



Stratégies de prescription des médecins généralistes dans le cadre des infections respiratoires non compliquées : étude qualitative auprès de 14 médecins généralistes landais et bretons

Anaïs Lasserre

► To cite this version:

Anaïs Lasserre. Stratégies de prescription des médecins généralistes dans le cadre des infections respiratoires non compliquées : étude qualitative auprès de 14 médecins généralistes landais et bretons. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01262080

HAL Id: dumas-01262080

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01262080>

Submitted on 26 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.

Université de Bordeaux

Faculté de Médecine

ANNÉE 2016

THÈSE N°1

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement
le 06/01/2016 à Bordeaux
par Mlle Anaïs LASSERRE

Stratégies de prescription des médecins généralistes dans le cadre
des infections respiratoires non compliquées.
Étude qualitative auprès de 14 médecins généralistes landais et
bretons

Rapporteur : Pr François PETREGNE

Composition du Jury :

Président : - Monsieur le Professeur Bernard GAY

Membres : - Monsieur le Professeur Mathieu MOLIMARD
- Monsieur le Professeur Jean-Philippe JOSEPH
- Monsieur le Professeur François PETREGNE
- Monsieur le Docteur Nicolas ROUSSELOT

Directeur de thèse : - Monsieur le Docteur Laurent MAGOT

REMERCIEMENTS

À notre président du jury

Monsieur le Professeur Bernard GAY

Professeur des Universités de Médecine Générale, Médecin Généraliste

Vous me faites l'honneur de présider le jury de cette thèse, et je vous en remercie.
Je vous prie de croire en ma gratitude et mon profond respect.

À notre rapporteur

Monsieur le Professeur François PETREGNE

Professeur associé, Médecin Généraliste

Vous me faites un grand honneur en acceptant de juger mon travail, et je vous en remercie.

À nos juges

Monsieur le Professeur Mathieu MOLIMARD,

Professeur des Universités, Praticien Hospitalier, Pharmacologie

Je vous remercie beaucoup d'avoir accepté de faire partie de ce jury.

Monsieur le Professeur Jean-Philippe JOSEPH

Professeur des Universités de Médecine Générale associé, Médecin Généraliste

Vous avez accepté de juger ce travail, et je vous en remercie.
Je vous prie de croire en mon profond respect.

Monsieur le Docteur Nicolas ROUSSELOT

Chef de Clinique, Médecin Généraliste

Vous me rendez un immense service en acceptant de juger mon travail.

À notre directeur de thèse

Monsieur le Docteur Laurent MAGOT,

Maître de Conférence associé, Médecin Généraliste

Je vous remercie d'avoir accepté de m'aider dans ce travail. Merci pour votre rigueur et pour m'avoir montré le chemin chaque fois que je m'égarais...

Remerciements particuliers

Au Collège des Généralistes Enseignants d'Aquitaine

Qui a gracieusement mis à notre disposition les moyens matériels de réaliser cette thèse.

Aux médecins généralistes

Qui ont accepté de participer à cette étude, et à ceux qui m'ont transmis leurs encouragements.

À mes parents qui m'ont toujours soutenue et m'ont subie pendant toutes ces années...

À cet inconnu du train, qui semble vouloir me subir pour celles à venir...

À Abuela, qui a rendu ces études possibles.

À la Team Bordal, désormais disséminée par-delà les monts et les mers !

Merci d'avoir rendu ces longues années un peu plus amusantes.

À ma famille et mes amis, avec qui j'aime me retrouver,

À la mémoire de ceux avec qui j'aurais aimé partager ce moment.

TABLE DES MATIÈRES

Remerciements.....	2
1 Introduction.....	8
1.1 Diminution de l'arsenal thérapeutique.....	8
1.1.1 Nouvelles contre-indications et alertes de pharmacovigilance.....	8
1.1.1.1 Les vasoconstricteurs à visée décongestionnante nasale.....	8
1.1.1.2 Les médicaments mucolytiques, mucofluidifiants et l'Hélicidine[3].....	9
1.1.1.3 Les spécialités antihistaminiques de première génération et du fenspiride.....	9
1.1.1.4 Camphres et dérivés terpéniques.....	9
1.1.1.5 Pholcodine.....	9
1.1.2 Déremboursement.....	9
1.1.3 Arrêts de commercialisation.....	10
1.2 Recommandations de bonne pratique.....	11
1.3 Campagnes de bon usage des antibiotiques.....	13
1.4 Problématique.....	14
2 Matériels et Méthodes.....	15
2.1 Type d'étude.....	15
2.2 Population étudiée.....	15
2.3 Déclaration CNIL.....	15
2.4 Guide d'entretien.....	15
2.5 Recueil des données.....	16
2.6 Stratégie d'analyse.....	16
3 Résultats.....	17
3.1 Description des participants.....	17
3.1.1 Recrutement.....	17
3.1.2 Profil des participants.....	17
3.2 Description des données recueillies lors des entretiens semi-dirigés.....	19
3.2.1 Changements.....	19
3.2.1.1 Allègement global de l'ordonnance.....	19
3.2.1.2 Variation selon les classes thérapeutiques.....	19
3.2.2 Les difficultés.....	23
3.2.2.1 Difficultés liées au médecin.....	23
3.2.2.2 Difficultés liées au patient.....	27
3.2.2.3 Difficultés liées au médicament.....	29
3.2.2.4 Difficultés liées à l'organisation.....	30
3.2.2.5 Difficultés liées à l'environnement.....	31
3.2.3 Éléments favorisant une mise en conformité des pratiques.....	33
3.2.3.1 Image positive du médecin.....	33
3.2.3.2 Absence de concurrence.....	33
3.2.3.3 Patients limitateurs.....	33
3.2.3.4 Jeune âge du patient.....	34
3.2.3.5 Le pharmacien.....	34
3.2.3.6 Banalisation des pathologies.....	35
3.2.3.7 TDR.....	35
3.2.3.8 Estimation défavorable de la balance bénéfice/risque des médicaments.....	35

3.2.3.9 Connaissance de l'écologie bactérienne.....	36
3.2.3.10 Influence des jeunes médecins.....	36
3.2.4 Les stratégies d'adaptation.....	36
3.2.4.1 Information du patient.....	36
3.2.4.2 Aménagement du temps de consultation.....	37
3.2.4.3 Report de prescription.....	37
3.2.4.4 Prescription à titre placebo.....	38
3.2.4.5 Se donner du temps.....	38
3.2.4.6 Augmentation de la vigilance du médecin.....	39
3.2.4.7 Renforcement de l'examen clinique.....	39
3.2.4.8 Porte ouverte.....	39
3.2.4.9 Prescription anticipée.....	40
3.2.4.10 Mise à jour des connaissances.....	40
3.2.5 L'automédication.....	41
3.3 Rappel des résultats.....	42
4 Discussion.....	45
4.1 Forces de l'étude.....	45
4.1.1 Choix d'une étude qualitative.....	45
4.1.2 Choix de l'entretien individuel semi-dirigé.....	45
4.1.3 Validation interne.....	45
4.1.3.1 Variabilité des données.....	45
4.1.3.2 Triangulation du codage.....	46
4.1.4 Validation externe.....	46
4.2 Limitations et faiblesses.....	47
4.2.1 Type d'étude.....	47
4.2.2 Facteur d'exclusion.....	47
4.2.3 Absence de généralisation à la population générale.....	47
4.2.4 Modification de la grille d'entretien en cours de recueil.....	48
4.2.5 Recueil des données.....	48
4.2.6 Difficultés à établir un niveau de prescription réel.....	48
4.2.7 Erreurs dans la définition du champ des maladies étudiées.....	48
4.2.8 Discours déclaratif et contradictions.....	49
4.2.9 Manque de données.....	49
4.3 Interprétations des principaux résultats.....	49
4.3.1 Trois profils de médecins.....	49
4.3.1.1 Les non-prescripteurs.....	49
4.3.1.2 Les placebo-thérapeutes.....	51
4.3.1.3 Les prescripteurs convaincus.....	52
4.3.2 Les stratégies d'adaptation.....	54
4.3.2.1 Les non-prescripteurs.....	55
4.3.2.2 Les placebo-thérapeutes.....	55
4.3.2.3 Les prescripteurs convaincus.....	56
4.3.3 Les difficultés.....	57
4.3.3.1 Les non-prescripteurs.....	58
4.3.3.2 Les placebo-thérapeutes.....	60
4.3.3.3 Les prescripteurs convaincus.....	61
4.3.4 Les facteurs favorisant une mise en conformité des pratiques.....	63
4.4 Perspectives.....	64
5 Conclusion.....	66

Bibliographie.....	67
6 Abréviations.....	72
7 Annexes.....	73
7.1 Annexe 1 : Déclaration CNIL.....	73
7.2 Annexe 2 : Trame d'entretien.....	74
7.3 Annexe 3 : Portraits des médecins interviewés.....	76
7.4 Extrait de Verbatim : 3 entretiens.....	80
Serment Médical.....	97

Un second tome accompagne ce travail de thèse. Il comprend l'intégralité des Verbatims, des entretiens et la définition des nœuds de codage.

