, logique, pas forcément, forcément, rapport de force forcément, preuves, certitude*

les possibles : *Il sait, capacité, savoir, pouvoir, doit, jugements, sources de, essaye, possible, certainement, on arrive à, on suppose, discuté,*

registre autour du médicament : Un moyen pour répondre

« Derrière le diagnostic il y aura vraisemblablement prise de médicament ou autre type si ce n'est pas bien ciblé, à ce moment-là on peut s'imaginer tout de suite qu'il n'y a pas forcément ordonnance, ..., déjà c'est pour un soulagement à mon avis, ..., Ça peut être des soins type kinésithérapie ou autre pour soulager, ..., mais cela fait partie de l'aide à la guérison je fais en sorte que ce besoin soit satisfait soit par médicament soit par soins ».

quantitatif : *montant, sacs entiers, trop long, trop abondant, beaucoup de boites, des tas de boites, tas de médicaments, trop longue.*

marchand/économie : *vente libre, produits, politico-économique, économies, utilisé, consommés, nourrir d'éléments, à la mode, boites pas ouvertes, médicaments courants, libre-service, coût, technologies, remboursé, besoin, conditionné, pain, conditionné, nécessités actuelles, la sécu,*

Opérationnelle, librement ; je lui fais remboursement.

compétences spécialisées : *Métier job conseil, conseil, expliquer pourquoi comment expliquer, parcours professionnel, secret, on suppose qu'il sait, s'imaginer, molécules de synthèse, chimique, naturel,*

vraiment purement simplement fondamental vraisemblablement clairement généralement effectivement, normale, à priori, essentiel.

approche globale attendue : *puis après il y a l'aspect, euh plutôt en fonction de la personne qui est en face de soi; personne plutôt fragile points d'appuis familiaux amis personnes âgées mon entourage copain ; si cela engendre par la suite d'autres problèmes ou d'autres besoins de soins ou de médicament, je pense que là le médecin doit pouvoir travailler sur le contexte du patient, éléments psychologiques, ressenti, corps, consciemment, esprit*

savoir et ignorance du patient :

Je ne sais pas si on peut l'expliquer consciemment ; On comprend notre corps, au fil des âges on a plus, on est plus en phase avec soi et on arrive à détecter, les soucis, les problèmes du corps, là on peut les exprimer librement /peut être pas de rapport de force mais de capacité

qui échappe au patient ; on n'arrive pas toujours à déterminer les causes ; on voit les conséquences plus exactement ; sinon on a pas fait les études suffisantes pour arriver au diagnostic .

Exprimer/effet/échappe

*non classés : se passe /conséquences /équivalence en /Je n'ai testé /je ne voudrais /tester /je sais que la période dure /très peu de /je ne veux pas me lancer /soins d'automédication./prendre /vous croyez avoir /général les mêmes /plusieurs reprises,/je demande /formule plus efficace /plus efficace profiter, /la discussion/
il consulte /change /nouvelle /je lis attentivement la notice,/ voir /dedans / je ne comprends pas tout, /m'informer /rassurer /pas besoin d'être /rassuré/ nouvelle molécule /marginal/ je ne refuse pas jouer le jeu /je pense que /débat,..*

Intrigue : Le bon usage du médicament est une réponse, si nécessaire d'un médecin savant et attentif, au malade inquiet sans excès, mais en le faisant bénéficier de l'évolution des molécules.

7 - Analyse de l'entretien avec Florence :

Motif de la consultation: Elle attend des « *conseils* » et des « *réponses* » à « *mon état de santé* » qui « *m'amène à consulter* », de « *savoir exactement ce que j'ai, ..., diagnostic clinique* »

La relation médecin malade est dans ce cas assez familière. Le médecin « *quelqu'un* », « *une personne* » qui la reçoit dans son cabinet, elles passent du temps ensemble, elles entretiennent des relations « *cordiales* », c'est-à-dire chaleureuses, sincères, affectueuses. Cette relation qui semble presque amicale, maternelle et maternante, s'est construite suite à des consultations régulières dans le cadre d'un renouvellement mensuel.

Le médecin s'occupe entièrement d'elle : « *ma famille, ..., mon travail, ..., ma vie, ..., ma ménopause, ..., soucis de santé sérieux* ». « *Elle me demande « comment va », ..., On parle, ..., elle me dit, ..., conversations personnelle, ..., rapports assez cordiaux, ..., soutenante, ..., elle te consacre le temps, ..., heure ensemble, ..., c'est intime et confidentiel, ..., sérieux, ..., pas un médecin qui fait que d'écouter* ». Elle la rassure, lui explique, la conseille, l'examine, en prenant le temps de prendre sa tension, d'écouter ses poumons, c'est-à-dire écouter sa respiration, de la « *toucher* » (importance du contact et de la clinique).

La prescription n'est pas spontanément abordée et n'est pas la motivation de la consultation. La prescription est source d'interrogation, les modalités de prise ont besoin d'être précisées par le médecin. La prescription est jugée comme à « *priori* » nécessaire, et c'est une compétence du médecin. Elle s'en remet à ce que dit le médecin, et s'il y a un effet indésirable, elle demande à revoir le médecin. « *Elle n'est pas dans la surproduction médicamenteuse, ..., est-ce que c'est déjà beaucoup, je ne sais pas ?* », elle se le demande quand même, visiblement. Elle dit avoir confiance en la prescription du médecin, a besoin de savoir pourquoi, comment, quels effets secondaires, quelles sont les interactions possibles : « *à quoi cela sert, ..., je lui ai toujours demandée ce qu'il y avait sur l'ordonnance, ..., je sais ce que je vais prendre, ..., je sais à quoi cela sert, ..., je le suis exactement à la lettre* ». Même si elle a confiance en son médecin, elle « *vérifie* » et questionne sur ce qu'elle lui donne. Son médecin prescrit des médicaments non remboursés : « *J'attache de l'importance au remboursement du médicament, bien sûr, car il y a des médicaments qui sont cher, voilà, en même temps il me prescrit des médicaments qui sont peu remboursés ou très peu, mais voilà, je fais avec, ..., ce n'était pas vraiment des médicaments, mais, quand même, chez le pharmacien, ..., je pense que ça avait plutôt un effet psychologique, quelque chose pour me rassurer* ». Les produits trouvés chez le pharmacien ont une certaine valeur thérapeutique même si ce ne sont pas tout à fait des médicaments. Qu'a t-elle voulu dire ?

Des biens de consommation courante trouvés chez un spécialiste de la santé ?

La prescription lors d'une consultation fait partie du décor, elle est académique, normale. Mais ce n'est pas la seule solution que peut lui apporter son médecin. Elle peut aussi lui conseiller des changements de mode de vie alimentaire par exemple « *moins* » ou des conseils sur son hygiène de sommeil « *plus* ». « *Parce que ce que je ne nécessite pas de traitement tout simplement, ..., parce que cela pourrait être lié à un trouble digestif, il faudrait arrêter de manger quelque chose ou de dormir plus* ».

Si une consultation était menée sans prescription, cela ne la générerait pas, si (dans l'exemple cité), un arrêt de travail lui avait été prescrit pour la soulager. L'arrêt de travail aurait, semble t-il, été plus apprécié que le médicament prescrit (en l'occurrence ici un antibiotique), pour pallier à ses souffrances. Cette patiente aurait semble t' il préféré qu'on lui propose "le repos" plutôt que le " médicament" pour un retour à l'état antérieur: « *J'aurais peut-être préféré ne pas avoir de traitement mais un arrêt de travail d'une semaine... je veux bien ne pas avoir de médicament mais il faut me donner un moyen ou un autre de récupérer* ».

Le médicament: L'organisme répond au traitement, qui le fragilise en le rendant moins résistant «*plus tu prends des antibiotiques moins tu es résistant*». Quand je lui pose la question, la première chose à laquelle la patiente fait référence est: «*pour une prescription médicamenteuse, c'est un traitement infectieux, pour désinfecter, un traitement pour calmer et pour contrer un symptôme*».

Après son médecin, la notice est la deuxième source d'information sur le médicament, à laquelle cette patiente a recours. La notice la sécurise. Le médicament est considéré comme pouvant être dangereux. «*Ça m'a embêté de prendre des antibiotiques, ça m'est arrivée quand j'ai eu une intervention dentaire, ..., je sais que ce n'est pas bon, que ma flore intestinale elle déguste, ça provoque des diarrhées, des choses comme ça, plus tu prends des antibiotiques, moins tu es résistant, si tu peux prendre des choses autrement*».

L'ordonnance est «*tendue*» (tendre: se définit par un geste qui présente en avançant); ce qui a une connotation affective. L'ordonnance fait le lien. La patiente me reprend quand je lui demande: " comment l'ordonnance est amenée ? «*Elle n'est pas amenée* me dit-elle, *elle est prescrite* (action factuelle), c'est «*fait*» dans son «*petit carnet*» (intimité), sans que son avis ne soit préalablement demandé et sans discussion préalable ; puis elle demande à son médecin une explication.

L'observance semble être complète, si le traitement est compris. Le traitement n'est accepté, que s'il est nécessaire, et elle trouve que «*ce n'est pas la peine*» de prendre un sirop. Une fois reçue son ordonnance, elle «*s'empresse d'aller à la pharmacie*».

Elle a déjà eu l'expérience d'un sevrage, pour un médicament entraînant une dépendance, et se soigne donc désormais par phytothérapie ou homéopathie pour lesquels elle considère le pharmacien, comme un conseiller compétent pour la délivrance de ces produits (qu'elle ne considère pas comme des médicaments), dont l'efficacité est consciemment considérée comme psychologique. «*Ça m'arrive aussi de faire de l'auto prescription, et je lui demande s'il a quelque chose d'homéopathique pour soigner. D'ailleurs le pharmacien m'a donné quelque chose d'épatant, ça évite une consultation et des produits plus puissants, ..., le pharmacien est bien attentif et du coup il fait bien son métier; il n'est pas seulement un marchand de médicaments avec ce petit conseil en plus*». Il lui arrive de s'automédiquer avec les conseils de son pharmacien «*D'ailleurs le pharmacien m'a donné quelque chose d'épatant, ça évite une consultation et des produits plus puissant*», elle est favorable au traitement homéopathique ou phytothérapeutique .

Les limites du pharmacien par rapport à son médecin: «*Elle, elle sait les interactions médicamenteuses et quel médicament va avec quel médicament, ..., et puis, tu es dans un bureau, c'est intime et confidentiel, et, tu n'es pas devant le comptoir à raconter les choses devant tout le monde*».

Elle a besoin de «*quelque chose*» prescrit, pour soigner, pour se rassurer. Quand elle emploie le mot «*chose*», cela ne fait pas allusion qu'au médicament, elle désigne aussi comme «*chose*», les soucis, les effets secondaires... (cf. définition dans la discussion)

Cette patiente exprime clairement que le médecin ne peut pas ressentir les mêmes choses qu'elle; qu'il agit en fonction de ses propres considérations, et par conséquent minimise ses besoins. «*Non ce n'est pas un reproche que je lui fais mais, «silence», elle de sa place, elle a dû considérer que voilà c'était suffisant, moi je ne l'ai pas ressenti comme ça; en même temps ce n'est pas moi le médecin.*»

Intrigue : Elle consulte son médecin pour du conseil et des réponses ainsi que pour parler d'elle. Son médecin est soutenante et compétente, mais elle reste vigilante sur sa consommation médicamenteuse qui pourrait parfois être évitée par d'autres mesures.

8 - Analyse de l'entretien avec Marcel :

Ce patient attache beaucoup d'importance à la bonne connaissance réciproque entre lui et son médecin, pour une relation de confiance et pour une bonne prise en charge de sa santé. « *Je connais (respiration) (en parlant de son médecin) et qui devrait connaître déjà mon dossier bien sûr hein et hein ...* ». Dans son discours, avec le temps qu'il emploie « *il devrait* », il semble dire qu'il trouve incomplet la connaissance que son médecin a de lui, la pose et le soupir qui s'en suivent en disent également long sur ce qu'il pense.

Il attend de son médecin qu'il le « *soigne* » et « *comme il faut* » c'est-à-dire : « *qu'il me donne ce qu'il faut pour me soigner, pour être* (silence) ». Le médicament " *repossibilise* " l'existence (le terme *repossibilise* a été développé par Lazare Benaroyo un philosophe et médecin), lui permet d'être et donc de ne pas arrêter de vivre. Cela montre l'importance du don du médecin dans le soin qu'il lui apporte. Ce don du médecin est pour lui un besoin. On voit que ce don doit être matérialisé par quelque chose quand il dit : « *qu'il vous donne des médicaments adéquats* », et le médecin ne doit pas lésiner sur les moyens : « *tout ce qu'il faut* ». Il souhaite des « *renseignements, pour tous* », des examens complémentaires « *des radiographies, des tests ... c'est ce que l'on cherche c'est tout, pour confirmer ce que l'on a, déjà nous en tant que patient ça nous soulage* ». Il souhaite donc que le médecin le connaisse sous toutes les coutures, que cette connaissance passe par des examens complémentaires. Il attend également de son médecin qu'il le suive « *un suivit ... automatiquement ... régulier* ». Il a raison, pour bien se connaître il est nécessaire que les contacts avec son médecin soient réguliers. Il dit bien rendre à son médecin l'investissement qu'il met pour le soigner, en étant « *fidèle* » (comme dans un couple), c'est du donnant donnant. Le médecin « *le suit* » et lui, il « *suit les prescriptions du médecin* ».

A juste titre il juge la relation médecin patient primordiale dans le soin. Cela le met en confiance d'avoir un médecin qui prend de ses nouvelles, qui se préoccupe de sa santé : « *Mr R père qui passait à la maison voir si ... voir comment ça allait, n'importe quoi, quand il savait qu'on avait une maladie, voyez-vous c'est ça qui fait le contact avec le médecin et la confiance avec le médecin, c'est tout ça, c'est le rapport médecin patient c'est très important* ».

Lorsqu'il emploie le « *comme il faut* » pour « *soigner* », pour « *donner* », il fait donc référence à une valeur universelle et à quelque chose qui lui semble comme un impératif ; d'une part parce qu'il souffre et qu'il ne le supporte pas et d'autre part parce qu'il a appris lors de sa socialisation qu'il ne faut pas rester dans cet état de souffrance, qu'il faut se soigner selon un rituel : la consultation chez un médecin, le pharmacien, la prise de médicament, ou une cure. « *Je me dis tant mieux, ça va peut-être aller mieux, je vais à la pharmacie, je commence à prendre mon traitement et j'espère une amélioration, c'est tout, c'est ça, héhé ... c'est le but* ». Il semble subir cette conception des choses et « *ce n'est pas toujours évident* » mais c'est comme cela, « *il faut* ». Tout cela lui donne des repères et il veut y croire, ça l'aide à tenir, lui donne de l'espoir. Il s'attache à « *faire* » tout comme il faut « *je prends ce qu'il faut comme médicament, ..., je fais mon traitement* ». Il s'approprie le traitement qui lui est prescrit, à lui personnellement. Il demande qu'on « *l'oriente dans le bon sens* », vers ce qui est bon pour lui et ce qui est jugé comme bon par la société.

La maladie c'est « *des problèmes* », il ne souhaite pas la rendre publique « *bon je vous dis, je ne sais pas, ça reste anonyme ça hein ?* »

Le soin c'est prendre en charge « *la douleur* », l'utilisation du déterminant « *la* », montre qu'il ne la fait pas comme sienne mais comme quelque chose d'extérieur, de réelle, que l'on peut matérialiser. Il se sent possédé « *constamment* » par cette chose « *vit avec* » jusque dans « *le lit* », elle le poursuit, l'envahit, il en est « *plein* » (« *je suis plein de douleurs* »), il voudrait que le médecin (une personne extérieur à lui) lui « *atténue* » ses douleurs (et non qu'on lui arrête),

il ferait « *n'importe quoi* » pour cela. Ce qu'il « *attend* », ce qu'il « *cherche* » lorsqu'il vient voir son médecin c'est les « *prescriptions conformes par rapport à ce que j'ai, ..., valables par rapport à ce que j'ai, ..., une cure ou, des trucs comme ça* ». Pour que les prescriptions soient acceptées et reconnues, il en attend rigueur et précision.

La prescription pour ce patient est importante, car il répète et affirme : « *l'importance que j'accorde à la prescription* », et « *c'est une question de confiance* » à son médecin. Il s'en remet à lui pour cela. La prescription est considérée comme un ordre venant du médecin : « *il faut prendre un médicament pour vous soulager* » « *il me dit prends* ». Ordre qu'il semble exécuter « *je suis sa prescription* », un peu comme une fatalité « *c'est tout, c'est ça* » et c'est « *important* ». Mais il n'accepte pas le sacrifice s'il n'y a pas de résultat « *c'est tant de pilules par jour bien sûr, ..., dans les jours qui suivent après c'est pour avoir les améliorations bien sûr* » et bien que les résultats ne soient pas toujours au rendez-vous (« *bien que ce n'est pas toujours évident*»), il y croit « *il faut que ça améliore, c'est ça* ». La prescription médicamenteuse semble donc être quelque chose de nécessaire pour soulager ses souffrances, l'aider à affronter sa maladie, espérer d'être mieux, et entrer en contact avec les rouages du soin (qui sont : le médecin le pharmacien la technologie (tests, radio, bilan,...)) « *je vais voir mon médecin* » pour « *lui dire que ce qui me fait que du bien franchement c'est du voltarène®* » *outil de communication, fait le lien, « je vais lui demander quelque chose, ça c'est moi qui vais lui demander, ..., une cure* ». Il semble utiliser le prétexte de la demande du voltarène® (une demande commune et acceptable) pour accéder à sa demande principale de cure (dont il doute d'avoir l'accord). Ce doute se palpe bien puisqu'il me met à partie en tant que médecin pour voir si sa demande est plausible. Il me demande régulièrement « *voyez-vous ?* » comme si il voulait s'assurer que son discours me donne bien à voir quelque chose, peut-être même une signification cachée derrière les mots qu'il emploie? Y avait-il quelque chose à interpréter? Ou alors ne veut pas que je l'interprète mal? J'aurais peut-être dû lui dire non je ne vois pas, pour qu'il me précis ses propos ... mais, ils me semblaient suffisamment clairs, donc je hochais la tête pour lui montrer mon empathie et le mettre en confiance. Il avait un besoin d'être compris et d'être vu pour pouvoir s'exprimer librement et en toute confiance. Il cite le médicament par son nom commercial, comme un objet qu'il s'est approprié, ce n'est pas l'anti inflammatoire qui lui fait du bien mais le voltarène® (j'aurais pu lui demander de me dire ce que c'était pour lui). Le médicament prescrit semble avoir un effet, immédiat, dès qu'il à la boîte en sa possession « *à la pharmacie, ..., je fais mon traitement instantanément* » et même avant cela, quand le médicament est couché sur le papier « *je me dis tant mieux, ça va peut-être aller mieux* ».

Il associe le médicament à la prise alimentaire, donc comme quelque chose de nécessaire au bon fonctionnement de son organisme, quelque chose de vital « *bon je ne prends pas trop en dehors, je prends au moment des repas* ».

La consultation sans prescription médicamenteuse ça lui est « *déjà arrivé* », il n'est « *pas contre* » mais, il y a un « *mais* » puis on sent qu'il est gêné « *s'il n'y a pas de prescription médicamenteuse (bafouille) pardon* » et peut être un peu déçu « *c'est tout* » (c'est comme ça), même s'il semblerait l'accepter ce dont il souffre « *est passager* ». Il me fait néanmoins comprendre qu'il ne vient pas pour rien en consultation « *regardez (et il me fait écouter ces craquements d'épaules), vous voyez, je ne suis vraiment pas bien, j'ai du mal de partout* », il se justifie en mon montrant les signes physiques de son corps souffrant, se justifiant sur la nécessité de « *donner quelque chose pour m'alléger mes douleurs* ». Alors il ne vient « *pas spécialement pour prendre des médicaments* » car il ne veut pas en faire « *collection* » (accumulation), mais il attend du médecin une prescription, qui peut être autre que des médicaments (radios, examens, prise de sang) car ce qui le « *soulage* » c'est « *que l'on cherche* » (que l'on s'occupe de son problème), qu'on « *l'oriente dans le bon sens* » (en passant par les bons examens complémentaires), « *pour confirmer* » qu'il n'y a rien de grave,

que cela « *n'ait pas évolué par rapport aux années précédentes* ». De son attente personnelle il en fait une généralité, quelque chose qu'il considère comme universelle, car il parle à la 3ème personne et dit que c'est pareil pour son « *épouse* ».

Il ne remet pas en cause l'ordonnance du médecin dans un premier temps, puisqu'à la question sur l'amélioration de l'ordonnance, il dit « *non, non, non* » et puis de façon un peu confuse, il ose me dire, même si cela est difficile de dire à un médecin ce qui ne va pas chez les médecins, que c'est une part d'incompréhension. Incompréhension d'une part à cause du vocabulaire qu'on utilise (il s'adresse également à moi) « *vous avez quand même on peut le dire des termes vraiment très spéciaux auxquels moi je ne comprends rien du tout* » et d'autre part de notre écriture « *c'est le gros problème, ce n'est pas toujours lisible ce que vous écrivez, vous avez des manières d'écrire* ». Alors le médecin « *s'arrange pour expliquer, ..., interpréter, ..., soit compréhensible, ..., dans un terme courant* » et même si « *c'est très rare que ça arrive* » ce patient « *pose la question* » pour que les choses soient « *dites, ..., tout simplement.* ». Il utilise « *toujours* » l'ordonnance après le passage à la pharmacie, puis, une fois utilisée, les médicaments consommés et passé un laps de temps, il ne la « *collectionne pas* », il finit par la considérer comme un vulgaire « *papier* » et lui réserve un violent sort : « *je la garde et puis au bout d'un certain temps, je ne suis pas un collectionneur de papier, je le jette, je le déchire, je le détruis... et puis c'est tout* ».

Le médecin n'a pas le droit à l'erreur dans ses prescriptions, quand ce patient consulte il ne veut pas avoir à revenir pour le même motif parce que le traitement qui lui a été prescrit à échoué, c'est ce qui semble motiver la consultation de ce jour « *on donne un médicament, j'ai déjà vu et puis tout compte fait au bout de 5- 6 jours ça n'évolue pas quoi, oui, s'il faut revenir pour prendre aut'chose* » il sous-entend donc que si il ne va pas mieux c'est à cause du traitement qui été inadapté « *automatiquement on met quelque chose de pluuus, comment dire deeueueueue pfou ,..., plus fort de chez pas, par rapport à ce que... vous voyez hein* » (visiblement il souhaitait d'emblée la prescription de la cure et de voltarène®) « *alors là déjà bon je me dit il faut que j'y retourne alors que ça m'embête d'y retourner, ..., alors que j'aurais pu avoir des prescriptions adéquates le premier jour, c'est ça quoi, c'est un peu leuuuu... (rire)* ». Son médecin a probablement d'abord essayé le traitement le moins nocif, et ne lui a donc pas prescrit les anti-inflammatoires souhaités; quant à la cure, la prescription n'étant pas de coutume, il ne devait pas se douter que c'était une attente du patient. Je pense que concernant l'anti inflammatoire son médecin a dû lui expliquer pourquoi il ne les prescrivait pas en première intention, mais ce patient semble pencher en faveur du bénéfice de ce traitement « *je vais lui dire ce qui me fait que du bien franchement c'est du voltarène® je prends deux boîtes de voltarène® je suis tranquille pendant 1 mois ½, 2 mois bah, ça me fait du bien, c'est tout, c'est ce qui me soulage actuellement, je vais le voir, pourquoi, pour qu'il me donne...* ». Il en veut à son médecin de ne pas le connaître assez bien pour ne pas lui avoir prescrit d'emblée le traitement adapté « *est ce que le médecin sait tout ce que j'ai eu comme médicaments tout ça ? Je ne suis pas sûr, je ne suis pas certain, je ne suis pas dans le secret, voyez-vous, des fois c'est à me demander* ». Son médecin semblerait donc détenir un secret le concernant. Certains patients ne connaissant pas ce qui est consigné par leur médecin dans leur dossier médical et se demandent parfois ce que le médecin peut leur cacher les concernant. Dans le cas présent il n'y a visiblement pas les informations nécessaires pour pouvoir le soigner de façon optimale.

Il appréhende aussi le fait de lui demander une cure pour traiter ses rhumatismes, visiblement il a peur que son médecin lui refuse, en tout cas pour la durée qu'il souhaite, puisqu'il fait un lapsus ! Et il augmente progressivement le nombre jours souhaité : « *pour une cure avec mon épouse pour faire, 10 jours 20 jours, 3 semaines de cure pour dire essayer d'atténuer, voilà, là, je vais lui demander quelque chose, ça c'est moi qui vais lui demander, ce n'est pas pareil voyez-vous, maintenant est ce qu'il va me l'accorder ou quoi, j'espère que non* (il aurait dû

dire oui) ». Visiblement, il pense que son médecin ne lui proposera pas la cure spontanément « *c'est moi qui vais lui demander* ». Il se justifie auprès de moi de sa demande de cure, « *je vais approcher les 70 ans quand même, je crois que ce n'est pas du luxe* ».

Registres lexicaux:

La rigueur : Conforme, valable, comme il faut, ce qu'il faut, instantanément, automatiquement, adéquat, collectionneur, systématique, habitude, toujours, il y a un départ et un but, être sûr, priorité

La souffrance : Pathologie, problèmes, douleurs, douleurs constamment

Actif et impliqué dans le soin : Je demande, je vais voir, je vais lui dire, je suis la prescription, je fais mon traitement, je me soigne

Optimisme: Atténuer, améliorer, ce qui me fait du bien, aller mieux, tranquille, ça n'évolue pas, je suis bien content

Relation et communication médecin malade: Je connais, contact, fidèle, approche, expliquer, comprendre,

Intrigue : ce patient vient consulter son médecin pour lui demander une cure, la solution qu'il avait trouvé avec son ancien médecin pour alléger ses douleurs, il me met alors à partie afin de savoir si sa demande est valide. La prise en charge de sa santé doit se faire avec rigueur sur la base d'une connaissance et d'une confiance réciproque avec le médecin de famille.

9 - Analyse de l'entretien avec Clément :

Ce patient dit avoir un savoir médical, il utilise à de nombreuses reprises : « *je sais que, ..., je sais que, ..., je sais que, ...* ». Il justifie ce savoir parce que : « *J'ai travaillé dans la santé* », « *travaillant dans la santé* » « *là où je travaille, je ne connais pas de personne qui ont 80 ans et qui n'ont pas de médicaments* » « *par expérience et habitude* » « *j'ai 60 ans* » « *j'ai vu que* » « *j'ai pris d'avantage de renseignements* ».

Comme il dit savoir, il prend donc en main ses problèmes de santé « *choisi un cardiologue* », et n'est pas toujours compliant : « *en ai pas pris tout un temps (sous-entendu les médicaments prescrits)* », « *il y a deux médicaments que je prends actuellement, je ne sais pas si je vais les garder* », « *je n'en prendrai pas, je prendrai simplement le principe actif* », « *je suis à la lettre un petit peu* », « *effectivement, il m'arrive souvent de choisir les médicaments* ».

Lorsqu'il consulte il a également ses convictions dont on peut difficilement le faire déroger : il « *pense qu'il va me donner des médicaments* », « *ce n'est pas facile que j'accepte* », « *je le croirai, mais euh bon, si je mouche jaune, je crache, tout ça voilà c'est certainement que je suis infecté et je pense que j'ai besoin d'un antibiotique* », alors que scientifiquement parlant (cf. EBM) ce n'est pas forcément le cas.

Il consulte lorsqu'il juge que pour se soigner il a besoin de médicament, « *si je vois que je suis infecté, je sais que j'irai pour des antibiotiques* », « *je retarde toujours le fait d'aller chez le médecin* ». A la question « *pensez-vous qu'il va vous donner des médicaments ?* » il répond « *oui, sinon je n'irai pas* » ! Et s'il estime que sa pathologie ne nécessite pas de traitement alors il ne consulte pas : « *si c'est une grippe, je sais que ce n'est pas la peine que j'aie le voir pour des médicaments, parce que je sais que ce n'est pas nécessaire* ». Ce patient consulte donc quasi exclusivement lorsqu'il a besoin de médicament. Le rôle du médecin généraliste semble ici limité au rôle de prescripteur effecteur d'ordres mais aussi de donneur d'ordre, car il dit souhaiter s'en remettre au médecin pour les traitements à prendre : « *Je ne négocie pas c'est lui qui décide sinon je n'irai pas le voir* » (c'est ambigu il sait ce qu'il lui faut, le médecin décide et il fera ce qu'il veut ! ce fonctionnement semble entraver le bon déroulement du soin et être source d'une mauvaise communication entre médecin et malade), comme s'il attendait une attitude paternaliste et directive et puis il prend seulement ce qu'il juge nécessaire « *je ne prends que la molécule active* », et quand il consulte c'est dans un but de prescription bien particulier « *en général des antibiotique* ». S'il a un doute sur ce qui lui est prescrit, qu'il remet en question l'ordonnance, il n'en parle pas immédiatement au médecin. Il se profile bien dans ce discours les conséquences sur le patient d'une relation de type paternaliste. Le type de relation qu'il entretient avec son médecin ne semble pas favoriser l'observance.

Cette attente en médicaments semble conditionnée : « *débouche généralement par un médicament* » « *je pense qu'il va me donner des médicaments* ». Lorsque je rebondis sur cette phrase « *me faire soigner sur ce problème-là qui débouche généralement par un médicament* » et le questionne par « *Vous attendez donc des médicaments ?* » il répond « *Euh, bah souvent ça se passe ainsi* », « *A partir d'un certain âge on ne peut pas faire autrement que d'en prendre* ». On voit là qu'il y a une habitude de prescription du médecin, qui conditionne les attentes du patient, « *pendant très longtemps, quand on allait le voir pour une infection au niveau des bronches on ressortait avec 5 à 6 médicaments, au minimum 4, maintenant ça commence à diminuer* ». Il constate que cette « mauvaise » habitude est en train de se perdre : « *maintenant ça commence à diminuer, ..., plein de médecin qui ont compris et qui disent c'est un antibiotique vous aller avoir quelques désordre gastriques il vaut mieux manger ça* » plutôt que de prescrire de l'ultra levure. On a l'impression que face à cet afflux de médicaments prescrits par les médecins, c'est à lui de les modérer, en ne consultant que,

quand il pense qu'un médicament est nécessaire : « *sinon, je n'irai pas. Mais, je fais attention, par exemple, je sais que si c'est une grippe, je sais que ce n'est pas la peine que j'aie le voir pour des médicaments, parce que je sais que ce n'est pas nécessaire* »

C'est uniquement une molécule active qu'il recherche et non un traitement symptomatique, qu'il juge accessoire, avec des connotations assez péjoratives « *s'il me met des antibiotiques puis de l'ultra levure et je ne sais pas quoi, des machins pour déboucher le nez je ne les prendrais pas je prendrais que le principe actif* », « *je prendrai simplement le principe actif* ». D'ailleurs quand il nomme les médicaments qu'il prend, c'est bien la classe qu'il cite : « *la flécaine® qui est un anti arythmique et l'autre c'est un bêtabloquant* ».

Chez ce patient on distingue bien l'importance de la prescription d'un traitement actif et efficace pour une pathologie aiguë, transitoire et à l'opposé la contrainte liée à la nécessité de la prise d'un traitement de fond. Le traitement de fond est conçu comment étant du recours du spécialiste « *j'ai choisi un cardiologue qui était connu comme étant un très bon cardiologue et lui il m'a fait un ensemble de tests et voilà il m'a dit que tel médicament n'est pas nécessaire et voilà j'en ai pas pris tout un temps* » « *Le cardiologue c'est simple il donne juste le médicament de sa spécialité* », il semble donc pour lui que ce n'est pas du recours du généraliste d'avoir à initier un traitement d'organe. Et, que le spécialiste contrairement au généraliste ne soigne pas le patient dans sa globalité. Une fois qu'il s'est assuré, auprès d'un médecin qu'il a jugé compétent, qu'il fallait prendre un traitement, il « *accepte de le prendre de manière régulière, ..., il y avait un avis partagé de manière différente avec d'autres médecins et à ce moment-là j'ai pris d'avantage de renseignements sur les spécialités* », la relation de confiance peut donc s'instaurer avec le spécialiste qu'il a choisi : « *j'ai confiance au médecin* ».

Ce médecin spécialiste lui « *explique extrêmement bien pourquoi il me donne ceci, combien de temps il doit me donner, s'il change de traitement* » et ils ont même visiblement discuté du traitement au long terme, « *je ne sais pas si je vais les garder* ». Néanmoins, il reste un flou car ce patient c'est informé sur les médicaments qu'il prend et à découvert dans la notice une interaction entre les « *deux médicaments que je prends actuellement* » donc il ne « *suis à la lettre* » qu' « *un petit peut ce qu'il prescrit* » et ne prend plus qu' « *un comprimé le matin* ». D'où l'importance d'expliquer au patient tout ce que nous faisons même lorsqu'il y a un risque, que nous avons évalué et que nous jugeons que le bénéfice risque est en faveur du bénéfice. Le patient n'est pas dupe et ne fait pas toujours une confiance aveugle au médecin, même si en consultation il n'ose pas remettre en cause notre décision et s'il dit « *comme une obligation, là c'est parce que je ne peux pas faire autrement, ..., je ne négocie pas c'est lui qui décide* », on voit bien qu'il a son avis sur la question et que même s'il « *croit* » en son médecin, il peut « *penser autre chose* » au vu de ses propres connaissances et donc ne pas être observant, et comme il « *ne négocie pas* » il peut être en porte à faux avec son médecin.

Discussion : Ce patient attend que les médecins donnent les éléments pour qu'il soit en capacité de juger ce qui est bon pour lui et ce dont il a vraiment besoin, mais il semble rester sur un schéma de relation paternaliste ou on ne redit pas ce que le médecin dit. Ce patient aurait souhaité que le cardiologue l'informe du risque d'insuffisance cardiaque lors de l'association du bêtabloquant et de la flécaine®. Sa mauvaise observance est le résultat de cette découverte inquiétante et il n'ose pas appeler son cardiologue pour le lui demander.

Le traitement de fond est considéré comme dégradant du fait de l'image auquel il le revoit : ses « *parents* », « *les résidents de la maison de retraite où il travaille* », de l'entrée inéluctable dans le vieillissement « *c'est lié aussi avec l'idée du vieillissement* », l'idée aussi de « *la dépendance physique, de l'altération de l'état physique, de manière permanente, durable* »

auquel cela renvoi », marquant une avancée dans l'âge « *je ne connais pas de personnes qui ont 80 ans et qui n'ont pas de médicaments* ». Il se voit en prendre de plus en plus avec l'avancée en âge « *comme quelque chose que je suis amené de plus en plus à prendre, ..., les gens ont au minimum 6 médicaments voir 8* », « *le médicament ça me renvoie à la maladie, comme j'ai 60 ans* ».

D'autre part c'est « *une contrainte, ..., il faut le prendre tous les jours* » et c'est « *comme une obligation* », qui est mal acceptée « *donc si je peux m'en passer je me passe de médicaments* » « *je ne fais pas parti des gens qui courent après les médicaments* ». Et enfin, « *ça coûte cher* ».

La prise de médicaments est considérée comme une nécessité de soin « *là c'est parce que je ne peux pas faire autrement* », « *je ne suis pas particulièrement favorable aux médicaments* ».

Il parle du médicament comme « *un produit pour décongestionner mon nez* », l'utilisation du terme produit renvoi à une notion marchande, comme un article, un objet, un bien ou un service proposé sur le marché, permettant une action sur une partie de son corps qui dysfonctionne : son nez congestionné, « *médicament pour le cœur; pour le diabète* ». Le médecin lui « *donne* ». Les autres médicaments qui lui sont délivrés sont : « *de l'ultra levure* », « *un peu de lysopaïne®* », « *pour ceci cela* » comme s'il y avait un tas de choses pour traiter un tas de maux, et cela ne lui convient pas puisqu'il ne prend pas ce type de prescription, ne correspondant pas à une molécule active ou par extension au générique il me semble.

Intrigue : On prend des médicaments prescrits par un professionnel, parce qu'on n'a pas le choix, mais il est important de savoir quelle est leur efficacité.

10 - Analyse de l'entretien avec Mathilde :

Le rôle du médecin est de soigner, chercher, poser des questions, certifier (« *que ce n'est pas grave* »), conseiller (c'est-à-dire une recommandation sur ce qu'il convient de faire), elle demande du concret, une conduite à tenir « *j'ai surtout besoin d'être rassurée. Automatiquement c'est des médicaments alors qu'il n'y a pas forcément besoin, c'est plutôt un besoin de conseil.* » Le médecin doit rassurer, prendre en charge les choses, aller au bout du sujet car exprimer son mal n'est pas forcément évident, la prescription qui lui fait peur au vu de son vécu vient en second, le médicament est vu comme quelque chose de donné en abondance, sans grande réflexion et sans que l'intérêt soit clairement perçu. Le médicament doit normalement apporter un mieux, sauf si le diagnostic n'est pas bon.

Le médicament est perçu comme l'outil de travail du médecin, « *c'est son métier, ..., sait ce qu'il a à faire* », on exige de celui-ci un résultat « *on doit être mieux* ». Il est « *pris, ..., donné, ..., ça bloque* ». Il est pris quand ça ne va pas (il n'est donc pas conçu de prime abord pour de la prévention primaire), quand c'est grave, si le médecin prend son temps pour discuter et est persuasif. Elle refuse de prendre un traitement pour l'hypercholestérolémie, pour l'hypothyroïdie (maladies asymptomatiques). Bien qu'elle perçoive bien l'omniprésence du médicament dans la consultation, elle ne le considère pas obligatoire, elle souhaiterait même qu'il soit remplacé par d'autres méthodes plus douces, par des alternatives non médicamenteuses mais son médecin ne lui propose pas et il est difficile de discuter avec lui des autres choix thérapeutiques qui peuvent s'offrir à elle. Notamment elle souhaiterait être soignée par massages et ostéopathie. En effet, le médicament allopathique est considéré comme agressif, de manipulation délicate, et nécessitant un avis spécialisé. Elle a l'impression que c'est plus le médecin qui a besoin de prescrire un médicament, qu'elle même en ait réellement besoin : « *il m'aurait dit exactement: « ce n'est pas grave, je n'en ai pas besoin, faites attention. » (le « je » c'est le médecin, pas elle).* »

La prescription médicamenteuse est donc considérée comme quelque chose de normale, une généralité, une banalité faisant partie du décor de la consultation médicale, « *c'est dans sa formation, ..., c'est une conception de la médecine actuelle* », elle a un rôle « *c'est pour soigner* ». Le renouvellement est vécu comme quelque chose d'automatique, non réévalué « *sans savoir si ça va mieux* ». Pour qu'elle prenne un médicament, elle conseille de l'amener avec prudence, progressivement, il faut que son médecin soit persuasif, explique et discute le pourquoi du traitement et des risques à ne pas le prendre, « *qu'on en discute un peu mieux, déjà qu'il me dise s'il peut y avoir des contres indications, des problèmes avec un médicament, peut-être qu'en en discutant on aurait une autre approche, on accepterait d'avantage... Après s'il dit trop de choses, ce n'est pas ça non plus* ».

Il y a une certaine ambivalence dans ce discours car elle n'apprécie pas que le médecin prescrive des médicaments considérés comme « *agressifs* » mais elle n'est pas non plus satisfaite de la parapharmacie, « *le pharmacien m'a donné des trucs qui n'ont jamais donnés d'effets vraiment concrets* » le truc est un terme dépréciatif pour quelque chose dont on se méfie. La patiente trouve excessif les prescriptions de son médecin généraliste et préfère s'en remettre au médecin spécialiste d'organes « *si c'est plus compliqué que ça, j'aime mieux aller voir un spécialiste pour qu'il y ai un autre regard, pour éviter de prendre quelque chose de trop agressif* ». Avant de prendre un traitement, elle veut être sûre que celui-ci soit nécessaire. Les traitements pour lesquels elle a recours au médecin traitant sont par exemple ceux pour le grippe ou les maux de tête.