1 INTRODUCTION

Les infections ORL et respiratoires non compliquées sont des situations très fréquentes en médecine générale puisqu'elles représentent presque 20 % des motifs de consultation[1].

Il nous semble que peu de domaines thérapeutiques du champ des soins primaires, ont été autant modifiés ces dernières années. En effet, l'arsenal thérapeutique de ces pathologies s'est réduit en peu de temps et les règles de leur prise en charge ont été modifiées.

1.1 Diminution de l'arsenal thérapeutique

Depuis le début des années 2000, l'arsenal médicamenteux des médecins confrontés à un patient présentant une infection respiratoire non compliquée s'est considérablement restreint.

Ces profondes modifications sont liées à plusieurs facteurs :

- L'apparition de nouvelles contre-indications
- Des déremboursements
- Des disparitions de nombreuses spécialités

1.1.1 Nouvelles contre-indications et alertes de pharmacovigilance

1.1.1.1 Les vasoconstricteurs à visée décongestionnante nasale

La Commission d'AMM a restreint l'utilisation de ces traitements à l'adulte. C'est le cas par exemple du Rhinofluimucil[2] en 2010, en raison d'une balance bénéfice/risque jugée défavorable par la Commission d'AMM chez l'enfant et l'adolescent de moins de 15 ans.

Rappelons que certaines contre-indications limitent l'usage de ces vasoconstricteurs : hypersensibilité, enfant de moins de 15 ans, antécédents ou facteurs de risques d'AVC, HTA sévère ou mal équilibrée, insuffisance coronarienne sévère, risque de glaucome par fermeture de l'angle, risque de rétention urinaire liée à des troubles urétroprostatiques, antécédents de convulsions, allaitement, association aux IMAO non sélectifs (en raison du risque d'hypertension paroxystique et d'hyperthermie), association aux sympathomimétiques à action indirecte.

1.1.1.2 Les médicaments mucolytiques, mucofluidifiants et l'Hélicidine[\[3\]](#)

En avril 2010, l'AFSSAPS contre-indique l'utilisation, chez l'enfant de moins de 2 ans, des spécialités mucolytiques (carbocistéine, acétylcystéine), mucofluidifiantes (benzoate de méglumine) administrées par voie orale et de l'hélicidine en raison d'un risque de surencombrement bronchique.

1.1.1.3 Les spécialités antihistaminiques de première génération et du fenspiride

En mars 2011, l'AFSSAPS[\[4\]](#) contre-indique les spécialités antihistaminiques de première génération et le fenspiride, utilisés dans le traitement de la toux, chez le nourrisson de moins de 2 ans en raison d'une balance bénéfice-risque défavorable.

1.1.1.4 Camphres et dérivés terpéniques

En août 2011, la revue Prescrire[\[5\]](#) met en garde contre les effets indésirables dont le risque de convulsion, lié au camphre, menthol ou autres dérivés terpéniques contenus dans les médicaments conçus pour l'inhalation, la pulvérisation ou l'application nasale chez les jeunes enfants.

En novembre 2011, l'AFSSAPS[\[6\]](#) contre-indique la prescription des suppositoires contenant des dérivés terpéniques chez les enfants de moins de 30 mois ainsi que chez les enfants ayant des antécédents de convulsion fébrile ou d'épilepsie.

1.1.1.5 Pholcodine

En 2011, l'AFSSAPS[\[7\]](#) publie un arrêté faisant état du reclassement des produits à base de pholcodine sur prescription médicale obligatoire (liste I) en raison du risque de choc anaphylactique aux curares lors d'une anesthésie générale.

En 2012, la revue Prescrire[\[8\]](#) déconseillait la prescription de pholcodine pour la même raison.

1.1.2 Déremboursement

Suite aux enquêtes de pharmacovigilance, nous assistons depuis quelques années à une vague de déremboursements d'un grand nombre de spécialités médicales utilisées comme thérapeutique d'appoint dans ce domaine.

Citons par exemple le Rhinamide[\[9\]](#) (éphédrine, acide benzoïque), décongestionnant nasal, qui s'est vu refuser la prise en charge par la solidarité nationale en raison d'un service

médical rendu jugé insuffisant. C'est le cas également de la Deturgylone[10] (prednisolone, oxymétazoline), du Rhinadvil[11] (ibuprofène, pseudoéphédrine), du Rhinureflex[12] (ibuprofène, pseudoéphédrine), du Givalex[13] (hététidine, salicylate de choline, chlorobutanol hemihydraté), du Rhinotrophyl[14] (ténate d'éthanolamine) ou encore du Respilene enfant[15] (pholcodine).

1.1.3 Arrêts de commercialisation

Des arrêts de commercialisation sont également venus réduire l'arsenal thérapeutique du médecin généraliste.

La comparaison du nombre de spécialités disponibles dans différentes classes médicamenteuses dans les dictionnaires Vidal® de 1995 et 2013 est à ce titre éloquent :

Classe Thérapeutique	1995	2013
Décongestionnants par voie orale	21	10
Décongestionnants par voie nasale	13	9
Décongestionnants en inhalations	13	10
Décongestionnants par voie rectale*	0	1
Formes nasales à visée antibactérienne	41	12
Collutoires à visée antibactérienne et/ou antalgique	25	7
Pastilles et tablettes	37	30
Enzymes anti-inflammatoires	0	2**
Médicaments soufrés	8	0
Préparations auriculaires à visée antibactérienne et/ou antalgique	22	12
Spécialités antitussives	133	50

Ce mouvement semble se poursuivre puisqu'en 2012, le magazine Prescrire relevait l'arrêt de commercialisation de 8 traitements antitussifs[16-22], de 2 solutions pour pulvérisation buccale ou nasale[16;23], d'une association d'un vasoconstricteur et d'un anti-inflammatoire[24] et de 3 suppositoires à visée antiseptique respiratoire[22;25].

* L'Algotropyl n'existait pas en 1995.

**Maxilase faisait partie des décongestionnants par voie orale et Extranase n'existait pas en 1995.

1.2 Recommandations de bonne pratique

Les recommandations pour la pratique professionnelle donnent des repères scientifiques validés pour la prise en charge des infections respiratoires non compliquées.

En 2004, l'AFSSAPS[26] émet une recommandation limitant l'utilisation des antibiotiques locaux à l'otorrhée et à l'otite externe.

En 2008, la Société Française d'ORL et de Chirurgie de la face et du cou[27] met en garde contre les risques de complications cervicales infectieuses des AINS (avis d'experts) dans une recommandation sur les complications locorégionales des pharyngites. L'antibiothérapie ne permet pas de prévenir ces complications (grade B).

En 2008, le NICE (National Institute for Health and Care Excellence)[28] recommande une stratégie de non-prescription d'antibiotiques ou une stratégie de prescription retardée dans les OMA, les angines aiguës, les rhumes, les rhinopharyngites aiguës et les bronchites aiguës. La prescription immédiate d'un antibiotique reste recommandée dans les OMA bilatérales chez l'enfant de moins de 2 ans, l'OMA de l'enfant avec otorrhée associée et l'angine présentant au moins 3 critères de Centor (suspicion de streptocoque du groupe A).

En 2009, une méta-analyse effectuée par le Réseau Cochrane[29] va dans le même sens que la NICE en démontrant que sans antibiothérapie, les symptômes disparaissent dans la majorité des cas en quelques jours chez les enfants de plus de 6 mois souffrant d'OMA. Retarder l'antibiothérapie n'augmentait pas le risque de complications.

En 2009, l'AFSSAPS[30] publie un document concernant la prise en charge de la douleur aiguë et chronique chez l'enfant. Le palier 1 est recommandé en première intention. Le paracétamol et l'ibuprofène semblent d'efficacité équivalente (grade B). L'intensité des douleurs peut nécessiter la prescription d'un antalgique de niveau 2 (accord professionnel). Elle recommande une corticothérapie orale de courte durée en association à l'antibiothérapie en cas d'angine streptococcique avec douleurs sévères, chez l'enfant à partir de 5 ans (grade B). Les spécialités auriculaires à visée antalgique chez l'enfant de plus d'un an et dans l'otite moyenne congestive, l'otite phlycténulaire et l'otite barotraumatique, en l'absence de perforation tympanique sont recommandées. Cette recommandation paraît très large, en particulier pour les indications des AINS, eût égard à la recommandation de la Société Française d'ORL et de Chirurgie de la face et du cou.[27]

En 2010, la revue médicale Prescrire « milite » pour la diminution des prescriptions médicamenteuses dans la prise en charge des bronchites.[31] La même année, dans la rhinosinusite,[32] ils conseillent de réserver les examens complémentaires et l'antibiothérapie aux patients ayant un risque infectieux particulier, des symptômes très marqués, ou des signes de complications.