Son expérience médicamenteuse : « *j'ai tellement vu mes parents prendre des médicaments* »

que ça m'a bloquée, ..., ma mère a eu un problème parce qu'elle mélangeait des médicaments, ..., les antidépresseurs je n'ai pas pu, j'en ai pris deux jours, il ne faut pas travailler quand on en prend, j'ai fait des conneries, ma tête n'était pas là, ..., un générique qui ne m'avait pas convenu du tout, les antidépresseurs font peur, ..., avec le glaucome j'ai des contre-indications, ... , quand il y a 7- 8 médicaments par jour, ce n'est pas efficace, ..., on peut avoir avec les médicaments d'autres problèmes, de constipation, de maux d'estomac, car c'est trop agressif quoi ». On comprend bien pourquoi elle est réticente à prendre des médicaments. Elle préfère être soignée avec des choses « plus douces », plus « légères » pour commencer, ça ne semble pas la déranger de devoir reconsulter, si le premier traitement dit « doux » n'a pas été efficace et qu'il faut modifier la conduite à tenir. Selon elle, le traitement s'adapte en fonction de la gravité (si c'est « grave ou pas grave »), si ce n'est pas grave il n'y a pas besoin de médicament, mais si c'est plus grave ou compliqué, la patiente souhaite être orientée vers un spécialiste. Le médecin traitant a donc en priorité un rôle diagnostique qui selon elle correspond à déterminer l'origine et la gravité de ce pour quoi elle consulte.

La consultation est considérée comme un échange. La patiente vient avec un besoin lié à un mal, à un problème, que quelque chose ne va pas, pour avoir une réponse : « *savoir exactement la cause* », « *cibler* », « *certifier que ce n'est pas grave* » (être rassurée). Elle vient également pour parler « *je dis* », « *je précise mon mal* ». Cette patiente est attachée à la précision, il faut que les choses soient faites jusqu'au bout. On a l'impression dans son discours, que la réponse ne peut pas être d'office efficace, comme si elle avait besoin que l'on fasse le tour de la question, et d'avoir des preuves. Je ressens une demande importante d'une discussion, par définition la discussion est un échange interactif d'informations entre plusieurs personnes sur un même sujet, avec une connotation de points de vues contradictoires « *il se tient sur ses gardes, ..., il dit je vous mets ça mais vous ferez ce que vous voulez* » (dialogue de sourds ?). Le médecin propose et la patiente dispose « *il dit je vous mets ça, mais vous ferez ce que vous voulez* ». La communication avec son médecin ne semble donc pas optimale : « *il est sur ses gardes, ça manque de discussion, on en discute tous les deux, il me propose, et puis je dis ah non je ne prendrais pas, et puis des fois je ne vais même pas le chercher* ». Le médecin ne doit pas en dire de trop non plus sinon « *ça passe mal* », il doit en discuter avec elle, hors elle dit « *qu'il manque une discussion* », car il n'a pas le temps, d'autant plus qu'elle attend d'avoir plusieurs problèmes pour consulter. En lui en reparlant après l'entretien, elle m'a dit que ça ne la dérangerait pas d'être reconvoquée par le médecin, pour aborder lors d'une autre consultation les problèmes pour lesquels une seule consultation est insuffisante.

Elle conçoit tout à fait une consultation sans médicament : « *pas forcément besoin* » « *ça dépend* » elle demande quand même au médecin si il ne lui prescrit rien, de lui donner « *d'autres méthodes* » : « *massages* », « *conseils alimentaires* », « *ostéopathie* ». Je pense qu'un patient a besoin de sortir d'une consultation avec quelque chose de factuel et concret, un acte : « *qu'il me dise* » « *qu'il fasse passer des examens* » « *qu'il m'adresse pour voir un spécialiste* ». Elle souhaite connaître l'origine et le degré de gravité de son problème.

Registres lexicaux :

La précision : *il recherche, savoir exactement, cibler exactement, reprécise, précise exactement, confirme certifie, il sait*

Elle ne semble pas en confiance avec les médecins généralistes : *Renouvelle sans savoir, font des mélanges avec les médicaments, elle est réticente aux médicaments prescrits, qui lui font faire des conneries, lui font perdre la tête, le spécialiste fera des examens plus approfondis, et évitera les traitements agressifs*

Pour qualifier leurs prescriptions, elle utilise un registre en relation avec l'abondance : *Prescrit des cocktails de médicaments inefficaces, font des mélanges avec les médicaments, recomplete les ordonnances, redonnent, systématique, tellement, automatiquement c'est des médicaments, boites entières*

Le médicament attrait au négatif : *agressif, chose, truc, contre-indications, effets indésirables (digestifs : constipation, maux d'estomac), interactions, problèmes, pas convenu, mal passé, complexe*

Elle souhaiterait être soignée autrement, avec d'autres méthodes, dans un registre plus naturel : *doux, simple, massages, léger.*

Intrigue: Cette patiente va chez son médecin pour se faire soigner, et elle attend de ses compétences un diagnostic rigoureux et précis pour savoir si « *son mal* » est grave, et si c'est le cas, elle souhaite être orientée vers "le spécialiste". Les prescriptions de son médecin généraliste ne la convainquent pas. Si ce qu'elle a est bénin, elle ne veut pas prendre un traitement pour lequel elle est réticente, et souhaite être orientée vers des médecines complémentaires et alternatives que son médecin ne pratique pas.

11 - Analyse de l'entretien avec Charles :

Motif de consultation : Il a « *ses raisons* » : « *quand je vais chez le médecin c'est que je n'ai plus d'autre alternative, ..., et que je sens que j'en ai besoin, ..., pour un renouvellement (ordonnance perdue ou jetée, ..., donc j'y retourne),..., des conseils,..., être rassuré, ...,soulagé, ..., une douleur ou quelque chose qui traîne, ..., savoir* ». La consultation est une démarche personnelle, c'est un acte réfléchi, il attend avant de consulter.

Il apprécie la transmission des savoirs. Le savoir du patient qui sait ce dont il souffre, et le savoir du médecin qui a l'expérience et la connaissance scientifique. Il veut savoir entre autre « *s'il faut quelque chose pour être mieux* », avec l'utilisation du verbe « *falloir* », il semble qu'il conçoive cette « *prise de quelque chose* » comme un devoir, une obligation, une bienséance, une nécessité. Si c'est le cas, il veut être informé sur ce qu'il prend. Il fait un lien entre : « *les raisons qui l'amènent à consulter* », la « *prescription, ..., prise de quelque chose* » et, son « *mieux être* ». « *J'ai la chance d'avoir un médecin qui prend le temps, de m'expliquer, bien souvent même, de sortir un bouquin. Si c'est des douleurs mécaniques, qu'il explique bien le problème, ..., au moment de la prescription, on comprend pourquoi on le prend, dans quel but. On a des informations claires, on n'a pas l'impression de se faire prescrire une molécule qu'on ne connaît pas* ».

Quand il consulte « *dans un but purement de conseil, ..., il n'y a aucune attente des médecins* » sous-entendu de prescription mais, il y a un « *mais si c'est vraiment (donc sa vérité) lié à une douleur ou quelque chose qui traîne et qui peut être soulagé* » (je pense qu'il a fait le tour des motifs qui l'amènent à consulter (hors certificat médical) il « *espère* » (il attend donc avec confiance) « *de ressortir avec quelque chose qui puisse soulager une douleur ou autre* » terme assez général, il peut donc souhaiter soulager autre chose qu'une douleur.

Il semble que le fait de savoir qu'il va consulter, est déjà une étape dans le processus de guérison, il est à ce moment disposé à mettre toutes les chances de son côté pour être soulagé : « *j'y vais vraiment* » (c'est un acte vrai, sincère, réel, conforme aux exigences du raisonnement) « *pour que dans les heures et les jours qui viennent, je sois soulagé, ..., pour soulager, plutôt même dans l'instantané* ». « *Enfin* » (en dernier recours, comme un appel à l'aide), « *quand je vais chez le médecin c'est que je n'ai plus d'autre alternative* » (alternative entre souffrir, ou ne plus souffrir en se débarrassant d'une charge). Il semble donc déjà soulagé du fait de consulter, de recevoir une prescription car c'est une proposition de solution à son problème, dont lui seul n'a pas accès. On sent également dans son discours une forte demande de résultat, il souhaite que toutes les chances soient mises de son côté pour aller rapidement mieux.

Il attend que son médecin soit : honnête avec lui « *de la transparence, ..., si on me dit il n'y a pas grand-chose à faire, où que le fait de prendre ça ne changera pas grand-chose, limite je préfère faire ça quoi, je n'attends pas de lui qu'il prescrive pour prescrire, ..., ce n'est pas pour un effet placebo ou quoi que ce soit* ». Il ne souhaite donc pas être leurré, trompé, avec un placebo, mais qu'on lui prescrive une molécule active. Comme s'il n'acceptait pas que, dans le médicament il y ait une part d'inexplicable qui agisse sur sa guérison, la pharmacopée occidentale se veut scientifiquement explicable. Il est satisfait « *j'ai la chance d'avoir un médecin qui prend le temps de m'expliquer bien souvent même de sortir un bouquin, ..., il explique bien le problème au moment de la prescription on comprend pourquoi on le prend dans quel but on a des informations claires, on n'a pas l'impression de se faire prescrire une molécule qu'on ne connaît pas* ». Cette remarque montre bien l'intérêt des informations fournies sur le médicament. Il « *attend transparence et précision sur ce qu'il nous prescrit* ». Néanmoins, s'il dit qu'il trouve que son médecin l'informe bien sur l'utilité des médicaments prescrits, il semble moins l'être sur les risques et effets indésirables. En effet, il considère le traitement anti histaminique qu'il prend comme « *pas ultrasensible au niveau des dosages,*

..., *c'est un médicament qui n'est pas suffisamment important et technique* » (pourquoi pense-t-il cela ? j'aurai pu rebondir sur ce propos), de ce fait, il « *prend l'initiative d'en prendre un petit peu plus deux ou trois au lieu d'un* » (il ne semble donc pas être informé du risque de somnolence, donc du risque lors de la conduite). Il ne s'en informe pas, car cela lui fait peur. Pourtant même s'il ne lit pas la notice, il existe des icônes sur les boîtes.

La non prescription médicamenteuse : Il conçoit qu'on lui dise qu'il n'y a pas besoin de médicament « *s'il n'a pas grand-chose à faire* » ou que « *ça ne changera pas grand-chose* ». Si on lui prescrit quelque chose, il attend du médicament une efficacité conséquente, il faut que ça vaille le coup car la prise de médicament « *n'est pas un plaisir* » et il préfère ne rien prendre si on lui explique bien que le bénéfice escompté est minime. Il peut concevoir que cela contrarie de ne rien se faire prescrire, mais qu'en ce qui le concerne, il l'accepterait « *je ne partirais pas frustré s'il ne m'a rien prescrit* ». Son besoin en médicament peut donc être jugulé par les explications, et conseils et il peut comprendre qu'il n'y ait pas de prescription médicamenteuse. Mais, son médecin semble plutôt favoriser sa consommation : « *les médecins ne sont pas suffisamment attentifs, à ça, ils ont l'ordonnance facile. Parfois ça m'a surpris de me voir prescrire des quantités bien supérieures à ce dont j'avais besoin, et dans ces cas-là, les ¾ partent à la poubelle, ..., il commence à rédiger l'ordonnance avant même de savoir ce que l'on a ou comme équivalent, ..., ça éviterait les doublons et d'accumuler des choses qui ne servent à rien, ..., le médecin à une part de responsabilité* » (registre lexical du gâchis). Et, à juste titre, les médecins ont leur part de responsabilité dans le gaspillage des médicaments puisque, selon lui : « *tous les médicaments que prescrit un médecin sont de toute façon ciblés, et bien adaptés à la pathologie que l'on a à la base* », donc, il les demande en pharmacie sans se demander s'ils sont justifiés ou pas. Il a donc confiance aux prescriptions du médecin, et, quand il va à la pharmacie, il n'y regarde pas car « *ça semble être gratuit* ». Il propose pour faire des économies : « *si je payais je ferais plus attention* » et de « *prendre modèle sur les pays anglo saxon* » de la « *prescription à l'unité, ..., j'y serais assez favorable* ».

Le médicament « *c'est quelque chose* » c'est à dire une notion à la fois d'objet concret et/ou d'entité abstraite, cette notion englobe tout ce qui peut exister, être pensé ; « *que si on prend, on doit être soulagé* », avec le doit, cela semble être une évidence, un principe immuable, une finalité certaine, que la prise médicamenteuse agisse.

Si le médicament vient de la prescription d'un médecin, il est forcément bien, les laboratoires pharmaceutiques ont bien compris cela et utilisent les médecins, pour faire consommer, donc indirectement faire acheter, les médicaments aux patients. Grâce aux médecins, cela est rentré dans les mœurs que pour bien se soigner, il ne faut pas laisser traîner les choses, et consommer des médicaments pour que cela ne s'empire pas.

Toutefois, alors qu'il a répondu que la prescription médicamenteuse n'est « *pas spécialement recherchée* », et qu'il conçoit de « *pouvoir se soigner sans prise de médicament ou autre* », il en demande beaucoup à son médecin « *j'espère que le médecin prescrive, ..., coller aux raisons qui amènent à consulter, ..., des choses qui permettront de soigner et si possible rapidement, ..., j'espère ressortir avec quelque chose qui peut soulager* ». Avec l'emploi du « *si possible, ..., j'espère* », on sent qu'il met plein d'espoir dans les médicaments, mais, il semble lucide sur le fait que tout n'est pas possible. Avec l'emploi du « *peut* » on sent que le médicament va lui donner le pouvoir de, "ici : de se soulager". « *J'espère que le médecin prescrive des choses qui permettront de soigner* ». Ce patient pense donc que, ce sont donc les choses prescrites qui lui donneront la possibilité de se soigner, et par extrapolation, pour procurer les soins nécessaires à la guérison, il espère et à besoin que le médecin prescrive des choses.

Ce patient va parfois chez son médecin « *pour une raison bien précise* » qui est un médicament (renouvellement d'ordonnance), avec lequel il « *repart* », il y va même des fois

pour « *se refaire une armoire à pharmacie et de la compléter* », il va en quelque sorte faire ses courses ! Cela montre aussi le rôle éducatif du médecin généraliste, qui apprend à son patient à gérer les petits maux, sans avoir à chaque fois à consulter, « *c'est de la prescription au cas où* ».

Le pharmacien ne semble pas avoir un rôle prépondérant « *je pose l'ordonnance, il me remplit le sachet et j'y vais* » mais peut mettre « *quelques annotations sur les boîtes de médicament, ..., pas systématiquement* » et « *ça se résume à ça, ..., je n'ai jamais eu de conseils par le pharmacien sur une ordonnance prescrite par le médecin* ». Il s'apparenterait donc pour lui à un commerçant.

L'ordonnance est un document auquel il n'attache pas d'importance, « *c'est souvent perdu ou jeté, ..., ce n'est pas forcément archivé* », c'est juste un papier qu'il troque à la pharmacie contre des médicaments « *je pose l'ordonnance, il me remplit le sachet et j'y vais, ..., c'est gratuit* ». Faisant confiance à son médecin sur les médicaments prescrits, il prend tout ce qui est indiqué sur l'ordonnance, même s'il se rend compte qu'au final, il a eu la main lourde et que « *les ¾ partent à la poubelle* ».

Il lit peu les notices et ne s'y fie pas « *j'y attache pas trop d'importance* » car « *on dit tout et son contraire, ce n'est pas forcément pertinent, il y a trop d'infos et c'est écrit en trop petit, ça devrait être plus synthétique là on se retrouve avec trop d'infos* » ; « *on ne regarde pas trop les effets indésirables car ça fait plus peur qu'autre chose* », il va donc sur des sites grand public « *sur doctissimo* ». De son point de vue, il y aurait donc lieu d'améliorer les informations descriptives des médicaments. Mais, il pallie à cela avec son médecin qui reste disponible s'il rencontre un problème avec un des médicaments prescrits « *comme on est proche, j'ai recontacté mon médecin, ..., après une prise d'amoxicilline parce qu'une urticaire a surgi* ».

Il prend donc des « *antihistaminiques* » (classe médicamenteuse), « *en cas de crise* », afin de contrer le mal qui le fait souffrir « *pour les acariens, pour une gastro, pour la gorge* », « *du xyzal®*, « *du nasacort®*, « *effergal®* » (marques), « *quelques pastilles* » (forme).

Il pense que le fait de prendre régulièrement les mêmes médicaments, ils « *commencent à ne plus faire d'effet, ..., par accoutumance* », il n'en prend plus « *qu'en cas de crise, par anticipation, si je me retrouve dans un milieu avec de la poussière* ». Il qualifie son traitement de « *pas suffisamment important et technique, et qui peut causer des problèmes* ». C'est donc étrange que, d'une part, il perde son ordonnance et doive donc re-consulter (acte manqué ?) et qu'il continue à prendre un traitement qu'il ne trouve plus efficace, et pour qui par ailleurs il prend donc seul l'initiative d'augmenter les doses « *je prends l'initiative d'en prendre un petit peu plus deux ou trois au lieu d'un* » car il ne le trouve « *pas ultrasensible au niveau des dosages* », pour traiter ses « *crises* ». C'est comme si une lassitude et une insensibilité s'étaient installées entre lui son médecin et le médicament.

Intrigue : Le médicament prescrit est un espoir de soulagement, toutefois il ne devrait être prescrit qu'avec mesure, et sous condition d'être adapté et supposé être efficace.

12 - Analyse de l'entretien avec René :

Il attend de son médecin clairement et prioritairement une écoute « *premièrement, écoutez* » (la fin de l'entretien le montre bien) il a besoin de se faire entendre « *il nous ausculte, ..., vous voyez* » et de se faire soigner « *qu'il nous soigne* » et « *nous renseigne sur la maladie* ». Il semble exigeant envers lui-même et les autres également avec le qualificatif « *très très bien* » utilisé à plusieurs reprises. Il reproche que « *parfois ça traîne, ça traîne, ça traîne* » il attend une prise en charge « *énergique* » et sincère « *je l'ai apprécié quand il me disait euh vous êtes un peu gros, c'est vrai* ».

Il est sensible à la réputation du médecin « *il nous soigne très très bien, c'est le cas ici, hein, je n'ai jamais eu de retour* » mais également au « *regard de médecin* » qui est porté sur lui.

Il croit vraiment à une collaboration, un partenariat entre médecin et malade et il trouve son investissement personnel dans le soin primordial : « *faut savoir bien se régler, ..., je n'abuse, ..., je fais ce qu'il me dit, ..., faut éviter tout ça, la graisse etc, ça moi je le crois, ..., de forcer dans un sens, à me priver, ..., il faut donner la force quand même, ..., il faut avoir beaucoup de volonté, ..., aider le docteur quand même, il y en a qui ne l'aide pas hein, ils prennent le cachet et c'est tout, ..., j'aide le docteur parce que faut l'aider aussi, ..., parce que si vous ne l'aidez pas, ce n'est pas la peine, ..., c'est peut-être un peu de ma faute* » et « *son médecin* » « *le laisse auto, ...* » nome ?

La santé est donc rattachée à un champ lexical en rapport avec la modération et le contrôle : *se régler, ne pas abuser, éviter, se priver, se forcer, avoir la volonté.*

Il met le médecin et la médecine sur un piédestal « *je suis reconnaissant, ..., c'est beau, ..., très très bien, ..., heureusement que vous êtes là* », il met en avant notre dévotion liée à la difficulté de nos études « *beaucoup d'études quand même, ..., longues études, ..., après 12 ans et de notre travail, ..., je sais que c'est très dur, ..., c'est dur la médecine générale, ..., il faut aimer, ..., docteur, je vous appelle docteur quand même, ..., vous le méritez.* »

Le médecin on l'a bien compris, par principe doit être dévoué « *c'est un métier ou il faut être dévoué, ..., on les croise, ils sont très gentils, ils sont dévoués aussi, ..., j'espère que vous allez aller à la campagne, non ? Parce que moi je suis originaire de la campagne et on n'a plus de docteur, je sais que c'est très dur, il faut aimer, il faut être né là, ..., Et puis soyez gentil avec le patient.* »

Le soin passe pour lui par les médicaments et les examens complémentaires : « *les soins qu'il m'apporte en médicaments, déjà, moi après cela ce que j'aime bien, c'est les examens, parce que les médicaments au bout d'un moment* ». Le médicament n'est donc pas forcément vu d'un bon œil « *il ne faut pas en prendre de trop non plus, en prendre trop ça peut se mélanger tout ça, ..., faut pas en prendre vraiment, ..., il faut voir ce que l'on prend* » il ne pense pas que ce sont les médicaments qui permettent de soigner « *avec des médicaments ma fois, on dit que c'est les médicaments qui vont faire le ... c'est vrai! Mais ce n'est pas vrai* » (pense-t'il que c'est un leurre ?), on perçoit dans son discours cette prise de conscience que notre société est pro médicament, mais lui ne les considère pas comme une solution miracle. Il considère donc qu'il faut se méfier du médicament pour qui il reste une part d'inconnu, pour les patients comme pour les médecins: « *les noms sont barbares, ..., donc quand même parce que on ne connaît pas tout hein, un bouquin comme ça je le suppose* (faisant le geste d'un livre très épais, allusion au Vidal), *hein vous ne connaissez pas tout vous?, ..., À la retraite, ..., c'est des nouveaux maintenant et ça change souvent, très très souvent* ».

La connaissance du médicament échapperait donc au médecin comme au patient : « *il faut voir ce que l'on prend, ..., donner un cachet pour l'urine certainement ou quelque chose.* »

Alors pour se rassurer et comme il est « *curieux* » il lit « *les notices* » même si « *ce n'est pas*

évident, ..., je ne comprends pas tous les termes, ..., bien posés », cela le rend « *sceptique* », mais semble lui servir. En effet, son épouse a fait les frais des effets indésirables d'un médicament et la notice lui a alors été d'une grande aide : « *j'ai lu tout de suite et bien je dis attention constipation c'est marqué dessus, donc le lendemain on est venu voir le docteur et il a dit faut arrêter ça, voyez-vous, il faut la lire !* ». La peur du médicament serait donc liée à la peur de l'inconnu et de ses effets indésirables voir potentiellement nocifs. Le médicament a rendu malade son épouse « *elle a attrapé, euh, disons euh, elle a été bloquée elle ne pouvait plus aller au water, vraiment constipée* ». Il a donc cette notion que le médicament peut rendre malade, donner une maladie : « *attrapé* ».

Il ne croit pas à ses vertus miraculeuses, mais il croit plutôt à ses efforts personnels et à son implication dans le respect des conduites dictées par son médecin notamment pour une meilleure hygiène de vie « *ce que je conseille à tout le monde, conseillez le, c'est ne pas s'arrêter, toujours marcher, bricoler, pas regarder la télé comme j'en vois, vous voyez j'ai 79 ans et ça va encore* ».

Il essaye donc d'en prendre le moins possible mais avec son avancée en âge, le médicament est perçu comme quelque chose d'inévitable. Alors il se conforte en disant qu'il en prend peu « *petit traitement pour le diabète, qui est pour mon âge, ..., un petit cachet pour les mauvaises graisses, je les indique sur un petit bout de papier* (sous-entendu il n'y en a pas beaucoup), ..., *du tanganyl®*, (car il a « beaucoup » de vertiges) « *ça a l'air de me faire du bien* », seulement l'air ? « du bien » et il ne dit pas efficace. On pourrait donc se demander d'où viennent les effets bénéfiques de ce traitement. Viendraient-ils du fait que le médecin y croit et qu'il a lu dans la notice l'indication pour les vertiges (effet placebo) ?

Le médicament est un substitutif d'une addiction « *je prenais ça au lieu d'une cigarette* », qui n'était par ailleurs pas du tout un traitement substitutif, mais un traitement quand même « *c'était des cachets pour la gorge* », ce qui montre la force symbolique du médicament. Il recherche d'ailleurs le nom de ce vieil allié « *ah le nom, des pastilles, pulmoll®, quelque chose comme ça* ». Il assimilait aussi ce traitement à des « *bonbons* », donc au plaisir. Il aurait pu prendre de simples bonbons, mais pour son sevrage il a préféré aller à la pharmacie chercher ce qu'il fallait pour soigner cette addiction. Ça lui a coûté : « *ça m'a fait grossir, vous ne savez pas combien j'ai pris ? 15 kg* », le succès de son sevrage semble plus venir de sa motivation et sa détermination.

Alors, les médicaments lui font peur, car trop inconnus. Il n'y a donc que la participation du patient, en collaboration du médecin, qui soit vraie ?

Il préfère donc les examens complémentaires parce qu'il a une certaine lassitude des médicaments « *ce que j'aime bien, c'est les examens, parce que les médicaments au bout d'un moment c'est hein, ils vous apportent,...* ». La radiographie semble avoir été une révélation pour l'arrêt du tabac « *docteur m'a dit bon ben vous passez une radio, ..., puis le radiologue, ..., je n'ai rien vu dans vos poumons, alors là vous savez, ..., j'ai arrêté* ».

L'ordonnance le suit « *l'ordonnance elle me suit, elle me suit tous le temps* », c'est la preuve qu'elle est la trace de ce que son médecin fait et que c'est pour cela qu'elle a une valeur.

La maladie est une étape de sa vie dans laquelle il rentre « *je débute seulement dans un diabète* » il s'en sent responsable « *je suis un gourmet alors c'est peut-être un peu de ma faute, ..., je fais du poids, ..., des triglycérides* (« *les mauvaises graisses* » comme il les appelle)»

Sa santé : « *j'ai commencé le bonheur* » dit-il « *lorsque j'ai arrêté de fumer* ». La mauvaise santé lui fait « *peur* », donc, il consulte et passe des examens « *je suis en examen* »; il n'y croit pas « *soi-disant que j'allais faire un AVC* ».

C'est un peu le bureau des plaintes avec une conception un peu doloriste de la vie : « *c'était dur, mon épouse elle peut vous le dire* (témoin),..., *j'étais un pauvre malheureux* ,..., *on avait faim*,...,*on avait pas d'argent*,...,*esclaves*,...,*j'aurais peut-être pu faire aller très loin*,..., *mais*

malheureusement ma mère n'a pas su (ce n'est pas lui le responsable) » il conseille de « ne pas s'arrêter » sous-entendu d'être actif, « de forcer dans un sens, à me priver un peu ».

Intrigue : Ce patient consulte car il a besoin premièrement d'une écoute (auscultation), puis, pour le soigner, « *des médicaments, déjà, ..., des petits traitements* » avec une prise en charge énergique, avant tout un diagnostic avec des examens complémentaires et des conseils d'hygiène de vie parce que le médicament ça ne fait pas tout, et, il n'en veut pas de trop non plus.

13 - Analyse de l'entretien avec Eléonore :

Les attentes de cette patiente varient en fonction du motif de la consultation. Elles sont relatives à:

- l'écoute (temps ou le médecin prend le temps d'écouter ce que la patiente a à lui dire) « *oreille* »
- l'attention (le médecin doit être attentif à la patiente) « *oreille attentive* »
- l'empathie (qui est la capacité à ressentir les émotions de quelqu'un d'autre, capacité à ce que le médecin se mette à la place de cette patiente, l'empathie implique une capacité à émettre des émotions, la patiente attend un retour de son médecin sous forme d'émotions partagées)
- un médicament, « *éventuellement* » c'est à dire dans l'éventualité où elle en aurait besoin
- un guide, c'est-à-dire qu'on lui indique le chemin à prendre, la route à suivre par rapport à ce qu'elle ressent, sous-entendu qu'elle ne trouve pas son chemin ou qu'elle l'a perdu ; ou qu'on la guide vers un spécialiste (il semble qu'il est maintenant d'usage que le médecin généraliste soit de premier recours, et qu'il lui incombe d'orienter le patient vers un spécialiste, si besoin.)
- le conseil (avis pour diriger une conduite donc un comportement ou un acte / indication sur la manière d'agir) « *conseils bien précis, par exemple comment réagir à certaines situations de stress et d'angoisse, si j'ai des solutions concrètes pour ne pas prendre de médicament* »,

Motif de consultation : « *On attend d'avoir une prescription* », l'emploi du " on " montre bien que pour cette patiente, c'est la règle, c'est acquis d'avance, et que c'est ainsi que l'on doit procéder.

Elle distingue bien la prescription de l'ordonnance. Elle peut concevoir la prescription comme pouvant être substituée « *peut être autre chose qu'une prescription* », et l'ordonnance comme primordiale; à défaut « *le médecin n'est pas bon* ». L'autorité du médecin est donc quelque chose de recherché (paternalisme), elle a besoin qu'on lui ordonne ce qu'il faut faire et de façon moins contrastée, d'un « guide ». J'interprète cela comme un besoin de prise en charge, d'investissement personnel de la part de son médecin, elle attend que le médecin se prononce sur ce qui lui semble bon pour elle.

Le vécu de la consultation : Elle a parfois l'impression que le travail du médecin généraliste « *c'est un peu à la chaîne* » (connotation qui attrait à l'industriel) comme si lorsqu'elle consulte, elle est un objet avec un numéro, qu'on manipule (ce qui donne un caractère très impersonnel à la consultation médicale) et que le médecin est un « ouvrier de production ». Elle a besoin « *d'accompagnement* », pour « *pouvoir causer un peu plus* » (ce terme appartient au registre familial), elle demande un temps de parole (de son médecin et/ou s'il n'a pas la disponibilité de l'aide d'un psychologue).

Son motif de consultation est parfois involontairement déguisé, avec une somatisation consciente parce que certains thèmes sont difficilement abordables d'emblée, et parfois même inconscients « *des fois on va chez le médecin pour une douleur physique et il y a autre chose derrière* ».

La prescription est vécue comme une « *habitude* », quelque chose à laquelle on s'attend ; à contrario, la non prescription serait anormale et cela semble d'ailleurs ne jamais lui être arrivé (« *je me dirai* »).

« *Le médicament n'est pas forcément la bonne solution* ». Elle a donc un esprit critique sur le caractère habituellement « *forcé* » du médicament (probablement par habitude ou par conviction) et parle « *d'une bonne* » (terme qui a de multiples acceptions mais qui peut

renvoyer à une signification d'ordre morale, éthique), « *on peut avoir besoin d'un accompagnement chez un autre professionnel* », d'« *un truc on sait que ça va calmer certaines angoisses* », elle propose aussi que les « *consultations durent plus longtemps, on pourrait parler d'avantage* ». Néanmoins, elle ne se voit pas « *ressortir les mains vides* » de chez son médecin, elle souhaite ressortir de la consultation avec quelque chose en retour « *il faut quelque chose ... de concret* » (matériel), si ce n'est pas un médicament, il lui faut au moins une ordonnance « *si on n'a pas d'ordonnance le médecin n'est pas bon, en gros* ».

L'histoire qu'elle me raconte montre donc que son médecin a partiellement répondu à ses attentes, elle attendait un temps d'écoute et de parole sur son ressenti afin que le médecin l'aide à trouver son chemin, hors, elle a eu l'impression qu'il n'a pas pris le temps de l'écouter « *on a l'impression que parfois c'est un peu à la chaîne* », qu'il lui a donné un médicament qui ne lui correspond pas du tout « *je me suis dit, non ... non non, je ne veux pas de ça* », alors qu'elle était dans une situation de faiblesse « *je n'étais pas dans l'état pour m'opposer ou quoi* ». En conséquent, quelque chose semble s'être rompu / ou ne s'est pas construit avec son médecin, « *on en a pas parlé. Mais ça ne posera pas de problème que je lui dise que je ne l'ai pas pris* ». Ceci dit, le résultat est là : « *de toute façon comme j'allais mieux je n'ai rien pris*. Donc, d'un commun accord sur les habitudes et usages : le médecin donne un médicament pour un problème qui au final ne le nécessitait pas; peut être par solution de facilité. Ainsi, dans l'immédiat et par "habitude" la patiente a été rassurée par cette prescription « *Je me suis dit, je vais enfin pouvoir régler ce problème* » puis après coup, elle s'est rendue compte que cela ne lui correspondait pas. Même si le médecin a répondu avec ce qui fait partie des « *bonnes* » "mœurs", il s'est en partie trompé sur les attentes de la patiente.

Le médicament sert à « *traiter* » c'est-à-dire: agir avec ; je remarque qu'elle n'a pas employé le mot soigner, qui veut dire : prendre soin de quelque chose. À la question sur le rôle du médicament elle aborde spontanément l'aspect placebo du médicament. « *Il n'y a pas d'effet placebo recherché* », elle définit le placebo comme : « *parfois on prend un truc, on sait que ça va calmer certaines angoisses etc* ». Elle ne demande donc pas une prescription de complaisance (la racine du mot placebo signifie pour plaire) mais quelque chose de vrai, de réellement actif, c'est-à-dire qu'elle ne veut pas qu'on lui mente au sujet du traitement délivré, comme si, elle ne voulait pas que l'on traite l'angoisse par un leurre, mais qu'on traite l'origine de l'angoisse. Elle fait bien comprendre que pour qu'un médicament puisse avoir un effet placebo il ne faut pas que le médecin dise au patient que c'est son intention. Il semble évident que dans tout médicament pris, il y a une part d'efficacité liée à l'effet placebo, mais ce qu'elle recherche c'est que le médecin prenne en considération « *ce pourquoi on va voir le médecin* » et pas l'anxiété qui en découle, elle veut que le médecin aille au fond des choses « *d'être guidée par rapport à ce que je ressens* ».

Rôle de la prescription médicamenteuse : « *Je me suis dit* » (introspection), « *je vais* » (action/ donne une dynamique à la patiente, le médicament suscite une réaction et une action de sa part), « *enfin* » (cet adverbe renvoi à un soulagement), « *pouvoir* » (cela devient du domaine des possibles et semble être une délivrance), « *régler* » (règle = précepte moral, condition admise comme obligatoire) (c'est-à-dire mettre dans le bon ordre, faire ce qui doit être fait), « *ce problème* ».

Elle s'est opposée fermement à prendre un des traitements que le médecin lui a prescrit, avec le refus de « *tomber* » c'est-à-dire : d'être rabaissée, d'être accidentée, de perdre le pouvoir, l'équilibre, d'être déséquilibrée, de cesser d'être soi. Même si elle n'a pas été compliant, cette prescription a eu un effet/un rôle d'électrochoc, qui semble avoir impliqué une action. Cette prescription semble donc avoir été utile, quand bien même elle ne l'ait pas prise. Cet exemple illustre bien le rôle de la prescription médicamenteuse en dehors de toute prise, car

elle n'a pas souhaité consommer le médicament prescrit. Toutefois, la prescription lui a permis de prendre des décisions, et visiblement (puisqu'elle va mieux), de trouver la solution à son problème. Elle a également eu un rôle anxiolytique.

Lorsqu'elle dit « *j'ai un programme à suivre* », cela montre que l'ordonnance lui donne un cadre, une direction, un sens, un plan à suivre, comme si elle n'avait plus qu'à se laisser guider, que cela lui facilitait les choses d'avoir des instructions. Elle se sent aidée lorsque le médecin traduit les conclusions de sa consultation par une ordonnance.

L'ordonnance semble également être un repère : « je la consulte régulièrement ». Elle peut la « *zapper* » (comme si elle avait une télécommande), à sa guise, avec liberté, y avoir accès de façon rapide et accessible. Elle peut vite passer à autre chose. Oublier l'ordonnance semble donc lui permettre d'oublier, une fois rangée, le problème qu'elle a rencontré et qui a été étudié. Elle se sent par conséquent tranquilisée, et peut oublier son problème.

Quand je lui demande son avis sur la prescription, elle répond que « *il est bien* ». Aurait-elle dit inconsciemment en répondant de cette façon à ma question : « le médecin se prescrit bien » ?

Il lui semble important qu'elle sache à travers des explications sur le médicament « *à quoi cela va servir* » c'est-à-dire : qu'elle est son avantage, son utilité, l'aide et le service qu'il va lui rendre, ainsi que la posologie à prendre. Quand je lui demande ce qu'elle prend, elle parle de la molécule (paracétamol) ou du nom commercial (prozac®), et de sa fonction « *quand j'ai* » elle souhaite donc traiter un état de « *mal au crâne* ». La crainte qu'elle a du médicament est liée au risque d'accoutumance. Elle ne pense pas que le paracétamol présente ce risque, mais il subsiste toutefois un questionnement, un doute sur ce qu'elle a l'habitude de prendre.

Le don dans l'échange : Il est donc de coutume que « *on n'y va pas pour rien, on attend d'avoir une prescription, une ordonnance ... si je vais chez le médecin... je sors les mains vides, je me dirais il y a un souci ... consulter un médecin et ressortir les mains vides, pour moi je me dirais, il a un truc qui ne va pas, par rapport à des habitudes* » l'expression pourrait même faire penser qu'elle souhaite ressortir avec quelque chose qui s'apparenterait à un cadeau, une offrande. « *Si je vais chez le médecin et que je ne vais vraiment pas bien et que je sors les mains vides, je me dirais il y a un souci* », cette phrase montre bien qu'elle souhaite que le médecin prenne en considération sa vérité « *je ne vais vraiment pas bien* » et cela doit se matérialiser par un passage dans ses mains de quelque chose de concret, elle ne peut concevoir de « *sortir les mains vides* ». Cela la rassure et ce serait un « *souci* » de ne rien avoir, une inquiétude de ne pas pouvoir se reposer sur quelque chose de matériel, palpable, « *concret* ».

La consultation sans prescription : Concernant la consultation sans prescription, elle y émet de grandes réserves, avec l'utilisation de l'impératif « *admettons* », le « *si* » c'est à dire à condition qu'elle ait « *des conseils bien précis* » (avec une demande/exigence de précision) sur le « *comment réagir* » (agir sur) avec « *des solutions concrètes* » c'est-à-dire une demande de quelque chose de réel, de perceptible, avec une consistance « *pour ne pas prendre de médicament* ». La "non prise" devrait donc être bien justifiée, argumentée par le médecin, contrairement à la prescription qui en général demande moins d'explications au médecin, le pharmacien pouvant s'en charger.

« *L'alternative* » à la prescription médicamenteuse proposée spontanément par la patiente est d'abord « *d'allonger la durée de la consultation* » pour « *parler d'avantage* » donc, pour elle la prescription est une façon d'accélérer la consultation (puisqu'elle permet de moins parler) et donc en quelque sorte de se débarrasser d'elle. La prescription médicamenteuse semble également un frein à la communication. Cela n'est néanmoins « *valable que pour certaines* »

situations» ou «*le médicament n'est pas forcément la bonne solution*». L'autre solution proposée par cette patiente consisterait également à «*adresser à un autre professionnel*» (courrier).

Intrigue : Elle consulte son médecin pour parler avec lui et avoir une ordonnance.

14 - Analyse de l'entretien avec Tony :

Motif de consultation : Ce patient consulte pour une « guérison », un « mieux être ». Il n'aborde pas directement l'importance de la relation médecin patient. Mais, il dit en premier lieu, attendre que son médecin « *trouve les bons médicaments* » pour guérir, il rajoute aussi « *tout ça* » donc il ne vient pas voir son médecin que pour des médicaments, c'est un peu plus complexe. Ce jour, il revient parce qu'il ne se sent pas guéri des suites de la dernière consultation et semble quelque peu contrarié de cette évolution : « *Bah, il m'avait dit, ..., et puis c'est descendu là, pffuuu, là, j'ai du mal..., je tousse tout ça, j'ai (raclement de gorge), je suis encombré* ».

La relation médecin patient : Cette première consultation ne lui a pas suffi parce que son médecin lui a dit que « *c'était un rhume passager, ..., comme c'est viral, euh, dans 3 à 4 jours tu n'auras plus rien* » et là, 6 jours plus tard il ne se sent pas mieux, pas guéri comme il aurait pu se l'imaginer, en 3 - 4 jours. Il s'imaginait également cette guérison par rapport à sa propre expérience : « *d'habitude ça va mieux, ..., en 3 à 4 jours ça y est, c'était fini* ». La guérison et le mieux-être, sont bien sûr subjectifs (je ne l'ai pas entendu tousser ni réitérer son raclement de gorge une seule fois pendant l'entretien). Il semble y avoir une rupture de confiance, « *je croyais qu'il m'avait donné quelque chose de bien, mais vous voyez (il me met à parti) ce n'est pas assez fort, pour que je revienne* ». Il a l'impression que son médecin lui a menti sur sa maladie, comme cela ne guéri pas comme prédit, c'est donc plus grave que ce qu'il lui avait dit, il semble trouver que son médecin a sous-estimé son mal, il l'exprime bien dans : « *il m'avait juste donné du sirop, pi du pivalone® et un truc pour mettre dans la gorge, c'est tout, ..., les petits médicaments qu'on me donne* » il ne se trouve pas pris au sérieux. Il a donc le sentiment que son médecin n'a pas fait correctement son travail « *il ne se rappelle jamais de ce qu'il lui donne* », « *mais enfin essayer de nous guérir quand même* » en ne mettant pas tous les moyens nécessaire en œuvre pour « *enrayer* » sa maladie, « *ce n'est pas ça, mais moi je travaille dehors* » il fait référence à la difficulté de son travail. Mais comment cela se passe il au travail, est-ce là le problème ? Il en veut donc à son médecin et fait la comparaison avec son ancien médecin qui « *lui il savait comment mon corps il réagissait, il me donnait toujours des antibiotiques* », donc son ancien médecin avait un savoir sur son corps. Conception machiniste, il traitait son corps, mais sûrement pas que ça, parce que quand il allait le voir, il ne dit pas qu'il était guéri, mais « *j'allais mieux, ..., en 3 à 4 jours ça y est, c'était fini* ». Le patient attend vraiment que le médecin le cerne, le connaisse et agisse en conséquent, même s'il « *a bien expliqué* », ce n'est pas suffisant pour qu'il soit satisfait.

L'équation maladie = antibiotiques vient donc d'un apprentissage de son ancien médecin qui donnait « *toujours des antibiotiques* ». Il a donc le sentiment inébranlable que c'est grâce aux antibiotiques qu'il allait mieux « *je trouve que les antibiotiques ça agit plus vite* » et donc il semble transférer la qualité de la relation qu'il avait avec son ancien médecin sur les antibiotiques.

Le médicament : « *Bah, si on peut éviter, mais bien souvent on ne peut pas éviter* ». Ce patient pense qu'il faut éviter parce que « *on me dit que ce n'est pas terrible pour la santé* », le « *on* » ce sont « *les émissions médicales à la télé* » et sûrement son nouveau médecin « *on me dit* » puisqu'il ne lui met pas les antibiotiques en première intention. Et quand je le questionne sur le pourquoi on ne peut pas éviter, il ne sait pas l'expliquer, c'est un précepte : « *quand on est malade on ne peut pas* », c'est comme ça, c'est admis.

Il retient de l'actualité médicale : « *si on en prend de trop, ce n'est pas bon, on peut développer des cancers, des maladies* », mais il en demande quand même, car il comprend

que le risque c'est « *si on en prend de trop* ».

Si on ne prescrivait pas de médicament à ce patient qui dit « *je suis rarement (relatif) malade, ..., je viens ici 2 à 3 fois par an, c'est tout, je ne viens pas tout le temps* », trouverait-il un intérêt à consulter aussi souvent ? En effet, la consultation sans prescription est inimaginable pour lui, il ne conçoit pas d'aller chez son médecin sans « *avoir en échange* » un médicament : « *On aurait quoi en échange ? S'il n'y a plus de médicament* ». Le médicament pourrait être relayé par « *des plantes, des trucs comme ça, ..., vieux machins de grand-mère* » ce qui reste quelque chose de concret d'absorbable mais qui contrairement aux médicaments allopathiques est naturel. Il semblerait même d'accord pour traiter son problème actuel (pour qui il voulait des antibiotiques) avec des plantes « *Ouais, mais je ne sais pas ce qu'il y a comme plantes* », bon, il y a un " mais ", et nous n'avons pas abordé ensemble l'aspect financier.

Je constate l'importance de l' oralité dans la médication au vu de la rythmicité par rapport aux repas, la pharmacienne lui « *dit s'il faut que je le prenne en mangeant, si il faut le prendre après manger ou bien avant, tout, ..., s'il faut le prendre le matin le midi ou le soir où entre deux* », le repas est donc un repère à la prise médicamenteuse. Il dit respecter scrupuleusement voir presque obsessionnellement les doses à absorber, il « *fait attention au dosage et pis tout, ..., je regarde, si c'est une cuillère, si c'est deux gélules, je fais attention il n'en reste jamais, je fini tout, je prends le traitement jusqu'au bout, j'arrête jamais* », et « *même si cela va mieux au bout de deux jours* » ; il semble respecter à la lettre ce que le médecin lui a prescrit et la pharmacienne délivré. Je ne lui ai pas demandé pourquoi. Est-ce de peur que le mal revienne ? Est-ce pour me faire plaisir qu'il a dit cela ? Ou est-ce parce qu'il ne veut pas gaspiller ? parce que dans une boîte il y en a toujours plus que nécessaire.

L'ordonnance « *ce papier* » qui lui « *fait du bien* ». L'effet de l'ordonnance sur ce patient lorsqu'elle lui est remise par son médecin c'est de se dire « *je vais me soigner et puis c'est tout* » il n'a plus d'autre choix que de se soigner maintenant qu'on lui en a donné les moyens, il a en sa possession l'objet transférentiel extérieur à lui-même pour agir.

Intrigue : Quand ce patient est malade, il consulte son médecin pour être guéri rapidement, avec des médicaments efficaces, en 3-4 jours, qui seront délivrés par le pharmacien.

15 - Analyse de l'entretien avec Hélène :

Pour cette patiente, sa démarche de consultation est un acte réfléchi, intellectuel. Elle dit dans un premier temps ne rien en attendre, puis, dans un second temps parle de la consultation comme d'un investissement personnel, avec une mise en œuvre de moyens en vue d'une fin donnée « *je n'y vais pas sans raison* ».

Dans le motif de consultation il y a une interrogation sur la mort avec une connotation mortuaire puisqu'elle dit : « *c'est que je suis malade à crever* ».

La consultation est un moment d'échange où elle questionne son médecin dans l'attente d'obtenir des réponses de sa part. C'est une discussion avec une réflexion conjointe sur son état de santé avec comme objectif un mieux-être. Le médecin a pour rôle de rassurer. Le motif de consultation semble plus être lié au désir de savoir ce qu'elle a, et, d'être face à un interlocuteur avec qui elle peut échanger sur sa santé sans être obligée de se soigner et de prendre des médicaments. Le médecin est donc plus perçu comme un intellectuel avec qui on peut échanger sur le domaine de la santé.

Le médicament a comme première fonction de lutter contre les douleurs. Elle en « *veut* », le moins possible parce « *qu'il ne faut pas en prendre de trop* », elle n'est « *pas médicament* » et cela « *peut être dangereux* » elle émet donc une réserve à l'encontre des médicaments, du fait d'une certaine crainte envers eux. Néanmoins, elle en attend et elle en exprime le besoin à plusieurs reprises : « *j'en veux* » mais « *le moins possible* ». La prise du médicament n'est pas ressentie pour elle comme une obligation et elle en discute bien avec son médecin.

Prescription : Elle confie au médecin le choix des médicaments correspondant à son état, mais, ce n'est pas une confiance aveugle, le médicament doit « *correspondre, ..., être conforme à ce qu'elle a, s'accorder, être lié à quelque chose, pour être compris et donc pris* ». Elle a besoin de conseils pour les prendre, le médecin doit, s'il lui délivre lui apprendre à le prendre, lui expliquer les effets.

Elle ne veut pas « *mal le prendre* » et trouve cela important qu'on lui dise comment le prendre : « *à telle heure* », « *comment* ». Ce n'est pas une patiente pour qui le médecin peut donc gagner du temps en prescrivant.

Prendre des médicaments doit se faire au moindre coût.

Elle peut prendre des médicaments sans passer par le médecin, le pharmacien à un rôle de conseil.

Analyse sémantique :

La demande : *Je n'attends rien, J'attends* (utilisé à 3 reprises), *j'en veux, je ne voudrais pas, je demande* (utilisé à 2 reprises), avec la recherche du : *Vrai, vraiment*

Le questionnement : *Raison, question, comment, pourquoi, cherche, causes possibles, réfléchi, explique, réponses, à quoi correspond, être sûr*

Le moi : *Je fais, je sais, je ne suis pas, j'ai, Ne se sent pas obligée d'être malade, de prendre, d'être soignée*

Le rituel : *Souvent, toujours* (utilisé à 3 reprises), *généralement, automatiquement*

L'échange : *Discuter, écoute, pense, redit, conseiller,*

Satisfaction : *Assez, rien à améliorer, très très bien, très bien, bien, simplement*

Le danger : *Grave, danger, dangereux*

Intrigue : Cette patiente consulte principalement son médecin dans le cadre d'un questionnement et attend de la consultation que ce soit un lieu de réflexion et d'échange.

16 - Analyse de l'entretien avec Josiane :

Le médecin et son rôle :

C'est une évidence pour cette patiente «*quand même, hein*», ça lui semble quelque chose d'universel et admis par tous on va chez son médecin pour «*guérir*», et au «*plus vite*». On perçoit donc une certaine exigence envers son médecin pour un résultat de guérison. Il doit la «*guider*» et «*bien*».

Motif de la consultation :

Passé cela il y a quelque chose qu'elle ne s'explique pas «*je ne sais pas, je ne peux pas vous dire*». Elle se demande ce que je veux entendre «*qu'est-ce que vous voulez*» et ne semble pas s'être déjà posée la question, c'est quelque chose de spontané quand on souffre, on va chez le médecin «*je ne sais pas quoi vous dire*».

Pour guérir, cette patiente attend de son médecin : qu'il soit «*aimable*», ce qui signifie être gentil et lui faire plaisir de tel sorte qu'elle le trouve sympathique (montrant l'importance de la qualité relationnelle entre elle et son médecin); il doit la «*consulter*», lui laisser «*expliquer*» ce qu'elle a et agir en conséquent, «*faire pour me soulager*» et cette action («*faire*») c'est lui «*donner des médicaments*» (bien qu'elle dit y être contre, ce qui est paradoxal), car c'est un don de son médecin, une offre en contre partie de sa visite (où elle paye). Prescrire est une action propre du médecin «*ce qu'il peut faire*», car il a le pouvoir de lui donner la possibilité d'être «*soulagée, ..., après, ..., plus malade*»

Le médicament :

Cette patiente affirme clairement et massivement par la fréquence des répétitions que «*je ne suis pas trop médicament*» en précisant une fois «*je ne suis pas une dame à prendre des médicaments*».

Ce qui pourrait dire aussi à travers le «*je ne suis pas médicament*», c'est qu'elle ne trouve pas en elle la force d'être son propre médicament. (Nietzsche disait : «*Je me suis pris moi-même en traitement*»). Le trop à toute sa place puisqu'elle en prend quand même mais pas de trop donc : «*j'en prends, ..., mais je ne suis pas trop médicament*».

Donc pourquoi en prend-elle alors qu'elle ne veut pas en prendre ? Et, comment les prend-elle ? Et pourquoi n'avoue-t-elle pas tout de suite qu'elle en prend ?

Elle en prend parce qu'elle est «*fort stressée*», parce qu'il faut que... (indique l'obligation, la nécessité, le caractère inévitable) et il lui faut... (puisque'on guéri avec des médicaments), donc son médecin lui prescrit spécialement à elle et pour une durée bien précise «*s'il faudrait que j'en prenne, j'en prendrai, ..., prends quand même la durée qu'il me les a notés*».

Elle ne veut pas en prendre et dément d'ailleurs prendre un traitement par atarax®, d'une part parce qu'à la question «*prenez-vous des médicaments ?*» elle dit «*non, pas de traitement, non, non, non, ..., non, je touche du bois, parce que hum*» d'autre part parce qu'elle n'arrive pas retenir et bien prononcer le nom de celui-ci «*oh, agrac, Astarac quelque chose comme ça*», «*(moi) : «atarax®*» et elle me répond «*Oui atarac !*»; alors qu'elle sait bien que c'est un médicament puisque c'est sur «*ordonnance*» et «*prescrit*» par son médecin. Ce déni semble venir du fait qu'elle sait que ce n'est pas «*bien (médicalement parlant)*» de prendre «*un truc comme ça*». Cette réaction montre bien la dangerosité de ce type de traitement qui ne résolvent rien au long court des problèmes originel au stress et montre également qu'ils sont dangereux, puisque non considéré par le patient comme un médicament et par conséquent le doute plane sur leur bonne utilisation. Ce désaveu prouve qu'elle a conscience de cet aspect délétère de la thérapeutique, puisqu'elle dit «*essayer en prendre le moins possible*», qu'elle en a «*un peu peur*», elle est lucide parce qu'elle «*écoute beaucoup les informations*» et ils disent au sujet de son traitement (ainsi que son médecin probablement)

« *ce n'était pas trop bon* ». Il y a donc contradiction entre ce qu'elle sait et ce qu'elle fait : elle prend quelque chose de mauvais (« *pas bon* ») pour elle mais elle préfère cela que d'accepter son stress et ses insomnies (c'est le même processus que pour le tabagique qui sait que ce n'est pas bien de fumer mais qui continue envers et contre tout).

Elle prend des médicaments parce que on se soigne avec des médicaments (c'est un fait culturel) et cela en devient donc une attente et un des motifs de la consultation puisqu'elle ne conçoit pas de guérir sans. « *Ce qu'il doit me donner suivant ce que je lui explique* » ainsi quand elle souffre, son médecin lui prescrit des médicaments qu'elle prend dans un commun accord. Néanmoins elle « *doute un petit peu sur les médicaments* », « *les génériques surtout,... ouai les génériques* ». Le nom du médicament « *l'atarax®*, *doliprane®*, ... » rassure car cela lui donne une identité propre, pas comme les génériques qui sont des sans nom. Malgré qu'elle soit « *anti générique* » elle en prend parce qu'on lui donne (elle ne demande pas au médecin d'écrire la mention non substituable et que le pharmacien primes à l'appui lui délivre les génériques) « *je prends mes cachets, les médicaments qu'ils vont me donner* ». Elle décharge toutes responsabilités à son médecin dans sa prise médicamenteuse et ne remet pas en cause ses ordonnances « *c'est lui le seul juge, le médecin c'est quand même le seul juge de l'ordonnance* », elle ne semble pas lui avoir parlé de sa méfiance envers le médicament mais elle est « *quand même* » regardante sur les prescriptions « *je regarde déjà,..., je regarde un peu,..., je regarde tout ça quand même* ».

Elle attache une grande importance à l'aspect quantitatif de la prise médicamenteuse, notamment à la durée de la médication « *je les prends quand même la durée qu'il me les a noté,..., je regarde combien de temps je prends,..., combien je dois en prendre par jour* ».

Sinon elle les prend à la demande, quand elle « *sent* » qu'elle en a besoin « *quand je me sens stressée* » et le moins possible « *1/2 quelque fois, ..., de temps en temps, ..., très rarement, ..., même plus maintenant* » (*maintenant* est une notion tout à fait relative cela peut être depuis hier comme depuis 1 ans).

Une fois l'ordonnance utilisée, renouvelée (même si elle dit ne pas être abonnée aux médicaments) elle est mise « *à la poubelle* ».

Intrigue :

Cette patiente consulte son médecin pour guérir (ici pour ne plus être malade du stress responsable de ses insomnies), elle renouvelle alors un traitement (anxiolytique) qu'elle n'assume pas, peut-être à juste titre puis que celui-ci n'est pas un traitement curatif et parce qu'elle en connaît le potentiel iatrogène. Il y a donc dans cette prise médicamenteuse une grande ambivalence avec conflit intérieur. Elle consulte pour guérir mais se fait prescrire un traitement qui la rend potentiellement malade, car celui-ci construit une entité nosologique (l'insomnie) et par son potentiel iatrogène crée des maladies : dépendance, trouble cognitifs, etc).

17 - Analyse de l'entretien avec Angeline :

Cette jeune femme consulte parce qu'elle se sent et se considère « *malade* ». Elle est actuellement « *très enrhumée* ».

Elle attend donc « *d'être soignée* », ce qui signifie pour elle « *d'aller mieux* », d'être « *soulagée* ». Elle considère, que le médecin la soigne s'il « *lui dit ce qu'elle a* » (affirme un diagnostic), et lui « *donne les médicaments, ..., qui me soignent* » (conseils personnalisés).

Elle sait quels médicaments prendre pour se soigner « *ça va être beaucoup de doliprane®, ibuprofène® et sirop pour la toux* (des médicaments en vente libre) ». Ces médicaments semblent être ceux qu'elle a l'habitude qu'on lui prescrit lorsqu'elle a le même type de symptômes.

Mais elle consulte car elle est en situation de détresse « *très enrhumée, ..., n'a pas pu y aller en cours* (faire ce qu'elle doit faire, c'est-à-dire vivre une normalement), tellement *je n'étais pas bien* ».

Elle semble avoir « *attendu avant de venir voir le médecin, voir si ça ne s'améliore déjà pas de soi-même* » et ne semble donc pas capable d'affronter seule, avec ses connaissances sur ce qui la fait souffrir (rhume), et ses connaissances sur les traitements nécessaires pour se soigner. Aussi, son état, qui ne s'améliore pas de soi-même, semble être une source d'inquiétude qui la motive à consulter. Donc elle semble plus consulter pour être rassurée que par manque de connaissance.

Elle n'attend donc pas seulement un médicament, mais, un médicament qui lui est prescrit par son médecin. Cela la rassurera, la soulagera, et l'aidera. La prescription médicamenteuse : « *Ça me soulage, euh, oui, parce que je vais sûrement aller mieux après, c'est rassurant, ouais, rire* » (son rire est un peu nerveux).

Ce don « *donner* », geste du médecin qui l'aura reçu en consultation (qui s'est occupé d'elle), va « *soulager la douleur* » conséquence de sa maladie « *je suis malade* » qui l'empêche « *d'aller en cours* », et va la « *rassurer* » parce elle croit qu'un médicament prescrit « *permet d'aller mieux après* ».

S'il n'y a pas de médicament, cette patiente attend de son médecin « *un truc, ..., une chose pour* » la « *soigner quand même* ». Ce « *quand même* » en dit long de ses besoins en ordonnance lorsqu'elle consulte. Elle semble avoir besoin d'une matérialisation de la prescription de son médecin en « *truc, ..., chose* » qui peut être « *une kinésithérapeute* » (elle n'a pas dit de la kinésithérapie, mais une kinésithérapeute, c'est-à-dire une personne soignante). Elle recherche donc une aide humaine.

La consultation sans prescription médicamenteuse, lui semble à priori concevable à partir du moment où ce qu'elle a n'est « *pas grave* ». L'aspect qualitatif ou quantitatif du médicament prescrit pourrait donc lui signifier un certain degré de gravité concernant la maladie pour laquelle elle consulte.

Elle n'est donc pas opposée à la prescription non médicamenteuse « *pourquoi pas si je peux éviter des médicaments* ». C'est une idée qui semble donc lui convenir, mais, à la condition qu'elle puisse être « *mieux* », même sans médicament. Et là, visiblement ce n'est pas possible pour elle, car elle dit « *si c'est pour être moins bien, ça sert à rien* ». On voit donc bien chez cette patiente, l'importance de l'idée de bien être que lui renvoi le médicament, et qui semble être un incontournable de la consultation. Ils ont pour elle une « *assez grande importance*,

quand même ».

Elle a pour traitement de fond une contraception.

L'ordonnance est « *illisible la plus part du temps* » pour cette patiente, mais ça ne semble pas la « *déranger plus que ça* » car son médecin lui « *dit par voie orale ce qu'il va mettre dessus, ..., il m'explique très bien à chaque fois* » et le pharmacien avec qui elle entretient de bons rapports « *il me parle gentiment, ..., il m'explique, ..., note à chaque fois toutes les doses dessus* ». Donc l'ordonnance ne semble plus être quelque chose auquel elle est attachée, une fois les médicaments obtenus. C'est le tiers qui fait le lien entre elle, son médecin et le pharmacien « *je ne sais pas si on me la redonne* », et de toute façon si c'est le cas, elle « *la jette* ».

Intrigue : Angéline consulte parce qu'elle est très malade, et pour renouveler sa contraception, elle attend quelque chose de son médecin pour aller mieux, pour être soignée.

18 - Analyse de l'entretien avec Achour :

Cet interrogatoire n'a pas été très simple, d'une part parce que le patient avait des difficultés à se livrer, et d'autre part, parce que son langage et sa réflexion étaient assez limités. J'ai donc dû le relancer régulièrement, ce qui rend les questions plus directives.

Je remarque avec l'analyse de cet entretien, que cet homme s'en remet entièrement à son médecin. Pour lui, c'est le médecin qui a le savoir et pas lui : « *moi je ne sais pas* » « *c'est lui qui sait* » « *je ne peux pas savoir* ».

Il va le voir « *pour guérir* », parce qu'il est « *malade* », à « *mal à un endroit* ».

Il a l'habitude de toujours ressortir de la consultation avec des médicaments ; donc pour lui la guérison ne s'obtient que par médicament. A ma question « *comment il vous guérit, qu'est ce qui fait que vous allez mieux ?* » il m'a répondu « *Bah, pfou, en me donnant des médicaments* », comme si c'est une évidence.

Ces traitements n'ont pas l'air de lui poser problème. Il les réutilise si jamais il a de nouveau une douleur localisée au « *même endroit* ». Donc j'en déduis que, s'il lui reste des antibiotiques à la maison, il est fort probable qu'il les réutilise dans le cadre d'une angine par exemple....

Donc quand il est « *malade* », cela semble généralement se manifester par des douleurs, localisées (médecin d'organe).

La guérison est ancrée dans un rituel: il va voir le médecin, le professionnel qui a le savoir, à qui il confie son corps, « *il me consulte déjà, après il regarde un peu* », et « *en général* », le médecin lui donne des médicaments, puis il va à la pharmacie, puis consomme les médicaments jusqu'à ce qu'il n'ait plus de symptômes. « *Donc je les prends jusqu'à, ..., ce que je sois guéri* ».

Il est très surpris, à l'évocation qu'une consultation puisse se conclure sans la délivrance de médicament. Au vu de sa réaction, cela semble le choquer que cela puisse lui arriver. De même, il lui est difficilement concevable de guérir sans médicament, parce qu'il a été habitué ainsi. « *Généralement on sort toujours avec des médicaments, jamais sans. Moi, ça ne m'est jamais arrivé de venir voir un médecin et de sortir sans médicament* ». Il répète d'ailleurs souvent « *généralement* »; aussi, si ça lui arrivait, il semblerait que cela ne réponde pas à ses attentes et qu'il soit venu pour rien. Et ma question ne semble pas immédiatement lui ouvrir l'esprit vers d'autres moyens de soigner. Toutefois, il est probable que la consultation sans prescription médicamenteuse soit quelque chose qu'il pourrait progressivement accepter, car il semble être conciliant, et s'en remettre à la décision du médecin. « *C'est lui qui sait. Je suis ce qui me dit le médecin en fait* »

Il n'attache aucune espèce d'importance à l'objet ordonnance, elle est dédiée au pharmacien, il la « *jette* » rapidement, ne semble donc pas la consulter, d'autant plus que les informations nécessaires sont ensuite consignées sur les boîtes par le pharmacien. « *Une ordonnance, c'est une ordonnance il n'y a rien à penser* », ce patient ne semble donc pas avoir d'attitude réflexive envers ce que fait le médecin. Il ne se sent pas en mesure de communiquer avec un médecin, ni d'avoir d'esprit critique sur ce qu'il fait « *je ne peux pas vous dire moi* ». Mais il dit néanmoins demander s'il n'a pas compris quelque chose : « *après si je ne comprends pas, je lui demande* ».

Il semble ne pas se poser trop de questions, et a confiance aux médecins et aux médicaments. Il juge les médicaments comme utiles et il semble en être satisfait « *Ah inutile, je ne dirai pas inutile, normalement tous les médicaments qu'il donne, ça sert à quelque chose* » car ils lui permettent de guérir : « *généralement, si il n'y a pas de médicament on ne guéri pas, ça va avec quelque part* ». Il croit aux bienfaits des médicaments.

Le médicament est un "don" du pharmacien comme du médecin « *il me donne* ».

Il ne semble pas forcément attaché à son médecin, et peut être amené à consulter

régulièrement de façon urgente sans attendre que son médecin soit disponible, car il ne semble pas souvent l'être. « *Souvent je vais toujours voir le même médecin après s'il n'est pas là je vais voir quelqu'un d'autre, si je ne peux pas attendre, en général je prends un autre médecin* ». Il dit ne pas hésiter à demander au médecin s'il n'a pas compris quelque chose.

Intrigue : Ce patient consulte son médecin parce qu'il se sent malade et qu'il saura le guérir, il ressort toujours de la consultation avec un médicament.

IV. DISCUSSION

A) Discussion des résultats des analyses :

La première chose qui se dégage de ces entretiens, c'est le poids de la socialisation sur les comportements et les modes de pensée concernant la thérapeutique et le soin en général.

La médecine est considérée comme une **science**, cela se ressent à travers la demande de rigueur des médecins qu'expriment les patients à travers l'emploi d'un riche registre lexical qui a trait à l'exactitude et à la précision. Le médecin est un savant, c'est lui qui sait, qui a le savoir (études longues, expérience, etc). Cela lui donne un pouvoir (pour exemple cf. l'analyse de François). La prescription qui fait partie intégrante du rôle du médecin donne ainsi une valeur ajoutée au médicament. Pour un même médicament, la puissance thérapeutique sera plus forte s'il a été prescrit par le médecin plutôt que s'il a été acheté en vente libre sans son conseil (cf. les réponses à la question 2 de François et Charles). Les laboratoires pharmaceutiques utilisent cela pour le marketing de leurs produits. Ce postulat du « tout savoir » du médecin influence le comportement des patients qui ne se permettent pas toujours d'avoir un esprit critique sur ce que le médecin leur ordonne et auraient alors tendance à se laisser guider sans s'impliquer dans la démarche de soin (Achour question 3). D'autres s'investissent mais n'osent pas discuter les choix thérapeutiques imposés par le médecin (Florence question 3 et 4, Clément, ...) conduisant parfois à terme à une mauvaise observance des thérapeutiques prescrites. Face à cette position de force du médecin, d'autres encore ne veulent pas le déranger car il est pressé (Mathilde question 5) mais n'en font par la suite qu'à leur tête de la décision prise par leur médecin. L'analyse de ces entretiens montre que l'autorité du médecin est difficilement remise en question pendant la consultation parce que les circonstances ne s'y prêtent pas. Les patients sont en situation de demande, n'ont pas le savoir, pas le temps à la réflexion, ils sont de ce fait en position de faiblesse et ne peuvent donc pas se permettre d'être en porte à faux avec le médecin. Ainsi il leur est difficile de manifester leurs éventuels désaccords avec le médecin (Clément, Eléonore question 5 « *je n'étais pas dans l'état pour m'opposer* »).

S'ils ne l'expriment pas directement, les patients attendent de leurs médecins des explications claires et précises pour leur permettre d'être en capacité de juger ce dont ils ont réellement besoin sinon ils ont l'impression que la prescription est utilisée pour aller vite, se débarrasser d'eux et que c'est un frein à l'écoute (Claire, Mathilde). Dans cette demande de **consentement éclairé** ils veulent savoir à quoi va servir le médicament et quel est son rapport bénéfices/risques (Hélène question 2, Mathilde question 5, ...). Pour leur cheminement vers la guérison, les patients ont besoin d'adhérer aux propositions du médecin en partageant la décision médicale, cette nouvelle relation s'appelle « alliance thérapeutique ». Les médicaments sont source d'inquiétude, de doute et appellent au questionnement (Aurore, Mathilde, Marcel, ...). Les médias ont joué un grand rôle dans cette prise de conscience générale des nuisances graves que les médicaments peuvent entraîner sur la santé (Josiane, Tony, Aurore, ...), ils savent que leur consommation doit être raisonnée et modérée (Alceste,

François, Claire, ...). Le temps est à la prescription réfléchie, éclairée et consentie. L'époque où prescrire pouvait faire gagner du temps et de l'argent est finie. Les patients veulent savoir ce qu'ils vont absorber. C'est une idée quasi collective qu'en consultation le médecin doit prendre le temps nécessaire aux explications et à l'échange (Mathilde question 5, Claire question 5, ...). Les médecins doivent donc se rendre disponible pour l'échange et le partage de savoirs. Même si dans le cadre d'une relation de confiance avec le médecin, certains restent encore sur un schéma de relation paternaliste, le médecin faisant figure d'autorité, on ne peut plus parler d'obéissance aveugle (Achour, Marcel, René, Clément, ...).

C'est parce que les patients sont en **demande de réponses** à leurs questionnements (et c'est le premier motif de la consultation) qu'ils s'orientent vers quelqu'un qui a un savoir médical et scientifique, c'est-à-dire le médecin. La science, comme je la définis dans le chapitre II, est une discipline qui se considère comme pouvant répondre et trouver des solutions à tout, mais il faut savoir que « *la popularité d'une idée ne garantit pas l'exactitude* » [9^{ter}]. La médecine (savoir scientifique), dans le sens où elle comporte une part de croyance relative aux paradigmes ambiants érigée en vérité, a un aspect qui a trait au religieux et au mystique (croyance). Mais comme nous venons de le dire la science n'est pas exactitude puisque ce qui est pris comme vérité à un instant t0 peut être démontré comme faux à un instant t1. On comprend donc bien selon ce principe que la science comme la médecine allopathique relèvent pour une part de la croyance, qui au même titre que les autres croyances, donnent de l'espoir et un cadre de conduite aux fidèles. Chacun des prédicateurs et adeptes à sa façon de pratiquer et de divulguer la religion, il en est de même pour la prise en charge médicale d'un problème de santé donné, elle sera différente (ou plus exactement nuancée) en fonction du médecin consulté. Mais alors qu'est-ce que la croyance ? Et où est la vérité ? Revenons d'abord sur ce qu'est la **confiance**. Les patients le soulignent de façon directe ou indirecte, la confiance est le maître mot d'une bonne relation de soin, « *je veux être sûr de ce qu'il va me répondre, je ne vais pas dire la vérité, mais quelque chose auquel je peux croire* » Claire question 1 (voire également la réponse de François question 3, d'Alceste question 2, de Marcel question 4, ...). Le médecin doit donner au patient qui le consulte les moyens de pouvoir croire à ce qu'il lui dit et ce qu'il lui fait. Byron Good définit la croyance comme « *mettre sa confiance dans* » (quelque chose ou quelqu'un). Il doit donc en être de même pour le médecin qui doit mettre sa confiance dans ce qu'il prescrit pour donner à croire au patient à sa propre croyance qui est que ce qu'il lui donne est bon pour se soigner. Nous venons ainsi de démontrer que la confiance implique la croyance (en la science, en la médecine et en le médecin). Les fondations de « l'édifice confiance » nécessitent tout d'abord une bonne dose de communication entre le médecin et le patient, qui passe entre autre par l'échange de parole en consultation « *la parole est suffisante, j'ai plus confiance dans la parole que dans le médicament* » Claire question 1, « *elle (le médecin) parle bien, on est à moitié soulagé, ..., on est requinqué, ..., avec l'amabilité et la confiance de son docteur, ..., ce n'est pas avec le médicament que l'on guéri toujours* » Alceste question 2 (voir également Hélène question 3, Mathilde question 3, ...). Puis la construction de l'édifice se poursuit par une solide connaissance du patient et de son mode de fonctionnement qui se dessine à travers un suivi régulier « *au départ, c'est l'approche de mon médecin que je connais et qui devrait connaître déjà mon dossier* » Marcel question 1 et 4 (Florence question 1, François question

1, Tony question 1,...). Une fois les premières pierres posées, on commence à voir les résultats de la construction qui prend forme. Le patient accorde sa confiance au médecin parce qu'il commence à obtenir des résultats (René question 1, Tony question 1) et le travail peut alors continuer. Les patients exigent une efficacité thérapeutique rapide, immédiate voire instantanée (Charles question 2, Héloïse, Marcel ...). Ce type de requête pousse alors le médecin à prescrire plus pour soi-disant plus de résultats. Les exigences de performances sont liées au mode de fonctionnement de notre société où il circule cette conception mécaniste du corps qui ne nous permet pas d'être faibles. Il faut être compétitif, performant et au top de sa forme, au travail, en famille, en couple, etc. Avec ce besoin du toujours plus, plus vite et plus fort on n'accepte pas d'être malade (Tony question 4, Florence question 4, Charles,...). La surconsommation de médicaments est néanmoins en grande partie de la faute d'un certain scientisme médical qui a développé cette croyance que les médicaments font des miracles (cf. chapitre antibiotiques) et qu'ils sont une solution à tous les maux anticipant une demande en médicaments de tous patients les consultant. C'est de là que vient le besoin des patients, *« s'il peut me donner des antibiotiques ou quoi pour enrayer le plus vite possible, pas que ça dure encore 8 jours, ..., mon ancien médecin, ..., les antibiotiques, ..., j'allais mieux, ..., en 3 à 4 jours ça y est, c'était fini »* Tony question 1. Voilà un exemple typique de fausse idée sur le médicament (les antibiotiques parent à toute attaque infectieuse) développée et entretenue par les médecins. La « religion science » guide donc les comportements et notamment les comportements de consommation du soin. « Dans notre société actuelle, tout est transformé en machine et en produit » (Dr Vandana SHIVA), or « la joie (on pourrait rajouter le bonheur, le mieux-être, l'apaisement, etc.) ne s'achète pas » (Pierre RABHI) mais à mon sens se méditent.

Ce qui est important dans l'exercice (scientifique) de la médecine mais qui n'est pas scientifique, c'est la façon d'être avec le patient que l'on appelle la **fonction apostolique** du médecin parfaitement définie par Héloïse. On voit bien que quand elle est optimale, la non compliance ou la non observance ne sont pas un critère de non satisfaction. Aucun des patients n'a parlé de recommandation de bonne pratique ni de décision collégiale. Ils s'en remettent au médecin qu'ils consultent et le laisse comme seul juge de ses choix. La fonction apostolique du médecin nous amène à reparler du principe immuable sur lequel est fondée la relation médecin malade, qui est la relation de confiance. Comme le dit Annette BAIER : *« pour le patient, la confiance c'est accepter que la personne en qui la confiance est accordée peut exercer un pouvoir sur lui pour son propre bien »* [9 ter] (à ce sujet, voir la réponse de Marcel à la question 2). Les pouvoirs thérapeutiques du médecin tiennent dans son savoir réfléchir et agir (par la parole et la prescription). Avant de pouvoir donner confiance, le médecin doit déjà avoir confiance en ce qu'il est et en ce qu'il fait. C'est pourquoi, si le médecin n'est pas lui-même rassuré et donc rassurant, il doit investir une recherche en s'aidant d'autres outils (spécialistes, examens complémentaires) pour être lui-même rassuré et rassurant. Parce que le premier médicament c'est le médecin (Claire) il est fondamental que le médecin aie confiance en lui comme remède au problème du patient. Malheureusement le médecin a aussi ses limites, notamment celles de ne pas pouvoir entièrement comprendre la demande *« moi je ne l'ai pas ressenti comme ça »* (Florence question 4), *« en tant que*

patient, on a un ressenti que le médecin ne peut pas entendre de la manière dont on la vit » (Claire question 3).

Revenons à la parole et au « **pourquoi le médicament existe** ». Pour cela attachons nous au préalable à l'énonciation du remède (voir la définition du remède tel que défini dans le chap. II). Ce qui va suivre est un peu fastidieux mais me semble indispensable à comprendre pour avoir des éléments de réponse à la problématique que je me suis posée. « *Quand dire, c'est faire* » (John LANGSHAW AUSTIN). « Enoncer, désigner le remède, c'est effectuer un acte de mise en forme, c'est dans ce cas mettre en scène le remède. Celui-ci fait alors sens pour le sujet dans la mesure où par le langage, il est mis en forme. « *Quand nous énonçons, désignons le remède, il s'agit d'un acte ou nous colmatons imaginativement toutes fêlures, brisures ou coupures* ». Quand le médecin énonce, désigne le remède, il s'agit (toujours selon Austin) de *l'acte illocutoire* c'est-à-dire un **message** envoyé par un énoncé au-delà de son sens immédiat et un **acte** qui s'accomplit par l'usage même de la parole. Prescrire un remède quant à lui renvoie aux **effets** de l'acte d'énonciation, il s'agit de l'acte perlocutoire c'est-à-dire les effets psychologiques qu'engendre un énoncé. Un exemple illustre ces notions: « nous pouvons mourir de faim à côté d'un fleuve rempli de poissons, à partir du moment où ceux-ci ne font pas sens pour nous » (p46) [6]. Il faut donc que le message véhiculé par la parole fasse sens pour pouvoir être effectif. « Pour faire sens, il semble alors maintenant pertinent de penser le remède selon un registre d'énonciation qui articule **réel, imaginaire et symbolique**. **Le réel** se définit par ce qui n'a pas de forme avant sa mise en forme par l'acte d'énonciation qui est justement un acte de coupure effectué dans un magma informe : le réel. Ainsi, Jean LAPLANCHE et Jean Bernard PONTALIS définissent ce dernier comme *ce qui n'a pas de forme mais reçoit de la coupure symbolique la possibilité même d'advenir*. **Le symbolique** dit Genny LEMOINE, *coupe et sépare*. Ainsi, le symbolique dit Guy ROSOLATO (qu'il ne faut pas confondre avec la faculté de symboliser ou la symbolique, ni surtout avec le mode de fonctionnement abstrait de la raison) représente le registre ou est pris en compte tout ce qui relève de la coupure et à affaire avec le manque et la substitution. *Le symbolique est donc en rapport avec la fêlure et l'écart qui appellent l'acte de les colmater*. Cet acte renvoie à l'autre registre d'énonciation, celui de l'imaginaire qu'il ne faut pas confondre avec l'imagination. **L'imaginaire** est *le plan sur lequel nous essayons de retrouver l'unité perdue dès lors que l'on vit, c'est-à-dire que l'on commence à perdre la vie*. Selon Platon, le mythe de l'androgynie ou rêve de l'unité archaïque originelle, nous amène à combler tout ce qui rappelle, même de loin, fêlure, écart et séparation. Sur le plan de l'imaginaire, en effet, toute coupure, toute séparation, toute brisure est insupportable et doit vite être réparée, remédiée, colmatée, le remède en a alors la charge. Ainsi, si nous revenons à l'étymologie du mot remède (réparer), nous comprenons maintenant lorsqu'on *énonce l'écart* ce que l'on *fait* c'est nécessairement essayer de combler cet écart, dans une visée de *complétude imaginaire*. De même, lorsqu'on énonce le remède en tant que soin à apporter à un corps que l'on se représente comme intègre et comme unité. Il est évident que ce que l'on *fait* à ce moment, c'est encore accomplir l'acte de boucher, suturer, combler tout ce qui entache l'intégrité de ce corps dans une visée ici aussi de complétude imaginaire. *Ainsi, par l'énonciation du remède, ce que l'on fait, c'est toujours remédier à tout sentiment de perte ou de manque, insupportable sur le plan imaginaire de l'unité*. L'acte que nous accomplissons par

l'énonciation des remèdes est donc bien de *permettre à l'homme de se rêver*, sinon comme un *petit dieu* (un, indécomposable, immortel), tout au moins comme un *individu* (étymologiquement indivisium), donc libre, indépendant, ce qu'il n'est pas. ***Ainsi, toutes sortes de remèdes lui sont nécessaires pour guérir, c'est-à-dire pour redevenir intègre, un.*** Dans ce cas, les catégories qui apparaissent les plus efficaces pour énoncer le remède sont celles de la complétude qui sont propres au registre de l'imaginaire et permettent d'avoir une bonne image de soi en se percevant comme intègre, un, uni, unité. *Pour tout sujet langagier, exister c'est être dépendant à l'égard du champ symbolique du langage et non pas indépendant ; de même que pour tout sujet humain, exister c'est être, assumer d'être mortel et non pas de se rêver comme immortel.* Ce que nous venons de dire permet de comprendre pourquoi nous énonçons de préférence sur le plan de l'imaginaire le plan des belles images, c'est-à-dire des *remèdes qui permettent de garder les belles images intactes*. C'est sur ce plan que nous définissons aussi d'une part, ce qui est à la source du remède et fait que l'on en a besoin, « *vouloir dire la maladie* » et d'autre part, ce qui semble s'y opposer « *entendre la beauté* ». ***Le remède peut se référer à une consolation imaginaire et l'énonciation du remède dans une visée de complétude imaginaire pour remédier à tous sentiments de perte, de manque insupportable sur le plan imaginaire de l'unité. Permet à l'homme de se rêver*** (p216-240) [6]. Le remède existe et à toute son utilité parce que *l'annonce d'une maladie modifie la conscience que la personne à d'elle-même* (p54) [1].