En 2011, l'AFSSAPS[33] émet à nouveau une recommandation proscrivant l'usage des antibiotiques par voie générale dans la rhinopharyngite, l'angine à TDR négatif ou en l'absence de TDR, l'otite congestive ou séromuqueuse de l'enfant. Elle déconseille également l'utilisation des AINS ainsi que de la corticothérapie orale en cure courte, qui reste conseillée uniquement dans les sinusites aiguës hyperalgiques.

La même année, la revue Prescrire publie une recommandation sur la prise en charge de la toux gênante, des maux de gorge[34] et du rhume[5]. Celle-ci se limite à du paracétamol, des boissons et des confiseries. Elle déconseille les médicaments antitussifs contenant vasoconstricteurs, anti-histaminiques, pholcodine et mucolytiques ainsi que les anesthésiques, antiseptiques et antibactériens locaux, les AINS et les corticoïdes.

En 2011 également, la Société Française d'Oto-Rhino-Laryngologie et de Chirurgie de la Face et du Cou diffuse une recommandation professionnelle par Consensus Formalisé[35] où elle conseille l'usage des vasoconstricteurs par voie locale et par voie générale au cours des rhinopharyngites avec obstruction nasale gênante (accord professionnel) pour une durée courte (accord professionnel) chez le patient de plus de 15 ans en l'absence de contre-indication. Les lavages des fosses nasales au sérum salé, les corticoïdes topiques et les antihistaminiques sont des traitements symptomatiques possibles de l'obstruction nasale, notamment en cas de contre-indication des vasoconstricteurs. Cette recommandation relativement permissive est en opposition avec les réserves du magazine Prescrire[5;34], de l'AFSSAPS[33] et de la HAS[9-12].

En 2012, la revue Prescrire publie une série de recommandations sur l'OMA[36-40] déconseillant l'utilisation des spécialités auriculaires à visée antalgique, de la codéine, des AINS, de l'homéopathie et des corticoïdes. Elle limite également l'utilisation de la paracentèse à visée curative, ni en première, ni en deuxième ligne. Elle la réserve aux patients souffrant de douleurs intenses non calmées par les antalgiques, en cas de tympan très bombant, ainsi que pour effectuer des prélèvements pour examen bactériologique. Bien qu'elle valide l'évolution favorable dans la plupart des cas chez l'adulte et l'enfant, elle

reprend également les schémas d'antibiothérapie à adopter en conseillant cependant de retarder le début de l'antibiothérapie.

La même année, elle publie également une série de recommandations sur l'angine. [41-43] Elle évoque la réalisation d'un test de diagnostic rapide (TDR) mais précise aussi que la présence de streptocoque A ne justifie pas à elle seule une antibiothérapie, sauf en cas d'épidémie avec streptocoque A rhumatogène. En dehors des schémas d'antibiothérapie qu'elle reprend, le traitement se limite à du paracétamol, des boissons et des confiseries. Elle renouvelle sa méfiance vis-à-vis des AINS, des anesthésiques et antiseptiques locaux, à laquelle s'ajoute la vigilance concernant la codéine et les corticoïdes *per os* ou locaux.

1.3 Campagnes de bon usage des antibiotiques

Toutes les recommandations ci-dessus ont été accompagnées de campagnes de bon usage en direction des patients et des professionnels de santé.[44]

En 2002, l'Assurance Maladie lance une première campagne articulée autour du slogan « *Les antibiotiques, c'est pas automatique !* » provoquant une diminution transitoire de la consommation d'antibiotiques.

En 2010, une deuxième campagne est menée avec comme slogan « *Les antibiotiques, si on les utilise à tort, ils deviendront moins forts !* ».

En 2011, un nouveau slogan apparaît « *Trop d'antibiotiques tuent l'antibiotique* ».

L'étude NICOLLE[45] de l'INPES estimait qu'en 2006, deux tiers des répondants étaient d'accord sur l'inutilité des antibiotiques en cas de maladie d'origine virale. 90 % ont répondu avoir conscience des risques d'apparition de résistance lors d'une mauvaise utilisation des antibiotiques.

La consommation totale d'antibiotiques en France a diminué de 16 % entre 2000 et 2010, avec une tendance à la hausse depuis 2005.[46]

Une étude réalisée en 2007[47], mettait en évidence une réduction globale de 26,5 % de la consommation et dans le même temps une diminution du taux de pneumocoques à sensibilité réduite avec un taux de résistance de 32 % versus 47 % en 2001. La plus forte baisse enregistrée est pour les tranches d'âge 0-6 ans : -30 % et 6-15 ans : -36 %.

1.4 Problématique

D'après une étude du CREDES en 2001, une consultation sur deux (50,8 %) se concluait par une antibiothérapie pour rhinopharyngite.[48]

Il semble qu'actuellement, la prise en charge de ces infections ne soit pas toujours optimale, comme en témoigne une reprise de la consommation des antibiotiques en médecine de ville.[49] Malgré les recommandations pour la pratique clinique, une enquête[50] sur les prescriptions de 274 médecins généralistes de Midi-Pyrénées tirés au sort en 2008 montrait une pratique courante de l'utilisation des corticoïdes en cures courtes dans les infections ORL. Pour les rhino-sinusites, 93 % des médecins déclaraient avoir prescrit des corticoïdes oraux durant les 6 mois précédant l'enquête. Pour les laryngites de l'enfant, ils étaient 87 %, pour les otites 70 % et pour les angines 57 %.

Les médecins généralistes semblent avoir des difficultés à réduire le nombre de prescriptions dans les infections respiratoires non compliquées où paracétamol et sérum physiologique sont souvent les seules médications recommandées.

Face à ce constat, nous nous sommes posés la question suivante : **suite aux difficultés induites par la réduction de l'arsenal thérapeutique, quelles ont été les stratégies développées par les médecins généralistes pour adapter leurs prescriptions dans le cadre des infections respiratoires non compliquées ?**

Pour répondre à cette question, nous avons mis en place une étude qualitative avec pour objectifs :

Objectif principal : explorer les stratégies de prescriptions des médecins généralistes face aux difficultés induites par la réduction de l'arsenal thérapeutique dans le cadre des infections respiratoires non compliquées.

Objectifs secondaires : explorer les freins et les facteurs favorisant une mise en conformité des pratiques.

2 MATÉRIELS ET MÉTHODES

Cette étude avait pour objectifs d'analyser le ressenti d'une population de médecins généralistes face aux difficultés induites par la réduction de l'arsenal thérapeutique et de recueillir les stratégies d'adaptation qu'ils ont dû développer. Il s'agissait également d'identifier les freins et les facteurs favorisant une mise en conformité des pratiques.

2.1 Type d'étude

Il s'agissait d'une étude qualitative par entretien semi-dirigé.

2.2 Population étudiée

Il s'agissait de médecins généralistes libéraux exerçant depuis une durée minimale de dix ans.

Le recrutement des enquêtés a été réalisé en premier lieu dans notre entourage, puis par effet boule de neige, c'est-à-dire des médecins appartenant à l'entourage de médecins préalablement interrogés. Par la suite, en raison du recrutement insuffisant, les médecins ont été recherchés par proximité géographique. La demande de recrutement a été effectuée par conversation téléphonique.

2.3 Déclaration CNIL

L'étude a été déclarée sous le numéro 1703340. Le récépissé est disponible en [Annexe1](#) (page72).

L'interviewé était informé de l'objet de l'étude et de sa finalité, du caractère facultatif des réponses et des destinataires des données. Il était également informé du droit d'accès et de modification des données le concernant ainsi que d'un droit d'opposition.

2.4 Guide d'entretien

Un guide d'entretien, disponible en [Annexe 2](#) (page 73), a été préalablement établi afin de structurer l'entretien et d'essayer de générer un maximum d'hypothèses.

Ce guide était composé de deux questions ouvertes pour laisser l'interviewé aborder librement les thématiques qui lui semblaient importantes.

Puis des « questions de relance » étaient prévues pour essayer de balayer les thématiques qui n'auraient pas été évoquées spontanément.

2.5 Recueil des données

Le recueil des données s'est effectué à l'aide d'un dictaphone Olympus Note Corder DP-211. Le corpus des entretiens a été intégralement retranscrit sur support informatique OpenOffice Writer 4.0.1 en conservant intégralement la parole des différents médecins interviewés. Les éléments non verbaux ont été notés en italique. Les verbatims sont disponibles dans le Tome 2.

2.6 Stratégie d'analyse

L'analyse s'est faite selon la technique de la théorie ancrée ou Grounded Theory, dont le propos est de construire la théorie à partir des données recueillies.

Le codage des Verbatims a été réalisé grâce au logiciel N'Vivo 10 de la société QSR International qui nous a gracieusement été prêté par le Collège des Généralistes Enseignants d'Aquitaine (CGEA). Le codage a été réalisé de manière individuelle et indépendante par deux personnes : le Docteur Laurent Magot et moi-même. Les résultats de ces codages ont été ensuite mis en commun.