Si avec la *bonne parole* l'énonciation du remède fait sens, elle n'est en général pas suffisante dans la médecine occidentale et nécessite au moins d'être acté par un écrit : **l'ordonnance**. « *Quand le médicament est couché sur le papier, ..., je me dis tant mieux, ça va peut-être aller mieux* » (Marcel). Au mieux la parole nécessite d'être achetée, « *j'ai la boîte, mais je ne les prends pas* » (Héloïse question 2), voire d'être consommée. L'ordonnance historiquement manuscrite est de plus en plus informatisée, or, l'écriture des médecins est un mythe (Marcel question 9, Aurore question 3, ...). Ainsi, de façon non anodine et à juste titre Aurore l'assimile à des « hiéroglyphes », faisant alors allusion aux écritures égyptiennes (qui réfèrent à la mythologie égyptienne) et au Dieu Toth, le dieu de l'écriture, mais aussi le Dieu des médecins (mythe du médecin). Par la force et la portée de sa parole, le médecin entraîne le patient dans ses croyances et le besoin du patient en médicament est souvent laissé au bon jugement du médecin (Alain question 6, ...). Le langage et l'écriture incompréhensibles des médecins sont des moyens (que la société a su rendre « nobles ») pour mettre les patients en position d'infériorité et donner du pouvoir aux médecins et aux pharmaciens considérés comme plus intelligents car initiés à des pratiques quelques peu mystérieuses et mystiques. Cela entretient un certain mystère de la médecine et des médecins qui détiennent le secret du soin : « *on n'a pas le secret du médecin* » (François) « *je ne suis pas dans le secret, ..., vous avez quand même on peut le dire des termes vraiment très spéciaux auxquels moi je ne comprends rien du tout, ..., c'est le gros problème ce n'est pas toujours lisible ce que vous écrivez vous avez des manières d'écrire, ..., des noms de médicaments barbares* » (Marcel).

Le médecin ne pouvant délivrer directement les médicaments, c'est l'ordonnance qui fait foi et engagement. Autrefois, « *une ordonnance longue était symbole de la reconnaissance de la maladie et de l'alliance médecin malade contre celle-ci* » (p92/98) [18], cette citation n'est

plus d'actualité, la majorité des patients interrogés en demandent le moins possible et une longue ordonnance inquiète (Claire question 7, René question 2, Alceste question 7,...). Il est intéressant de constater la signification que donnent les patients à l'ordonnance et de la confronter à la propre perception du médecin. L'ordonnance, à ma grande surprise n'est pas toujours perçue par les patients comme quelque chose leur étant destiné, en effet elle a parfois juste un rôle d'intermédiaire ou de tiers entre le médecin, le patient et le pharmacien (Angéline question 8, Charles question 7, Achour question 6 ...). Elle n'est pas toujours consultée ni utilisée par les patients (Angéline, Charles, ...), certains auteurs le suggèrent également (cf. chap. ordonnance). Certains la considèrent aussi comme un bon pour aller chercher gratuitement des médicaments à la pharmacie. Quand on sait que son utilisation en dit beaucoup sur le rapport que le patient entretient avec son médecin [4], son devenir peut être inquiétant « *je ne suis pas un collectionneur de papier, je le jette, je le déchire, je le détruis et puis c'est tout* »! (Marcel question 7). Comme dans d'autres travaux de recherche, je constate que « *l'évolution des modalités d'utilisation des ordonnances vers des fonctions plus hygiénistes est possible: conseils d'hygiène, de diététique, d'activité physiques, de rappel de bons sens, etc.* » [16] (voire Claire question 5, Mathilde question 6, René question 4, ...). Lors d'un groupe d'échange de pratique avec d'autres internes en médecine générale, nous avons discuté la prise en charge de vomissements chez le nourrisson. Je constate que les conseils écrits personnalisés se développent dans la pratique des jeunes médecins, leur permettant d'éviter bien des médications inutiles et potentiellement toxiques. L'ordonnance d'éducation et de conseil est en demande croissante et cela appelle à être exploité.

Malgré le manque de moyens financiers pour pouvoir exercer une médecine préventive, Aurore (question 5) suggère de voir son médecin en routine pour de la prévention et du conseil. Même si certains patients ont clairement une demande de ce type, le médicament n'en reste pas moins un incontournable du soin dont la demande et les attentes doivent être analysés avec la plus grande attention car ils sont quasi tous unanimes pour dire que les médecins prescrivent trop.

Le médicament est clairement un **outil de communication** qui s'inscrit majoritairement dans les motivations qui amènent à consulter. Quand le patient ne peut plus gérer ses « *problèmes* » seul (débordement), il éprouve le besoin d'une aide extérieure pour trouver une solution à son problème. Expliquer son problème au médecin n'est pas une mince affaire au vu du temps qui lui est imparti et parfois au vu de la difficulté à cerner lui-même son réel problème. Il arrive parfois en consultation avec un diagnostic présumé et le traitement qui semblerait lui convenir, avec la bonne intention de vouloir avancer son travail de libération de son problème avec le médecin et de lui montrer qu'il s'investit pour aller mieux. Le besoin en médicament vient de la conception culturelle du soin dans laquelle la nécessité d'un traitement est une valeur commune et partagée avec son médecin. Néanmoins les médecins doivent se méfier car si on en revient au début du problème ou il y a débordement du patient, le médicament qu'il aura choisi seul n'est de toute évidence pas forcément la bonne solution et répondre au besoin peut conduire à des errances thérapeutiques, diagnostiques et relationnelles (lire à ce sujet l'histoire d'Aurore). Je viens donc de montrer que les motivations « demande de médicament » du patient sont parfois une excuse pour rentrer en communication avec le

médecin et se mettre à sa portée. Si le médecin souhaite mieux prescrire, il doit être en toute connaissance de cette notion afin de passer outre certaines demandes de patient qui peuvent paraître à ses yeux pur désir de consommation chez un consommateur de soin, « *j'ai la boîte mais je les prends pas, ..., c'est déjà pour pouvoir discuter des choses* » (Héloïse). Il faut savoir que les patients osent demander (Marcel question 4, Héloïse question 2, ...) et que parfois ils détiennent leurs bonnes solutions, c'est le domaine de la question rhétorique (c'est à dire l'art de poser la question en influençant la réponse, la réponse étant déjà en partie dans la question). La demande en médicament peut aussi être un moyen détourné d'accéder aux technologies médicales : examen complémentaires, nouvelles molécules, données de la science, etc (René question 1, Claire question 7, François, ...).

Le médicament est également un **objet transférentiel**, car il représente la réponse du médecin (donc son savoir), que le patient peut ramener de la consultation avec lui, pour l'avoir avec lui (la boîte) ou en lui (absorption) afin de pouvoir affronter son problème. Ce concept permet de comprendre pourquoi les patients attendent quelque chose de concret donc de matériel de la consultation.

« *Verba volant, scripta manent* » (HORACE)

Utilisée durant l'Antiquité, cette citation (les paroles s'envolent et les écrits restent) incitait à retranscrire les connaissances à l'écrit dans un but de transmission des savoirs.

Les patients ont besoin de **réponses** à leurs questions que le médecin pour les rendre effectives, doit retranscrire en acte, en conduite à tenir, en quelque chose de factuel et de concret « *qu'il me dise* » « *qu'il fasse passer des examens* » « *qu'il m'adresse pour voir un spécialiste* » (Mathilde) ; on sent la détresse de cette patiente qui attend en désespoir de cause que l'on allège sa souffrance. Avoir la **transmission de connaissance** permet aux patients d'avoir pleine conscience de ce qu'ils ont, de savoir que ce n'est « *pas grave* », d'être rassuré, de mieux accepter leur mal, de voir une issue à leur problème. Le patient doit s'approprier la solution trouvée avec le médecin pour la faire sienne et l'assumer.

Dans le **rituel du soin**, ses incontournables et perspectives, la prescription est considérée comme faisant partie intégrante du **rôle du médecin** : « *c'est son job, son boulot, son travail, ..., c'est dans sa formation* », « *c'est une conception de la médecine actuelle* », « *c'est pour soigner* », « *en général on ne sort jamais sans ordonnance* », « *automatiquement / forcément c'est des médicaments* » « *c'est l'outil de travail du médecin, c'est son métier* » « *quand on est malade on ne peut pas les éviter (les médicaments)* » « *généralement si il n'y a pas de médicament on ne guéri pas, ça va avec quelque part* »... ; comme un garagiste qui répare les voitures, le médecin prescrit, c'est ancré dans le mythe du médecin. Lors de la consultation, « *ce à quoi le patient ne s'attend pas, c'est à un « entretien prolongé », à l'examen psychologique, tout indiqué dans ce cas, et, à la proposition de voir un psychiatre peut être pour lui un choc sérieux ?* » [2] Aurore le propose pourtant « *peut-être qu'il y aurait dû avoir plus de euh, l'approfondissement en fait, voilà hum* ». Si leur motif de consultation ne parle pas au médecin doit aller chercher le message derrière le message (ou message subliminal), « *je n'attends pas grand-chose de ces rendez-vous là, ..., (et puis vient la phrase) ... je ne vais pas chez le médecin sans raison* » (Hélène question 1). Il faut, de plus, garder à l'esprit ce que

Nietzsche disait : « Chacun est malade et médecin. Je me suis pris moi-même en traitement ». Le patient a aussi son rôle à jouer dans la guérison (Marcel).

L'entretien de François comme d'autres rendent bien compte de l'inscription massive du médicament dans le domaine de compétence du médecin et de l'usage rigoureux qu'il convient d'en faire. Cette conception des choses doit être relativisée : lorsque l'on interroge les patients sur la nécessité ou pas de sortir de la consultation avec un médicament, certains ne le conçoivent pas, eu égard à des habitudes, d'autres l'envisagent très bien du fait que le médecin généraliste est plus considéré comme un conseiller, un guide, un diagnosticien, un homme abordable, aimable (Josiane) au regard bienveillant, qui juge de l'intérêt ou pas de la prescription médicamenteuse à laquelle on préférera les examens complémentaires au médicament diagnostic.

L'acte hautement **symbolique de prescrire** peut se penser comme un transfert de pouvoir de soigner des mains du médecin aux mains du patient « *on va consulter, on n'y va pas pour rien, on attend d'avoir une prescription, une ordonnance. Consulter un médecin et ressortir les mains vides, pour moi je me dirais il a un truc qui ne va pas* » (Eléonore) ; « *le médicament matérialise la relation entre la théorie et la pratique* » [6]. En effet le médicament est un outil transférentiel dans le sens où il représente un transfert du savoir du médecin, de la science, d'une volonté commune de mieux être, d'une intention personnalisée vers un destinataire, le patient, qui à travers un objet dont il dispose peut y reporter tout espoir de guérison (Alceste). « Ainsi il convient de ne pas mésestimer la dimension symbolique de l'acte de prescription et c'est dans cette ambiguïté que s'inscrit toute la richesse de notre art et toute la force de notre profession ». [10]

Culturellement, par habitude et comme cela est remboursé, le premier médicament auquel pensent les patients est le médicament allopathique, « *même si le remède est scientifiquement expérimenté, il assume ici le rôle de panacée contre tous les maux ; on avale le plus de remèdes possibles pour vaincre à tout prix la maladie* » (p49) [6]. Influencés par les médias nous assistons à une réelle **méfiance** envers les médicaments qui perturbent, déforment l'harmonie ou l'équilibre intérieur, Florence trouve qu'ils la rendent moins résistante d'autres disent qu'ils les mettent dans un état (effets) second « *j'ai vu mes effets secondaires* » (Alain, Aurore), « *pour moi, le médicament c'est quelque chose qui rentre dans l'organisme, qui est hors de l'organisme, l'organisme n'a pas l'habitude de fonctionner avec cela* » (Alain), « *ma tête n'était plus là* » (Mathilde), (Alceste),... Certains patients expriment clairement leur lassitude envers le médicament : *rengaine, accoutumance, toujours la même chose, etc.* C'est pourquoi il existe une demande spontanée d'avoir recours aux **médecines alternatives et complémentaires**. L'ostéopathie avec ses *manipulations* semble avoir un certain succès, elle est demandée (Mathilde question 4) et considérée comme efficace (Aurore question 2). L'homéopathie quant à elle est trouvée moins contraignante (Alceste) mais à l'efficacité aléatoire en fonction de la personne et comme pouvant créer une dépendance. Enfin, la phytothérapie qui est prise en automédication sous les conseils du pharmacien (Mathilde, Florence) bien que non dénuée de risques vitaux et d'effets secondaires de tout ordre, pourrait convenir pour beaucoup (Tony, Mathilde, Claire,...) du fait du scepticisme et des inquiétudes envers l'aspect chimique du médicament (François, ...) et d'une demande qui a trait au

naturel et aux choses non nocives (Mathilde). Entre le remède naturel ou le « *techno-médicament* », les patients sont partagés avec d'une part, le côté dépassé et contraignant des méthodes de soin naturelles qui en réfèrent à quelque chose d'archaïque, de désuet et dépassé, avec une sorte d'attrait pour le modernisme et les nouvelles technologies et d'autre part, le besoin d'un retour aux méthodes naturelles et biologiques jugées plus douces et saines pour l'organisme, leur permettant alors de retrouver une harmonie en faisant corps avec la nature. Il me semble que l'on entre dans une nouvelle ère de la prescription, ou celle-ci est plus raisonnée, où médecin comme patient s'interrogent plus sur la réelle nécessité des médicaments.

La trilogie du soin dont François DAGONET parle [6], est retrouvée au travers de ces entretiens. La **demande de diagnostic** est la pièce maîtresse de la consultation, tous les patients sans exception recherchent ce service. Le diagnostic «*met en évidence la cause primaire de la maladie du patient pour ensuite énoncer le rituel réparateur auquel il doit se soumettre* » (p216-240) [6]. A partir du moment où c'est le médecin qui détermine le diagnostic, il devient donc indirectement décideur mais aussi responsable de la suite des événements, puisque c'est à partir du diagnostic qu'en découle le traitement. D'ailleurs, si le patient ne se sent pas soigné, c'est souvent le diagnostic qui est incriminé et non pas le médicament (sauf pour le cas du générique) «*on me donne des prescriptions finalement ça ne marchait pas du tout après je ne sais pas, peut être que le diagnostic n'avait pas été le bon* » (Aurore). Quand la réponse du médecin est considérée comme mauvaise, soit c'est parce qu'il a sous-estimé l'intensité des symptômes et n'a donc pas donné quelque chose d'assez fort (Tony question 1, marcel question 4) soit qu'il s'est carrément trompé de diagnostic (Aurore question 2). Le médicament n'est donc jamais remis en cause en cas d'échec thérapeutique (Claire question 8 ...), même lorsqu'il est responsable de «*tentative de suicide* » (Alain) qui ne motive d'ailleurs pas une déclaration de pharmacovigilance. Le **générique** vient bouleverser les traditionnels repères de l'historique médicament de marque et par conséquent il est bien souvent vu d'un mauvais œil et source de critiques (Claire question 6, Mathilde question 9). Il met à l'épreuve ce que certains anthropologues appellent la *fonction sacralisante du laboratoire* [12]. Je l'appelle moi « le générique, ce sans nom ». La vision que se font les patients du générique montre bien que la socialisation du médicament ne le réduit pas à une simple molécule active mais à quelque chose de bien plus important. Le médicament est investi par les patients et les médecins comme un «*objet symbole* » à part entière. Le générique est soit accepté plus ou moins par dépit dans un souci d'économie (Florence question 5, François question 2 et 3, Josiane question 2 et 6), ou soit refusé car mal toléré (Mathilde question 8, Claire question 6). Les patients pouvant y adhérer sans soucis sont ceux qui comme Clément demandent une molécule active, et les nouvelles générations qui y sont habituées (Hélène question 6).

Le médicament est un **symbole** qui redonne des possibles, «*repossibilise l'existence* » [7]. «*Qu'il me donne ce qu'il faut pour me soigner, pour être (silence),..., ça va peut-être aller mieux* » (Marcel). La prescription médicamenteuse lui permet donc d'être, donc de ne pas arrêter de vivre (cf. chap. le médicament et la mort). Ainsi, arrivé un certain âge, le médicament apparaît comme un produit chimique qui compense les faiblesses de l'organisme

« le médicament ça me renvoi à la maladie, comme j'ai 60 ans, comme quelque chose que je suis amené de plus en plus à en prendre, ..., ça renvoi pour moi à quelque chose qui a une image, on ne peut pas faire autrement que d'en prendre pour se maintenir, ..., à partir d'un certain âge je ne connais pas de personne qui ont 80 ans et qui n'ont pas de médicament » (Clément), « je vais approcher les 70 ans quand même, je crois que ce n'est pas du luxe, hein, c'est tous ces trucs-là vous voyez » (Marcel). Le médicament prescrit est une fatalité mais aussi un symbole d'espoir, du vivre mieux et plus vieux. On le perçoit dans leurs réponses aux questions : « Quels sentiments ressentez-vous quand votre médecin vous fait votre prescription médicamenteuse ? » et « Qu'est-ce que le médicament vous apporte ? ». Par conséquent, avant même qu'il ne soit pris, le médicament leur fait du bien « ça va me permettre d'aller mieux » (Marcel question 2 et 5, Alceste question 2, Mathilde question 3, ...) et certain patient poussent même un peu plus loin « sans médicament, on ne guérit pas » (Achour question 5). L'idée d'une consultation sans médicament en panique plus d'un (Eléonore, Héloïse, Tony, Marcel, ...), se demandant ce qu'ils auront à la place « je ne sais pas ce qu'il me donnerait à la place » (Héloïse) « j'aurai quoi en échange ? » (Tony). Autant le médicament est un symbole de liberté autant il peut être à l'opposé un signe de dépendance. Certains en ont fait l'expérience (Florence question 2), d'autres la redoutent (Eléonore question 3) et d'autres encore en font un traitement substitutif à une addiction (Marcel question 4).

Le médicament est aussi un **objet personnalisé et familial**. La façon dont les patients parlent de leur médicament, montre comment ils considèrent ce dernier, par exemple l'utilisation du qualificatif « petit cachet » (René) lui donne une connotation affective. Les patients demandent un médicament qui est spécifiquement fait pour leur souffrance, adapté à eux et personnalisé. C'est pourquoi ils estiment qu'il doit donc être consommé selon des règles bien précises qui sont : la quantité, la durée mais aussi le moment de prise ; les repas sont alors souvent un repère (Alain question 2, Tony question 5, Marcel question 1, ...). Le pharmacien dans son rôle d'intermédiaire entre le médecin et le médicament a pour mission de reconduire sur les boîtes les directives du médecin. Cette démarche de soin (qui s'inscrit dans un rituel) a pour effet de montrer au patient que l'on s'est bien occupé de lui, d'une part sur le plan qualitatif car il y a deux intervenants et une consultation dédiée, et d'autre part sur le plan quantitatif « quelque chose de pondérable » lui est donné.

Tous les patients disent que le médicament « c'est **quelque chose** » c'est à dire une notion à la fois d'objet concret et/ou d'entité abstraite, cette notion englobe tout ce qui peut exister, être pensé, affirmé ou nié, dont on pose l'existence fixe ou passagère, réelle ou apparente, connue ou inconnue.

Tous les patients utilisent le verbe *donner* pour qualifier l'acte de prescription du médecin, qui lui fait un **don** personnel, lui remet, lui transmet, lui offre quelque chose pour qu'il l'ait en sa possession, en dispose, lui donne la possibilité de, le pouvoir de, les moyens de se soigner. Cotisant à la sécurité sociale (ou pas) le patient estime le soin et le médicament comme un droit légitime. Jusqu'alors, en retour le patient paye la consultation (sauf pour les CMU et maintenant le tiers payant généralisé) puis en est remboursé ainsi que pour les médicaments délivrés, donc au final, il ne débourse rien de sa poche (Charles) mais il y a quand même un

échange. Or, avec le 1/3 payant généralisé cet échange n'a plus lieu ce qui interroge la persistance de la raison d'être du don et la possible modification à venir du schéma d'offre et de demande qui gouverne le soin. « *Je ne refuse pas la prescription car il faut quand même jouer le jeu mais je ne trouve pas cela logique, mais je pense que c'est un autre débat, dans un cadre politico économique plutôt que médical* » (François). Le médicament s'inscrit dans un **schéma d'offre et de demande** avec d'une part l'offre du médicament remboursé qui crée une demande ainsi qu'un besoin ; d'autre part l'offre par les laboratoires d'un arsenal thérapeutique agréant la demande du savoir guérir les maladies et responsable du besoin des patients de se soigner avec ce besoin appris des médecins de rétablir des normes dictées par le monde scientifique et la société, soignant parfois des maladies créées par l'homme lui-même.

La façon dont le médicament est utilisé et pensé prouve que le médicament est aussi considéré comme un **objet de consommation**. Les patients parlent massivement de son conditionnement « *boîtes, tubes, spray, ...* », utilisent un registre en lien avec les consommables « *manger, nourrir, avaler, prendre, ...* » et des adjectifs quantitatifs pour le qualifier « *gros, lourds, beaucoup, une tonne, ...* ». Ainsi, Tony finit toutes les boîtes qui lui sont données comme s'il ne voulait pas les gaspiller, d'autres en font des provisions le comparant à du pain (François question 2, sous question 7), en demande « au cas où » (Alceste question 7), ou en amasse pour la constitution d'une armoire à Pharmacie (Charles question 3). Conscient des abus, ils emploient un répertoire qui attrait au gâchis (Charles question 5, Mathilde question 2, François question 2, ...) et sont plusieurs à dire que les médecins y contribuent « *les médecins ne sont pas suffisamment attentif à ça ils ont l'ordonnance facile* » (Charles), « *parfois il y en a un peu de trop, ..., c'est toujours compté amplement* » (Alceste question 3), Charles (question 5) propose des solutions pour l'éviter. Probablement que les médecins agissent ainsi à cause des exigences imposées par la société envers la médecine et donc envers eux, les patients attendent du *bien, vite, efficace, immédiatement, instantanément, rapide, de bons diagnostics, de bons traitements, très très bien, précis, ...*

Les médecins n'**informent** pas toujours suffisamment leurs patients des risques des traitements qui leur sont délivrés car les prescriptions pluriquotidiennes lui font banaliser le médicament lors des consultations, ce qui les rabaisse parfois au rang des consommables avec le risque d'automédication, de mésusage et de partage de thérapeutiques qui ne sont pas anodines. « *C'est un médicament qui n'est pas suffisamment important et technique, pas ultrasensible au niveau des dosages et qui ne peut pas causer des problèmes, ..., je prends l'initiative d'en prendre un petit peu plus 2 ou 3 au lieu d'un* » (Charles question 7), Josiane qui est sous benzodiazépine pour pouvoir dormir ne considère pas cela comme un médicament, (voir aussi la réponse d'Alain à la question 3). La façon qu'ont ces patients de percevoir les médicaments qu'ils prennent semble être en lien avec la manière dont ceux-ci sont prescrits par le médecin et délivrés par le pharmacien.

Comme vu précédemment, le jeu de l'offre et de la demande font donc du médicament un **besoin**. Cette nécessité est pleine d'ambiguïté et d'ambivalence quand on sait que les patients en demandent même s'ils ne préfèrent pas (Claire question 2 et 7), y sont réticents (Mathilde),

les trouvent inefficaces (Héloïse question 4) ou à haut potentiel iatrogène (Tony question 2), etc. Les médicaments ont donc bien leurs limites, « *potentiellement habité par la potion qui guérit, le médicament est aussi hanté par la figure du poison qui aliène (rend prisonnier)* », les grecs parlaient du médicament comme du « *pharmakon* » substance à la fois qui guérit et à la fois substance qui empoisonne, « pris entre la grandeur de ce qui sauve et soigne et la violence de ce qui agresse et tue, au terme de parcours, le statut du médicament pharmaceutique ne semble pas échapper à l'ambiguïté que contient l'idée même de guérison ». [6] (Aurore question 5 en a pleinement conscience et cela la questionne).

Le packaging du médicament en fait aussi toute sa consistance et à ce propos, les **notices** sont lues pour se préparer aux éventuels effets indésirables [20], pour les prévenir en ne prenant pas le traitement, pour compléter les éventuelles informations qu'on leur aura donné à son sujet, mais aussi pour être en pleine conscience de ce qu'ils prennent sans faire une confiance aveugle au médecin ni au pharmacien et (Florence question 2, Marcel question 2, ...). Comme dit Marcel, on ne peut pas tout savoir sur le médicament y compris les médecins ! Les patients que j'ai interrogés préfèrent néanmoins discuter du médicament avec le médecin qui leur a prescrit, car les notices les inquiètent (Mathilde), ils les trouvent complexes (Charles question 7) et elles peuvent être source de mauvaise observance (Clément). Il faut donc « faire attention à la qualité des instructions fournies dans les notices et les commenter si besoin (par exemple, la plupart des notices de médicaments utilisés en néphrologie indiquent comme contre-indication l'insuffisance rénale) » [12]. « La lecture des notices des médicaments peut avoir différent types d'influences, qui sont fonction du type de pathologie. Dans le cadre des maladies chroniques, celle-ci aura plutôt tendance à favoriser la mauvaise observance car le patient est actif vis-à-vis de l'information médicale (Clément) ; dans le cadre des maladies aiguës, les patients vont plutôt se référer aux notices des médicaments pour savoir gérer leur traitement (modalités de prise, posologies, interactions, ...) » (p139) [18] Ce deuxième aspect n'a pas été retrouvé dans mon étude et s'applique peut être plus à l'automédication, j'ai remarqué que les patients se référaient surtout à ce que le pharmacien écrivait sur les boîtes pour gérer leur traitement.

Le spécialiste vient en renfort dans le soin. « Si le patient se sent mal, il attend un examen physique et des médicaments. Si le médecin n'agit pas, il s'attend à être envoyé chez le spécialiste, qui utilisera quelques dispositifs ou quelques appareils compliqués et mystérieux. La réputation supérieure du spécialiste l'emporte » (p255) [2], « la soumission à la prescription du cardiologue est grande, dans les représentations, le cœur est considéré comme un organe vitale, siège de l'émotion, de l'affectivité, de la vie spirituelle et morale, des qualités du caractère » [9] (René question 3, Clément question 4 et 5). Ainsi, pour les traitements spécifiques de maladies d'organes, pour les diagnostics incomplets ou inquiétants, les patients souhaitent être orientés vers les spécialistes (Mathilde question 2, Clément questions 4 et 5, Alain question 6, Héloïse question 4 ...). Ces derniers semblent avoir plus de poids que le médecin généraliste dans l'acceptation des thérapeutiques prescrites (Héloïse question 6, Clément question 4 et 5), les spécialistes d'organes étant considérés comme des experts en traitements d'organes. Or, il faut savoir que quand les patients sont malades ils attendent un médicament spécifique pour « *la chose dans leur organisme qui est défaillante* »,

avec une action précise sur leur problème (Mathilde question 2, Héloïse question 4, Clément question 4, ...). A côté de la demande de consultation spécialisée, les examens complémentaires ont aussi leur place et sont le signe d'un investissement du médecin dans le soin. Si le médecin doute, le patient quant à lui souhaite avoir la certitude (Claire question 7, Aurore question 2, Marcel question 3, ...) et demande à bénéficier d'examens complémentaires si nécessaire sans ça ils estiment être négligés.

Lorsque les patients ne comprennent pas l'intérêt des prescriptions, que celle-ci sont contraignantes, ils ne sont pas en accord avec elles. Ce sont les conséquences d'un transfert de connaissance et de pouvoir du médecin jugés inadaptés ou insuffisants rendant le patient **non observant** (Clément, Mathilde, ...). Le patient ne peut pas adhérer quand le professionnel ne leur a pas demandé leur avis et qu'il a prescrit selon ces propres références sans assez argumenter. Quand ses recommandations ne sont pas en adéquation avec les repères du patient, le médecin devrait donc dans ce cas communiquer avec lui pour une interaction percutante et s'il n'en prend pas les moyens, la prescription est un échec. La seule fois où le patient peut-être coupable de sa non observance, c'est s'il n'exprime pas ses opinions et attentes ce qui est le cas quand le médecin ne lui en a pas laissé la possibilité, les conditions n'étant pas propices à l'expression du patient (relation paternaliste, manque de temps, etc). Plusieurs consultations sont parfois nécessaires pour apprendre à se connaître. « *La connaissance n'est pas le pouvoir mais elle est liberté* » (Gilles LAMER) (pour le malade comme pour le médecin). Une fois ces conditions réunies, l'échec thérapeutique peut être une liberté du patient, la maladie pouvant aussi lui apporter des bénéfices secondaires. « *Primum non nocere, deinde curare* » (HIPPOCRATE) [34], à partir du moment où les choix du patient sont éclairés, le médecin lui nuirait en s'y opposant de façon déraisonnée et cela perturberait le bon déroulement du soin. Si le patient nous consulte c'est qu'il veut se soigner car ils ne consultent jamais pour rien (je rappelle que soigner ce n'est pas guérir). Pour les spécialistes « *l'activité clinique est aujourd'hui invitée à se concentrer davantage sur les capacités de guérison du malade* »... (p77) [7] mais en médecine générale, les patients sont de plus en plus en demande de diagnostic, de soin, de conseil, d'aller mieux, que de guérir. La demande de guérison est d'ailleurs peu formulée (Josiane, François, et Achour question 1), ils demandent plus unanimement à être soigné et à être rassuré pour aller mieux. Soigner c'est mettre en confiance le patient pour qu'il accepte progressivement certaines concessions parfois nécessaires à sa santé car choisir c'est renoncer. Quand on analyse la non observance il faut aussi prendre en considération ce que j'appelle « l'effet boîte de médicament », c'est à dire que posséder un objet nimbé de toutes vertus est parfois suffisant pour apaiser et soigner (Marcel question 9, Héloïse question 9, ...). Les patients interrogés nous disent que la finalité de la prescription n'est pas forcément la prise du traitement quand le médicament est un joker qui lui est offert pour le rendre libres de ces choix (Héloïse question 2, Eléonore).

La racine du mot **placebo** signifie pour plaire, il s'agit d'une prescription de complaisance. Certains acceptent qu'il fasse partie de l'arsenal thérapeutique du médecin (Florence question 5). Des traitements dont le SMR (service médical rendu) est encore non évalué ce jour mais dont l'intérêt est clairement dénoncé comme placebo dans la revue prescrire (2014 ; 34 (368) :

423), semblent avoir leur intérêt chez le patient (René question 3). D'autres patients semblent le considérer comme un mensonge, une tromperie, un leurre et disent préférer bénéficier d'un médicament vraiment actif et efficace (Eléonore question 2, Charles question 2). (cf. chapitre mensonge et pouvoir). La pharmacopée occidentale allopathique se veut scientifiquement explicable, rationnelle.

B) Discussion du travail :

Selon Jocelyn BENOIST « les réponses des patients relatives à la quête thérapeutique des malades en général, même les plus sincères insistent sur des choix types, conformes à des modèles que l'interlocuteur exprime à partir de ce que sa culture lui a appris à juger bon et de ce qu'il pense de son interlocuteur » (p42)[4]. Le but de cette étude n'est donc pas d'énoncer des généralités sur ce que pensent les patients mais de recueillir une atmosphère culturelle du soin et d'en dégager les courants et influences pour avoir quelques perspectives sur l'évolution à venir des moyens thérapeutiques du futur ainsi que de développer un esprit critique sur mes pratiques.

Le biais est une erreur méthodologique systématique qui fausse des résultats, or, mon but ici n'est pas de donner une vérité ni de faire des statistiques ni de catégoriser des façons de faire ou de penser, mon objectif est de rendre le discours du patient au plus proche de sa réalité, ce que je pense avoir fait. Quand on étudie l'humain, il faut savoir que chacune des interactions entre deux individus est unique, éphémère et non reproductible. Chaque mot, chaque geste est le produit de multiples facteurs inscrits dans une temporalité. Ainsi chacun des discours étudiés a tout son sens et doit être considéré dans sa singularité. Ce qui fait la force de cette étude c'est que les patients savaient qui ils avaient en face d'eux (un médecin), ce qu'il faisait (les étudier) et que tout ce qu'ils allaient me dire serait strictement confidentiel mais retranscrit dans les moindres détails pour servir à un travail de recherche sur la consultation en médecine générale. Ils m'ont donc tous dit à leur façon, la plus naturelle et sincère possible ce qu'ils avaient à me dire sur le soin en toute connaissance de cause de ce pourquoi ils étaient avec moi. Ainsi aucun de leurs propos n'est anodin, chacun avait son propre message à faire passer et m'a conté son histoire de consultation. A partir du moment où les choses sont posées, tout est dit, il n'y a pas tromperie. Les patients semblent avoir été ravis de cette expérience, se sont tous livrés, bien plus que je ne l'espérais, se sont mis à l'aise et certains ont même investi leur rôle, me rendant missionnaire de la diffusion de leurs messages (René, question 4).

Comme je le disais dans la partie méthodologique, « dire quelque chose d'autre chose, c'est déjà parler d'autre chose », donc même si l'on interprète avec rigueur des propos, on n'obtiendra jamais une vérité universelle, Aristote dit que *quiconque possède la définition sans l'expérience et acquiert la connaissance de l'universel mais ignore le singulier contenu dans l'universel se trompera souvent de traitement car ce que l'on soigne est singulier* » (p130) [8] au grand dam du scientifique qui veut toujours avoir une réponse à tout, qui veut

tout classifier, tous répertorier, tout expliquer. Il ne s'agit donc pas d'une étude scientifique *stricto sensu* avec des résultats et des réponses voulues comme universelles, mais plus d'une invitation à la réflexion et à la rétrospection. Cette étude n'en est pas pour autant moins rigoureuse. Sa force tient à la fois du cadre de ma direction de thèse, de la méthodologie, des références bibliographiques utilisées et enfin de ma formation de médecin.

Mon plus grand travail et ma plus grande avancée ont été de développer mes capacités d'écoute et de mûrir ce pourquoi je fais ce métier.

Je pense à travers cette thèse avoir vraiment investi ce que me dit le Serment d'HIPPOCRATE. Dans le souci de son respect j'y ai donc approfondi plusieurs points qui sont les suivants : « *admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs, ... , je ne tromperai jamais leur confiance, ..., je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination, ..., je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission, ..., je ferai tout pour soulager les souffrances, ..., je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences, ..., que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses... ».*

J'ai donc essayé de travailler avec intelligence et objectivité c'est-à-dire en mettant la lumière qui éclaire les actes, cette lumière vient des rencontres, des lectures et des concours de circonstances qui nourrissent les réflexions.

De façon exhaustive voilà certains **rôles et effets de la prescription médicamenteuse sur les patients** : elle soigne, affirme le statut de malade et permet de reconnaître le patient comme tel, montre que le médecin a bien pris en considération la demande de prise en charge, informe, le médicament à valeur diagnostique avec ce qu'il y a d'écrit sur la boîte ou la notice (produit pour ... ou anti ...) action anxiolytique (avoir enfin quelque chose pour aller mieux, palliant à l'impression du patient de ne pas pouvoir s'en sortir seul) ou à l'inverse anxiogène (gravité du problème originel mis en relation avec la quantité prescrite, permet de prévenir de possibles maux à venir (en refaisant son armoire à pharmacie), possible objet de partage avec ses proches, prescription plaisir [17] (jamais avouée par les patients, plutôt considéré comme une contrainte)...

« Le philosophe est le médecin de la culture.

Philosopher, c'est ausculter les symptômes de la culture.

La problématique n'est pas la recherche du vrai ».

(Friedrich NIETZSCHE)

V. CONCLUSION

Le médecin doit chaque jour se remettre en question sur sa façon de penser, d'être et de faire auprès du patient. Il ne doit pas se laisser couler sous le travail et s'enliser dans une routine et une béatitude naïve. Il est nécessaire qu'il résiste aux tentations du superficiel et de l'inutile qui l'entourent et le parasitent. Rester humble et ne pas rechercher l'appât du gain sont deux principes immuables à sa profession.

Le patient est la source de son savoir, il faut donc que le médecin l'écoute et s'applique à le comprendre pour atteindre la source de son mal.

Les patients qui ont eu la gentillesse d'accepter un entretien avec moi me l'ont dit, ils attendent de nous des réponses. Il est donc fondamental de comprendre leurs interrogations.

Une fois que cela est dit, on peut comprendre la prescription médicamenteuse comme un leurre, quelque chose qui nous rassure tous par sa conventionalité, nous aidant ainsi artificiellement à combattre notre peur de la mort, nos brisures... Les déterminismes de la prescription médicamenteuse nous échappent, nous emprisonnent, nous menotent, nous piègent, dans un cadre au sein duquel nous sommes aujourd'hui tous condamnés à vivre et qui fait que l'humanité fonctionne, mais de façon dysfonctionnelle. Les gardiens de cette prison sont les multinationales, qui nous manipulent tel des pantins, pour agrémenter leur fond de caisse et pouvoir prospérer encore plus. De toute évidence, l'être qui ne fait pas un travail sur son existence, par le manque que cela occasionne, a besoin d'artifices pour l'aider à survivre.

La consommation de médicament est un fait qui répond à un besoin culturellement construit. Elle est donc devenue en consultation de médecine générale, une nécessité préconçue par le patient puis entretenue par le médecin. C'est un cercle vicieux qui attribue au médicament une position de force centrale, très influente sur les comportements et qui par conséquent, doit être considérée avec plus de discernement.

Les patients le disent, ils consultent pour premièrement, avoir un diagnostic précis, exact et au moindre doute du médecin ils souhaitent avoir des examens complémentaires ou être orientés vers le spécialiste ; deuxièmement ils veulent avoir une conduite à tenir pour être soulagé ; la prise de médicaments adéquats, adaptés à eux et à leur maladie est alors considérée comme la solution à leurs problèmes et c'est pour cela qu'ils s'en remettent à leur médecin considéré comme le professionnel de la prescription. Ce besoin en médicaments, l'Homme l'a créé pour l'Homme et quel que soit ses formes il existe depuis la nuit des temps. Certains patients ont plus besoin que d'autres de s'accrocher à une molécule ou à un objet pour trouver en eux les ressources nécessaires vers le chemin du mieux-être et de la guérison. Ils attendent du médecin qu'il leur donne ce « quelque chose » qui leur permettra d'affronter ce pour quoi ils ont désespérément fini par consulter. La demande de médicament est néanmoins nuancée par la demande de conseils, de réassurance et d'un temps de discussion. Les patients trouvent que les médecins prescrivent trop, en trop grande quantité et trop vite, négligent parfois l'aspect qualitatif de la consultation, ne répondant pas toujours bien à leur besoin (malgré la quantité !).

On observe un retour vers une médecine plus naturelle, *la médecine Hippocratique nous enseigne que c'est la nature qui guérit les malades* [34]. Son attitude clinique expectante repose sur l'idée d'une dimension médicatrice de la nature, y-compris à travers la maladie considérée comme réponse et réaction du corps à la menace d'un déséquilibre avec le milieu.

Les campagnes pour l'économie ont permis de diminuer les coûts des consommations médicamenteuses de ville, mais, on observe une augmentation en volume des consommations de ces médicaments. Nous évoluons dans une conjoncture où l'on pourra et l'on devra prescrire les médicaments qualitativement et quantitativement différemment. Dans cette période de restriction budgétaire, on assiste à une prise de conscience et une prise de position des instances de santé sur l'intérêt et l'utilité réelles que peuvent avoir les médicaments. On devient lucide sur les abus concernant l'utilisation des médicaments s'orientant ainsi vers une consommation plus raisonnée. Médecins et patients cherchent à s'enquérir de la véritable nature des médicaments. Néanmoins, utiliser le principe de précaution en excès risque d'empiéter sur la liberté de soigner et de prescrire, devant des soucis qui sont davantage d'ordre politique et économique. Il se profile une médecine à trois vitesses avec : des patients ayant une couverture sociale qui pourront consommer les médicaments dont les instances ont choisi qu'ils soient encore remboursés et distribués, d'autres patients qui pourront avoir la liberté de se soigner en ayant recours aux médecines parallèles non prises en charge par la société et d'autres encore qui ne pourront pas se faire soigner.