L'analyse des données s'est faite selon les démarches suivantes :

- Lire les textes.
- Identifier des phrases clés dans les textes.
- Repérer les idées émergentes.
- Identifier des thèmes dans les textes.
- Créer un système de codage.
- Appliquer les codes au texte.
- Relire les passages codés.
- Identifier des sous-thèmes.
- Chercher des relations entre les thèmes dans les textes.

3 RÉSULTATS

3.1 Description des participants

La période de recueil des entretiens s'est déroulée du 09/10/2013 au 04/12/2014. Quatorze entretiens ont été réalisés. Ils ont duré en moyenne 11 min 25 sec.

Le seuil de saturation a été atteint au bout du douzième entretien. Deux entretiens supplémentaires ont été réalisés mais ne nous ont pas apporté d'élément nouveau.

3.1.1 Recrutement

Huit enquêtés ont été recrutés parmi l'entourage proche. Cinq enquêtés ont été recrutés par la méthode boule de neige. Un a été recherché dans l'annuaire selon sa proximité géographique. Au total, sur quatorze demandes, tous ont accepté de réaliser l'entretien.

3.1.2 Profil des participants

Les différents participants avec leurs principales caractéristiques sont listés sur les lignes du tableau figurant dans la page suivante.

	Sexe	Tranche d'âge	Lieu d'exercice	Nombre d'actes par jour	Enseignant FMI	Autre activité	Groupe de pairs	FMC	Lecture de revues	Lecture de Prescrire	Reçoit des visiteurs médicaux	Nombre de visiteurs médicaux	Niveau de prescription RIAP
1	Femme	50 à 59 ans	Rural	20 à 29	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	1/semaine	3
2	Homme	50 à 59 ans	Semi-rural	30 à 39	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	3/semaine	3
3	Femme	< 40ans	Semi-rural	Non assignée	Non	Non	Non	Oui	Non	Non	Non	0	2
4	Homme	> 60 ans	Semi-rural	Non assignée	Non	Non	Non	Non	Oui	Oui	Non	0	2
5	Homme	40 à 49 ans	Semi-rural	Non assignée	Non	Non	Non	Oui	Oui	Non	Oui	3/semaine	4
6	Homme	40 à 49 ans	Semi-rural	Non assignée	Non	Non	Non	Oui	Oui	Non	Oui	2/semaine	4
7	Homme	> 60 ans	Urbain	30 à 39	Non	Oui	Non	Oui	Oui	Non	Oui	8/semaine	3
8	Femme	40 à 49 ans	Urbain	20 à 29	Non	Oui	Non	Non	Oui	Non	Oui	5/semaine	Non assignée
9	Homme	50 à 59 ans	Semi-rural	20 à 29	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Non	Non	0	1
10	Homme	50 à 59 ans	Urbain	> 40	Non	Non	Non	Non	Oui	Oui	Non	0	Non assignée
11	Femme	40 à 49 ans	Urbain	< 20	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	1/semaine	Non assignée
12	Femme	> 60 ans	Rural	20 à 29	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	0	Non assignée
13	Homme	50 à 59 ans	Urbain	30 à 39	Non	Non	Non	Oui	Non	Non	Oui	2/mois	3
14	Femme	50 à 59 ans	Urbain	30 à 39	Oui	Non	Non	Oui	Non	Non	Oui	1/mois	Non assignée

Caractéristiques des participants

Un portrait des médecins interrogés est disponible en [Annexe 3](#) (page 75).

3.2 Description des données recueillies lors des entretiens semi-dirigés

3.2.1 Changements

Tous les médecins affirmaient avoir changé leurs pratiques de prescription :

3.2.1.1 Allègement global de l'ordonnance

La plupart des médecins déclaraient avoir réussi à **alléger l'ensemble de leur ordonnance**.

E5 : « *De tout type ! Que ce soit antibiotique... alors euh... je mets pas en doute... Je parle pas des antipyrétiques parce que là, quand y'en a besoin, y'en a besoin ! Mais que ce soit tout ce qui est sirops, mucolytiques, euh... décongestionnants, vasoconstricteurs, tous ces trucs-là, on en prescrivait quand même relativement facilement à une certaine époque. Je dirais quasiment plus maintenant.* »

E1 déclarait être parvenue à ne **rien prescrire**.

E1 : « *T'as qu'à regarder les ordonnances, il y a 5 ans, ils repartaient avec Pivalone, un sirop de chais-pas-quoi. J'en ai pas donné, ça doit faire 8 jours que j'en ai pas donné ! À part du sérum phy, j'ai rien donné ! Je donne plus du tout quoi ! C'est quand même... Je trouve que c'est quand même euh... énorme comme euh... Et on s'aperçoit que ça marche aussi bien !* »

3.2.1.2 Variation selon les classes thérapeutiques

La majorité des médecins interrogés décrivait un allègement global de l'ordonnance, mais on constatait une importante variabilité de cet allègement selon les classes thérapeutiques et les médecins.

3.2.1.2.1 Baisse des antibiotiques en nombre, durée et réduction du spectre

Les médecins exprimaient une **diminution du nombre de prescriptions des antibiotiques** :

E11 : « *Je pense que mes pratiques par rapport à ces pathologies ont beaucoup évolué ne serait-ce que sur une dizaine d'années : moins d'antibios, [...]* »

Ils décrivaient aussi avoir **diminué leur spectre et leur durée** :

E3 : « *C'est-à-dire que l'on utilise moins d'antibiotiques à large spectre sûrement que ce qu'on faisait il y a dix ans.* »

E13 : « *Ah oui c'est vrai. Euh... Sûrement moins, oui. Probablement en quantité, en durée...* ».

Quelques médecins signalaient n'avoir jamais prescrit beaucoup d'antibiotiques et n'ont donc pas changé leurs habitudes.

E4 : « *Je prescrivais déjà pas beaucoup avant donc euh...* ».

Pour les AINS, les corticoïdes, les sirops et les vasoconstricteurs, cette baisse annoncée était plus contrastée.

3.2.1.2.2 AINS

Concernant les AINS, **les médecins déclarant en prescrire peu auparavant affirmaient ne pas avoir augmenté leur prescription.**

E1 : « *Je crois pas que j'ai beaucoup modifié. Je ne crois pas que j'en mettais tant que ça. Je crois pas que j'ai modifié mes prescriptions pour les anti-inflammatoires.* »

Parmi ceux qui déclaraient en prescrire d'avantage, certains affirmaient avoir considérablement **diminué**.

E4 : « *Alors AINS, j'en prescrivais au départ euh... plus que maintenant. Maintenant j'en prescris quasiment plus dans les infections ORL.* »

D'autres disaient avoir **maintenu** cette prescription, au moins dans certaines indications.

E2 : « *Oui je trouve que ça marche mieux, et je continue à les donner quand ils ont mal à l'oreille, je continue de donner un anti-inflammatoire !* »

3.2.1.2.3 Corticoïdes

Les corticoïdes étaient fréquemment cités comme l'objet du report de prescription pour palier la diminution d'utilisation des antibiotiques. Leur prescription a, par conséquent,

souvent été décrite comme **augmentée**.

E6 : *« Je pense qu'elle a augmenté, exactement, pour palier à l'absence de prescription d'antibiotiques, à la disparition ou au déremboursement de spécialités qu'on utilisait dans le temps qui n'existent plus ou ne sont pas remboursables. Voilà ! »*

Certains déclaraient qu'ils en **prescrivaient déjà beaucoup auparavant**.

E10 : *« Et je suis assez corticothérapie très brève sur deux, trois jours. [...] Oui ! Non non ! J'ai pas changé ! »*

Pour d'autres, la prescription des corticoïdes avait fortement **diminué** et restait désormais très ponctuelle.

E1 : *« Alors ça je crois que j'en prescrivais beaucoup et que j'ai beaucoup diminué et peut-être parce que justement, vous, les jeunes, vous m'avez fait un peu peur (sourire), là, dans les groupes de pairs... »*

Pour quelques médecins interrogés, la prescription de corticoïdes était **restée basse**.

E3 : *« - Et concernant les corticoïdes ?*

- Les corticoïdes, je pense que c'est pareil. Je ne crois pas qu'il y ait beaucoup d'évolution.*
- Donc vous n'avez ni diminué, ni... (coupé)*
- Non, c'est pareil. C'est stable.*
- Vous en prescriviez beaucoup ?*
- (Inspiration) Non, euh... (silence) »*

3.2.1.2.4 Traitements symptomatiques (sprays nasaux, buccaux et vasoconstricteurs)

L'utilisation des sprays nasaux et buccaux divisait les médecins interrogés. Certains disaient **maintenir** leur prescription.

E12 : *« et après j'emploie beaucoup, et c'est pas dans l'AMM, tout ce qui est Nasonex et Avamys, parce qu'on a envie de mettre un corticoïde local pour soulager les gens. »*

D'autres déclaraient avoir **diminué**.

E14 : « *Ça j'en mets pas ! En fait, j'en mets plus, ceux-là, depuis qu'ils sont plus... Tu parles de quoi ? Locabiotal, tout ça, qui existaient avant ?* »

Les vasoconstricteurs étaient souvent considérés à part. Certains médecins affirmaient ne pas en prescrire.

E2 : « *Alors les vasoconstricteurs j'en utilisais pour ainsi dire euh... pour ainsi dire pas !* »

Lorsqu'elle était présente, leur prescription était systématiquement décrite comme **diminuée** par les médecins.

E10 : « *Les vasoconstricteurs, j'essaye d'en mettre le moins possible, ça dépend des types de pathologies mais les gens, si on leur explique, je veux dire voilà.* »

3.2.1.2.5 Baisse globale de la prescription de sirops

La prescription des sirops aurait été **diminuée** par leur contre-indication et déremboursement.

E5 : « *Bon y'a eu le déremboursement des mucolytiques, y'a eu l'interdiction de prescription avant deux ans qui ont changé beaucoup, mais je crois qu'on avait déjà commencé beaucoup à réduire ce genre de prescription avant.* »

Globalement, selon les médecins interrogés, cette baisse touchait d'avantage les **mucolytiques**.

E7 : « *Ah non ! Je prescris pas de la même manière, je prescris plus de fluidifiants !* »

Selon les médecins interrogés les **antitussifs** étaient encore parfois utilisés.

E11 : « *Alors, les antitussifs, je les garderais peut-être d'avantage chez les adultes, euh, dans les cas de toux rebelles euh, quinteuses, virales, débutantes* »

Toutefois, certains médecins déclaraient **ne plus prescrire de sirop** du tout.

E1 : « *Alors là ça a été complètement modifié puisque je ne mets plus de sirops* »

3.2.1.2.6 Homéopathie

L'homéopathie était globalement **peu utilisée** selon les médecins interrogés.

E1 : « *Bon alors là, ça n'a pas été modifié, j'en ai jamais mis ! Je n'y connais rien et je... Quelquefois j'en mets comme ça au hasard... Euh... Voilà... Je sais pas ! Je suis incompétente !* »

Les prescripteurs l'évoquaient clairement comme une **alternative thérapeutique**.

E11 : « *Euh... moi j'avoue que le côté homéopathie aussi, ça me permet d'avoir d'autres alternatives pour les cas d'otites simples...* »

3.2.1.2.7 Kinésithérapie

La kinésithérapie aurait parfois été prescrite en lieu et place d'un antibiotique.

E11 : « *C'est vrai qu'au niveau antibio, je pense qu'on a peut-être mis en place plus de kiné.* »

3.2.2 Les difficultés

La plupart des médecins interrogés évoquaient spontanément des difficultés à changer ces prescriptions. Parmi eux, plus de la moitié exprimait une difficulté en lien avec la non-prescription d'antibiotiques. Au final, au cours de l'entretien, tous les médecins sans exception reconnaissaient des difficultés, en particulier quand on abordait les familles thérapeutiques une par une.

Ces difficultés pouvaient être intrinsèques au médecin lui-même, liées au patient, au médicament, à l'organisation ou à l'environnement du médecin (médical, recommandations, médiatique ou économique).

3.2.2.1 Difficultés liées au médecin

- **HABITUDES DE PRESCRIPTION :**

La moitié des médecins interrogés évoquait le bouleversement de **leurs propres habitudes**.

E2 : « *Ben c'était de se dire que euh... Là je prescris pas d'antibiotique ! Parce qu'on était tellement habitués... Voilà ! Donc je dis NON ! De se faire VIOLENCE ! (rire)*

De pas prescrire d'antibiotiques ! On était tellement habitués, nous, à le faire... Ouais. »

Il pouvait aussi s'agir des **habitudes de leurs patients**.

E11 : *« Y'a des patients qui arrivaient, petit mal de gorge, donnez-moi des antibiotiques tout de suite parce que d'habitude c'est comme ça que je fais et ça passera pas autrement. »*

- IMAGE QUE LE MÉDECIN A DE LUI-MÊME :

L'image du médecin revenait fréquemment au travers de la **crédibilité** :

E1 : *« Là c'est le rapport aux gens puisque pendant des années, on leur en a donné et d'un coup, on leur dit « ça sert à rien ». Euh. C'est vrai qu'il y a des fois, on n'est pas très crédibles quand même... ».*

Cette image évoluait en fonction de l'**âge** et de l'**installation** :

E6 : *« Alors c'est sûr que, au début d'une installation, on est beaucoup moins crédibles qu'à quinze ans d'installation ».*

L'**incertitude** et l'**inexpérience des débuts** auraient alors été compensées par la prescription médicamenteuse.

E5 : *« C'est vrai qu'au début on a tendance à... Quand on... Quand on se cherche (rire), on a tendance à utiliser pas mal de choses ! »*

- REPRÉSENTATIONS DU MÉDECIN :

Les **représentations du médecin** étaient également très présentes.

E12 : *« et après j'emploie beaucoup, et c'est pas dans l'AMM, tout ce qui est Nasonex et Avamys, parce qu'on a envie de mettre un corticoïde local pour soulager les gens. »*

E14 : *« Ben pourquoi je prescris plus ça ? Parce que du coup, pourquoi est-ce que l'on tousse ? Si on répond à pourquoi est-ce que l'on tousse, c'est parce qu'il y a une inflammation, et du coup en action locale, anti-inflammatoires, corticoïdes inhalés.*

Ça, ça m'arrive plus souvent. »

Certains médicaments (corticoïdes, AINS) bénéficiaient d'une **image presque « magique »**.

E10 : *« Parce que je trouve que c'est un produit super ! (rires) »*

La **Crainte des complications** semblait pousser les médecins à prescrire d'avantage d'antibiotiques.

E11 : *« Après y'a la connaissance du patient, où chez certains malgré tout, on va donner des antibios en particulier assez vite, parce que à chaque fois ils ont des évolutions assez rapides, voilà, on connaît la personne, le terrain [...] »*

- NÉCESSITÉ D'ARGUMENTATION VÉCUE COMME PÉNIBLE :

Les médecins évoquaient la **nécessité d'argumenter** comme une difficulté.

E6 : *« La difficulté c'est d'être persuasif, hein, et de faire comprendre aux gens que les infections que l'on traite sont des infections euh virales, et non bactériennes, et euh... voilà ! »*

Elle était jugée plus difficile par son **besoin d'être répétée** fréquemment, surtout si la **communication était difficile**.

E10 : *« Mais il fallait rabâcher. »*

E11 : *« par contre entre ce qu'on dit et ce qu'il en reste, une fois arrivé à la maison, des fois y'a de la marge. »*

- ÉTAT D'ESPRIT DU MÉDECIN LORS DE LA CONSULTATION :

Le médecin semblait être plus ou moins apte à se justifier selon son **état d'esprit et de fatigue** lors de la consultation.

E12 : *« D'abord, les gens ils arrivent avec leur diagnostic, ils arrivent avec internet, ils ont tout vu, tout lu ! Alors on a deux attitudes selon notre fatigue : soit on le prend bien si on est reposés, et on leur dit vous allez m'en tirer deux exemplaires et on va*

lire parce qu'on peut pas tout savoir et que les forums des patients apportent beaucoup, soit c'est n'importe quoi ces doctissimo et on est en colère parce que les patients prennent un peu le pouvoir sur nous et qu'on n'a pas l'habitude ! »

- DIFFICULTÉ DE NE RIEN PRESCRIRE :

Il semblait très difficile voire parfois impensable pour beaucoup des médecins interrogés de **ne rien prescrire**.

E1 : *« C'est nous qui en donnions parce que ça nous arrangeait bien de donner quelque chose ! »*

E3 : *« Le patient ne peut pas ressortir sans ordonnance, il faut qu'il ait au moins une boîte de Doliprane sur son ordonnance pour qu'il ait l'impression d'en avoir eu pour son argent ! »*

E4 : *« Parce qu'avant, si vous voulez, je donnais des sirops quand je ne savais pas quoi donner, qu'il fallait donner quelque chose, donc je donnais un sirop ».*

E6 : *« En d'autres termes, il est plus facile de prescrire des antibiotiques, hein, que de finalement ne pas en prescrire ! » ;)*

E9 : *« Alors oui ! Euh... oui parce qu'à la deuxième ou troisième consultation, effectivement, ça m'arrive de prescrire un antibiotique même si j'ai le sentiment qu'il ne le faut pas quoi ! »*

E11, au sujet de l'homéopathie : *« Du moins, euh... d'avoir une solution thérapeutique à apporter aux familles ou aux patients ».*

E12 : *« Alors moi je dirais que par exemple sur des aphonies, ou des choses comme ça, chez les gens qui travaillent, je les emploie toujours. Parce que j'ai pas d'autres solutions. »*

E14, au sujet des sprays nasaux : *« Peut-être plus parce que... Pour éviter d'aller jusqu'au... En première intention, peut-être plus ! Seul oui. »*

3.2.2.2 Difficultés liées au patient

- INFLUENCE DU PATIENT :

Lorsqu'on demandait aux médecins de l'étude quelles avaient été leurs difficultés, la moitié parlait des **représentations du patient telles qu'ils les percevaient**.