Le médecin est avant tout un homme comme les autres, qui a ses propres peurs, doutes et frustrations, il se cache derrière le médicament car il n'a pas appris comment agir autrement. Sa formation universitaire ne lui laisse pas d'autres choix pour soigner l'autre en détresse que d'utiliser son écoute, ses connaissances scientifiques, sa parole et le médicament allopathique.

De cette étude, j'en conclus que, pour être pleinement efficace, si elle est nécessaire, la prescription médicamenteuse nécessite d'être délivrée avec une intention et une attention singulières préalables, dans le cadre de la mise en œuvre de tout l'art de notre exercice. Aucune prescription n'est anodine, elle peut être bénéfique comme délétère, aussi bien sur le plan moléculaire que symbolique. La formation à la faculté, suivie de l'expérience d'externe et d'interne, ne sensibilise pas suffisamment sur sens, les enjeux et l'importance du savoir prescrire. Les médecins ne sont pas formés à cela et ne sont pas amenés à y réfléchir. Les médecins, n'ont pas assez conscience que les effets moléculaires à eux seuls ne suffisent pas et qu'une part non négligeable de l'efficacité du médicament vient de quelque chose de beaucoup plus complexe et de beaucoup moins scientifique qui est de « savoir se prescrire ». Il faut que chaque médecin croie en ses propres vertus thérapeutiques, c'est-à-dire qu'il ait confiance en lui et en son patient et qu'il potentialise sa fonction apostolique. L'efficacité d'une prescription médicamenteuse va bien au-delà de l'activité moléculaire pure, car elle est inscrite dans le colloque singulier médecin malade, au sein d'une relation de confiance, d'un partenariat, la prescription met en acte une représentation de la volonté bipartite de guérir. Le médicament matérialise le conseil qui passe de la main du médecin à celle du patient. Le patient pourrait se procurer le médicament en vente libre, mais non, il vient voir son médecin pour qu'il lui délivre en main propre !

La médecine, c'est un art de prescrire et de se prescrire. La prescription est un acte communicatif. L'essentiel est de faire capter à chacun des patients qui consultent de quelles ressources ils disposent pour aller mieux et comment les activer pour être sur le chemin de la guérison. La médecine n'est pas une science exacte et le scientisme une illusion. Dans la médecine actuelle, la relation médecin malade évolue vers un partenariat où le patient est de plus en plus responsabilisé et acteur de sa santé. Il est donc important de savoir ce que ressent et attend le patient de la prescription médicamenteuse et quelles vertus il lui attribue, pour l'utiliser avec le plus de parcimonie et de justesse. Le message que je souhaite adresser aux patients est le suivant : le médicament allopathique n'est pas la réponse à tous vos maux, mais votre propre médecin vous donnera les ressources pour trouver vos solutions pour le chemin vers un mieux-être, comme l'affirme les auteurs Hippocratique, ***la force qui est en chacun de nous est notre plus grand médecin*** [34].

La réalisation de cette thèse m'a permis de prendre conscience de ce que cette action « prescrire un médicament » représente pour les patients comme pour les médecins, de tous les espoirs qui y sont mis et de toutes les représentations et la symbolique que cela peut avoir.

Alors, le plus grand travail du médecin est-il vraiment en premier lieu de faire adhérer le patient à la démarche de soins qu'il lui recommande ? Evidemment non, le fondement de la thérapeutique est de saisir le sens de sa souffrance et d'y répondre avec les mots, les gestes, les attitudes adaptées. Il faut réussir à mettre en œuvre compassion, empathie et soutien.

Ainsi, les deux plus grandes missions du médecin sont d'une part, d'apprendre à bien se connaître en tant que médecin mais aussi en tant qu'humain. C'est-à-dire qu'il faut travailler sur ses angoisses, ses préjugés, ses a priori, ses pulsions, ses haines, ses fantasmes, la sexualité, la mort (la nôtre et celle des autres), la vie, le bonheur, la tristesse, l'amour, la joie, la peine, la maladie ... Le médecin doit analyser ses émotions, ce qui le déstabilise, le paralyser, afin d'enlever ce qui emboue son esprit et soulever le voile qui le parasite, pour réussir à accueillir et aider l'autre en toute sérénité, sans le polluer. En d'autres termes le médecin ne peut soigner que s'il est équilibré et lui-même guéri de ses fardeaux. Afin de prendre soin de l'autre il doit savoir l'entendre pour le comprendre; savoir communiquer avec lui en répondant de façon adaptée à sa demande d'aide ; en vue d'un objectif commun : le bien-être. L'alliance fait la force.

La médecine générale est par définition une médecine qui répond aux problèmes de santé dans leurs dimensions physiques, psychologiques, sociales, culturelles, existentielles et spirituelles. On en déduit aisément que si le médicament a sa place dans le système de soins, il ne peut en avoir l'exclusivité. La médecine générale s'oriente vers une pratique pouvant généralement se passer du médicament ce pur objet de consommation, non dénué de risques ; en remplaçant ou en substituant progressivement à ce dernier de l'écoute, des explications sur le caractère bénin ou malin de la pathologie avec ses évolutions possibles ; du conseil éclairé ; de la réassurance; responsabilisant le patient et n'étant plus celui qui ordonne, qui incite à la prise médicamenteuse en posant parfois des conditions dans un rapport de force et de pouvoir. Le patient doit se prendre en charge, le médecin ne plus être le seul garant de la santé de celui-ci mais un consultant allié. Le patient tend ainsi à être pris en charge avec une vision

plus globale de sa personne, la pratique de la médecine s'orientant de plus en plus vers des pratiques cliniques holistiques.

Pour terminer cette thèse et l'ouvrir vers d'autres chemins, je souhaite rebondir sur une dernière question : Qu'est-ce que la maladie ? Et pourquoi la maladie ? La tendance hégémonique du médicament pour répondre au mal-être et sa dimension culturellement construite, pose la question de la maladie en tant que construction culturelle...

VI. BIBLIOGRAPHIE

A) Livres

1. Tate P. **Soigner (aussi) sa communication : la relation médecin-patient**. Bruxelles : De Boeck, 2005: 225p.
2. Balint M, Valabrega JP. **Le médecin, son malade et la maladie**. Paris: Payot, 1966: 422p.
3. Fainzang S. **La Relation médecins malades : information et mensonge**. Paris : Presses universitaires de France, 2006: 159 p.
4. Fainzang S. **Médicament et société : le patient le médecin et l'ordonnance**. Paris : Presses Universitaires de France, 2001: 156 p.
5. Faroudja JM, Delga E, Bureau JY, Dezetter A, Ellena V, Gicquel JP, et al. In : **La prescription et la place du médicament dans la relation médecin-patient-pharmacien aspects réglementaires éthiques et déontologiques**. Rapport de la commission nationale permanente 2011-2012 ; Ordre national des médecins. 2012. p 1-105.
6. Beaune JC. **La philosophie du remède**. Seyssel : Champ Vallon, 1993: 376p.
7. Benaroyo , Lazare, Célis. **Éthique et responsabilité en médecine**. Genève : Médecine & Hygiène, 2006: 157 p.
8. Reach G. **L'inertie clinique : une critique de la raison médicale**. Paris : Springer, 2012: 161p.
9. Winckler M. **C'est grave Docteur ? ce que disent les patients, ce qu'entendent les médecins**. Paris : La Martinière, 2002: 222p.
- 9bis. Conseil national de l'ordre des médecins. **Code de déontologie médicale**. Ordre national de l'ordre des médecins, 2012 :60p.
- 9ter. Mantz JM. Grandmottet P. Queneau P. **Ethique et thérapeutique, témoignages européens**. Presse universitaire de strasbourg, 1999 : 532p.

B) Articles

1. Esman L, Oustric S, Michot M, Vidal M, Nicodème R, Arlet P. **Rôle du patient dans la rédaction de l'ordonnance en médecine générale**. La revue du praticien médecine générale 2006;20:594-596.
2. Hardy, AC. **À propos de la signification « médicale » d'une prescription**. Sciences sociales et santé. 2012;30:103-114.
3. Tourette C, Magar Y, Girardot L. **Observance : une approche pratique en médecine générale**. Le concours médical ; déc 2010 ; tome 132 :833-837.
4. Véga A. **Les prescripteurs en médecine générale**. Pratiques ; janv 2013 ; n° 60 :88-91.
5. Pierron JP. **Approche anthropologique du médicament : un objet symbolique**. Ethique et santé ; 2009 ; n°6 : 43-49.
6. ThisP, Panel P. **La décision médicale partagée en gynécologie**. Gynécologie obstétrique et fertilité ; 2010 ; vol 38 : 126-134.
7. Silvan F, Allermoz E. **Bon usage du médicament : une prescription appelée à s'adapter**. Médecins ; nov-déc 2014 ; n°37 :17-22.

C) Thèses

10. Henion F, Diblanc A. **La consultation sans prescription médicamenteuse**. Lille: Thèse de médecine générale, 2013 :140p.
11. Lebrun JN. **Observance thérapeutique et relation médecin malade en médecine générale**. Amiens : Thèse de médecine générale, 2008 :175p.
12. Blasses S. **La dé-prescription en médecine générale, ses freins et ses déterminants**. Amiens : Thèse de médecine générale, 2011.
13. Allard E. **Le patient, son traitement et sa représentation du médicament. Rôle dans la prévention de la iatrogénie médicamenteuse**. Amiens : Thèse de médecine générale, 2012.
14. Picard A. **La plainte psychique en consultation de médecine générale : son expression, son devenir, et les interactions qu'elle engendre entre le médecin et le patient. Observation de 74 consultations**. Amiens : Thèse de médecine générale, 2010.
15. Segnier A. **L'information des médecins généralistes sur les médicaments**. Amiens : Thèse de médecine générale, 2011.
16. Moussadak A. **Médecins généralistes et visiteurs médicaux : une relation sous influence**. Amiens : Thèse de médecine générale, 2009
17. Mauvais A. **Les facteurs qui influencent la prescription de médicaments nouveaux en médecine générale**. Besançon : Thèse de médecine générale, 2010
- 17 bis. Hauvespre B. **La non-prescription : représentation et vécu des médecins généralistes, étude qualitative à partir de 13 entretiens**. Lyon Sud : Thèse de médecine générale, 2012
18. Darribes S. **Les déterminants de la prescription médicamenteuse: la visite médicale des laboratoires pharmaceutiques a elle une influence sur la prescription des médecins généralistes**. Bordeaux : Thèse de médecine générale, 2010

D) Sites internet

www.inpes.santé.fr

Le modèle de consultation BERCER ;

<http://www.sante.gouv.fr/>

<http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/extrait.php?specid=69505268>

<http://www.has-sante.fr/>

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_946269/fr/dr-jean-pierre-hilly-revision-de-la-prescription-des-personnes-agees-polymediquees-en-medecine-generale?xtmc=&xtcr=1

<http://www.communicationorale.com/porter.htm#.VIq8lXuGl3w>

www.allodocteurs.fr/actualite

Comment consommer moins de médicaments ;

<http://www.vidal.fr/actualites>

-Enquête IPSOS - LEEM : les Français interrogés de plus en plus préoccupés par la sécurité des médicaments (Par Jean-Philippe RIVIERE Date de publication : 11 Avril 2014).

-Baisse des dépenses liées aux médicaments de ville en 2013, mais hausse des volumes de prescriptions (Par Jean-Philippe RIVIERE Date de publication : 24 Avril 2014).

- Y-a-t-il sur-prescription de médicaments en France ? Est-ce au détriment de l'écoute par le médecin traitant ? Quid des benzodiazépines, sur lesquelles l'ANSM a récemment fait un état des lieux ? (interview du Dr Claude Leicher , médecin généraliste dans la Drôme et président du syndicat MG France. Vidal Actus le 23 janvier 2013)

<http://www.mediscoop.net>

- « Médicaments en accès direct : plus d'un Français sur dix achète sur Internet » (Le Parisien).

-« Mal au dos : le paracétamol ne sert à rien ! » (Le Point, Le Parisien).

-« Médicaments mal pris : 9 milliards d'euros d'économies possible » (Le Figaro, Le Monde).

- « Médicament : un effet trompeur identifié » (Le Figaro).

-« L'homéopathie fait de plus en plus d'adeptes » (Le Figaro)

http://www.pratis.com/modules/news/news_TV.php?newsid=2559

-Médicaments de ville : baisse des dépenses en 2013 (14/04/2014)

- Les Français et les médicaments : l'étude du LEEM (11/04/2014)

<http://www.lesechos.fr>

-La confiance des Français dans les médicaments s'effrite (Catherine Ducruet (10/04/14)).

<http://www.lemonde.fr/societe/article/>

Sous surveillance ou déjà interdits, la vraie liste des médicaments dangereux (Paul Benkimoun (29/09/2011))

<http://www.sudouest.fr>

Santé : 25 médicaments génériques interdits à la vente (09/12/2014)

<http://www.ladepeche.fr>

Motilium, Ketum... la liste des 60 médicaments qui devraient être interdits en France (01/02/2013)

<http://www.franceinfo.fr/emission/le-fitness-est-il-un-medicament-29-01-2015-04-53>

http://www.liberation.fr/societe/2014/11/20/hepatite-c-le-nouveau-traitement-couter-a-39000-euros_1146787:

E) Références pour les définitions et grandes notions :

26. Draperi C. **La médecine réfléchie au miroir des sciences humaines**. Paris: Ellipses, 2010: 184p
27. Gadamer H. **Vérité et méthode**. Paris : éd. intégrale, Seuil : 1996
28. Dilthey W. **Origine et développement de l'herméneutique**. Paris : Aubier : 1947
29. Ricoeur P. **Temps et récit**. Paris : Seuil : 1983
30. Grondin J. **L'herméneutique**. Paris: Puf: 2006
31. Good B. **medicine, rationality, and experience**. Cambridge: university press: 1993
32. Aristote (Traduction Tricot J) **Catégories et De l'interprétation: Organon II** Broché : 2000
33. Lalande A. **Vocabulaire technique et critique de la philosophie**. Paris : puf,1996 1323.
34. Gourevitch D. **Hippocrate de Cos, de l'art médical**. Littré, Le livre de poche, coll. bibliothèque classique. Paris : 1994.
35. Wotling P. **Friedrich Nietzsche et le problème de la civilisation**. Edition presse universitaire. Paris : 2009.
36. Laplantine F. **Anthropologie de la maladie: étude ethnologique des systèmes de représentations étiologiques et thérapeutiques dans la société occidentale contemporaine**. Paris: éd. Payot; 1993
37. Le Moigne P. **Anxiolytiques, hypnotiques : les facteurs sociaux de la consommation**. Groupement de recherche, psychotropes politique et société. Paris, Broché : 1999. 50p

www.linternaute.com

www.larousse.fr

www.cnrtl.fr/lexicographie

fr.wiktionary.org

<http://www.ac-grenoble.fr/PhiloSophie/articles.php?lng=fr&pg=24579>

Saussure le signifiant et le signifié

<http://rms.medhyg.ch/numero-401-page-1860.htm>

extrait de la revue médicale Suisse, n°401, Jean-Yves Nau

http://www.sfm.org/data/generateur/generateur_fiche/840/fichier_inertie_therapeutique-08f85.pdf.

VII. ANNEXE : entretiens semi-directif avec des patients pour étudier les attentes et la perception concernant la prescription médicamenteuse :

1 - Entretien avec Aurore :

Médecin généraliste urbain

Sexe : F Âge : 29 ans Profession : ingénieure (à la recherche d'un emploi)

Traitement à prendre régulièrement oui: contraception estroprogestative

1. « Que recherchez-vous lorsque vous consultez votre médecin ? »

« Hum, je recherche un petit peu d'écoute quand même, et bon, selon que j'ai un problème ou quoi, que, d'avoir euh,..., le bon médicament qui soit délivré quoi »

« Donc le bon médicament ? »

« Oui, quelque chose qui soit adapté à mon cas, quoi, parce que c'est vrai que l'on dit souvent bon euh, c'est vrai que l'on ne peut pas donner selon les personnes, on ne peut pas donner tout à fait les mêmes traitements, il faut adapter aux besoins de chacun donc euh »

« Et vous par exemple, vos besoins seraient de quel ordre ? »

« Baaaaaaahhhhhhhhhhhhhhh, eeeeeuuuuuuuuuhhhhhhhhh (silence) »

« Je ne sais pas trop quoi répondre, ..., Peut-être quelque chose qui ne me provoque pas trop d'effets secondaires chez moi, on va dire »

« Donc, ce sont les effets secondaires qui vous inquiètent ? »

« Bah, parfois oui, c'est les effets secondaires qui m'embêtent parce que, vous voyez j'ai pris, bon je suis sous pilule hein actuellement, et à l'époque, j'ai pris justement une pilule de 3ème génération, parce que celle de 2ème génération sous laquelle j'étais avant, elle commençait un peu à m'insupporter on va dire. Et, finalement, je me suis rendue compte que la 3ème génération je l'ai encore moins bien tolérée, parce que j'avais euh des douleurs euh à la poitrine euh, affreuses quoi. Donc, après finalement, j'en ai euh bah, j'en ai parlé au médecin quoi, et j'ai dit non, euh, ça ne va pas quoi, bah en fait, j'en ai même pas parlé tout de suite. J'ai arrêté. J'ai dit hum, et après, avec tous ce que l'on a entendu justement sur ces pilules-là, avec tous les scandales que cela a fait, je l'ai arrêtée de moi-même. Je me suis dit, de toute façon à cette époque-là, je n'en avais plus besoin parce que je n'avais plus de partenaire. Donc, je me suis dit bon, je vais l'arrêter et puis après, la prochaine fois que je verrai le médecin, et bien, je lui,..., je lui en reparlerais quoi de ce problème là avec la 3ème génération, voilà »

« Donc là, actuellement vous avez toujours une pilule ? »

« J'ai une pilule, oui, j'ai la minidril®. »

« Donc, vous avez trouvé une pilule qui vous correspond ? »

« Bah oui, c'est une pilule qui me euh correspond mieux. »

« Et qu'est ce qui ne vous convenait pas avec la pilule de 2ème génération ? »

« En fait, elle ne me réussissait pas, c'était des petits soucis que j'avais, j'avais des migraines en fait, avec mais bon ça, ça arrive, c'est quelque chose qui arrive souvent apparemment avec les pilules, donc euh, voilà mais finalement, vous voyez, je me suis vraiment rendue compte que la 3ème génération c'était encore pire, je me suis dit ah je préfère. »

« Et donc, c'était quoi le problème avec la 3ème génération ? »

« Et bien je vous dis c'était ces douleurs à la poitrine et comme j'ai entendu tout le battage qui a été fait autour de ça, ça m'a inquiétée et j'ai dit j'arrête tout, j'arrête tout de suite quoi,

voilà, voilà, voilà »

2. « Que pensez-vous de la prescription médicamenteuse qui vous est délivrée ?

« Bah, je pense que d'une manière générale, que c'est une bonne prescription quoi, bon ça arrive, c'est déjà arrivé parfois qu'on me donne des prescriptions, finalement ça ne marchait pas du tout après, je ne sais pas, peut être que le diagnostic n'avait pas été le bon. »

« Avez-vous un exemple ? »

« Bah, en fait j'ai l'exemple d'un petit problème que j'ai eu il y a deux ans maintenant, ou euh, je pensais en fait avoir une infection urinaire parce ça m'est déjà arrivée. J'avais des douleurs aux reins et au bas du ventre. En fait, et donc, le médecin m'a donné un médicament, bon, un antibiotique en l'occurrence, et finalement ça n'a pas marché. J'ai vu que j'avais toujours mal, alors je suis revenue le voir pour lui dire, bah écoutez docteur, j'ai toujours mal, alors je ne comprends pas, ce n'est peut-être pas une infection finalement. Je lui dis: est-ce que ce n'est pas un calcul, tout ça, donc du coup, elle m'a prescrit à nouveau des examens on va dire, elle m'avait prescrit quoi, ... une échographie je crois, pour voir si j'avais des calculs dans les reins et puis toujours rien, il n'y avait pas de problème donc euh, donc j'ai continué à avoir mal pendant quelque temps. Et puis, finalement j'ai fait, je suis allée voir un ostéopathe pour faire des manipulations. Et puis il se trouve, qu'apparemment, euh, c'était plus un problème euh je ne sais pas vertébral ou quoi, qui faisait que j'avais mal et pas, et, ce n'était pas organique on va dire, quoi »

« Donc c'est l'ostéopathie qui vous a guéri ? »

« Oui, voilà, ça m'a fait du bien »

« Qui vous avait conseillé de faire des séances d'ostéopathie ? »

« Alors en fait, euh, c'est l'une des sœurs de ma mère qui, justement elle lui en avait parlé : « ah mais tu sais Aurore, elle a des douleurs depuis plusieurs mois et ça ne passe pas », elle lui dit « bah tien, elle devrait aller voir ... », et on devait aller la voir justement à ce moment là puisqu'il y a eu un décès dans la famille, et, elle lui dit « bah tien, bah, quand tu viendras là, ben je te prendrai rendez-vous avec mon ostéopathe (bafouille) pardon, et puis, on verra bien ce qu'il lui dit, et ce qu'il lui fait ». Donc, je suis allée le voir, il m'a posé beaucoup de questions, on a beaucoup discuté quoi, et donc il m'a fait des manipulations, il m'a dit : « bon, le mal ne va pas passer tout de suite, il faut attendre quelques temps vous allez être fatiguée, vous allez avoir envie de dormir, donc vous vous reposez et puis après vous verrez comment c'est au fur et à mesure », donc je lui dis : bon, ben, ok. Effectivement, au fur et à mesure, la douleur, les jours passants, les semaines passants, la douleur elle est passée quoi, voilà. »

« Donc tout à l'heure, vous avez dit que le médicament qu'il vous avait prescrit pour ce problème-là n'était pas adapté. Pensez-vous que c'était une erreur de diagnostic ? »

« Je me suis dit peut être que j'ai mal dit, et puis du coup. »

« Donc pourquoi y a t-il eu selon vous une erreur diagnostic ? »

« Donc je me suis dit que peut être, elle vient des deux parts, elle vient de moi, bon après ce n'est pas moi le médecin après tout, moi, je dis mes ressentis et que je crois que c'est ça, mais après, effectivement, c'est peut-être pas ce que je crois du tout. Mais, après, je me suis dit que peut être elle aurait dû me, finalement, me euh, faire plus d'examens quoi, voir si on était sur la bonne, euh, si ça se confirmait ce que je disais ou si cela n'avait rien à voir, en fait, peut-être qu'il y aurait dû avoir plus de euh, l'approfondissement en fait, voilà hum »

3. « Que pensez-vous des explications qui accompagnent l'ordonnance et de la façon dont elle est rédigée ? »

« Je pense qu'il n'y a rien à redire, bon souvent après, ça c'est les médecins, c'est mal écrit mais de toute façon ce n'est pas moi qui décrit les hiéroglyphes du médecin qui m'a prescrit

euh le médicament, bon les pharmaciens, ils ont l'habitude, donc ils comprennent tout de suite, mais non, sinon non je n'ai rien à redire de spécial. »

« Et, vous les relisez les ordonnances ? »

« Cela m'arrive de les relire, sinon je les jette quand j'en ai plus besoin, je les garde quelque mois en général, bon après, j'oublie qu'elles sont là, je ne pense pas forcément tout de suite à les jeter ou à en faire quelque chose quoi. Donc cela traîne un petit peu parfois. »

4. *« Pouvez-vous me dire qu'est-ce que vous pensez d'une consultation qui aboutisse sans ordonnance médicamenteuse ? »*

« Euh, bah, ... ça ne me dérange pas, enfin, s'il n'y a rien euh, parce que parfois, on peut juste faire une consultation pour disons, pour euh, juste faire un petit bilan de santé quoi, pour voir si la tension elle est bonne, au passage, le médecin il peut nous prescrire un bilan sanguin pour voir si le sang, les analyses sont correctes, etc ... donc euh moi non, ça ne me dérange pas forcément de ne pas avoir de médicaments au bout de la consultation, je préférerais à la limite, voilà bon après je préférerais encore mieux ne pas avoir à consulter le médecin, bah après c'est vrai que y aller une fois par an, disons au moins, ce n'est pas inutile. »

5. *« Quelle importance accordez-vous à la prescription médicamenteuse ? vous dites que ce n'est pas forcément nécessaire pour vous, mais qu'est-ce qu'ils représentent pour vous, lorsqu'ils sont délivrés ? »*

« On va dire, je lui apporte une importance moyenne, on va dire, parce que c'est vrai qu'il y a des médicaments qui sont..., voilà je suis un petit peu partagée en fait parce que c'est vrai qu'il y a des médicaments même indispensables. Par exemple, dans le cas de ma mère. Bon là elle est obligée de prendre un traitement à vie quoi. Et puis, il y a d'autres fois, on nous donne des médicaments euh, c'est peut-être je ne sais pas, pas forcément utile par rapport à ce que l'on à, peut être que l'on nous donne aussi des médicaments, euh, c'est..., qui peuvent parfois être violents, euh dans leurs actions quoi, donc euh je ne sais pas, je suis un peu partagée en fait. »

« violent ? »

« Bah, les réactions qu'elle provoque c'est assez Je me dis que, finalement, qu'on nous donne des médicaments qui sont sensés nous soigner et... (rire forcé) des fois ça nous fait plus de mal que de bien, euh..., j'ai l'impression. Voilà, bon, là, quand je parle de ça, je pense notamment à des traitements, bon c'est des traitements qui sont lourds mais bon, des traitements de chimiothérapie quoi, qui sont des traitements quand même assez pénibles quoi, à suivre quoi, voilà »

2 - Entretien avec Claire :

Médecin généraliste urbain

Sexe : F Âge : 58 ans Profession : psychologue

Traitement à prendre régulièrement oui: inhibiteur de la pompe à proton

1. « Qu'attendez-vous quand vous consultez votre médecin ? »

« Quand je vais le voir, c'est que quelque chose ne va pas, qui me fait mal, j'attends qu'il m'ausculte qu'il puisse : soit poser un diagnostic, où soit si il ne sait pas, m'envoyer faire les examens nécessaires, pour être sûre de ce qu'il va me répondre, je ne vais pas dire la vérité, mais quelque chose auquel je peux croire. Pas forcément me donner un traitement. S'il me dit ce qu'il y a à faire, qu'il me rassure, c'est le fait d'être rassurée qui me... La parole est suffisante. J'ai plus confiance dans la parole que dans le médicament. »

2. « Quelle importance accordez-vous à la prescription médicamenteuse ? »

« Je ne sais pas, le médicament en soit, je n'ai rien contre, mais je pense que : si le médecin juge que ce que j'ai ne nécessite pas de médicament, je préfère qu'il ne m'en prescrive pas. Si j'ai une douleur aiguë, et qu'il peut me soulager, pourquoi pas, mais ma priorité n'est pas d'avoir une ordonnance. »

3. « Qu'est-ce qu'elle vous apporte ? »

« Déjà, je lui demande de m'expliquer à quoi servent les médicaments qu'il me donne, et, suivant ce qu'il me dit, soit je lui dis que je ne veux pas tel médicament parce que cela ne me convient pas et puis cela va dépendre de ce qu'il me répond. S'il me dit qu'il faut absolument le prendre, peut être que je l'écouterai. En tant que patient, on a un ressenti que le médecin ne peut pas entendre de la manière dont on la vit. Parfois il peut me prescrire un médicament antalgique trop fort, ou trop longtemps. »

4. « Trouvez-vous les ordonnances adaptées à votre situation ? »

« Le médecin que je vais voir, oui, mais j'ai quitté d'autres médecins pour lesquels il n'y avait pas d'écoute, et que c'était comme si je venais juste les voir pour avoir une ordonnance. »

5. « Pouvez-vous me dire comment vous, personnellement, vous réagiriez suite à une consultation sans ordonnance ? »

« Je pense que si le médecin est compétent, et qu'il prend son temps, et qu'il juge effectivement qu'il n'y a pas besoin de médicament, qu'il y a peut-être effectivement besoin de conseils, soit diététiques, soit de sport, qui peuvent régler le problème. Si ce n'est pas quelque chose de grave. Si je ne suis pas en danger. »

6. « Que pensez-vous des explications qui l'accompagnent ? »

« Le mien, rien à redire. J'ai vu des médecins qui prescrivent et n'expliquent rien; Même si vous leur demandez, on sent que si vous leur demandez quelque chose c'est comme si vous n'étiez pas en droit et qu'ils n'avaient pas le temps. La prescription est pour les médecins quelque chose qui fait que la consultation va très vite. Le mien, il ne prescrit pas trop, juste ce qu'il faut, et encore, des fois j'ai eu des gros rhumes et en fin de compte il me demandait si je voulais un sirop, je disais que non et il ne m'en prescrivait pas. »

« Par contre, ce que j'ai pu discuter avec lui, c'est que je n'étais pas satisfaite de certains génériques, par exemple avec le bi-profenid®. Il m'avait prescrit un générique, et au bout de 7 jours, j'avais toujours aussi mal. Et, quand il m'a prescrit le vrai bi-profenid®, la douleur est passée. »

« Vous êtes plutôt opposée aux médicaments génériques ? »

« Oui, tout à fait. Mon médecin m'entend, mais, je sais que pour lui c'est peut être difficile, car on est poussé à prendre des génériques. J'ai la chance d'avoir trouvé un médecin qui est à l'écoute, je n'ai pas l'impression d'être une consommatrice. »

7. « Quels sentiments ressentez-vous quand votre médecin vous fait votre prescription médicamenteuse? »

« Quand il me fait une prescription médicamenteuse pas comme d'habitude c'est-à-dire très peu (lapsus ?), je me suis sentie en danger, il a fallu qu'il me rassure, car j'avais l'impression d'avoir quelque chose de grave. »

« Le fait de prescrire peu ? »

« Plus »

« Ça vous fait donc peur le médicament ? »

« Oui »

« Donc pour vous, plus on en a, plus on est malade ! »

« Oui »

« Il faudrait qu'il ne vous en fasse pas du tout pour vous rassurer ? »

Juste ce qu'il faut, comme j'ai confiance en lui, juste ce qu'il pense que j'ai besoin

« C'est quoi pour vous beaucoup ? »

« Pour moi beaucoup, euh par exemple, j'ai mal à l'estomac, j'ai un médicament à prendre à vie. »

« Il m'a prescrit 7 ou 8 médicaments, alors je ne comprenais pas, je trouvais qu'il y avait des médicaments qui se ressemblaient, j'ai eu peur, alors j'ai demandé si je pouvais avoir une prise de sang »

« Au lieu de lui donner votre ressenti ? »

« Hum, oui. Alors on en a reparlé ensemble, j'ai pris l'ordonnance mais pas les médicaments. »

8. « Que faites-vous de votre ordonnance une fois sortie de chez le médecin? »

« Cette fois-là, j'ai pris juste les médicaments dont j'avais besoin. »

« Sur quels critères ? »

« Et bien, celui que je prends pour l'estomac. »

« Par exemple, j'ai eu une remplaçante, elle m'a donné des médicaments, mais ce n'était pas un médecin avec qui je pouvais discuter. Je ne me suis pas sentie très à l'aise, au moment où mon médecin est revenu, il m'a dit d'aller voir un spécialiste qui m'a fait une injection. Alors j'ai pris des médicaments pendant plusieurs mois pour rien il me semble. »

« Vous vous en remettez à d'autres sources d'informations que votre médecin pour les médicaments ? »

« Non »

« Que pensez-vous du rôle du pharmacien ? »

« Je ne sais pas; Je n'ai pas souvent demandé conseil au pharmacien »

9. « Avant de consulter votre médecin, vous automédiquez-vous ? »

« Oui quand même, mais je reste sur des choses comme du paracétamol. Maintenant, quand j'ai des rhumes tout ça, j'essaie des remèdes de grand-mère avec des tisanes. Pour l'instant je n'ai pas eu de choses graves, ce qui fait que ça, je ne peux pas vous dire. Je lis les notices pour savoir à quoi cela sert, mais je ne lis plus les effets indésirables, sinon je ne prends pas le médicament. »

« Je ne suis pas trop médicament, mais en même temps, j'aime bien avoir des explications. Tant qu'il s'occupe de moi! Déjà, quand je sors de chez lui, je suis rassurée.

« C'est lui le premier médicament. »

3 - Entretien avec Héloïse :

Médecin généraliste urbain

Sexe : F Âge : 30 ans Profession : recherche d'emploi (formation : master en histoire, en science politique et à la jeunesse et aux sports)

Traitement à prendre régulièrement oui : antibiotiques

1. [« Que recherchez-vous lorsque vous consultez votre médecin ? »](#)

« Une présence rassurante, enfin surtout savoir ce que j'ai. À l'origine en général c'est que je suis malade et qu'il y a un problème, qu'il mette un mot sur ce que j'ai et après avoir les conseils et pouvoir traiter. Ça moi je n'y vais pas trop quand je suis malade j'y vais plutôt pour des problèmes personnels, ou quand ça ne va pas moralement, mon médecin il est un peu psychologue il est très dans le suivi, c'est mon médecin de famille, je le connais depuis que je suis toute petite donc il va faire des rapports avec mon passé, etc, et c'est plutôt pas un thérapeute mais presque en fait, et il va savoir me rassurer. Ce que j'attends, c'est que l'on réponde à mes questions, et ça il n'y a pas beaucoup de médecins qui le font. Oui voilà, J'attends des réponses, savoir ce qu'il y a, ce qu'il faut faire, vers quoi s'orienter pour traiter le problème, quelles démarches suivre, quel traitement faire ou ne pas faire, ce genre de choses, et en fait, avoir une direction. »

2. [« Quelle importance accordez-vous à la prescription médicamenteuse ? »](#)

« C'est là où c'est le plus particulier parce qu'en général le mien il est acuponcteur euh homéopathe et j'avoue que j'ai tendance à ne pas prendre l'homéopathie, donc en fait il va me faire des ordonnances que je ne prends pas, ou je vais sélectionner les médicaments que je prends et que je ne prends pas, quand je vais à la pharmacie je dis: ça vous me mettez ou vous ne mettez pas. Donc ce n'est pas forcément pour les médicaments en soit, sauf si j'ai vraiment un besoin, et même là par exemple il m'a prescrit des antidépresseurs. Bon à la base il n'était pas trop chaud, mais comme j'ai hésité (lapsus pour insisté), il a fini par me les mettre quand même. Au final je ne les ai pas pris, enfin je les ai pris mais je ne les ai pas pris chez moi, j'ai la boîte, mais je les prends pas, euh donc, mais c'est déjà pour pouvoir discuter des choses, poser et puis savoir les différentes options que j'ai, moi je fais mon choix par rapport à ce qu'il va me dire, et par rapport à ce que je pense. Donc la prescription médicamenteuse en soit c'est un peu aléatoire du coup, parce que il y en a que je ne vais pas suivre du tout, enfin j'en fais un peu au final qu'à ma tête, donc elle est importante mais si je n'en ai pas je ne vais pas pleurer, et puis je peux en avoir et ne pas les utiliser du tout, ne pas aller à la pharmacie, c'est vraiment le rapport au médecin plus qui est important. »

3. [« Est-ce que vous discutez des thérapeutiques qu'il vous a prescrit ? »](#)

« Bah c'est vrai qu'à terme, en fait c'est vrai que ça fait longtemps que je ne lui dis plus, comme lui il est que exclusivement ça, il a du mal à mettre des antibiotiques et tout etc quand il faut les mettre il les mets d'une manière générale, il n'est pas très prescription médicale ni médicamenteuse lourde. Donc je sais si je vais le voir, de toute façon j'aurais le droit à de l'homéopathie, après je pourrai très bien lui dire effectivement, mais du coup, je ne sais pas trop ce qu'il me prescrirait à la place, mais bon au final ça ne changerait pas grand-chose, comme l'homéopathie je ne la prends pas, et quand j'en parle, puisque du coup je demande toujours en pharmacie et c'est mitigé et il y en a qui croient, d'autres qui ne croient pas, je pense que ça marche peut être mais sur le long terme, mais souvent on attend quelque chose d'efficace rapidement. »

[« Vous cherchez une efficacité rapide ? »](#)

« Oui (rire), donc l'homéopathie ce n'est pas ça. Après j'y vais aussi pour l'acupuncture parce

qu'il est acupuncteur, en général pas à chaque fois mais presque il me fait une séance pour le stress, l'angoisse, pour arrêter de fumer, ou pour différentes choses et puis des fois il me fait une manipulation quand j'ai mal au dos, ce n'est pas une séance d'ostéopathie, c'est différent, mais il va faire des petites manipulations etc et ça fait du bien quand même. Donc il y a aussi ça, enfin... pour moi »

4. [« Que pensez-vous de la prescription médicamenteuse qui vous est délivrée ? »](#)

«Pour moi, l'homéopathie ce n'est pas vraiment un médicament, finalement non. Il prescrit très peu de médicaments sauf, enfin les médicaments que je prends ce n'est pas mon généraliste qui me les prescrit, là, pour le coup c'est essentiellement le gynécologue qui me le prescrit ou un autre spécialiste le dermatologue. C'est eux qui me prescrivent les médicaments que je prends réellement, parce que là pour le coup j'ai besoin, ce n'est pas mon généraliste pour des problématiques spécifiques qui sont suivies par des spécialistes, et eux par contre je prends leurs médicaments et je suis les prescriptions et là par contre je suis même très demandeuse et je ne trouve d'ailleurs que les médicaments ne sont pas très efficaces. Chez mon généraliste je n'y vais pas pour les mêmes problématiques. »

5. [« Que prenez-vous comme médicaments ? »](#)

«J'ai pris beaucoup là du coup, j'ai eu un an de rifadine®, fucidine® et compagnie et puis il y a un autre antibiotique je ne sais plus ce que c'est, pendant un an je m'en suis mangé deux en complément et puis oui c'est beaucoup ce qui tourne autour de ça, j'ai la maladie de Verneuil, que ce soit la gyneco ou la dermato, des antibiotiques et des crèmes antibiotiques. »
« Mon médecin généraliste, après que j'ai un peu insisté parce que ma famille voulait que je me fasse prescrire ça, donc je lui ai quand même dit, il a cédé et il me les avait prescrits, je ne sais même pas ce que c'est puisque je ne les ai pas pris, j'ai la boîte, je les ai pris quand même, je me suis dit quand même on ne savait jamais, si jamais j'ai vraiment besoin, si je craque, j'ai préféré faire sans et pour l'instant ça va, donc j'ai bien fait, après si mais ce n'est pas le médecin, ah si c'est lui qui me l'a prescrit, mais pareil j'ai dû insister, du bromazepam®, mais j'en ai pris que deux fois, juste avant les soutenances, enfin pour moi je le prends pour m'empêcher de trop stresser avant mon examen, c'est lui qui me l'a prescrit, mais pareil il s'est fait... j'ai du bien insister pour avoir les ordos, il est vraiment pas médicaments chimiques et compagnie, lourds et tout quoi, mais je l'ai rassuré en lui disant que ce n'était pas pour les prendre tous les jours mais avant un entretien de travail, pour mes soutenances, pour des coups vraiment comme ça, mais c'est tout, quoi sinon, pas de médicament, après quand j'ai besoin je vais à la pharmacie pour de l'actifen® ou des trucs comme ça en auto prescription, c'est tout, ou le doliprane® à la rigueur je lui demande qu'il me le mette sur l'ordonnance, et du piasclédine® mais ça c'est pour mes dents c'est de l'homéopathie aussi, il n'y a que ça. »

6. [« Quels sentiments ressentez-vous quand votre médecin vous fait votre prescription médicamenteuse? »](#)

«Franchement pas grand-chose, je dirais qu'il fait son boulot, mais s'il ne m'en faisait pas je ne dirais pas qu'il n'a pas fait son boulot, donc euh non euh, c'est pas le sentiment d'être, une reconnaissance ou autre, oui je n'en sais rien, alors si peut être quand il fait une prise de sang ou quoi, là il y a peut-être quelque chose de plus poussé, s'il veut vérifier ça, ou quand il m'a prescrit les anti déprimeurs, je me suis quand même dit, là peut-être il se dit qu'effectivement c'est peut être nécessaire ou il se dit je suis à la limite de craquer, ça dépend mais souvent les médicaments par rapport à ma gynéco ou la dermato, des trucs comme ça, je vais à la pharmacie dans la foulée, alors que ça, ça peut attendre souvent longtemps, voir même l'homéopathie, j'en ai un peu, j'en ai pris mais en fait j'en prends plus, car je ne les

prends pas, je prends mais j'achète pour rien, ça ne sert à rien du coup, ce n'est pas l'ordo, enfin ça compte moins chez lui, c'est peut être que c'est mon médecin de famille etc, contrairement à la gynéco ou au dermato ou autre parce que je sais là qu'il y a vraiment des choses à traiter, des gros problèmes et que j'y arrive pas sans médicament et que même avec médicament c'est compliqué, et puis je suis tout le temps en demande d'autre chose, de nouvelles méthodes en fait. »

7. « Que pensez-vous des explications qui accompagnent les prescriptions médicamenteuses ? »

« Bah mon médecin par contre pour ça il est assez clair, parce que tout ce qu'il va prescrire, il va expliquer un par un les médicaments au moment où il le pose, ou bien alors je vous mets ça ou ça pour tel chose, vous le prenez à tel moment, à tel autre, comme ci ou comme ça, pour le coup le mien est très clair et il prend le temps, enfin, pi avec moi c'est vrai que je sais qu'il prend le temps, je pense qu'il fait avec tous ses patients, c'est vraiment un bon médecin et du coup il prend le temps d'expliquer un par un leurs prescriptions, et ce pour quoi il le prescrit, la dessus en général il n'y a pas de problème. »

8. « Pouvez-vous me dire comment vous, personnellement, vous réagiriez suite à une consultation sans ordonnance ? »

« Je pense que ça m'est déjà arrivé, ça ne m'a pas dérangé, non vraiment je n'y vais pas forcément pour des médicaments, donc non, pour moi il n'y a aucun problème. »

9. « Que faites-vous de votre ordonnance une fois sorti de chez le médecin? Comment vous l'utilisez ? »

« Ça dépend euh bah soit elle reste dans mon sac et puis elle finit dans mon dossier médical si je ne m'en sers mais en général je les gardes quand même, après là, je commence par les jeter un peu, parce que au bout d'un moment ça s'accumule, donc les vieilles que j'ai déjà fait renouveler, au bout d'un moment, je finis par les jeter mais j'en garde quelques-unes parce que en plus s'il me reste des médicaments, comme ça je me rappelle après pourquoi c'est etc donc voilà mais sinon elles peuvent rester plusieurs jours dans mon sac si je ne vais pas à la pharmacie avant, en général je la mets dans mon portefeuille et puis voilà. »

« Donc vous disiez que vous aviez arrêté vos traitements homéopathiques ? »

« Oui donc du coup j'ai des tubes d'homéopathie chez moi, je sais à quoi ils servent, si je veux je sais pourquoi il y en a, pour tel et tel machin, il y en a pour plein de trucs mais euh maintenant du coup, l'homéopathie ça par contre d'entrée de jeu en pharmacie je dis je ne le prends pas, sauf certains trucs pour le sommeil là à la rigueur, que j'ai testé, mais euh, pour le traitement quotidien je ne le prends pas, après mes sœurs elles y croient plus, moi je ne sais pas, j'ai un avis partagé là-dessus, mais il faudrait peut-être, mais comme je ne vois pas d'effet immédiat euh. »

« Même pour les troubles du sommeil ? »

« Je le prends plus, j'en ai, j'en ai acheté, le dernier que j'ai pris c'était celui-là, je me suis dit je l'essaie quand même, au final j'en ai filé à ma mère et elle, elle m'a dit qu'elle avait eu un effet positif, qu'elle allait en acheter, et moi, comme bon c'est trop aléatoire, des fois je dors bien, des fois je ne dors pas bien, donc je n'ai pas envie de prendre quelque chose, je n'ai pas envie de m'accoutumer à quoi que ce soit et une fois que je dors mal, je crois que c'est trop tard. Donc au final, je ne les ai quasiment pas pris, donc l'homéopathie... »

4 - Entretien avec Alain :

Médecin généraliste urbain

Sexe : H Âge : 20 ans Profession : étudiant 2ème année droit

Traitement à prendre régulièrement : non

1. « Qu'attendez-vous lorsque vous consultez votre médecin ? »

« Qu'il m'ausculte, pour enfin qu'il repère, qu'il sache repérer ce qui ne va pas. En fin de compte, si j'ai une maladie, un problème à l'organisme, enfin de compte ça dépend pourquoi j'y vais, pour une histoire banale; histoire de faire des vérifications. S'il voit des choses pas normales, qu'il me dise s'il faut que je prenne des médicaments, où qu'il me donne des solutions à mon problème. Le médecin peut apporter différentes choses.»

«Des fois, on ne peut rien faire de plus qu'attendre. Mais, déjà la parole du médecin ça sert à rassurer le patient. Et, le médecin comme on sait qu'il connaît, qu'il a le savoir, on sait, on attend qu'il soit assez compétent, qu'il soit sûr de lui parce que c'est vrai qu'il peut y avoir des erreurs, mais certaines erreurs sont plus ou moins graves, c'est pour ça que j'attends un certain savoir du médecin pour qu'il me prescrive des bons médicaments, si cela se soigne avec des médicaments. »

2. « Quelle importance accordez-vous à la prescription médicamenteuse ? »

«Ce n'est pas forcément nécessaire, mais si vraiment on a besoin; par exemple on a de fortes douleurs, pour les apaiser ou par exemple comme pour les vaccins on ne peut aller contre lui ? C'est plutôt pour les grandes douleurs. »

«Moins on donne de médicaments, plus c'est rassurant d'un certain côté. Pour moi, le médicament c'est quelque chose qui rentre dans l'organisme, qui est hors de l'organisme, l'organisme n'a pas l'habitude de fonctionner avec cela. Après, je n'ai aucune connaissance c'est pour cela que c'est le médecin qui conseille les bons médicaments par exemple pour les bonnes doses par rapport à notre taille, notre corpulence. »

«C'est pour cela que c'est rassurant car les médicaments cela fait peur, parce que ça rentre dans l'organisme, et si c'est mal utilisé, ça peut avoir des effets secondaires. Moi j'ai eu l'expérience par exemple avec ma dermato (respiration). C'est comme un médecin, sur certaines choses. Elle me prescrivait du curacné®. J'ai ressenti tous les effets secondaires, les tentatives suicidaires, euh, tout ce qui n'allait pas, et là le rôle du médecin justement. Alors bien sûr, le médecin ça sert à autre chose, mais le médecin, c'est quand même qu'on soit rassuré. Et, là où la dermato a été "défaillante" entre guillemets, c'est que elle n'a pas été très rassurante, j'ai vu mes effets secondaires, elle voulait seulement abaisser les doses, alors que l'on a bien vu qu'en arrêtant le traitement ça allait beaucoup mieux. Après, il vaut mieux arrêter plutôt que de vouloir accélérer le cours des choses. C'est mieux, parce que c'est mieux que l'organisme s'habitue lui-même à la maladie plutôt qu'en quelque sorte le surentraîner.»

3. « Que pensez-vous des explications qui l'accompagnent ? »

« Ça dépend tout à fait du médecin, et de ce que l'on a. Je sais que moi, des fois, je n'y comprends absolument rien car le médecin parle dans son propre dialecte. Mon médecin explique comme on explique à un petit, avec les mots pour comprendre, alors que j'ai un médecin actuel, j'y suis allé car j'avais une sorte de kyste, et il m'a expliqué avec son propre vocabulaire, alors j'y comprends absolument rien. Alors il faut avoir quand même le bon vocabulaire, car ça peut ne pas rassurer les patients qui n'y comprennent rien en sortant. »

« Quels conseils proposeriez-vous pour que le médecin améliore sa prescription ? »

«Je ne sais pas vraiment, mais ... je pense que ... (respiration) »

«Ça dépend tout à fait des médecins. Pour les médecins qui ne disent pas grand-chose sur le médicament, je pense qu'un bon médecin ça explique l'effet des médicaments, comme ça, c'est au patient de choisir si il a envie de les prendre. Explique les effets secondaires, ça va être bénéfique, pour ça vous risquez d'avoir alors bien sûr, les gros médicaments, pas pour les médicaments antalgiques qu'on prend comme ça. Ces médicaments-là voilà, c'est à maîtriser quand même. Par exemple, il y a l'Effergal® à la codéine, il ne faut pas en abuser quand même. Prendre de l'Aspégic si on a rien, ça peut quand même créer des effets secondaires, mais il y a des médicaments ou les effets secondaires sont beaucoup plus importants. »

4. [« Pouvez-vous me dire comment vous, personnellement, vous réagiriez suite à une consultation sans prescription médicamenteuse ? »](#)

«S'il a bien expliqué et qu'il me dit qu'il n'y a pas besoin de médicament, pour moi, je trouve cela plus rassurant que, en tout cas pour moi, s'il me prescrit une tonne de médicaments, même un médicament assez lourd, ou quoi. Ça rassure quand même, et ça veut dire que l'organisme peut s'y faire lui-même, et qu'il n'a pas besoin de médicaments. »

5. [« Qu'attendez-vous de la prescription médicamenteuse faite par votre médecin ? Qu'est ce qui y est important ? »](#)

« Quand on en donne si ce n'est pas nécessaire ; quand on en donne, c'est que c'est une absolue nécessité. Par exemple si c'est des douleurs ou si c'est une maladie qui a beaucoup de mal à passer. Ce qui rassure c'est que c'est des doses maîtrisées, et que c'est des médicaments précisément faits pour guérir notre maladie, nos rhumatismes ou je ne sais trop ce que l'on peut avoir. »

6. [« Que faites-vous de votre ordonnance une fois sorti de chez le médecin ? »](#)

« Ça dépend si je considère ça très sérieux par rapport à ce qu'il m'a expliqué, je, j'achète tout, enfin je prends tout sur l'ordonnance. Enfin, toujours il y a l'avis du médecin, on le voit plus ou moins en fonction du médecin, si c'est très sérieux ou pas très sérieux et il ne faut pas le prendre à la légère et s'il me dit c'est pas très sérieux et on arrivera à s'en sortir sans, si par exemple, je sais pas, si c'est un rhume, et que pour faire passer le rhume il me donne tel et tel médicament, et que pour la douleur, il me donne plus cela, alors, je choisirai pour la douleur, plutôt de prendre cela pour avoir moins mal, mais le rhume je le laisserai passer tout seul, euh, enfin voilà si c'est moins sérieux. »

[« Mais trouvez-vous cela important qu'il vous le prescrive quand même ? »](#)

«Oui »

[« Et après vous choisissez de le prendre ou pas ? »](#)

«Oui voilà en fait, c'est important qu'il nous donne une liste puis, on fait notre choix parmi les médicaments. On le fait en fonction de ce que l'on connaît déjà, de ce qu'on a déjà pris, si on a déjà pris des médicaments qui fonctionnaient, et en fonction de l'avis du médecin »

[« Avez-vous besoin d'autres avis ? »](#)

«Si on a d'autres avis, c'est comme par exemple pour moi, que c'est vraiment un problème sérieux, comme mon père qui a un problème de coagulation du sang, c'est quand même assez sérieux, du coup il a demandé à plusieurs médecins, ce qui est bénéfique, d'ailleurs, puisque le premier n'a pas repéré que son problème pouvait mener à une phlébite. Après son accident, un autre médecin a dit: c'est grave, c'est un problème de coagulation, c'est pour cela que c'est important d'avoir un autre avis. »

«Les médecins c'est vrai que c'est très... c'est la source la mieux placée, c'est pour cela que c'est bien d'aller voir chez plusieurs médecins pour les choses importantes. J'aurais moins confiance sur les sources internet, à moins que ce soit des sites sécurisés et pas des blogs.

Après, les sources d'amis c'est pareil. C'est toujours moins rassurant que si c'est un médecin qui vous le dit. Voilà »

5 - Entretien avec Alceste :

Médecin généraliste semi rural

Sexe : F Âge : 84 ans Profession : retraitée

Traitement à prendre régulièrement oui : anti HTA, AINS, antalgiques, somnifères, traitement thyroïdien substitutif, hypouricémiant

1. « Que recherchez-vous lorsque vous consultez votre médecin ? »

« *Qu'il fasse un diagnostic précis si possible. Et j'y vais pour être soignée, hein.* »

« *L'amabilité de mon Docteur, moi je trouve qu'on se confie facilement à un docteur je trouve.* »

« *Comment pensez-vous qu'il puisse vous soigner au mieux ?* »

« *Par médicaments !* »

2. « Quelle importance accordez-vous à la prescription médicamenteuse ? Qu'est-ce qu'elle vous apporte ? Quelles remarques pourriez-vous faire sur l'ordonnance de votre médecin traitant ? »

« *Je veux bien des médicaments mais pas trop, pas trop de médicaments, non ! Pas en avoir à prendre toutes les deux heures, parce que ça devient une rengaine je trouve, c'est trop répétitif les médicaments. Selon ce que l'on a, on est soulagé. Et puis, on a la confiance du docteur. Parfois, rien que de la voir, on s'explique, elle parle bien, on est à moitié soulagée, il faut le reconnaître ! Arrivée à un certain âge, on voit plus dramatique que ce n'est, donc elle nous remet en confiance* »

« *Comment pensez-vous qu'on puisse soigner autrement que par les médicaments ?* »

« *Par homéopathie, c'est déjà peut être moins contraignant peut être, que les autres, à la prise de médicaments, on en prend peut être moins et puis on prend ces granules d'un seul coup, puis on est tranquille, ... tandis que les autres médicaments, selon s'il faut en prendre plusieurs fois dans la journée, parfois on oublie, volontairement ou involontairement.* »

3. « Que pensez-vous de la prescription médicamenteuse qui vous est délivrée ?

« *Jusque maintenant ça va, c'est ajusté à la maladie que j'ai. Parfois il y en a un peu de trop, on arrange soit même. Aujourd'hui je prends celui-là, demain je prendrai l'autre.* »

« *S'il y en a pas assez ?* »

« *En général il en donne toujours la dose !* »

« *Et puis à la pharmacie, comme c'est des boites de 8, quand on vous en donne pour 1 mois, c'est toujours compté amplement.* »

4. « Comment le médecin pourrait améliorer son ordonnance ? »

« *Ben là, maintenant elle vient, que c'est déjà frappé sur l'ordinateur. Elle vient, l'ordonnance est déjà prête puis, s'il y faut autre chose, elle rajoute à la main, elle revoit l'ordonnance du mois suivant pour la tension tout ça, alors s'il y a un problème qui s'est greffé dans le mois, bon ben, elle rajoute.* »

5. « Pouvez-vous me dire comment vous, personnellement, vous réagiriez suite à une consultation sans ordonnance ? » Est-ce que cela vous est déjà arrivé ?

« *Oh, bah non, en général moi je vois le médecin parce que j'ai besoin de médicaments, par rapport à ma pathologie, pour un renouvellement.* »

« *Mais quand ce n'est pas pour un renouvellement.* »

« *Je n'ai pas d'autre consultation pour, euh* »

« *Jamais ?* »

« Non bah non, A moins que entre deux, il y ait une angine ou une bronchite ou quelque chose quoi, c'est ça. Mais pour ma pathologie, bon ben, c'est régulier tous les mois »

« Mais pour un autre problème comme une angine Ça vous est déjà arrivé que l'on ne vous prescrive rien ? »

« Ah non, non »

« Comment réagiriez-vous si on vous disait qu'il n'y a pas besoin de médicament ? »

« C'est elle qui est seule juge, si je n'ai pas besoin, je n'ai pas besoin »

« Même si le confort peut être diminué ? »

« Bah oui, ce n'est pas en général avec le médicament qu'on guéri toujours. »

« Au contraire, je suis plutôt contre les médicaments, que trop, il faut ce qu'il faut. »

6. « Que pensez-vous des explications qui l'accompagne ? »

« Ah bah, elle explique très bien et elle note ce qui est à prendre et puis. Si c'est à prendre régulièrement en cas de douleur. »

« Pour les autres médicaments »

« Pour la tension tout ça c'est régulier. »

« Que prenez vous ? »

« Je commence par coaprovel® pour la tension levothyrox® pour la thyroïde et puis les anti-douleurs, le midi c'est le kardegic® là c'est pour le cœur et puis le soir des comprimés pour dormir et puis j'ai aussi zyloric® car je fais un peu d'acide urique voilà autrement tout est bien expliqué moi je suis satisfaite quand elle est passée on est requinquée comme dis-moi! »

7. « Quels sentiments ressentez-vous quand votre médecin vous fait votre prescription médicamenteuse? »

« bah, j'ai l'espoir d'être soulagée, »

« Est-ce que cette prescription vous satisfait, vous soulage, vous rassure ou a contrario, vous laisse insatisfaite, vous angoisse, vous inquiète...? »

« Non, je suis satisfaite, comme je dis, je ne suis pas bourrée de médicaments mais, si j'ai besoin, bon ben je prends, mais je n'irai pas réclamer de grandes ordonnances »

« Ça vous arrive de réclamer un médicament ? »

« Si j'ai pas, comme j'ai beaucoup de douleurs par exemple, quand je n'ai plus d'anti inflammatoire, je demande d'en prescrire au cas où elle ne pouvait pas venir quand j'ai des crises. C'est possible, elle le met, mais elle précise bien de ne pas les prendre sans douleurs. »

8. « Que faites-vous de votre ordonnance une fois sortie de chez le médecin? ». « Pensez-vous bien la respecter ? »

« Je suis les prescriptions, mais je ne prends pas plus que ce qui est marqué, j'en prendrai plutôt moins que ce qui est indiqué, si je me sens bien, j'en prends moins ce que je prends régulièrement ça je ne déroge pas, mais selon les médicaments, si je n'ai pas besoin, je ne prends pas. »

« Mais ça vous rassure de les avoir si besoin ? »

« Voilà. »

6 - Entretien avec François :

Médecin généraliste n° semi rural

Sexe : H Âge : 67 ans Profession : retraité de la banque

Traitement à prendre régulièrement oui: antihistaminique

1. « Que recherchez-vous lorsque vous consultez votre médecin ? »

« *Ma fois plusieurs choses, déjà donc un diagnostic euh ensuite un conseil, ensuite un entretien pour être plutôt rassuré.* »

« Vous voulez parler de vos inquiétudes ? »

« *Oui c'est un peu cela, pas forcément les inquiétudes mais l'inquiétude qui me soucie sur un point particulier.* »

« Qu'attendez-vous concernant les conseils et le diagnostic ? »

« *D'abord qu'il fasse son métier, à mon avis il doit pouvoir savoir si c'est une souffrance, savoir de quoi provient la souffrance, que ce soit une souffrance physique ou morale quoi, au niveau du diagnostic je pense qu'il doit pouvoir même en affinant avec d'autres sources de jugement, type radio ou autres analyses, donc il doit pouvoir déterminer assez précisément et assez justement de quoi on souffre, pour envisager après le soin adéquat; ça c'est au niveau du diagnostic. Au niveau du conseil, c'est plutôt une assurance enfin de rassurer dans le cadre d'un diagnostic qui serait fait et qui serait évolutif.* »

« Une fois le diagnostic obtenu, vous parlez d'agir en conséquence. Qu'attendez-vous une fois le diagnostic posé ? »

« *Qu'il y ait un suivi dans l'aboutissement, ou dans, oui dans l'aboutissement de la guérison, ou s'il n'y a pas de guérison possible, au moins un suivi régulier permettant, oui de bah ben, donc de voir, euh, de pouvoir supporter si c'est vraiment un diagnostic fatal à terme.* »

« Comment peut-on avoir une solution au diagnostic ? »

« *Il y a l'aspect purement médical qui est fondamental, et puis après il y a l'aspect, euh plutôt en fonction de la personne qui est en face de soi, donc que, si c'est une personne plutôt fragile, si c'est une personne qui a d'autres points d'appuis familiaux, amis ou autres, donc avoir quand même un entretien global, de manière à pouvoir amener un plus par rapport au diagnostic, par rapport à l'efficacité des médicaments, puisque derrière le diagnostic, il y aura vraisemblablement prise de médicament ou autre type, mais purement médical.* »

« Selon vous la prise en charge aboutit forcément à la prescription médicamenteuse ? »

« *Ben à priori, généralement lorsque l'on va voir son médecin, c'est que ben, sauf si on a besoin simplement d'un certificat médical pour faire du sport, mais si non c'est qu'il y a quelque chose qui se passe, ou c'est bien ciblé, ou si c'est pas bien ciblé, à ce moment-là on peut s'imaginer tout de suite qu'il n'y a pas forcément ordonnance pour prise de médicament, mais si c'est ciblé bon.* »

« Quelle serait la fonction du médicament ? »

« *Déjà, c'est pour un soulagement à mon avis, et puis oui, je vois cela comme ça, plutôt un soulagement.* »

« Pour le patient ? »

« *Oui bien sûr.* »

« Pourquoi le médecin prescrit selon vous ? »

« *Je pense qu'il doit associer à priori dans son job, à mon avis associer, un diagnostic qui doit, qu'il essaye de faire le plus juste possible, et la guérison si c'est possible associée forcément à un soin ou un médicament, enfin médicament au sens assez large du terme.* »

« C'est-à-dire le sens large ? »

« *Ça peut être des soins type kinésithérapie ou autre pour soulager quoi, si c'est kiné ou autre type de soins, ça peut être un type de, c'est peut-être pas un médicament, mais cela fait partie* »

de l'aide à la guérison quoi, si ce n'est pas un élément psychologique, ce n'est pas un élément qui va ..., ce n'est pas l'aspect du suivi, tout de suite du diagnostic, c'est plutôt l'aspect du suivi immédiat du diagnostic, donc je localise le besoin, donc je fais en sorte que ce besoin soit satisfait, soit par médicament, soit par soin. Pour revenir à la ma première phrase donc, et après, si c'est tout à fait ponctuel, ok pas de soucis, si cela engendre par la suite d'autres problèmes, ou d'autres besoins de soins ou de médicament, je pense que là, le médecin doit pouvoir travailler sur le contexte du patient. Enfin moi, c'est ce que je pourrai apprécier, au moins expliquer pourquoi on en arrive là, comment on peut expliquer etc.»

2. « Accepteriez-vous de sortir de la consultation sans prescription médicamenteuse ? »

« Oui tout à fait, parfois on consulte parce qu'on a un gros blues, ce n'est pas forcément une blessure, ça peut être simplement une blessure morale. »

« Arrivez-vous à expliquer de but en blanc votre blessure ou vous passez par d'autres subterfuges ou inconsciemment ? »

« Je ne sais pas si on peut l'expliquer consciemment. Il y a toujours un effet, peut-être pas de rapport de force, mais de capacité qui échappe au patient, de capacité à diagnostiquer. On comprend notre corps au fil des âges, on a plus... on est plus en phase avec soi et on arrive à détecter les soucis, les problèmes du corps, là on peut les exprimer librement. Mais sinon, on a pas fait les études suffisantes pour arriver au diagnostic. En fait, on a certainement des ressentis, on sait comment cela se passe, mais enfin, on voit les conséquences plus exactement, mais on n'arrive pas toujours à déterminer les causes, mais on a pas le secret du médecin hein, lui il a un parcours professionnel qui fait que il sait, donc on suppose qu'il sait. »

« Vous pensez que c'est le médecin qui sait ? »

« Il a la réponse pour le diagnostic, à mon avis cela me paraît essentiel. »

« Quand vous consultez pour une souffrance morale, vous expliquez direct, ou vous passez par un autre moyen, et ce n'est pas un diagnostic unique au sens médical pur, et c'est vous patient qui avez la réponse sur l'origine de la souffrance ? »

« On a peut-être chacun sa réponse, mais le médecin peut certainement apporter, dans ce cadre-là... il doit pouvoir apporter un apaisement, s'il n'y a pas vraiment de solution, car on peut imaginer que les problèmes soient beaucoup plus complexes qu'indiqués au départ. Il doit à mon avis pouvoir apporter, soit la solution, soit un ensemble de solutions, ou soit des solutions dans le temps. Mais encore faut-il qu'il y ait des contacts assez réguliers j'imagine. Je pense que l'on est quand même dans un monde assez conditionné je pense, euh donc euh ma première remarque ça serait de dire: une ordonnance, mais pas trop longue, c'est-à-dire j'entends en nombre ou soit en montant. Alors, par contre, mais cela est peut être une autre débat, est ce qu'il faut accepter les génériques ou pas, est ce qu'il faut squeezer les nouvelles technologies, ou prendre les génériques ? »

« Pour vous le générique c'est quelque chose d'ancien ? Ce n'est pas à la mode ? »

« A mon avis, c'est très à la mode puisque cela fait partie des nécessités actuelles et donc c'est pour cela que je dis qu'on est quand même conditionné. En tout cas, le grand public est conditionné. On nous rabâche à longueur de journée avec les économies sur les médicaments de la sécu. De manière générale on nous dit: le patient se fait rembourser. On exprime un besoin de voir des ordonnances opérationnelles, mais pas trop de médicaments quand même. »

« Qu'est-ce que ça fait quand l'ordonnance est trop longue ? »

« Il ne faut pas que ce soit trop long ou trop abondant. Il peut y avoir 2 lignes par exemple, mais il peut y avoir beaucoup de boîtes, on ramène à la pharmacie des tas de boîtes que l'on pas utilisées, voir même pas ouvertes. »

« Pourquoi les boîtes ne sont pas ouvertes, alors qu'elles sont prescrites ? »

« Parce que, je n'ai pas une aversion, enfin ce n'est pas ce que je veux dire... il y a quand

même pas mal de molécules de synthèse qui ne font pas toujours leurs preuves, donc tout cela ça fait que l'on essaye de retrouver une bonne santé sans trop se nourrir d'éléments chimiques, car le médicament a priori c'est plutôt du chimique que du naturel.»

« Vous avez plutôt une sorte de réticence au médicament, on le prend mais on ne les consomme pas forcément ? »

« C'est un constat simple, j'ai vu pas mal de personnes âgées dans mon entourage, et donc avec des tas de médicaments qui étaient consommés, mais simplement en partie, et donc, on mettait plutôt des médicaments, vous le prendrez au cas où, parce que ça peut bien être des deux côtés également, parce que le patient qui avance en âge ou qui se sent pris dans un problème, il veut avoir la certitude qu'il aura, c'est comme quand on a plus de pain, je prendrai plutôt un pain, je le mettrai au congélateur, et on verra si ça me sert. Le médicament, c'est un peu dans cet esprit, on ramène des sacs entiers de médicaments donc.»

« Vous pensez que le médecin prescrit trop ? »

« Il fait son job, il est parfois pris entre le marteau et l'enclume, entre le patient qui demande au cas où, enfin des médicaments courants, aspirine®, machin que l'on peut peut-être trouver en libre-service maintenant, c'est à la fois le patient et le médecin qui se disent : « de toute façon moi ça ne me coûte pas », disons ce n'est pas mon soucis premier en tout cas et puisqu'il y a toujours la possibilité pour le patient de dire au pharmacien, à ben non, je ne prendrai qu'une boîte et je reviendrai dans 15 jours ou 3 semaines au cas où.»

3. « Revoyez-vous votre ordonnance avec le médecin quand il l'a faite ? »

« Je n'ai pas trop eu l'occasion, pour l'instant je n'ai pas trop eu de soucis de santé. Je ne rediscute pas l'ordonnance avec le médecin car j'exprime très clairement mes besoins, mais comme je n'ai pas trop de soucis de santé, mes besoins sont ciblés, je n'ai pas... comment dire, je n'ai pas à revoir l'ordonnance.»

« Citez un exemple de vos besoins »

« Par exemple, quand je consulte généralement c'est une fois l'an, en début d'année, avant les pollens, et c'est la boîte qui permet de tenir 1 mois et généralement c'est un mois renouvelable. Cela me permet, à la fois de rester dans un cadre d'ordonnance normale, mais de ne pas être obligé de voir le médecin un mois après car c'est renouvelable 6 mois.»

« Qu'exprimez-vous comme besoin ? »

« Je rentre en période de problème de pollens, donc ben voilà.»

« Vous y allez pour chercher une ordonnance ? »

« Ben oui, parce que je ne peux pas aller chercher la solution chez le pharmacien, car c'est une ordonnance sur prescription médicale, il n'y a certainement pas d'équivalence en vente libre. Je n'ai pas testé d'autre mais, je ne voudrai pas les tester parce que je sais que la période dure très peu de temps mais c'est quelque chose de pas difficile à supporter, on supporte toujours mais c'est vraiment contraignant, donc je ne veux pas me lancer dans d'autres soins d'automédication.»

« Ça vous fait peur ? »

« Ça dépend pourquoi, si on a mal à la tête un jour... Parce que prendre des médicaments parce que le copain a pris un médicament pour telle chose et que vous croyez avoir la même chose non. En général c'est bis repetita d'année en année, c'est toujours les « mêmes produits » entre guillemets.»

« Contrôlez-vous ce que le médecin-vous a prescrit, en discutez-vous avec lui ? »

« Si on en a discuté à plusieurs reprises, tous les ans, je demande s'il n'y a pas une formule plus efficace, pour quand même suivre l'évolution, et puis, voir effectivement s'il y a quelque chose de plus efficace pourquoi pas en profiter. La discussion se passe là-dessus, une fois que le diagnostic a été fait. D'année en année, il trouve des choses plus efficaces. Oui il consulte, il change la molécule quand il y en a une nouvelle.»

« Vous de votre côté, vous documentez vous ? »

« Non mais je lis attentivement la notice, voir quand même, quand même ce qu'il y a dedans, même si je ne comprends pas tout, c'est à la fois pour euh m'informer, et puis oui pour rassurer oui, enfin je n'ai pas besoin d'être rassuré si c'est une nouvelle molécule que le médecin me prescrit, moi je lui fais confiance à ce moment-là. Le remboursement pourrait être un critère important, mais il ne l'est pas, car assez marginal au niveau des besoins. Ça m'embête beaucoup le générique, je ne refuse pas la prescription car il faut quand même jouer le jeu, mais je ne trouve pas cela logique, mais je pense que c'est un autre débat dans un cadre politico-économique, plutôt que médical. »

7 - Entretien avec Florence :

Médecin généraliste urbain

Sexe: F Âge:53 ans Profession: cadre dans la fonction publique

Traitement à prendre régulièrement: non

1. « Qu'attendez-vous lorsque vous consultez votre médecin? »

« Des conseils, et des réponses à mon état de santé qui m'amène à consulter »

« Quel type de réponse attendez-vous? »

« Par exemple, si j'ai mal à la gorge et que je tousse, savoir exactement ce que j'ai, si c'est une bronchite une trachéite voilà, c'est jamais bien plus compliqué que ça chez mon médecin traitant »

« Donc une réponse sous forme de conseil de diagnostic ? »

« Oui »

« Une fois que vous avez eu un diagnostic et un conseil c'est tout ? »

« Elle me demande comment va ma famille, mon travail. On parle aussi un peu de ma vie. J'ai parlé des petits soucis que j'avais avec ma ménopause. Elle me dit : « bah oui, vous avez tout eu d'un coup », elle me dit : « bon, ça fait partie de la vie, il faut prendre les choses avec philosophie, ça va plutôt bien » m'a-t-elle dit. Ce sont des rapports assez cordiaux. »

« Il y eu une époque où j'ai eu des soucis de santé sérieux, une grave dépression qui a duré deux ans. On avait des conversations personnelles, elle était soutenance. Je la connais depuis 2000. C'est la même personne que je vais voir depuis 15 ans. »

« Ce que j'apprécie chez elle c'est qu'elle reçoit à l'heure, ce qui est très appréciable, et puis au moment où tu es dans son cabinet, elle te consacre le temps nécessaire à la consultation. Il y a une dizaine d'années, on passait une demi-heure ensemble. »

« Elle prend toujours ma tension, elle écoute toujours mes poumons. C'est quelqu'un de sérieux qui fait un diagnostic clinique, c'est un médecin qui te touche. Ce n'est pas un médecin qui fait que d'écouter. De ce point de vue là, elle est bien. »

« Vous n'avez pas parlé de la prescription. La prescription médicamenteuse n'est pas quelque chose auquel vous portez de l'importance ? »

« C'est-à-dire, si elle me prescrit quelque chose, je vais lui demander ce qu'elle me prescrit et à quoi cela sert; si c'est un antibiotique, un désinfectant. Je lui ai toujours demandé ce qu'il y avait sur l'ordonnance. »

« Cette année j'ai fait deux bronchites, et elle m'a mis sous antibiotiques deux fois. Elle n'est pas dans la surproduction médicamenteuse. Elle prescrit un antibiotique, un médicament pour calmer les maux de tête, un désinfectant nasal, un sirop pour la toux, pas plus que ça. Est-ce que c'est déjà beaucoup ? je ne sais pas ? »

2. « Que pensez-vous des explications qui accompagnent l'ordonnance? »

« Les explications me conviennent. Je sais ce que je vais prendre, je sais à quoi cela sert, je ne prendrai pas un médicament si je ne sais pas à quoi ça sert. »

« Je lis toujours la notice, les contres indications, je vérifie, je connais un petit peu de médicaments, pour avoir eu une mère, un mari, des gens qui ont travaillé à l'hosto. »

« Elle fait l'ordonnance, elle ne me dit pas ce qu'elle me prescrit, elle me la tend, et je lui dis vous m'avez prescrit quoi, dites-moi un petit peu. »

« En 2007, j'ai arrêté les antidépresseurs, mon psychiatre m'a dit c'est bon on peut arrêter, et puis, pendant un mois et demi, voire deux mois, je n'ai pas été très bien. J'ai été la voir et je lui ai dit: il m'arrive un truc bizarre, normalement je ne devrais plus avoir des crampes, mais c'était avant, maintenant les angoisses elles sont terminées. Elle me dit : « qu'est-ce que vous avez fait ». Je lui explique. Elle me dit : « il est con, celui-là d'antidépresseur, c'est un

médicament auquel on est très dépendant ». J'en ai eu plusieurs, des prescriptions différentes, elle me dit : «ça s'arrête très progressivement, vous avez des symptômes des gens qui sont en manque, on va diminuer tout doucement, 1/4, puis la moitié d'un quart, même s'il faut juste gratter un peu le comprimé, mais jusqu'à ce que vous alliez bien ». J'ai compris ce qui m'arrivait, j'étais en état de manque, je ne pensais pas que ça pouvait produire autant d'effets. Après, ça c'est bien passé avec ses conseils. Elle m'a donné des médicaments à base de plantes. C'est pareil, j'en ai pris tellement longtemps, de façon tellement importante et forte,...du coup, ça c'est très bien passé.»

3. « Quelle importance accordez-vous la prescription médicamenteuse? »

« Moi, je lui fais confiance, hein, je pense qu'a priori, euh, s'il le prescrit, c'est qu'il le juge, euh, nécessaire, d'accord. »

« Respectez-vous toujours à la lettre le traitement »

« Je le suis exactement à la lettre »

« En lisant la notice? »

« Toujours, je lis la notice par sécurité, comme il y avait un moment, j'avais d'autres médicaments à prendre, je regardais les autres interactions, il faut faire attention, si jamais par exemple les médicaments peuvent provoquer des irritations, des choses comme ça, je le sais, si ça m'arrive, je l'appelle, je vais la voir. C'est pour cela que je lis la notice »

« Parfois elle ne vous fait pas peur? »

« Non, non parce que si «silence», par ce que de manière générale, je n'ai jamais eu de soucis avec tous les médicaments que j'ai pris. Au cas où j'ai un signe secondaire, je sais que c'est à cause du médicament, ou pas, ou d'autre chose, je serai en observance là-dessus, et puis c'est tout. »

« J'ai eu une fois un anti dépresseur qui m'a déclenché des palpitations et des suées. On a changé »

4. « Que pensez-vous de / quel est votre avis sur la prescription médicamenteuse qui vous est délivrée? Aspect, façon/manière dont le médicament est apporté »

« Le médicament n'est pas apporté, elle pose le diagnostic et à la fin de la consultation, elle ouvre son petit carnet et elle fait la prescription »

« C'est un peu ritualisé? »

« Et bien écoutez, elle ne commence jamais,..., c'est qu'elle le jugerait nécessaire, si elle me prescrit un sirop, je lui dis ce n'est pas la peine, des choses comme ça, mais s'il n'y avait pas besoin, et bien, vous voyez, ..., c'est parce que je ne nécessite pas de traitement tout simplement, parce que cela pourrait être lié à un trouble digestif, il faudrait arrêter de manger quelque chose, où de dormir plus »

« Accepteriez-vous de sortir de la consultation sans prescription médicamenteuse? »

« Bien sûr »

«Et si pour la bronchite le médecin avait dit ça va passer en trois semaines, il n'y a besoin de prescrire, si vous étiez sortie de la consultation sans médicament, comment auriez-vous réagi?»

« Peut-être que,..., vous voyez, la dernière fois, je n'ai pas été bien du lundi et j'ai été la consulter le vendredi, je n'étais pas bien du tout, j'étais gelée, ça brûlait dans la poitrine, je lui ai dit: je ne suis pas allée travailler, elle m'a fait un arrêt pour le jour, et puis elle a dit pour éviter la surinfection, je vais vous donner un traitement. J'aurais peut-être préféré ne pas avoir de traitement, mais un arrêt de travail d'une semaine. »

« Je veux bien ne pas avoir de médicaments, mais il faut me donner un moyen, ou un autre, de récupérer.»