E3 : « *Le patient ne peut pas ressortir sans ordonnance, il faut qu'il ait au moins une boîte de Doliprane sur son ordonnance pour qu'il ait l'impression d'en avoir eu pour son argent !* »

E5 : « *C'était soit y a un antibiotique, et là, la prescription elle valait le coup, soit y avait rien, y avait que des aides, enfin des... du petit matériel entre guillemets, et dans ce cas-là, on mettait rien. C'était interprété comme ça.* »

E9 : « *Comme on prescrit de moins en moins d'antibios, ils se disent c'est pas la peine d'aller payer 23 € chez le médecin alors qu'il va me donner du Doliprane !* »

E13 : « *Je crois qu'il y a quand même, dans la conviction des gens, il y a la conviction qu'effectivement, un rhume, une bronchite, ça va se traiter par des antibiotiques.* »

E14 : « *Parce que traiter une bronchite par exemple sans antibio, pour eux, c'est difficile. Hein ! Même si pour nous ça l'est moins, mais pour eux, oui !* »

Une grande partie des médecins interrogés déclarait subir une **pression du patient**.

E4 : « *C'est plus la pression du... c'est plus la pression, ben parce que, y'a des gens qui réclament !* »

E6 « *La difficulté à ne pas en prescrire, alors qu'on sait qu'il ne faut pas en prescrire, hein, sous la pression de certaines personnes, je dirais* »

Afin d'obtenir l'**adhésion du patient**, le médecin était amené à réaliser une prescription qu'il ne jugeait pas nécessaire.

E9 « *En me disant que... c'est pas très grave, que ce qui compte, c'est que ce coup-ci c'est raté, mais que la prochaine fois, je réussirai. Ça sert à rien de me les mettre à dos, parce qu'ils iront voir un autre médecin, qui lui leur prescrira.* »).

En cas de **désaccord avec sa pratique** et pour préserver cette adhésion, E11 déclarait changer son ordonnance.

E11 « *Alors, les antitussifs, je les garderais peut-être davantage [...] là où les patients n'adhèrent pas à l'homéopathie que je jonglerais davantage avec les antitussifs chez les adultes.* »

Le **mode de vie du patient** (activité professionnelle, impatience dans la guérison) était également ressenti comme une pression à la prescription.

E5 : « *Le besoin pour les gens de venir et d'avoir un résultat rapide dans un délai qu'il considère lui comme acceptable... c'est-à-dire c'est très subjectif (rire). Ou alors des gens qui sont des populations actives qui veulent pas prendre un arrêt de travail, qui veulent un résultat palpable rapidement ! Ça peut être un gros argument euh pour ne pas diminuer cette prescription.* »

Une **altération du sommeil** semblait être un facteur de prescription chez quelques médecins.

E10 : « *Les sirops, les antitussifs et autres, je leur laisse le soir. Pour qu'ils dorment à peu près tranquilles.* »

La prescription médicamenteuse semblait également influencée par **la perception par le médecin du terrain du patient**.

E10 « *Chez les sujets à risque, oui !* ».

Le **jeune âge du patient** était pour certains médecins un facteur de maintien ou d'augmentation de certaines prescriptions (notamment AINS, kinésithérapie ou homéopathie) :

E6 « *De toutes façons, les AINS dans les infections respiratoires hautes, euh, en ce qui me concerne, je ne les utilisais pour ainsi dire pas. Je les utilisais simplement dans les angines très algiques et puis dans les otites congestives notamment chez l'enfant, particulièrement inflammatoires et douloureuses.* »

E10 « *Des toux très grasses chez des tout-petits, c'est pas forcé qu'il y ait une bronchiolite derrière, mais comme ils sauront pas cracher, avec deux trois séances, ça*

va le rafraîchir. »

- RETOUR DU PATIENT :

Le **retour du patient** était souvent vécu comme un échec menant à une escalade thérapeutique.

E9 : *« Non, il y a dix ans, j'essayais de tout régler en une consultation et... je leur disais pas éventuellement de revenir. Au contraire, je me sentais vexé si je... s'ils avaient besoin de revenir, ou si le discours était pas rentré. [...] Alors oui ! Euh... oui parce qu'à la deuxième ou troisième consultation, effectivement, ça m'arrive de prescrire un antibiotique même si j'ai le sentiment qu'il ne le faut pas quoi ! »*

3.2.2.3 Difficultés liées au médicament

- INACCESSIBILITÉ DES ANCIENS TRAITEMENTS :

Les anciens traitements étaient devenus inaccessibles en raison de leur **déremboursement, de leur contre-indication** ou de **l'arrêt de leur commercialisation** :

E6 : *« Et même si c'est un médicament qui peut être indiqué et intéressant, eh ben euh... les gens qui n'ont pas les moyens, eh ben ils le prendront pas, hein, si on le met sur l'ordonnance, et donc il faut trouver une alternative ! »*

E11 : *« Je pensais surtout fluidifiants, qu'on utilisait beaucoup voilà chez l'enfant et les petits, avec les restrictions de prescription, ben on s'est quand même retrouvés démunis, à part le Doliprane, pas beaucoup de prescriptions »*

E7 : *« Et qu'il y a certains antibiotiques qui ont fait l'objet d'une disparition. Euh, pour inefficacité, [...] et d'autres pour intolérance (silence) ou retrait ».*

- PEUR DES RÉSISTANCES AUX ANTIBIOTIQUES :

Certains médecins exprimaient leur prudence concernant la prescription antibiotique.

E7 *« Euh c'est-à-dire beh que on est obligés de faire attention, d'avoir les antécédents de traitement antérieur pour pas toujours donner le même, et quand on a eu des souches résistantes, au pneumocoque, et autre. »*

3.2.2.4 Difficultés liées à l'organisation

- MANQUE DE TEMPS :

Le **manque de temps** était également une difficulté fréquemment citée par les médecins interrogés.

E7 : « *Euh... peut-être euh... non. Non, non ! Peut-être moins qu'il y a 20 ans parce que j'ai plus de monde, donc j'ai moins de temps à consacrer.* »

Les médecins déclaraient avoir peu de temps pour se former, pour réaliser le TDR, pour éduquer leurs patients ou pour justifier une non-prescription médicamenteuse.

E12 : « *Il faut plus de temps pour expliquer aux parents. Parce que c'est souvent à ce niveau-là, et il faut plus de temps pour résister à l'antibiothérapie.* »

E12 : « *Prescrire m'a fait énormément progresser, vous ! Mais j'ai encore pas le temps ! J'ai encore pas le temps...* »

E13 : « *Bon après euh... euh... le gros écueil, c'est d'avoir le temps de le faire euh... d'avoir le... le... le... le discours pour expliquer aux gens ce que c'est, comment ça marche, que ça sert à rien de prendre des antibiotiques dans une angine virale, voilà ! Puis d'essayer d'avoir suffisamment de disponibilité pour leur expliquer ça. Donc c'est ça la plus grosse difficulté hein !* »

E13 : « *Faut avoir le temps de le faire ! Faut avoir le temps de le faire et faut avoir envie de le faire ! Faut avoir les kits à disposition, prêts, non périmés... Donc ça demande aussi une certaine... discipline quoi ! C'est-à-dire quelqu'un qui vient pour un mal de gorge en période hivernale, la première chose qu'il faut faire, c'est ça, comme ça on perd pas de temps.* »

E14 : « *La part éducative, bah oui ! Ça prend plus de temps que de sortir une ordonnance, c'est clair ! Médicamenteuse. La part d'explications, oui, ça prend plus de temps !* »

3.2.2.5 Difficultés liées à l'environnement

3.2.2.5.1 L'environnement médical

- INFLUENCE DES CONFRÈRES LIBÉRAUX OU HOSPITALIERS :

D'autres facteurs poussaient les médecins à prescrire comme l'**influence de confrères plus prescripteurs en milieu libéral**.

E4 : « *Je ne suis pas influencé par la prescription de mes confrères, mais euh... Je prescris comme eux quand ce sont leurs patients.* »

L'**influence de l'hôpital** avait été un facteur influençant la prescription pour un médecin de l'étude.

E5 : « *Moi quand je suis sorti, je ne connaissais que les prescriptions de l'hôpital, l'Augmentin* »

- CONCURRENCE ENTRE MÉDECINS :

Quelques médecins de l'étude évoquaient la **crainte de perdre un patient au profit d'un médecin plus prescripteur**. Cela avait été un élément favorisant la prescription médicamenteuse.