« Vous avez vu la prescription comme un moyen d'affronter la vie professionnelle »

« Elle m'a dit, lundi ça ira mieux. La fois d'avant, j'avais eu un arrêt de travail d'une semaine »

« Vous aviez donc mieux toléré »

« J'ai encore toussé longtemps. Ça a commencé comme une allergie, et ça ne m'était jamais arrivé. J'étais très étonnée, je n'avais pas fait de bronchite depuis une dizaine d'année. Je me suis dit, tien, c'est bizarre. Ça m'a embêté de prendre des antibiotiques, ça m'est arrivé quand j'ai eu une intervention dentaire. Je sais que ce n'est pas bon, que ma flore intestinale elle déguste, ça provoque des diarrhées, des choses comme ça. Plus tu prends des antibiotiques, moins tu es résistant ! Si tu peux prendre des choses autrement ... »

« C'est un reproche que vous lui faites, qu'elle ne vous ait pas donné d'arrêt de travail ? »

« Non, ce n'est pas un reproche que je lui fais, mais, « silence ». Elle, de sa place, elle a dû considérer que voilà, c'était suffisant, moi. Je ne l'ai pas ressenti comme ça ; en même temps, ce n'est pas moi le médecin. »

« Avez-vous trouvé la prescription adaptée à votre cas ? »

« Et bien, cela a traité la bronchite »

5. « Que faites-vous de votre ordonnance une fois sortie de chez le médecin ? »

« Je vais chez le pharmacien, je fonce chez le pharmacien immédiatement, et je donne mon ordonnance au pharmacien. »

« Je prends toujours des médicaments génériques, hein, je trouve cela normal, car il ne faut pas être dépensier, et puis, il me demande si il doit me noter sur les boîtes, je dis non car j'ai vu cela avec mon médecin, combien de fois par jour ... Je lui pose toutes les questions à mon médecin, pendant les repas, en dehors. Avec mon pharmacien, on est quitte sur l'affaire, la seule chose qu'il va me demander, c'est si je le veux, effervescent ou en comprimé. Ça m'arrive aussi de faire de l'auto prescription, et je lui demande s'il a quelque chose d'homéopathique pour soigner. D'ailleurs, le pharmacien m'a donné quelque chose d'épatant; ça évite une consultation et des produits plus puissants. »

« Elle n'est pas homéopathe, elle ne me prescrira rien de cet ordre-là, elle est allopathe et voilà »

« Vous pensez que le médecin prescrit que des médicaments efficaces ? »

« Elle m'a prescrit, ce n'était pas vraiment des médicaments mais quand même, chez le pharmacien, à base de plantes pour se détendre, je pense que ça avait un caractère plutôt psychologique au niveau de la crise qu'une efficacité, je dis peut être, hein »

« Un peu un placebo ? »

« Voilà, quelque chose pour me rassurer et on descendait tout doucement tout doucement, pour que je n'ai pas le sentiment d'en avoir besoin. »

« En consultation, vous recherchez des médicaments qu'on ne peut avoir que sur ordonnance ? »

« Alors, je ne sais pas ce qu'elle me prescrit: les antibiotiques, après les sirops pour la toux, je n'en sais fichtre rien et les pschitts dans le nez, et le Dafalgan®, je peux les acheter en libre-service. », « Elle, elle sait les interactions médicamenteuses et quel médicament va avec quel médicament », « Et puis, tu es dans un bureau, c'est intime et confidentiel, et tu n'es pas devant le comptoir à raconter les choses devant tout le monde. »

« Attachez-vous de l'importance au remboursement du médicament ? »

« J'attache de l'importance au remboursement du médicament, bien sûr, car il y a des médicaments qui sont cher, voilà, en même temps, il me prescrit des médicaments qui sont peu remboursés, ou très peu, mais voilà, je fais avec. », « La première chose que je cherche, c'est un diagnostic, parce que je vais la voir quand je suis malade », « Après, il n'y avait pas le même rapport quand j'avais cette pathologie, où on était sur un renouvellement

d'ordonnance. Elle savait pourquoi je venais, c'était pour un mois à chaque fois, il fallait renouveler l'ordonnance, et pas le rater. », « C'est comme la gynécologue. Je la vois deux fois par an. Elle me fait la prescription hormonale, et elle me dit que je peux demander à mon médecin traitant de renouveler. Mais elle ne le fait pas comme ça sans rien me demander. », « Parfois je vais la voir pour une bronchite, et j'en profite pour lui monter un petit souci, de ceci de cela. », « Le pharmacien est bien attentif, et du coup, il fait bien son métier. Il n'est pas seulement un marchand de médicaments avec ce petit conseil en plus. »

« Quels sentiments ressentez-vous quand votre médecin vous fait votre prescription médicamenteuse? » « Êtes-vous surprise, inquiète ? »

« Non, parce que, tous les médecins que j'ai fréquenté, ça c'est toujours organisé un peu de la même manière. »

8 - Entretien avec Marcel :

Médecin généraliste urbain

Sexe : H Âge : 69 ans Profession : commerçant retraité

Traitement à prendre régulièrement oui: antalgiques pour de l'arthrose

1. « Que recherchez-vous lorsque vous consultez votre médecin ? »

« Bah déjà au départ, c'est l'approche de mon médecin que je connais (respiration) et qui devrait connaître déjà mon dossier bien sûr; hein et hein (soupir) ..., et principalement qu'il me soigne comme il faut, qu'il me donne ce qu'il faut pour me soigner, pour être (respiration), c'est surtout ça, c'est la priorité quoi, c'est ça. »

« Qu'il vous donne ce qu'il faut (relance) ? »

« Voilà, c'est ça, qu'il vous donne des médicaments adéquats, tout ce qu'il faut, des bons renseignements pour tout (respiration) , que ce soit pour des radiographies, que ce soit pour des tests comme moi en ce moment, j'ai des tests, j'ai des problèmes déjà ... alors donc automatiquement un suivi (respiration), j'ai un suivi régulier quoi, un suivi et être sûr que mon médecin me connaît bien déjà, c'est pour ça que je suis iiiiiiiiiiiii fidèle à mon médecin hein, en fait en gros c'est ça on est fidèle à notre médecin, c'est ça. »

« Qu'est-ce que c'est pour vous le soin ? »

« Bah moi déjà, c'est quand j'ai la douleur, comme là je suis plein de douleurs, c'est m'atténuer les douleurs parce que quand on vit avec des douleurs constamment, dans le lit n'importe quoi, on ne peut plus se coucher, un côté à gauche ou à droite, si il faut que... on peut me l'atténuer tout ça, si on peut me prescrire ... à la limite s'il faut faire une cure ou n'importe quoi, des trucs comme ça et des prescriptions qui soient (silence), conformes à (respiration), qui soient valables par rapport à ce que j'ai pour mon ... , c'est ça quoi. »

2. « Quelle importance accordez-vous à la prescription médicamenteuse ? »

« Alors, l'importance que j'accorde à la prescription, ben (silence), je ne sais pas comment vous dire, c'est (silence), l'importance bon, c'est une question de confiance à mon médecin, c'est surtout ça l'importance, si il vous dit ben écoutez : « il faut prendre un médicament pour vous soulager », ou prenons, je ne sais pas, je prends n'importe quoi, par exemple une grippe ou autre, je suis sa prescription, c'est tout, c'est ça, s'il me dit de prendre tant de pilules par jour, je suis la prescription, c'est ça, l'importance c'est ça, c'est tout, et bien sûr dans les jours qui suivent après, c'est pour avoir les améliorations bien sûr; c'est ce que j'attends, ah ouais, moi il faut que ça améliore, c'est ça, bien que ce n'est pas toujours évident. »

3. « Pouvez-vous me dire comment vous, personnellement, vous réagiriez suite à une consultation sans prescription médicamenteuse ? »

« Bah, écoutez, euh, ça m'est déjà arrivé, je ne suis pas contre, bien sûr, non ce n'est pas ça, mais s'il n'y a pas de médicamenteuse (bafouille) pardon, c'est parce que c'est tout, c'est passager, je ne viens pas spécialement pour prendre des médicaments, n'importe comment, je ne suis pas un collectionneur de médicaments, si je viens c'est parce que regardez (et il me fait écouter ces craquements d'épaules), vous voyez je ne suis vraiment pas bien, j'ai du mal de partout, là je viens pour qu'il me donne quelque chose pour m'alléger mes douleurs, c'est ça, mon épouse c'est pareil (silence), donc voilà. On n'attend pas une prescription systématiquement médicament, mais qu'on nous oriente dans le bon sens, c'est tout, voilà, c'est ça s'il faut passer des radios, s'il faut passer d'autres examens, prise de sang par exemple ou n'importe quoi, c'est ce que l'on cherche, c'est tout, pour confirmer ce que l'on a. Déjà nous en tant que patient ça nous soulage, si c'est vrai, c'est important, bon je vous dis, je ne sais pas, ça reste anonyme ça hein ? »

« Oui ? »

« J'ai des problèmes avec l'amiante tout ça, bon ben je suis bien content quand j'ai passé ma radio, j'y vais pfou ... vous savez je n'ai pas le moral hein, et j'attends qu'un truc, c'est d'avoir le résultat, que ça n'ait pas évolué par rapport aux années précédentes, c'est tout, c'est tout ce que je souhaite, c'est tout ça, c'est ces trucs là qu'il faut, voilà, voilà. »

4. « les médecins pourraient-ils améliorer leurs ordonnances ? Que leur proposeriez-vous pour améliorer leurs ordonnances ? »

« Non, non, non, bon si, que dès fois on donne un médicament, j'ai déjà vu et puis tout compte fait au bout de 5- 6 jours ça n'évolue pas quoi, oui, s'il faut revenir pour prendre aut'chose, automatiquement on met quelque chose de plu... comment dire deeeueueue fou ... plus fort de, chez pas, par rapport à ce que...vous voyez hein, alors là déjà bon je me dit il faut que j'y retourne, alors que ça m'embête d'y retourner, alors que j'aurais pu avoir des prescriptions adéquates le premier jour, c'est ça quoi, c'est un peu leuuuu... (rire). »

« Vous pensez qu'on peut tout de suite trouver des médicaments adéquats ? »

« Bon, je ne sais pas, c'est aussi en connaissant le patient, sachant très bien qu'il à tel ou tel pathologie, tout ça bon, on peut dire déjà prescrire quelque chose par rapport à ce que j'ai eu avant, maintenant est ce que le médecin sait tout ce que j'ai eu comme médicaments tout ça ? Je ne suis pas sûr, je ne suis pas certain, je ne suis pas dans le secret voyez-vous, des fois c'est à me demander, là je vais voir mon médecin, je vais lui dire ce qui me fait que du bien franchement c'est du voltarène®, je prends deux boites de voltarène®, je suis tranquille pendant 1 mois ½, 2 mois bah, ça me fait du bien, c'est tout, c'est ce qui me soulage actuellement, je vais le voir pourquoi, pour qu'il me donne ... je vais téléphoner là, pour une cure avec mon épouse pour faire, 10 jours 20 jours, 3 semaines de cure pour dire essayer d'atténuer, voilà, là je vais lui demander quelque chose, ça c'est moi qui vais lui demander, c'est pas pareil voyez-vous, maintenant est ce qu'il va me l'accorder ou quoi ? j'espère que non (il aurait dû dire oui, c'est un lapsus) parce que je vais approcher les 70 ans quand même, je crois que ce n'est pas du luxe hein, c'est tout ces trucs-là, vous voyez avec mon médecin je suis habitué avec mon épouse, on a toujours eu le m p Mr R par exemple pour ne pas le citer, bah, c'est son père, on l'a connu tout ça, on a jamais eu de problème, au contraire, on a toujours été bien suivi et puis tout, j'ai déjà vu Mr R père qui passait à la maison voir si ... voir comment ça allait, n'importe quoi, quand il savait qu'on avait une maladie, voyez-vous c'est ça qui fait le contact avec le médecin et la confiance avec le médecin, c'est tout ça, c'est le rapport médecin patient c'est très important, hum voilà. Je sais pas comment vous le comprenez, mais, hein hein. »

5. « Quels sentiments ressentez-vous quand votre médecin vous fait votre prescription médicamenteuse ? »

« Bah Je me dis tant mieux, ça va peut-être aller mieux, je vais à la pharmacie, je commence à prendre mon traitement et j'espère une amélioration, c'est tout, c'est ça héhé... c'est le but »

6. « Que pensez-vous des explications qui l'accompagnent ? »

« Bah, c'est très bien à partir du moment où c'est interprété de manière que pour nous ce soit, oh, comment, que ce soit compréhensible, parce que des fois il y a c'est des termes que l'on n'arrive pas à comprendre, et c'est vrai qu'en général il s'arrange pour nous expliquer euh voilà, la pathologie tout ça, nous expliquer ce qui ne va pas, tout ça, mais dans un terme courant quoi, parce que vous avez quand même, on peut le dire, des termes vraiment très spéciaux, auxquels moi je ne comprends rien du tout quoi. »

« Et quand vous ne comprenez pas ? »

« Ah bah Je pose la question, tout simplement on me le dit, c'est très rare que ça arrive, c'est très très rare. »

7. « Que faites-vous de votre ordonnance une fois sorti de chez le médecin? ».

« Je vais à la pharmacie de suite, et puis je prends ce qu'il faut comme médicament, je fais mon traitement instantanément à moins qu'il y ait des médicaments à prendre pendant les repas, bon je ne prends pas trop en dehors, je prends au moment des repas.

Et l'ordonnance, je la garde et puis au bout d'un certain temps, je ne suis pas un collectionneur de papier, je le jette, je le déchire, je le détruis et puis c'est tout. »

« Etes-vous amené à la consulter ? »

« Ah bah oui, toujours oui, oui quand c'est lisible aussi ... Ah ça c'est le gros problème, ce n'est pas toujours lisible ce que vous écrivez, vous avez des manières d'écrire (rire) c'est vrai ! »

« Merci »

« C'est tout. Bon bah j'espère que cela vous va. »

9 - Entretien avec Clément :

Médecin généraliste urbain

Sexe : H Âge : 60 ans Profession : cadre dans la fonction publique

Traitement à prendre régulièrement oui : anti arythmique et bêtabloquant

1. « Que recherchez-vous lorsque vous consultez votre médecin ? »

« Pour un renouvellement d'ordonnance ma foi, je viens pour un problème particulier. »

« Précisez ? »

« Bah simplement pour me faire soigner sur ce problème-là qui débouche généralement par un médicament. »

« Vous attendez donc des médicaments ? »

« Euh, bah souvent ça se passe ainsi. »

2. « Quelle importance accordez-vous à la prescription médicamenteuse ? Qu'est-ce qu'elle vous apporte ? Quelles remarques pourriez-vous faire sur l'ordonnance de votre médecin traitant ? »

« Le médicament par principe à justement une action qui est de pallier au problème que j'ai, ..., si c'est un problème cardiaque, ..., je prends ce médicament là en prévention. Si je viens pour un problème que je n'ai pas d'habitude, à ce moment-là je pense qu'il va me donner des médicaments. »

« Vous pensez qu'il va vous donner des médicaments ? »

« Oui, sinon je n'irai pas. Mais je fais attention par exemple je sais que si c'est une grippe, je sais que ce n'est pas la peine que j'aie le voir pour des médicaments, parce que je sais que ce n'est pas nécessaire, par contre, si je vois que je suis infecté, je sais que j'irai pour des antibiotiques, et puis effectivement il m'arrive souvent de choisir les médicaments, s'il me met des antibiotiques puis de l'ultra levure et je sais pas quoi, des machins pour déboucher le nez, je ne les prendrais pas, je prendrais que le principe actif. »

3. « Que pensez-vous de la prescription médicamenteuse qui vous est délivrée ? Comment percevez-vous la prescription médicamenteuse faite par votre médecin ? »

« Euh ben, comme une obligation, là, c'est parce que je ne peux pas faire autrement, car je ne suis pas particulièrement favorable aux médicaments, c'est parce que je ne peux pas faire autrement, je ne fais pas parti des gens qui courent après les médicaments, au contraire, pour moi, c'est une contrainte, il faut le prendre tout les jours, donc, si je peux m'en passer, je me passe de médicaments ... »

« Pourtant au début vous disiez que vous alliez voir le médecin c'était pour un médicament ? »

« Bah oui parce que maintenant je ne peux pas faire autrement, pour les troubles du rythme je suis obligé d'en prendre. Je sais aussi que si j'ai une petite infection de la gorge, si je vois que je mouche jaune je sais que c'est infecté et que là ce n'est pas comme une angine, là je vois que j'ai besoin d'un antibiotique mais, si je n'ai pas d'infection et que c'est simplement que je suis enrhumé euh, je sais que je n'ai pas besoin de médicament et que je n'irai pas voir mon médecin pour ça, si c'est pour me donner un produit pour décongestionner mon nez, euh voilà »

« Et si le médecin vous dit qu'il n'y a pas besoin d'antibiotique et que vous vous pensez qu'il y en a besoin ? »

« Et bien oui, s'il me le dit, je le croirai, mais euh bon si je mouche jaune, je crache, tout ça voilà c'est certainement que je suis infecté et je pense que j'ai besoin d'un antibiotique. »

« Infection égal antibiotiques ? »

« Voilà, parce que je sais par expérience et habitude qu'une infection nasale me tombe un peu sur les bronches, c'est-à-dire que je retarde toujours le fait d'aller chez le médecin, il faut vraiment que je n'aille pas bien. »

4. « Pouvez-vous me dire comment vous, personnellement, vous réagiriez suite à une consultation sans ordonnance »

« Oui, ce n'est pas un problème, si je vais pour un problème, que je, ... Dans les débuts quand j'ai eu ces problèmes de troubles du rythme, j'ai vu qu'il y avait un avis partagé de manière différente avec d'autres médecins et à ce moment-là j'ai pris d'avantage de renseignements sur les spécialités et j'ai choisi un cardiologue qui était connu comme étant un très bon cardiologue et lui, il m'a fait un ensemble de tests et voilà il m'a dit que tel médicament n'est pas nécessaire et voilà j'en ai pas pris tout un temps, et puis quand j'ai eu un problème de rythme, là il m'a dit, là il faudra prendre celui-là. »

5. « Pour le problème cardiaque vous avez eu des médicaments, Quels sentiments ressentez-vous quand votre médecin vous fait votre prescription médicamenteuse? »

« Bah euh non j'ai confiance au médecin, je n'ai pas d'autre sentiment, je sais que le cardiologue que je vais voir c'est quelqu'un qui m'explique extrêmement bien pourquoi il me donne ceci, combien de temps il doit me donner, s'il change de traitement. Comme c'est quelque chose de récent, il y a deux médicaments que je prends actuellement. Je ne sais pas si je vais les garder. Si, ... c'est un facteur de stress, j'aimerais bien m'en passer. Ce n'est pas facile que j'accepte. Maintenant j'accepte de prendre de manière régulière. »

« C'est une contrainte, ça coûte cher bien sûr et puis c'est lié aussi avec l'idée du vieillissement, des parents, voilà. C'est quelque chose qui est la dépendance, la dépendance au médicament, la dépendance physique, l'altération de l'état physique. Ce n'est pas agréable d'avoir une altération de l'état physique de manière permanente, durable, c'est aussi ça. »

« Le médicament ça me renvoie à la maladie, comme j'ai 60 ans, comme quelque chose que je suis amené de plus en plus à en prendre. Je travaille en maison de retraite, les gens ont au minimum 6 médicaments voir 8. Donc, ça renvoie pour moi à quelque chose qui a une image, on ne peut pas faire autrement que d'en prendre pour « se maintenir ». A partir d'un certain âge je ne connais pas de personne qui ont 80 ans et qui n'ont pas de médicaments. Là où je travaille ils ont tous un médicament pour le cœur, pour ceci cela, un médicament pour le diabète. »

6. « Que faites-vous de votre ordonnance une fois sorti de chez le médecin? Pensez-vous bien la respecter? Comment la suivez-vous? À la lettre (même médicament, durée, posologie...)? »

« Je suis à la lettre un petit peu ce qu'il prescrit. Un comprimé le matin. Je suis à la lettre ce qu'il me dit. Mais par contre, si je vais et s'il me donne un antibiotique parce que j'ai une infection, s'il me donne de l'ultra levure, de quoi décongestionner le nez, un peu de lysopaine®, travaillant dans la santé je n'en prendrai pas, je prendrai simplement le principe actif. »

« Quel type d'échange avez-vous sur l'ordo avec le médecin ? »

« Je ne négocie pas, c'est lui qui décide, sinon je n'irai pas le voir »

« Pourtant vous faite un petit peu... (J'allais dire à votre sauce) ? »

« Le cardiologue, c'est simple, il donne juste le médicament de sa spécialité. Je sais que quand je vais voir le médecin généraliste, pendant très longtemps, quand on allait le voir pour une infection au niveau des bronches on ressortait avec 5 à 6 médicaments au minimum 4, maintenant ça commence à diminuer, voilà. J'ai travaillé dans la santé »

« Vous n'en parlez pas avec votre médecin ? »

« Non je ne lui dit pas, il y a plein de médecin qui ont compris et qui disent c'est un antibiotique vous aller avoir quelques désordres gastriques, il vaut mieux manger ça. »

« Que prenez-vous comme médicament ? »

« Il y a deux médicaments : la flécaine® qui est un anti arythmique et l'autre c'est un bêtabloquant. »

Après avoir éteint le dictaphone, ce patient reprend la discussion et me dit ne pas bien prendre les deux médicaments prescrit par le cardiologue en association parce que sur la notice il y a de mentionné que la prise de bêtabloquant est contre indiquée en cas de prise de flécaine®. Au lieu d'oser contacter son cardiologue pour pouvoir parler de cette inquiétude, il attendra son prochain rdv pour lui en parler et, en attendant il choisit de ne prendre que la flécaine®, car il a lu que le bêtabloquant provoquait des effets indésirables comme de la fatigue, de l'asthénie, et des syncopes. Il dit pourtant que son cardiologue lui explique extrêmement bien les choses, mais ..., il semble subsister quelques interrogations fondamentales pour la prise du traitement.

10 - Entretien avec Mathilde :

Médecin généraliste Urbain

Sexe : F Âge : 62 ans Profession : retraitée de la poste

Traitement à prendre régulièrement : collyre pour le traitement d'un glaucome (refuse hypolipémiants et hormones thyroïdiennes)

1. « Que recherchez-vous quand vous consultez votre médecin ? »

« Bah, qu'il vous soigne d'abord, euh, c'est surtout ça, car c'est parce que t'as besoin et c'est qu'il y a quelque chose qui va pas bien. »

« Comment souhaitez-vous que le médecin vous soigne, qu'est-ce que pour vous le soin ? »

« Qu'il recherche bien mon problème, qu'il pose des questions pour savoir exactement, pour arriver à cibler exactement la cause. »

« Quand il a trouvé la cause, est ce que cela vous suffit ? »

« Eh bien si ça ne me convient pas, je lui dis, si je sens que c'est autre chose, je lui reprecise, euh, d'une autre façon, ou je lui précise exactement mon mal. »

« Et une fois que vous avez l'impression qu'il a trouvé ce que vous avez, qu'en quelque sorte le diagnostic est fait ? »

« Qu'il dise ce qu'il nous conseille, si c'est un médicament, un autre soin, un massage, ou selon le cas. »

2. « Quelle importance accordez-vous à la prescription médicamenteuse ? »

« Bah, je suis un peu réticente aux médicaments parce que ... je vais vous dire pourquoi, j'ai tellement vu mes parents prendre des médicaments que ça m'a bloquée de ce côté-là ; des boîtes entières de médicaments, ma mère a eu un problème parce qu'elle mélangeait des médicaments. Si c'est bénin, un mal de tête ou quelque chose comme ça, je comprends, mais si c'est plus compliqué que ça, j'aime mieux aller voir un spécialiste pour qu'il y ai un autre regard, pour éviter de prendre quelque chose de trop agressif. Pour moi, un cocktail comme ça, ça ne pouvait pas être efficace, quand il y a 7- 8 médicaments par jour, ce n'est pas efficace. Aussitôt il redonnait un autre médicament, il en re-complétait avec un autre, pour moi ce n'était pas nécessaire »

3. « Qu'est-ce que le médicament vous apporte ? »

« Normalement on doit être mieux (rire) »

« Pourquoi normalement ? »

« S'il n'a pas trouvé exactement ce que c'était ! On peut avoir avec les médicaments d'autres problèmes, de constipation, de maux d'estomac, car c'est trop agressif quoi. »

« Quelles remarques pourriez-vous faire sur l'ordonnance de votre MT ? »

« Le mien, personnel ? Qu'on en discute un peu mieux déjà ? Qu'il me dise s'il peut y avoir des contres indications, des problèmes avec un médicament, peut-être qu'en en discutant on aurait une autre approche, on accepterait d'avantage. Après, s'il dit trop de chose, ce n'est pas ça non plus.. »

« Vous n'osez pas lui demander les effets indésirables ? »

« Non, il sait que je suis déjà réticente aux médicaments, alors ça passe mal.. »

« S'il vous en parle, vous dite que vous ne souhaitez pas la prescription ? »

« Voilà. »

4. « Est-ce que vous pouvez concevoir une consultation qui aboutisse sans prescription médicamenteuse ? »

« Ça dépend de ce que l'on a. Si c'est bénin, qu'on peut se soigner autrement, ne serait-ce qu'on aille voir l'ostéopathe quand on a une sciatique. Je préférerais aller voir quelqu'un qui pratique d'autres méthodes. Ça dépend ce que l'on a, de la gravité de la maladie. Si c'est une grippe, il faut prendre quelque chose.»

5. « Que pensez-vous de façon dont la prescription médicamenteuse vous est délivrée ? »

« C'est son outil, il fait ce qu'il a à faire, le médecin c'est son métier. Bon, le mien, il sait que je suis réticente, il se tient un peu sur ses gardes. Il dit je vous mets ça, mais vous ferez ce que vous voulez.»

« Quels conseils pourriez-vous donner à votre médecin ? »

« D'abord discuter. Je pense que c'est ça. Qu'il soit plus persuasif, vous allez traîner plus longtemps si vous ne faites pas ça... Ce qu'il manque, c'est une discussion.»

« Et à votre avis pourquoi le médecin ne discute pas ? »

« Mais il n'a pas le temps, s'il a une consultation toutes les 10-15 minutes, et si tu as plusieurs problèmes.... Moi, je n'y vais pas pour une seule chose. Je fini par y aller quand j'ai plusieurs choses pour y aller.»

6. « Quels sentiments ressentez-vous quand votre médecin vous fait votre prescription médicamenteuse ? »

« C'est pour soigner, c'est son métier.»

« Vous pensez qu'un médecin ça doit prescrire ? »

« Pas forcément, il peut donner des conseils, mais en général on ne sort jamais sans ordonnance.»

« Et à votre avis pourquoi on ne sort jamais sans ordonnance ? »

« Je voudrai bien savoir pourquoi.»

« Ça vient du médecin ? »

« Non, de leur formation certainement. C'est une conception de la médecine actuelle.»

« Ça ne viendrait pas du patient ? »

« Ah si, par exemple ma belle-mère, elle demande à son médecin tel ou tel médicament. Pour les personnes âgées, je pense qu'ils renouvellent automatiquement sans savoir si ça va mieux.»

7. « Vous par exemple, pour la dernière consultation que vous avez eu, auriez-vous accepté de sortir sans ordonnance ? »

« Je pense que oui, il m'aurait dit exactement: « ce n'est pas grave, je n'en ai pas besoin, faites attention ». Moi, c'est souvent des problèmes d'intestins, ça vient souvent de mon alimentation. Il m'aurait dit qu'il faudrait revoir mon alimentation, et qu'il n'y a pas besoin de prendre des anti- ballonnements. Et puis, si il juge que c'est plus grave, il me fait passer des examens plus approfondis, ou m'adresse pour voir un spécialiste.»

« Quelle serait la prescription médicamenteuse idéale ? »

« Des choses plus légères, pas vraiment des médicaments trop agressifs, peut être commencer pas des choses douces, et puis le revoir si ça ne va pas mieux.»

« Faut-il nécessairement voir son médecin pour avoir des choses douces ? »

« Oui, pour avoir confirmation de ce que l'on a, pour qu'il certifie que ce n'est pas grave, ou que ça vient de ceci, ou que ça vient de son alimentation ou des coups de fatigue.»

« Que pensez-vous du rôle du pharmacien ? »

« Ouai bah, j'avais des problèmes de sommeil, bon, le pharmacien m'a donné des trucs qui n'ont jamais donné d'effet vraiment concret. Par contre mon médecin, c'était tout de suite des choses trop agressives, presque un antidépresseur, ça je n'étais pas d'accord non plus..»

« Avez-vous trouvé un compromis ? »

« Je tâte encore, je cherche encore. »

« Comment avez-vous perçu cette prescription de médicaments forts ? »

« Les antidépresseurs je n'ai pas pu, j'en ai pris 2 jours et puis j'ai arrêté. Comme je travaillais en même temps, ma tête n'était pas là, pour moi donner des antidépresseurs, il faut arrêter les gens, il ne faut pas aller travailler avec des antidépresseurs, moi j'ai fait des conneries, je n'étais pas bien dans ma tête. »

« En avez-vous eu contre votre médecin ? »

« Oui, car il aurait d'abord dû commencer par des choses plus douces, je n'étais pas vraiment dépressive, forcément quand on ne dort pas 4-5 jours, enfin moi c'était des mois sans dormir, des années, ou très peu, tout de suite un antidépresseur, j'aurai préféré des choses plus simples, plus douces, tout de suite un antidépresseur parce que je dormais pas, forcément quand on ne dort pas on a des idées noires, à moins de prendre l'antidépresseur, mais d'arrêter de travailler quelques semaines, et puis ça me faisait peur les antidépresseurs. »

8. « Que faites-vous de votre ordonnance une fois sortie de chez le médecin ? »

« Je prends en principe ce qu'il me donne, comme il sait que je ne veux pas de choses trop complexes, on en discute tous les deux, il me propose, et puis je dis ah non je ne prendrai pas, et puis des fois je ne vais même pas le chercher, et puis moi avec le glaucome j'ai des contre-indications. Puis je garde un moment, jusqu'à ce que j'ai terminé les médicaments, au cas où j'ai besoin de les renouveler. »

9. « Que pensez-vous du médicament générique ? »

« J'ai eu une expérience une fois d'un générique qui ne m'avait pas convenu du tout. J'y suis retournée et il m'a donné l'autre, ça devait être des gouttes pour mes yeux, mais j'ai payé de mes sous. »

« Souhaitez-vous que ce qu'il vous prescrive soit remboursé ? »

« Ben si ce n'est pas des trucs trop cher après tout, de toute façon quand je prends des plantes pour dormir je les paye, donc si ce n'est pas trop cher, pourquoi pas payer. » « J'ai surtout besoin d'être rassurée. » « Automatiquement c'est des médicaments alors qu'il n'y a pas forcément besoin, c'est plutôt un besoin de conseil. »

11 - Entretien avec Charles :

Médecin généraliste : semi rural

Sexe : H Âge : 29 ans Profession : instituteur

Traitement à prendre régulièrement oui: antihistaminiques

1. « Que recherchez-vous lorsque vous consultez votre médecin ? »

« Des conseils, de la transparence, euh, et puis des prescriptions qui collent avec les raisons qui m'amènent à consulter »

« Vous recherchez une prescription donc ? »

« Pas spécialement, si c'est quelque chose qui peut se soigner sans prise de médicaments ou autre, c'est être rassuré, savoir s'il faut prendre quelque chose pour être mieux. »

2. « Quelle importance accordez-vous à la prescription médicamenteuse ? »

« Après, si je vais chez le médecin, dans un but purement de conseil, il n'y a aucune attente des médecins, mais si c'est vraiment lié à une douleur, ou quelque chose qui traîne et qui peut être soulagé, j'espère ressortir avec quelque chose qui peut soulager une douleur, ou autre. »

« Le médicament ça soulage, donc »

« C'est quelque chose que si on prend, on doit être soulagé, ce n'est pas pour un effet placebo ou quoi que ce soit. »

« Quelle fonction à pour vous le médicament ? »

« C'est vraiment pour soulager, plutôt même dans l'instantané, enfin, quand je vais chez le médecin, c'est que je n'ai plus d'autres alternatives et que je sens que j'en ai besoin. J'y vais vraiment pour que, dans les heures et les jours qui viennent, je sois soulagé. »

« Il faut donc que ce soit rapide et efficace ? »

« Oui, oui. J'espère que les médecins prescrivent des choses qui permettront de soigner, et si possible rapidement. Après, je pense que tous les médicaments que prescrit un médecin sont de toute façon ciblés, et bien adaptés, à la pathologie que l'on a, à la base. »

3. « Que pensez-vous de la prescription médicamenteuse qui vous est délivrée ? »

« J'y vais pour une raison bien précise, et je repars avec. Parfois le but c'est de se refaire une armoire à pharmacie et de la compléter; c'est de la prescription « au cas où ». Parfois, le médecin il peut aussi prescrire des choses dont on ne lui parle pas spontanément. Parfois ça m'a surpris de me voir prescrire des quantités bien supérieures à ce dont j'avais besoin, et dans ces cas-là, les $\frac{3}{4}$ partent à la poubelle. »

« Mais, quand vous allez à la pharmacie, quel contact avez-vous avec le pharmacien ? »

« Je pose l'ordonnance, il me remplit le sachet et j'y vais. Hormis les quelques annotations qu'elle porte sur les boîtes de médicament, si elle ne me note pas les indications, car ce n'est pas systématique, ça se résume à ça. Je n'ai jamais eu de conseils par le pharmacien sur une ordonnance prescrite par le médecin. »

« Mais vous pourriez en refuser une partie ? »

« Je pense que, si je payais, je ferais plus attention. Ça semble être gratuit, mais on devrait faire plus attention »

4. [« Pouvez-vous me dire comment vous, personnellement, vous réagiriez suite à une consultation sans ordonnance ? »](#)

« Si je n'en ai pas besoin, je ne partirai pas frustré s'il ne m'a rien prescrit. Prendre des médicaments ce n'est pas un plaisir, ni pour le goût où quoi que ce soit. Si on me dit, il n'y a pas grand-chose à faire, où le fait de prendre ça ne changera pas grand-chose; limite, je préfère faire ça quoi, je n'attends pas de lui qu'il prescrive pour prescrire. »

5. [« Comment percevez-vous la prescription médicamenteuse faite par votre médecin ? Comment le médecin pourrait améliorer ses prescriptions ? »](#)

« Il commence à rédiger l'ordonnance avant même de savoir ce que l'on a, ou comme équivalent. Je pense qu'il ne demande pas, parce qu'il y a des gens qui ne savent pas ce qu'ils ont chez eux, mais ça éviterait les doublons et d'accumuler des choses qui ne servent à rien. Dans les pays anglo-saxon, ils font des prescriptions à l'unité et j'y serai assez favorable. Si j'ai besoin de 6 comprimés, je n'ai pas besoin d'une boîte de 12, donc, ça serait d'affiner, dans un souci d'économie, et, je pense que le médecin a une part de responsabilité. Les médecins ne sont pas suffisamment attentifs à ça; ils ont l'ordonnance facile ! »

6. [« Quels sentiments ressentez-vous quand votre médecin vous fait votre prescription médicamenteuse ? »](#)

« J'ai la chance d'avoir un médecin qui prend le temps de m'expliquer, et bien souvent même de sortir un bouquin. Si ce sont des douleurs mécaniques, qu'il explique bien le problème au moment de la prescription, on comprend mieux pourquoi on le prend, dans quel but. On a des informations claires, on n'a pas l'impression de se faire prescrire une molécule qu'on ne connaît pas. J'attends transparence et précisions sur ce qu'il nous prescrit. »

7. [« Que faites-vous de votre ordonnance une fois sorti de chez le médecin ? »](#)

« C'est souvent perdu ou jeté, même les renouvellements, des fois ce n'est pas forcément archivé, donc j'y retourne. Je sais que les médicaments, en tous cas ceux que je prends, ne sont pas ultrasensibles au niveau des dosages. Je prends l'initiative d'en prendre un petit peu plus, deux ou trois au lieu d'un ; si j'ai un doute je vais sur internet, sur doctissimo où des choses comme ça. En tous cas, ce n'est jamais l'ordonnance qui est ressortie pour vérifier. Après, si j'avais un traitement de fond plus lourd, et plus complexe, je pense qu'au début, je lirai plus l'ordonnance sur ce que je prends. Je suis conscient à mon niveau, enfin je pense, qu'il n'y aurait pas d'impact si j'en prends un de plus. Car je pense, que c'est un médicament qui n'est pas suffisamment important et technique, et qu'il peut causer des problèmes. »

[« Lisez-vous la notice ? »](#)

« Pour certains médicaments, oui. Par exemple, la dernière fois c'était de l'arestal®, c'est vraiment si c'est un médicament qu'on n'a pas utilisé depuis longtemps. On regarde pas trop les effets indésirables, car ça fait plus peur qu'autre chose. Comme on dit tout et son contraire, ce n'est pas forcément pertinent, il y a trop d'infos et c'est écrit en trop petit. J'y attache pas trop d'importance, ça devrait être plus synthétique, là on se retrouve avec trop d'infos. »

[« Peut-être il y aurait des infos sur l'ordonnance ? »](#)

« Ah oui, c'est vrai, j'ai rarement eut à demander un conseil après la prise d'un médicament. Une seule fois j'ai rappelé le médecin après une prise d'amoxicilline parce qu'un urticaire a surgi. Il m'a dit que c'était une allergie à l'amoxicilline, mais c'est vrai que je n'ai lu, ni l'ordo, ni la notice. Comme on est proche, j'ai recontacté mon médecin. »

8. [« Que prenez-vous comme traitement ? »](#)

« Les antihistaminiques, en cas de crise pour les acariens, du xyzal®, du nasacort® ou des

choses comme ça, qui commencent à ne plus faire d'effet, je pense par accoutumance. A l'échelle d'une année : pour une gastro, 4-5-6 effergal[®], quelques pastilles pour la gorge.»

« Vous prenez quand même un traitement pour ainsi dire tous les jours ? »

« Plus maintenant, c'est en cas de crise, par anticipation, si je me retrouve dans un milieu avec de la poussière.»