E5 : « *Après il faut voir comment je suis arrivé ! Je suis arrivé, j'étais associé avec un médecin euh... qui me... qui me... qui me faisait des sales coups hein... faut bien le reconnaître ! [...] Enfin bref... Donc il fallait à un moment donné que je colle un peu à son modèle de prescriptions pour pas être complètement euh... Je me retrouvais parfois dans des journées où je voyais quasiment personne hein ! Il me faisait vraiment les pires crasses. Donc euh... Du coup j'ai été très très influencé par euh... par ce que lui pouvait faire et par sa femme – parce que j'ai pris la suite de sa femme – par ce que sa femme pouvait faire.* »

E9 : « *Ça sert à rien de me les mettre à dos, parce qu'ils iront voir un autre médecin, qui lui leur prescrira.* »

3.2.2.5.2 Les recommandations

Les recommandations étaient parfois jugées **difficiles d'atteinte**.

E3 : *« Peut-être défaut de mise à jour... [...] C'est-à-dire que l'actualisation des connaissances n'a peut-être pas suivi l'évolution des... des données quoi ! L'actualisation de mes connaissances à moi ! »*

Certains médecins étaient en **désaccord avec les recommandations**.

E2 : *« Mais autrement euh... dans les autres je n'en prescris pas sauf peut-être dans les laryngites, même si on nous dit que ça fait pas grand-chose mais ça nous aide bien quand même ! »*

3.2.2.5.3 L'environnement médiatique

Quelques médecins étaient parfois agacés par **les médias et leur influence sur le patient**.

E12 : *« soit c'est n'importe quoi ces doctissimo et on est en colère parce que les patients prennent un peu le pouvoir sur nous et qu'on n'a pas l'habitude ! »*

L'un des médecins se disait même **réticent à la connaissance du patient**.

E7 : *« Pas favorable, c'est-à-dire que l'ouverture au grand public des termes... de termes médicaux et de la pathologie médicale, c'est pas toujours... ça va pas toujours dans le bon sens. »)*

Le patient était jugé incapable de trier l'information.

E7 : *« C'est-à-dire que quand les gens sont... on leur trouve une pathologie, on leur dit ce qu'on pense de la pathologie, ils vont sur internet, et ils arrivent pas à faire le discernement dans la gravité ou ils retiennent les mots chocs et quelquefois c'est pas ça qu'il faut retenir. »*

3.2.2.5.4 L'environnement économique

Si parfois c'était la pression du patient qui était mise en avant pour cette dernière, on retrouvait souvent une gêne dans leur **rapport à l'argent**, que ce soit le leur ou celui du patient.

E3 : *« Le patient ne peut pas ressortir sans ordonnance, il faut qu'il ait au moins une boîte de Doliprane sur son ordonnance pour qu'il ait l'impression d'en avoir eu pour*

son argent ! »

E9 : « *Oh béh... Ça m'embête un peu parce qu'il faut leur compter une consultation de plus. » ; « Comme on prescrit de moins en moins d'antibios, ils se disent c'est pas la peine d'aller payer 23 € chez le médecin alors qu'il va me donner du Doliprane ! »*

3.2.3 Éléments favorisant une mise en conformité des pratiques

En parallèle à ces difficultés, les médecins ont décrit des éléments qui ont favorisé les changements dans la prise en charge des infections respiratoires bénignes.

3.2.3.1 Image positive du médecin

L'**âge du médecin**, souvent lié à son **charisme**, était un facteur permettant de limiter la prescription médicamenteuse.

E4 : « *Mais ça c'est le privilège de l'âge. On peut se permettre de dire des choses, plus, quand même ! »*

Le médecin avait parfois conscience de son **influence sur le patient** de part la **relation de confiance médecin-malade** si elle était développée.

E9 : « *Je crois beaucoup que les gens sont influencés par notre comportement à nous et c'est mon comportement à moi qui a changé, donc je pense que je suis assez rassurant pour les patients et que ils me font confiance »*

3.2.3.2 Absence de concurrence

L'**absence de concurrence** permettait au médecin de résister à la pression prescriptrice du patient.

E12 : « *Moi j'ai une clientèle qui me connaît, donc ou ils acceptent, ou ils s'en vont. Et actuellement, ils n'ont pas beaucoup d'endroits où aller ! »*

3.2.3.3 Patients limitateurs

Il semblait exister des patients aidants qui freinaient la croissance de l'ordonnance. Cela était favorisé par leur éducation par le biais des médias et des campagnes des caisses de santé.

E2 : « *Peut-être que les médias, les pubs qui ont été faites à la télé nous ont quand*

même euh aidés et puis je pense que la nouvelle génération euh... L'antibiotique est plus... est moins bien vu que dans les plus vieilles, quoi ! »

3.2.3.4 Jeune âge du patient

Pour certains médecins, prescrire à un enfant était un facteur de limitation de l'ordonnance. Ainsi, la prescription de sirops était décrite comme abandonnée alors qu'elle était parfois maintenue chez l'adulte.

E11 « Je pensais surtout fluidifiants, qu'on utilisait beaucoup voilà chez l'enfant et les petits, avec les restrictions de prescription, ben on s'est quand même retrouvé démunis, à part le Doliprane, pas beaucoup de prescriptions. [...] Alors, les antitussifs, je les garderais peut-être d'avantage chez les adultes, euh, dans les cas de toux rebelles euh, quinteuses, virales, débutantes [...] »

3.2.3.5 Le pharmacien

Le **pharmacien** était également cité comme intervenant.

E5 : « Pour les antitussifs avant deux ans, c'est vrai que là il a fallu expliquer quand même aux parents ! Mais ça c'était vite fait, puis ça a été relayé par les pharmaciens donc euh... Après, ça s'est vite euh... Y'a eu quelques mois un peu euh... bizarroïdes au niveau des explications. Pareil, les gens ouvraient les yeux en grand en leur disant « pas de sirop ». Et en fait euh... Bon très vite... après un passage à la pharmacie, c'était réglé. »

Son rôle était parfois plus mitigé aux yeux des médecins. Beaucoup lui reprochaient un **conflit d'intérêts**.

E3 : « Euh leur rôle a beaucoup augmenté je pense (rires). Je trouve. (rires) Les ordonnances des pharmaciens sont très longues maintenant (rires). »

E5 : « Du coup, le conseil du pharmacien se solde souvent par la vente d'un produit. Donc je pense qu'on ne donne pas le même conseil ! Je pense qu'on ne fait pas le même travail ! Là-dessus. Alors ça leur ferait peut-être pas plaisir d'entendre ça mais euh je pense que... Je me vois mal euh assister à un conseil par un pharmacien « ben euh, faites-lui euh du sérum phy et puis donnez-lui ça » ! Il va souvent lui vendre une bouteille, un truc à huit euros ou neuf à côté ! Qui a un intérêt ou pas ! »

3.2.3.6 Banalisation des pathologies

Si la crainte d'une complication semblait être un facteur de prescription, à l'inverse, la **banalisation** de ces pathologies bénignes était associée à une diminution de la prescription.

E4 : « *Je pense que pour une infection ORL banale, y'a pas besoin de médicament. »*

3.2.3.7 TDR

Le TDR était perçu par les médecins comme une aide dans le cadre de leur argumentation.

E6 : « *Je pense que y'a quelque chose qui nous a pas mal aidés, c'est l'apparition du StreptaTest. [...] quand le test est positif, on montre au patient qu'on utilise les antibiotiques à bon escient, et quand le test est négatif, c'est un argument supplémentaire pour dire au patient « eh ben non, y'aura pas d'antibiotique ! ». Donc parfois on le fait, alors que le tableau présenté dépasse le cadre de ce qui pourrait être une angine, mais simplement pour avoir un argument supplémentaire pour dire au patient « eh ben non, pas d'antibiotique !). »*

3.2.3.8 Estimation défavorable de la balance bénéfice/risque des médicaments

Les potentiels **effets indésirables** et l'**inefficacité de ces traitements** contribuaient à ne pas prescrire.

E9 : « *Et beh heu... par la prise de conscience que tous les médicaments peuvent avoir des effets indésirables, et surtout primum non nocere quoi hein ? C'est vraiment heu... Je pense que ça devient euh... pour moi c'est devenu essentiel ! »*

E12 : « *Alors au niveau ORL, euh... Moi je dirais qu'on s'est débarrassés, si je... de beaucoup beaucoup beaucoup de médicaments inutiles. Que sur les infections euh... alors si je veux pas faire d'histoires euh... du Moyen Âge mais euh... On faisait encore des gammaglobulines dans les fesses des enfants quand ils avaient des otites quand je me suis installée et c'était validé. »*

3.2.3.9 Connaissance de l'écologie bactérienne

La conscience des **résistances des bactéries aux antibiotiques** entraînait une baisse de prescription des antibiotiques.

E13 : « *c'est expliquer aux gens que la sensibilité des microbes diminue du fait qu'on prescrit moins d'antibiotiques, que le pneumocoque commence à... pour la première fois on commence à avoir des pneumocoques qui redeviennent un peu euh... le taux de pneumocoques résistants commence à baisser.* »

3.2.3.10 Influence des jeunes médecins

La **présence de jeunes médecins** et le contact avec les étudiants dans le cadre de la **maîtrise de stage**, impliquaient pour quelques médecins d'être **cohérents** avec leurs pratiques.