« Vous allez quand même voir votre médecin régulièrement ? »

« Oui pour un renouvellement »

12 - Entretien avec René :

Médecin généraliste: Rural

Sexe : H Âge : 79 ans Profession : gendarme retraité

Traitement à prendre régulièrement oui: Anti Diabétiques Oraux

1. « Que recherchez-vous lorsque vous consultez votre médecin ? »

« Bah premièrement écoutez, déjà qu'il nous renseigne très très bien sur la maladie etc et qu'il nous soigne très très bien, c'est le cas ici, hein, je n'ai jamais eu de retour, euh ... très très bien, que voulez-vous, il nous soigne, il nous ausculte, gentil et tout, alors que voulez-vous faire d'autre, hein ? »

« Donc il vous soigne, qu'est-ce que cela veut dire pour vous le soin ? »

« Il me soigne très très bien. », « Et bien les soins qu'il m'apporte en médicaments déjà, moi après cela ce que j'aime bien c'est les examens, parce que les médicaments au bout d'un moment c'est, hein, ils vous apportent... et être énergique dans le domaine, parce que parfois ça traîne, ça traîne, mon épouse en connaît quelque chose, ça traîne. Moi je suis toujours tombé sur le papa du Dr, et puis de son fils donc depuis 1976, on est fidèles. »

2. « Quelle importance accordez-vous à la prescription médicamenteuse ? »

« Bah c'est-à-dire qu'il ne faut pas en prendre de trop non plus, il faut savoir bien se régler quoi, c'est vrai moi je prends avec le docteur des médicaments, par exemple, je débute seulement dans un diabète, il m'a donné des petits cachets, je n'abuse pas, je fais ce qu'il me dit tous les mois ma pr... (il se reprend) tous les trois mois ma prise de sang, il me laisse auto ... voyez-vous que de prendre beaucoup de médicaments etc, je ne suis pas trop d'accord avec ça hum. »

« Pourquoi n'êtes-vous pas d'accord avec ça ? »

« Bah je ne sais pas, en prendre trop ça peut se mélanger tout ça, lire les notices ce n'est pas évident c'est vrai. Je les lis mais quelque fois je suis sceptique, je ne comprends pas tous les termes qui sont là-dessus, qui sont bien posés ... Dernièrement avec mon épouse on est allés à l'hôpital en neurologie. Le docteur lui a donné un cachet pour l'urine certainement, ou quelque chose bon? et bien tout d'un coup? elle a attrapé, euh, disons euh, elle a été bloquée, elle ne pouvait plus aller au water, vraiment constipée, donc j'ai lu tout de suite, et bien je dis attention constipation c'est marqué dessus, donc le lendemain on est venu voir le docteur et il a dit faut arrêter ça. Voyez-vous, il faut la lire quand même parce que on ne connaît pas tout hein, un bouquin comme ça je le suppose (faisant le geste d'un livre très épais et faisant allusion au Vidal), hein vous ne connaissez pas tout vous? »

« Non »

« À la retraite (rire). »

« Et bien il y en a toujours des nouveaux, ça change souvent. »

« Oui, c'est des nouveaux maintenant, et ça change souvent, très très souvent. »

3. « Si ce n'est pas indiscret, que prenez-vous comme traitement ? »

« Et bien, j'ai un petit traitement pour le diabète, qui est pour mon âge, je vais avoir 79 ans dans 15 jours, euh cela est apparu il y a 1 an, 1an ½, mais je suis un gourmet alors c'est peut-être un peu de ma faute, mais disons euh ça après ça, je fais du poids quand même hein, il me donne un petit cachet pour les mauvaises graisses, j'ai toujours fait des triglycérides, vous savez ce que c'est ? Mais depuis mon jeune âge, il y a quand même une dizaine d'années, le papa il me traitait déjà avec un cachet, et ensuite qu'est-ce que je prends, ah oui, là j'ai eu quelques vertiges, c'est pour ça que je suis un traitement, beaucoup, j'ai des vertiges et j'ai eu peur, il y a un mois j'ai eu un petit malaise, donc je suis venu voir le docteur »

il m'a donné du tanganyl®, ça a l'air de me faire du bien mais enfin, je suis en examen pour l'AVC quand même, j'ai été à l'hôpital, scanner cérébral, cardiologue, je n'avais jamais été voir un cardiologue (rire), très très bien, et puis là c'est pour mon épouse, mais vraiment je dois tout tout tout aux docteurs, aux professeurs, tous ce que vous voulez, heureusement que vous êtes là, pour des longues études d'ailleurs, mais j'espère que vous allez aller à la campagne, non ? Parce que moi je suis originaire de la campagne et on n'a plus de docteur, je sais que c'est très dur, il faut aimer, il faut être né là. »

4. « Pouvez-vous me dire comment vous, personnellement, vous réagiriez suite à une consultation sans prescription médicamenteuse ? »

« Bah moi je crois que euh, je l'ai apprécié quand il me disait euh, vous êtes un peu gros, c'est vrai, il faut éviter tout ça, la graisse etc, ça moi je le crois, euh il ne me donnait pas de médicaments, c'était à moi voyez-vous de forcer dans un sens à me priver un peu, tandis qu'avec des médicaments ma fois, on dit que c'est les médicaments qui vont faire le ... c'est vrai! Mais ce n'est pas vrai, hein, (rire). »

« Ce n'est pas vrai ? »

« Non, il faut donner la force quand même, ça aide beaucoup les médicaments, mais faut pas en prendre vraiment euh. »

« Ça aide beaucoup ? »

« Ah oui ah oui ah oui, ah j'ai déjà vu avec le papa du Dr R, bien, il disait : « ah ! Il faut arrêter ça » bon ben on arrête ça. Jusque 33 ans je fumais, et à 33 ans j'ai commencé le bonheur, parce qu'à l'époque on était pas comme maintenant, l'argent. Alors parfois, pour une cigarette, on faisait pas mal de choses à la ferme, et puis à 33 ans j'ai dit j'arrête, et depuis ce temps-là, je n'ai jamais repris une cigarette voyez-vous, il faut avoir beaucoup de volonté aussi. »

« Et vous avez arrêté comment ? »

« Ah ! là, j'ai grossi, parce que vous savez, pour arrêter un fumeur, j'ai pris des bonbons, c'était des cachets, comme, ah, son nom, pour la gorge, en pharmacie, ah mais ça m'a fait grossir. Vous ne savez pas combien j'ai pris ? 15 kg ! Ah, le nom, des pastilles « pulmoll® » quelque chose comme ça, c'était il y a longtemps, alors je prenais ça au lieu d'une cigarette, mais il était temps parce que j'ai eu peur, le radiologue, mon docteur, je n'étais pas là à l'époque, mon docteur m'a dit : « bon ben vous passez une radio », et puis le radiologue il a été franc avec moi, il m'a dit : « vous m'apportez un billet de 100 francs à l'époque pour rien Monsieur », bah je dis, pourquoi ? « bah, je n'ai rien vu dans vos poumons ». Alors là vous savez... j'ai arrêté mais c'était dur, mon épouse elle peut vous le dire, mais avec de la volonté beaucoup, il faut aider le docteur quand même, il y en a qui ne l'aide pas hein, ils prennent le cachet et c'est tout, donc il faut l'aider. »

« Mais les cachets ça aide ! »

« Ah ça aide mais oh ! pas de trop non plus, il faut voir ce que l'on prend aussi ! Bah vous savez si vous prenez un cachet et puis que le lendemain vous ... ça ne va plus non plus, et puis alors, ce que je conseille à tout le monde, conseillez le, c'est ne pas s'arrêter, toujours marcher, bricoler, pas regarder la télé comme j'en vois. Vous voyez j'ai 79 ans et ça va encore. »

5. « Que faites-vous de votre ordonnance une fois sorti de chez le médecin ? »

« Bah, la prescription, bah s'il me la donne pour 3 mois c'est des médicaments renouvelables, moi tous les mois je vais au pharmacien, il m'en délivre pour un mois, etc, et l'ordonnance elle me suit, elle me suit tout le temps, par exemple, j'ai été hospitalisé pour euh ... pour soi-disant que j'allais faire un AVC, et bien cela m'a fait peur je vous prie de croire, et bien mes dossiers, mes médicaments quand je vais à l'extérieur je les indique sur un petit bout de

papier, j'aide le docteur, et c'est vrai ça fait plaisir, quand je suis allé chez le cardiologue, comme ce sont des noms barbares, bah moi, euh, j'écris tout, voilà, j'aide le docteur parce que faut l'aider aussi le docteur parce que si vous ne l'aidez pas, ce n'est pas la peine, hein, voilà. »

« Je vous remercie »

« Je ne sais pas si vous allez copier là-dessus, mais enfin, je dis ce que je pense. »

« C'est ce qu'il faut, parce que nous avons notre regard de médecin et ... »

« Ah ouais le regard de médecin, (respiration). », « Et puis soyez gentil avec le patient, hein, c'est vrai. », « Vous êtes d'Amiens ? »

« Oui »

« Ah, c'est bien alors elle ne quittera pas Amiens ? Si ? »

« Non, parce que je viens d'y acheter une maison sur Amiens, alors, ça ne risque pas »

« Oh, en effet. », « Enfin, je sais que je suis reconnaissant, parce que hier mon épouse a passé un examen à l'hôpital sud, là, et ben pfu, c'est vrai, je suis curieux, j'ai toujours été curieux, j'ai assisté mais, c'est vraiment ... », « Vous allez vous spécialiser ? »

« En médecine générale »

« Ah, attention, c'est dur la médecine générale, ce n'est pas comme le spécialiste. », « Vous avez quelqu'un dans votre famille déjà ? »

« Non, non, pas du tout »

« Ah, c'est très bien, c'est beau. »

« Vous avez fait quoi comme métier ? »

« Eh bien écoutez j'étais un pauvre malheureux, je suis né en 1936, j'avais une bonne tête que j'aurais peut-être pu faire aller très loin, mais malheureusement ma mère n'a pas su, elle n'a pas su, à cette époque-là, c'était l'après-guerre, on avait faim, elle me dit écoute, j'ai passé mon certificat d'étude avec des éloges et tout, ma place méritait d'aller en pension à l'époque mais bon on avait pas d'argent, on n'avait rien du tout, donc je me suis mis à travailler dans une ferme, j'ai tardé à travailler quand même parce que je voulais m'en sortir, mais vous savez il y a des fois dans les fermes on mettait des esclaves hein, je gagnais 1 franc par jour Madame, en 1949 1 franc par jour, 30 francs par mois, mais le principal c'est qu'on y était nourri, on y était nourri, mais dans l'entrefaite, j'ai toujours voulu dire à ma mère écoute, je veux faire autre chose, et moi c'est l'armée qui m'a libéré, c'est-à-dire que j'avais fait ma préparation militaire pour essayer de rentrer quelque part, il n'y avait que ça comme débouché, je comprends hein, je suis allé dans l'armée et ça ne m'a pas plu, et j'ai fait toute une grande carrière dans la gendarmerie, j'ai recommencé presque à zéro, et puis j'ai fini officier, voilà et puis ensuite j'ai continué parce que nous c'était 55 ans et bien j'ai retravaillé en banque pendant 5 ans, à 60 ans, j'ai arrêté, j'ai travaillé 46 ans et me voilà. », « Eh bien je vous souhaite une belle carrière aussi. »

« Merci »

« On vous retrouvera peut être itinérante à l'occasion, vous connaissez S.O.S médecin rue Albert Camus? et bien on habite là, alors on les croise souvent, ils sont très gentils mais alors ils sont dévoués aussi, ah c'est un métier ou il faut être dévoué aussi, et puis après 12 ans vous le méritez hein, c'est vrai, beaucoup d'études quand même docteur, je vous appelle docteur quand même. »

« Mais, pas tout de suite il faut attendre un peu ! »

13 - Entretien avec Eléonore :

Médecin généraliste semi rural

Sexe : F Âge : 28 ans Profession : institutrice

Traitement : non

1. « Que recherchez-vous lorsque vous consultez votre médecin ? »

« Euh, des conseils, euh, une oreille attentive, un peu d'empathie aussi et puis oui d'être guidée par rapport à ce que je ressens, pour une éventuelle prise de médicament, pour aller voir un autre confrère, voilà, me guider un petit peu. Je ne sais pas moi ça dépend de la situation. »

2. « Quelle importance accordez-vous à la prescription médicamenteuse ? Qu'est-ce qu'elle vous apporte ? Quelles remarques pourriez-vous faire sur l'ordonnance de votre médecin traitant ? »

« Bah, hum hum, ça reste important quand même, parce que quand on va consulter, on n'y va pas pour rien, on attend d'avoir une prescription, une ordonnance. Consulter un médecin et ressortir les mains vides, pour moi je me dirais, il a un truc qui ne va pas, par rapport à des habitudes, après peut être développer d'autres choses, je ne sais pas, peut-être autre choses qu'une prescription, voilà si on n'a pas d'ordonnance, le médecin n'est pas bon, en gros. »

« C'est ce que vous pensez ? »

« Non, enfin, ce que je pense moi disons, bon, si je vais chez le médecin et que je ne vais vraiment pas bien, et que je sors les mains vides, je me dirai il y a un souci. »

« Quel est le rôle du médicament »

« Traiter ce que l'on a, ce pourquoi on va voir le médecin. Il n'y a pas d'effet placebo recherché hein. »

« Pourquoi vous parlez de l'effet placebo ? »

« Ben, parce que parfois on prend un truc, on sait que ça va calmer certaines angoisses etc, et voilà. Si je vais chez le médecin, c'est que je sais que je ne suis pas bien, et qu'il faut quelque chose pour ce que j'ai. »

« Vous avez dit qu'on pourrait développer autre chose que l'ordonnance (j'aurais dû dire prescription) à quoi pensez-vous ? »

« Déjà, si les consultations duraient plus longtemps, on pourrait parler d'avantage avec le patient, enfin je me mets à la place du médecin. Dans certaines situations, le médicament n'est pas forcément la bonne solution, et on peut avoir besoin d'un accompagnement chez un autre professionnel, des choses comme ça disons, on a l'impression que parfois, c'est un peu à la chaîne. »

« Si on va chez le médecin c'est qu'il y a quelque chose qui ne va pas, c'est pour pouvoir causer un peu plus, des fois on va chez le médecin pour une douleur physique, et il y a autre chose derrière. »

« Si le médecin prenait le temps, vous pensez qu'il n'y a pas besoin de prescription ? »

« Admettons, si j'ai des conseils bien précis, par exemple comment réagir à certaines situations de stress et d'angoisse, si j'ai des solutions concrètes pour ne pas prendre de médicament, j'admettrai de sortir les mains vides. »

3. « Que pensez-vous de la prescription médicamenteuse qui vous est délivrée ? »

« Il est bien. »

« Comment fait-il ? »

« Il explique bien quoi, le médicament, la posologie, à quoi cela va servir, il n'y a pas de problème à ce niveau-là. »

« Que prenez-vous comme médicament ? »

« Rien du tout. »

« Mais ça doit vous arriver de temps en temps ? »

« Parfois du paracétamol quand j'ai mal au crâne », « Sinon, je limite au maximum la prise de médicament, parce que tout va bien pour l'instant, que je n'ai pas envie d'avoir une accoutumance. Tout va bien, donc je n'ai pas envie de prendre des médicaments inutilement. Je prends du paracétamol, il n'y a pas d'effet d'accoutumance, enfin je ne pense pas. », « Non, ben, je n'ai jamais pris de médicament avec accoutumance ..., mais c'est plus l'accoutumance »

4. « Quels sentiments ressentez-vous quand votre médecin vous fait votre prescription médicamenteuse ? »

« Je ne sais pas trop, je ne me suis jamais posé la question, je ne sais pas trop, je n'ai jamais réfléchi à cela. »

« Est-ce que cette prescription vous satisfait, vous soulage, vous rassure ?

Ou à contrario, vous laissez insatisfaite, vous angoisse, vous inquiète ? »

« Je me suis dit, je vais enfin pouvoir régler ce problème, des choses comme ça. »

« Donc plutôt un soulagement ? »

« Oui, éventuellement un soulagement. Pour ne pas être trop angoissée par rapport à ça. »

« Ou une indifférence ? »

« Non, ben, je sais que j'ai un programme à suivre, et puis voilà. »

5. « Que faites-vous de votre ordonnance une fois sorti de chez le médecin ? ».

« L'ordonnance va dans l'armoire à pharmacie, je la consulte régulièrement si j'ai des médicaments à prendre, voilà. »

« Comment la suivez-vous ? »

« Je la suis bien, hein »

« Vous ne vous dites pas qu'il vous a prescrit trop de choses ? »

« Il y a certains médicaments que je peux zapper. Par exemple, on m'a déjà prescrit du prozac et, je refuse d'en prendre parce que je ne veux pas tomber dans cela, mais moi, je ne veux pas. »

« Là, vous étiez donc en contradiction avec votre médecin, avez-vous pu lui en parler ?

Le sentiez-vous hermétique à cela ? »

« Non, il n'était pas hermétique. Mais je n'étais pas dans l'état pour m'opposer ou quoi, c'est à la pharmacie que je me suis dit, non. Non, je ne l'ai pas pris, je ne l'ai pas acheté, non non, je ne veux pas de ça. »

« En avez-vous reparlé avec votre médecin ? »

« Non non »

« Donc il ne vous a jamais revue ? »

« Si, mais on en pas parlé. Mais ça ne posera pas de problème que je lui dise que je ne l'ai pas pris »

« Ça n'a donc pas été un sujet de discussion ? »

« De toute façon, comme j'allais mieux, je n'ai rien pris »

14 - Entretien avec Tony :

Médecin généraliste urbain

Sexe : H Âge : 60 ans Profession : éboueur (formation : 2ème classe 8ème échelon !?)

Traitement à prendre régulièrement non

1. « Que recherchez-vous lorsque vous consultez votre médecin ? »

« Qu'il me guérisse, ouais, et puis que j'aïlle mieux,»

« Comment peut-il faire pour vous guérir au mieux ? »

« Bah, qu'il trouve euh, les bons médicaments, tout ça pour euh, là je reviens parce que vendredi il m'a dit que c'était un rhume passager, mais tout est descendu (6 jours plus tard), et là, j'ai du mal, ..., je tousse tout ça, j'ai, (raclement de gorge), je suis encombré (il n'a pas toussé une seule fois pendant l'entretien)»

« Qu'est-ce qu'il avait fait pour vous guérir vendredi ? »

« Bah, il m'avait juste donné du sirop, pi du pivalone® et un truc pour mettre dans la gorge, c'est tout»

« Et vous trouvez que vous n'êtes pas guéri ? »

« Non,»

« Pourquoi ? »

« Bah, parce que quand je travaille tout ça, je suis gêné, d'habitude ça va mieux»

« Donc là, aujourd'hui vous revenez, et qu'est-ce ... »

« Ben, je crois que je vais lui demander s'il peut me donner des antibiotiques ou quoi pour enrayer le plus vite possible, pas que ça dure encore 8 jours.»

« D'accord et les antibiotiques pourquoi ? »

« Bah, je trouve que les antibiotiques ça agit plus vite que les petits médicaments qu'on me donne»

« C'est par rapport à votre expérience que vous dites ça ? »

« Ouais, parce qu'avant d'avoir le fils, j'avais le père, et lui il savait comment mon corps il réagissait, il me donnait toujours des antibiotiques»

« Et quand il vous donnait des antibiotiques, qu'est-ce qui se passait ? »

« Ben, j'allais mieux. »

« Avec quel délai ? »

« En 3 à 4 jours ça y est, c'était fini.»

2. « Quelle importance accordez-vous à la prescription médicamenteuse ? »

« Bah, si on peut éviter, mais bien souvent on ne peut pas éviter»

« Et pourquoi bien souvent on ne peut pas éviter ? »

« Bah, quand on est malade on ne peut pas, mais sinon j'essaye d'éviter, je suis rarement malade, je viens ici 2 à 3 fois par an, c'est tout, je ne viens pas tout le temps.»

« Et pourquoi vous voulez éviter les médicament ? »

« Bah, je ne sais pas, on me dit que ce n'est pas terrible pour la santé, je regarde souvent les émissions médicales à la télé, ils en parlent»

« Et qu'est-ce que vous reprenez de ces informations, qu'est ce qui peut vous inquiéter ? »

« Bah, si on en prend de trop, ce n'est pas bon, on peut développer des cancers, des maladies»

3. « Pouvez-vous me dire comment vous, personnellement, vous réagiriez suite à une consultation sans prescription médicamenteuse ? »

« Ah ! je ne sais pas. »

« Ça vous est déjà arrivé ? »

« Non. »

« Comment vous pouvez l'imaginer, qu'est-ce que cela voudrait dire pour vous ? »

« On aurait quoi en échange ? S'il n'y a plus de médicament. »

« C'est-à-dire en échange ? »

« Bah, je ne sais pas, moi, des plantes, des trucs comme ça. »

« Vous voulez dire comment on remplacerait le médicament c'est ça ? »

« Ouais. »

« Qu'attendriez-vous si on ne prescrivait pas de médicament ? »

« Bah, aux plantes, moi. »

« Vous pensez qu'on pourrait vous guérir avec des plantes ? »

« Ouais, des vieux machins de grand-mère comme on appelle ça »

« Vous pensez à quoi par exemple ? »

« Je ne sais pas moi. »

« Par exemple là vous êtes malade actuellement, vous pensez que les plantes pourraient vous guérir ? »

« Ouais, mais je ne sais pas ce qu'il y a comme plantes. »

« Est-ce qu'il y aurait autre chose que les plantes pour remplacer le médicament ? »

« Je ne vois pas quoi. »

4. « Que pensez-vous de l'ordonnance qui vous est donnée ? »

« Je ne sais pas, moi je ne suis pas fort en question. »

« Oh, il n'y a pas de fort ou pas fort, c'est votre avis qui m'importe »

« Ben, moi je croyais qu'il m'avait donné quelque chose de bien, mais vous voyez, ce n'est pas assez fort pour que je revienne. »

« Et vous pensez que le médecin, il devrait trouver tout de suite les choses bonnes ? »

« Pas tout de suite, mais enfin essayer de nous guérir quand même. »

« Il vous a dit que ça allait passer tout de suite ? »

« Bah, il m'avait dit, comme c'est viral, euh, dans 3 à 4 jours tu n'auras plus rien, et puis c'est descendu là, pfuuu... »

« Bon ... »

« Ce n'est pas ça, mais moi je travaille dehors. »

« Et dans la façon dont l'ordonnance vous est délivrée, les explications, etc »

« Bah, je crois que je l'ai encore, je l'ai ramené ce papier parce qu'il ne se rappelle jamais ce qu'il me donne. » (Il me montre son ordonnance)

« Qu'en pensez-vous ? Est-ce que on pourrait améliorer nos pratiques de médecin si besoin ? »

« Bah, je ne sais pas moi, il m'a bien expliqué »

5. « Que faites-vous de votre ordonnance une fois sorti de chez le médecin ? ».

« Bah, je vais au pharmacien »

« Vous en rediscutez avec le pharmacien ? »

« Ouais, elle me dit s'il faut que je le prenne en mangeant, si il faut le prendre après manger ou bien avant, tout et pis, faire attention au dosage et pis tout. »

« Comment gérez-vous vos médicaments une fois sorti de la pharmacie ? »

« Ben je regarde s'il faut le prendre le matin le midi ou le soir où entre deux, si c'est une cuillère, si c'est deux gélules, je fais attention. »

« Et une fois que le traitement est fini ? »

« Ah, bah, il n'en reste jamais, ah non, je fini tout, je prends le traitement jusqu'au bout, j'arrête jamais, même si cela va mieux au bout de deux jours, si on m'a mis 8 jours, c'est huit jours. »

6. « Quels sentiments ressentez-vous quand votre médecin vous fait votre prescription médicamenteuse ? »

« Ça fait du bien, ça veut dire que je vais me soigner et puis c'est tout. »

15 - Entretien avec Hélène :

Médecin généraliste n° semi rural

Sexe : F Âge : 20 ans Profession : étudiante en histoire

Traitement à prendre régulièrement oui: contraception

1. « Que recherchez-vous quand vous consultez votre médecin ? »

« C'est souvent pour des renouvellements de pilules, des certificats médicaux. Je n'attends pas grand-chose de ces rendez-vous là. »

« C'est toujours, ..., je ne vais pas chez le médecin sans raison, je ne suis pas du genre à y aller souvent. Il faut toujours qu'il y ait une vraie raison, que je sois malade à crever. J'attends des réponses à mes questions sur ce que j'ai, pourquoi, qu'il m'explique comment aller mieux bien sûr ! »

« Mon médecin m'explique toujours très très bien les choses, très simplement. Si par exemple c'est une épidémie, il me dit que ce n'est pas grave. Si c'est une gastro, il va chercher pourquoi, c'est toujours constructif. On réfléchit ensemble à toutes les causes possibles. Il ne se passe pas plus de choses que ça. »

« Vous voulez d'autres choses que les explications et conseils ? »

« Non, ça me suffit. »

2. « Quelle importance accordez-vous à la prescription médicamenteuse ? »

« Je lui fais confiance, mais, je lui demande toujours de m'expliquer à quoi correspond tel médicament. Généralement, j'en veux le moins possible, parce que je ne suis pas du tout médicament. J'attends vraiment une explication, ça correspond à ça, cela va vous faire tel effet, il ne faut pas en prendre trop, il faut le prendre à telle heure. Il faut qu'on m'explique bien les choses. Il ne faut pas se mettre en danger plus que ça, éviter les douleurs. »

3. « Quels sentiments ressentez-vous quand votre médecin vous fait votre prescription médicamenteuse ? »

« Un médicament peut être dangereux, je ne voudrais pas mal le prendre, être sûre que ça me corresponde. J'aime bien discuter avec mon médecin de ce que j'ai vraiment, pour être sûre que ça corresponde à 100%. »

4. « Que pensez-vous des explications qui l'accompagnent ? »

« Elles sont très claires ; mon médecin est quelqu'un de très bien, qui explique très bien les choses. »

« Comment le médecin pourrait améliorer son ordonnance ? »

« Non, pour ma part il n'y a rien à améliorer, mais ça doit dépendre des médecins. »

5. « Pouvez-vous me dire comment vous, personnellement, vous réagiriez suite à une consultation sans ordonnance ? »

« C'est bien, on n'est pas toujours obligé de prendre des médicaments si il y a des choses qui se soignent toutes seules, on n'est pas obligé d'être malade pour aller chez le médecin, ça peut aussi être quelqu'un qui écoute, qui pense, pour faire un dialogue sur notre état de santé, mais on n'est pas obligé de soigner. »

6. « Que faites-vous de votre ordonnance une fois sortie de chez le médecin ? »

« Le pharmacien me redit tel médicament correspond à telle chose, et comment le prendre. On peut aussi prendre des médicaments sans passer par le médecin, le pharmacien peut être un conseiller. Je la garde avec les médicaments le temps du traitement, puis je jette l'ordonnance »

quand c'est fini.»

« Que pensez-vous de la délivrance de génériques par des médecins ? ».

«Je trouve cela normal, évident. Par rapport au fait de payer moins cher, c'est les mêmes molécules, ça fonctionne pareil.»

« Quelle importance accordez-vous aux médicaments remboursés ? ».

«Généralement, je demande des médicaments remboursés, sinon le médecin m'en donne assez automatiquement, sinon elle me prévient. Payer pour soigner un rhume c'est idiot.»

16 - Entretien avec Josiane :

Médecin généraliste Rural

Sexe : F Âge : 69 ans Profession : retraitée ancienne employée en grande surface

Traitement à prendre régulièrement oui: somnifère

1. « Que recherchez-vous lorsque vous consultez votre médecin ? »

« *Qu'est-ce que je recherche ! bah. Qu'il me guérisse au plus vite quand même, hein, et puis après je ne sais pas, je ne peux pas vous dire, qu'est-ce que vous voulez, qu'il soit aimable, qu'il me guide bien dans tout ce que... et puis je ne sais pas quoi vous dire* »

« *Donc qu'il vous guérisse ?* »

« *Ah oui, qu'il me guérisse, oui, surtout ça,* »

« *C'est quoi pour vous la guérison ?* »

« *Bah la guérison, pfou, je ne sais pas, la guérison, que je sois bien après, que je ne sois plus malade, que je..., oui c'est surtout ça* »

« *Comment le médecin peut vous guérir ?* »

« *En me consultant, en me consultant, me donner des médicaments, en lui expliquant ce que j'ai, ce qu'il peut faire pour me soulager.* »

2. « Quelle importance accordez-vous aux médicaments ? »

« *Bah, je ne suis pas trop quand même médicament moi, j'ai toujours un peu peur, je ne suis pas trop, alors, j'en prends mais je ne suis pas trop médicament, voilà* »

(Interruption par le téléphone)

« *Oui, j'en prends mais pas constamment vous savez, j'essaye d'en prendre le moins possible quand même, parce que je ne suis pas trop médicament, je ne suis pas une dame à prendre des médicaments.* »

« *Pourquoi vous n'êtes pas trop médicament ?* »

« *Je ne sais pas, non, j'écoute beaucoup les informations donc quelques fois on entend, là je dis tien, j'ai pris ça, ce n'était pas trop bon, ou bien, je ne sais pas, je doute un petit peu sur les médicaments, les génériques surtout, ouais les génériques, enfin après, j'en prends, ouais (furtif).* »

3. « Quels sentiments ressentez-vous quand votre médecin vous fait votre prescription médicamenteuse ? »

« *Eh bien, je regarde déjà, pour combien de temps je prends, combien je dois en prendre par jour, euh, je regarde un peu quand même oui, je regarde tout ça quand même, combien de temps* »

« *Donc la durée est importante ?* »

« *Ouais Ouais.* »

4. « Prenez-vous des traitements tous les jours ? »

« *Non, pas de traitement, non, non, non non, je touche du bois, parce que hum.* »

« *Parce que si vous en preniez tous les jours, cela vous signifierait quoi ?* »

« *C'est une contrainte, pour moi ce serait une contrainte de prendre un... mon mari, il en prend tous les jours, mais moi non, non non... je prends un, je suis fort stressée, je prends un truc comme ça le soir, ou ½, sinon.* »

« *Comment il s'appelle ce médicament ?* »

« *Oh, agrac, Astarac quelque chose comme ça.* »

« *Atarax®* »

« *Oui atarac, j'en prends ½ quelque fois le soir quand je me sens stressée, mais sinon, non, je* »

n'en prends pas, de temps en temps un dafalgan® ou deux, des dafalgan® mais très rarement, je n'en prends même plus maintenant.»

« Vous n'en prenez plus ? »

« Non (rire). »

« Pourquoi ? »

« Je ne sais pas, je ne suis pas, je ne suis pas, je ne suis pas, abonnée aux médicaments, non, je ne suis pas trop médicaments, s'il faudrait que j'en prenne, j'en prendrai, mais euh là, non, non. »

« Et quand le médecin vous en prescrit, euh ... ? »

« Ah ben, je les prends quand même la durée qu'il me les a notés, je les prends ouais (assourdi). »

5. *« Pensez-vous que le médecin pourrait améliorer son ordonnance et si oui, comment ? »*

« Ah, c'est lui le seul juge, le médecin c'est quand même le seul juge de l'ordonnance, de ce qu'il doit me donner suivant ce que je lui explique, c'est le médecin le seul juge. »

« Donc votre avis par rapport à la prescription, vous le communiquez à votre médecin, vous lui donnez votre ressenti sur la prescription ? »

« Non, non non, respiration non. »

6. *« Que faites-vous de votre ordonnance une fois obtenue ? »*

« Je vais en pharmacie avec, hein, surtout pas de génériques, je ne suis pas pour les génériques et puis bon ben, après je prends mes cachets, les médicaments qu'ils vont me donner. Bon et puis après l'ordonnance je la mets à la poubelle. »

« Êtes-vous amenée à la réutiliser l'ordonnance ? »

« Ça m'arrive, ça m'est déjà arrivé ça, oui renouveler, tel que « l'atarac », elle est renouvelable autrement, ça m'arrive. »

17 - Entretien avec Angeline :

Médecin généraliste urbain

Sexe : F Âge : 19 ans Profession : étudiante IUT en gestion

Traitement à prendre régulièrement oui: contraception

1. « Que recherchez-vous lorsque vous consultez votre médecin ? »

« A être soignée, j'y vais quand je suis malade, ou pour renouveler quelque chose que je prends régulièrement »

« Que signifie pour vous soigner, comment peut-on vous soigner ? »

« Ben, me dire ce que j'ai, et puis me donner les médicaments qui vont me permettre d'aller mieux après »

« Donc vous soigner, ça passe par les médicaments ? »

« Ouais, rire »

2. « Quelle importance accordez-vous à la prescription médicamenteuse ? »

« Ben, une assez grande importance quand même, c'est eux qui m'aident aussi »

« donc, ça vous aide »

« Ouais, ..., je ne sais pas quoi dire de plus. »

3. « Quels sentiments ressentez-vous quand votre médecin vous fait votre prescription médicamenteuse ? »

« Ça me soulage, euh, oui, parce que je vais sûrement aller mieux après, c'est rassurant, ouais, rire »

4. « Que pensez-vous de / quel est votre avis sur l'ordonnance qui vous est délivrée ? »

« Qu'elle est illisible la plus part du temps pour moi ; mais non sinon rien, rire »

« Cela vous gêne de ne pas pouvoir la lire ? »

« Non, ça va, vu qu'il me dit, euh, par voie orale ce qu'il va mettre dessus, ça ne me dérange pas plus que ça. »

5. « Que pensez-vous des explications qui l'accompagnent ? Comment le médecin pourrait améliorer ses prescriptions ? »

« Ah non, le médecin que je vais voir, il m'explique très bien à chaque fois, et puis, si j'ai une question, il me répond même si elle est hors sujet »

« Vous êtes à l'aise pour pouvoir poser les questions nécessaires alors. »

Elle acquiesce

6. « Si ce n'est pas indiscret, que prenez-vous par exemple comme médicament ? »

« Là en ce moment je suis très enrhumée, rire, donc ouais, ça va être beaucoup de doliprane®, ibuprofène® et sirop pour la toux et sinon, il me fait mon ordonnance aussi pour la pilule »

« D'accord »

« Et c'est tout, rire »

7. « Pouvez-vous me dire comment vous, personnellement, vous réagiriez suite à une consultation sans prescription médicamenteuse ? »

« Ça dépend, si je n'ai rien de grave pourquoi pas, si je peux éviter des médicaments, euh, tout en étant mieux, euh oui, mais, après oui, si c'est pour être moins bien, ça sert à rien, »

« Pensez-vous que vous pouvez être mieux sans les médicaments ? »

« La plupart du temps il y a un traitement. Si ce n'est pas des médicaments, ce sera je ne sais pas, une kinésithérapeute ou un truc comme ça, enfin une chose pour me soigner quand même puisque j'attends, un peu la plupart du temps, avant de venir voir le médecin, voir si ça ne s'améliore déjà pas de soi-même »

8. « Que faites-vous de votre ordonnance une fois sortie de chez le médecin? ».

« Ben, je vais à la pharmacie avec, puis il me donne ce qu'il y a dessus. »

« Quel type de contact avez-vous avec le pharmacien ? »

« Ben, la plupart du temps, enfin c'est normal, il me parle gentiment, il m'explique comment il va falloir que j'utilise les médicaments, etc »

« Que faites vous après de l'ordonnance ? »

« Bah, je ne sais pas si on me la redonne, la plupart du temps je crois que je la jette. » rire

« Donc vous ne la reconsultez pas forcément après ? »

« Non, parce que mon pharmacien note à chaque fois toutes les doses dessus. »

« Sur les boîtes ? »

« Oui »

9. « c'est un peu redondant comme question mais, qu'attendez-vous de la prescription médicamenteuse faite par votre médecin? Vous avez déjà dit pour vous soigner, mais sinon ? »

« Que ça soulage la douleur la plupart du temps, et que ça m'aide à aller en cours, parce que là aujourd'hui, je n'ai pas pu y aller l'après-midi par exemple, tellement je n'étais pas bien, donc oui ça m'aide »

18 - Entretien avec Achour :

Médecin généraliste urbain

Sexe : H Âge : 28 ans Profession : sans (niveau 3ème, collègue)

Traitement à prendre régulièrement : non

1. «Que recherchez-vous lorsque vous consultez votre médecin ?»

« Bah être guéri, rire, logiquement ouais »

« D'accord, donc c'est quoi pour vous "être guéri", développez un petit peu ? »

« Bah, pfou, je ne sais pas trop quoi vous répondre, euh, ..., généralement quand on vient consulter un médecin c'est qu'on est malade, donc voilà, en quelque sorte c'est, euh, pour guérir. »

« Comment selon vous le médecin fait pour vous guérir ? »

« Bah après ça moi je ne sais pas, c'est lui qui sait, moi je ne peux pas savoir »

« Attendez-vous quelque chose en particulier ? »

« Non, rien de particulier, non, après, voilà c'est le médecin qui sait »

« Donc vous vous en remettez au médecin ? »

« Voilà, exactement, voilà »

« Que fait en général le médecin pour vous guérir ? »

« Bah en fait il regarde, je ne sais pas, après c'est lui qui sait, ce n'est pas moi, après c'est son travail »

« Il vous examine et après ? Que ce passe il après ? »

« Il m'examine. Rien de spécial »

« En général, il arrive à vous guérir le médecin ? »

« Oui généralement, ouais, ouais. C'est pour ça qu'on vient le voir. »

« Comment il vous guéri, qu'est ce qui fait que vous allez mieux ? »

« Bah, pfou, en me donnant des médicaments »

2. «Quelle importance accordez-vous à la prescription médicamenteuse ?»

« Je ne sais pas »

3. «Que pensez-vous de / quel est votre avis sur l'ordonnance qui vous est délivrée ?»

« Une ordonnance, c'est une ordonnance il n'y a rien à penser (rire) »

4. «Que pensez-vous des explications qui l'accompagnent ?»

« Ah, bien, les médecins ils expliquent bien, »

« Ça vous arrive de ne pas avoir compris certaines choses ? »

« Non, ..., ouais, après si je ne comprends pas, je lui demande »

5. «Pouvez-vous me dire comment vous, personnellement, vous réagiriez suite à une consultation sans médicament»

« Sans médicament ? (surprise/ choc) bah, généralement si il n'y a pas de médicaments on ne guéri pas, ça va avec quelque part »

« Et pourquoi selon vous pourquoi on ne guéri pas sans médicaments ? »

« Après je ne sais, je ne peux pas vous dire moi, après c'est le médecin qui sait »

« Et si il vous dit il n'y a pas besoin de médicaments ! »

« Moi j'écoute ce que le médecin me dit. S'il me dit il n'y a pas besoin, c'est qu'il n'y a pas besoin »

« Comment vous réagiriez ? »

« Généralement on sort toujours avec des médicaments, jamais sans. Moi, ça ne m'est jamais

arrivé de venir voir un médecin et de sortir sans médicaments, voilà »

« S'il n'y en avait pas, quelle réaction auriez-vous ? »

« Bah, je serai un peu étonné (j'ai le sentiment qu'il ne serait pas content) voilà c'est tout, euh, il y a rien d'autre »

9. « Que faites-vous de votre ordonnance une fois sorti de chez le médecin? ».

« Je la ramène chez le pharmacien et ensuite voilà »

« Quel type de relation entretenez-vous avec le pharmacien ? »

« Bah, rien de spécial, il me donne les médicaments, et puis c'est tout »

« Et l'ordonnance ? »

« Je la jette »

« Comment les utilisez-vous ? »

« Bah en fait c'est le médecin qui dit comment faire et le pharmacien aussi, en marquant sur la boîte, tel et tel, combien il y en a à prendre par jour, avant après le repas »

« Une fois guéri et que le traitement est terminé que faites-vous des médicaments ? »

« Je les garde, on ne sait jamais, si un jour j'ai un petit mal, si j'ai mal au même endroit, je reprends les médicaments »

« Quel que soit le médicament prescrit ? »

« Voilà, ... Après si les médicaments ne font rien, je vais revoir le médecin »

« Qu'attendez-vous de la consultation si les médicaments n'ont rien fait ? »

« Qu'il me consulte déjà, après il regarde un peu et puis c'est lui qui sait. Je suis ce qui me dit le médecin en fait »

10. « Allez-vous voir toujours le même médecin ? »

« Non non non ça m'arrive de changer. Parce que mon médecin est pas là, qu'il est absent voilà »

« Vous avez votre médecin attitré ? »

« Voilà. Souvent je vais toujours voir le même médecin, après, s'il n'est pas là, je vais voir quelqu'un d'autre, si je ne peux pas attendre, en général je prends un autre médecin »

« En général ça se passe comment ? »

« Ça se passe bien »

« Y a-t-il des médicaments que vous trouvez inutiles ? »

« Ah inutile, je ne dirai pas inutile, normalement tous les médicaments qu'il donne, ça sert à quelque chose »

« Donc vous les prenez ? »

« Je les prends jusqu'à ce que je sois guéri, puis je les garde un petit moment, puis je les jette ».

VIII. SUMMARY

DRUGS: A CONSUMPTION'S PRODUCT OR A REAL TOOL WITHIN MEDICAL CONSULTATION?

FROM THE ANALYSIS OF PATIENTS' EXPECTATION TO THE STAKES IN MEDICINAL PRESCRIPTION

Introduction: Medicinal prescription is usually practiced at almost every consultation of general medicine. This pillar of the medical consultation can be source of frustration in view of the intrusive place which it can take in the therapeutic relationship with patients. Thus I wondered if the medicinal prescription is a necessary and sufficient condition for care and which are ins and outs. Through a better understanding of the patients' expectations gets free the other aspects which contribute to answer the most exactly their needs in care.

Methods: My reflection on the sense direction, the interest, the repercussion of medicinal prescription on patients, the work of the doctor built up to itself in the light of the literature and patients' narratives analyzed according to a rigorous method called hermeneutic.

Results: it emerges from it that expectations in medicinal prescription in term of tool and function are complex and full of ambivalences. Drugs is the object of a request being an integral part in connection with care, which joins in a ritualized and consumerist culture. Patients at present worried about medication, question themselves and oscillate between fear and trust. Shared between its curative virtues and its potential toxicity, drugs disturb and plant seeds of doubt. This report questions about the possibility of one moderation in medicine's use in a reflexive optics aiming more at the discernment in the practice of medicinal prescription. The doctors could optimize their know-how by becoming allied with patients for greater welfare. Patients are looking for better listening, counsel, care, and drugs must remain a mean to cure, and not become an aim.

Discussion: I was able to highlight a cultural atmosphere of the care by clearing the currents thoughts and influences, by releasing some perspectives on the therapeutic modalities methods to come.

Conclusion: the art to prescribe drugs requires in my opinion a dedicated teaching and a preliminary philosophic reflection on Health, and sense of the disease.

Keywords: drug, advice, prescription, patient, relationship

LE MEDICAMENT : PUR OBJET DE CONSOMMATION OU OUTIL AU SEIN DE LA CONSULTATION ?

DE L'ANALYSE DE L'ATTENTE DES PATIENTS AUX ENJEUX DE LA PRESCRIPTION MEDICAMENTEUSE.

RESUME :

Contexte/objectif : La prescription médicamenteuse est utilisée à quasi chaque consultation de médecine générale mais peut-on la considérer comme une condition nécessaire pour le soin ? Et quels en sont les tenants et aboutissants ? Ce pilier thérapeutique peut être source de frustration lorsqu'il prend une place envahissante dans la relation thérapeutique. A travers une meilleure compréhension des attentes des patients se dégagent les autres aspects de la consultation qui contribuent à répondre le plus justement à leurs besoins en soin.

Méthode : Ma réflexion sur le sens, l'intérêt et la répercussion de la prescription médicamenteuse sur le patient et le travail du médecin s'est forgée à la lumière de la littérature et des récits selon une méthode rigoureuse appelée herméneutique.

Résultats : Il en ressort que les attentes en prescription médicamenteuse en terme d'outil et de fonction sont complexes et pleines d'ambivalences. Le médicament est l'objet d'une demande faisant partie intégrante de la relation de soin. Il s'inscrit dans une culture ritualisée et consumériste. Les patients actuellement inquiets de la médication la remettent en question et oscillent entre la peur et la confiance. Partagés entre ses vertus curatives et sa toxicité potentielle, le médicament dérange et sème le doute. Ce constat invite à modérer leurs usages en visant davantage le discernement dans la pratique de la prescription médicamenteuse. Les médecins pourraient optimiser leur savoir-faire en s'alliant aux patients qui recherchent avant tout une écoute, un conseil et un soin. Le médicament doit rester un moyen et non une finalité.

Conclusion : Ce travail met en lumière une atmosphère culturelle du soin en dégagant les courants et influences actuelles laissant entrevoir quelques perspectives sur les modalités thérapeutiques à venir. L'art de prescrire les médicaments nécessite à mon sens un enseignement dédié et une réflexion philosophique préalable sur la santé et le sens de la maladie.

Mots clef : médicament, prescription, ordonnance, patient, relation