E1 : « *Alors ça je crois que j'en prescrivais beaucoup et que j'ai beaucoup diminué et peut-être parce que justement, vous, les jeunes, vous m'avez fait un peu peur (sourire)* »

E9 : « *Souvent les internes sont plus au fait des recommandations récentes, et puis ça nous force à faire un effort intellectuel pour pas dire de conneries ! Pour être cohérents quand même !* »

E12 : « *Moi je trouve beaucoup plus facile, et puis à votre contact, vous les internes, parce que c'est les internes au départ qui m'ont poussée à faire ça, euh, d'avoir toutes ces recommandations, toutes ces références...* »

3.2.4 Les stratégies d'adaptation

Pour parvenir à adapter leurs prescriptions, la plupart des médecins ont déclaré avoir mis en place des stratégies d'adaptation.

3.2.4.1 Information du patient

La grande majorité déclarait réaliser régulièrement de l'**information au patient**.

E5 : « *Je pense que... en permanence, c'est en augmentation ? C'est-à-dire que, on a beaucoup expliqué ça chez les enfants, maintenant, euh, j'ai l'impression qu'on passe beaucoup plus de temps à expliquer ça aux adultes !* »

Cela passait par la **répétition de l'information**.

E9 : « *Non, c'est par... par les consultations répétées que le message rentre tranquillement. »*

Parmi les 14 médecins interrogés, un seul avouait avoir **diminué**.

E7 : « *Euh... peut-être euh... non. Non, non ! Peut-être moins qu'il y a 20 ans parce que j'ai plus de monde, donc j'ai moins de temps à consacrer. »*

3.2.4.2 Aménagement du temps de consultation

Pour la moitié des praticiens interrogés, cette augmentation de la part d'information thérapeutique avait souvent nécessité un **aménagement du temps de consultation** :

E12 : « *Ils veulent être sûrs que t'as pris en charge leur enfant et si tu leur accordes le temps, l'explication, et le fait que t'es prêt à les revoir dans les 24-48 heures s'ils ont un souci, que tu les abandonnes pas, que tu seras disponible pour les revoir éventuellement en payant, ou gratuitement, parce que c'est pas ça tellement qui les arrête, eux, ils veulent que leur enfant soit bien soigné. »*

E12 : « *Mais aussi un changement de cabinet puisque je suis allé chez P (ancien collègue dans son précédent cabinet) avec des consultations que sur rendez-vous, un abandon de mon travail de pompier, une secrétaire... voilà... avec du temps ! »*

Parfois les nouvelles règles de prise en charge nécessitaient une adaptation du déroulement de la consultation :

E13 : « *Faut avoir le temps de le faire et faut avoir envie de le faire ! Faut avoir les kits à disposition, prêts, non périmés... Donc ça demande aussi une certaine... discipline quoi ! C'est-à-dire quelqu'un qui vient pour un mal de gorge en période hivernale, la première chose qu'il faut faire, c'est ça, comme ça on perd pas de temps. »*

3.2.4.3 Report de prescription

La difficulté de ne rien prescrire se traduisait par un **report de prescription** vers d'autres traitements non recommandés tels que les **corticoïdes** essentiellement.

E6 : « *Et l'alternative qui peut exister, je prêche peut être pour ma paroisse, mais je pense que le déremboursement de beaucoup de ces médicaments fait que du coup, on a peut-être débordé un peu sur les corticoïdes ! Sur les corticostéroïdes. »*

Cependant, l'**homéopathie** pouvait également être l'objet du report.

E11 : « *Du moins, euh... d'avoir une solution thérapeutique à apporter aux familles ou aux patients, pour se donner le temps de l'évolution, puis de se rendre compte effectivement à terme, que les antibiotiques n'étaient pas nécessaires [...] Donc c'est vrai que ça, moi, ça m'a beaucoup aidé, je prescris beaucoup moins d'antibiotiques qu'avant et beaucoup moins d'anti-inflammatoires. »*

La **kinésithérapie respiratoire** a également été décrite comme alternative thérapeutique.

E10 : « *Parfois de la kiné respi, c'est tout. [...] Parce qu'avant, je prescrivais je pense comme beaucoup de monde des mucolytiques et je me suis aperçu que ça ne servait à rien, et que je préfère le faire de manière mécanique ! »*

3.2.4.4 Prescription à titre placebo

Une **prescription à type placebo** a souvent été décrite dans les anciennes pratiques.

E1 : « *C'est nous qui en donnions parce que ça nous arrangeait bien de donner quelque chose ! »*

Elle restait pourtant sous-entendue dans les pratiques actuelles.

E9 : « *Alors oui ! Euh... oui parce qu'à la deuxième ou troisième consultation, effectivement, ça m'arrive de prescrire un antibiotique même si j'ai le sentiment qu'il ne le faut pas quoi ! »*

3.2.4.5 Se donner du temps

Certains médecins cherchaient à **se donner du temps**.

E2 : « *Quand on leur a appris que quand ils avaient vraiment de la température, on leur donnait du doli... paracétamol. Qu'ils essaient un petit peu avant de nous appeler, d'en donner un petit peu et puis si au bout de 48 h des fois c'est pas bon,*

qu'ils viennent nous voir. »

Afin de faire patienter le patient, le médecin pouvait avoir recours à l'utilisation du paracétamol, mesures d'hygiène.

E9 : « *Donc si je peux faire lavage de nez – Doliprane, ça reste lavage de nez – Doliprane ! »* »)

Une prescription placebo pouvait aussi permettre de temporiser.

E11 : « *Du moins, euh... d'avoir une solution thérapeutique à apporter aux familles ou aux patients, pour se donner le temps de l'évolution »*

3.2.4.6 Augmentation de la vigilance du médecin

Certains médecins déclaraient être devenus davantage **vigilants**.

E7 : « *Euh c'est-à-dire beh que on est obligés de faire attention, d'avoir les antécédents de traitement antérieur pour pas toujours donner le même. »* »)

Pourtant, l'**innocuité des nouvelles ordonnances** n'était citée qu'une seule fois.

E9 : « *L'éducation du patient, le fait que j'avais... j'ai eu une clientèle de euh... comme je fais de l'homéopathie, j'étais déjà entraîné à un discours où j'allais un peu banaliser les pathologies, rassurer les gens, et prescrire un traitement symptomatique avec peu de risques d'effets secondaires. »*

3.2.4.7 Renforcement de l'examen clinique

L'examen clinique était décrit comme renforcé.

E11 : « *Au niveau otite, je pense qu'on est aussi plus discriminatif sur ce qui est otite dentaire ou potentiellement virale, là aussi c'est pas parce que le tympan est rouge qu'on va sauter sur les antibiotiques. »*

3.2.4.8 Porte ouverte

Une **deuxième consultation** était proposée au patient afin de le rassurer si celui-ci en ressentait le besoin.

E9 : « *et surtout je leur dis de revenir, de rappeler, je leur ferme pas du tout la porte* »

3.2.4.9 Prescription anticipée

Lorsque le retour du patient n'était pas souhaité, une **prescription anticipée** était laissée au patient.

E13 : « *Alors je sais que certains... moi je fais aussi de temps en temps, tu laisses une deuxième ordonnance, « bon, si ça va pas mieux, prenez l'antibiotique » mais bon en général en 48 h l'ordonnance elle est prise quoi !* »

3.2.4.10 Mise à jour des connaissances

Les **formations** ont souvent été nécessaires pour s'adapter. Les prescripteurs d'homéopathie avaient ainsi dû se former à leur prescription par l'intermédiaire de DU.

E12 : « *Moi j'ai été euh... en gros major de ma promo au CEDH dans les années 90* »

Les **recommandations** de bonnes pratiques étaient fréquemment citées.

E9 : « *Alors il a fallu que je m'adapte aux nouvelles recommandations, et notamment la non-prescription d'antibiotiques, c'est ça essentiellement ouais.* »

La plupart suivaient les **FMC** ou des **cours organisés par des spécialistes**. D'autres se sont orientés vers des **revues médicales**, des **groupes de pairs** ou des **stages cliniques**.

E1 : « *Alors j'ai fait des formations sur deux jours. Voilà. Les formations qui sont faites par les organismes... Je ne sais plus lesquels c'étaient... Après, en groupe de pairs... Euh... Prescrire... Euh... Voilà ! Après euh... les formations que j'ai pu faire.* »

E11 : « *Moi j'ai eu la chance de... d'aller faire un petit stage aux urgences aussi... Y'a quoi, 3 ans de ça. Donc ça m'a permis effectivement de réajuster les critères de gravité et les protocoles. Euh voilà.* »

E5 : « *Les cours donnés par des spécialistes, c'est souvent des soirées labos, hein ! J'y vais plus pour... (rire) vous éteignez ? (rire) J'y vais plus pour le repas que pour le conseil. Enfin après si ça peut être des... Si, en général, c'est quand même des spécialistes qu'on connaît donc euh... quelquefois ça peut arriver qu'en off, on*

discute de cas concrets et puis du coup euh... mais c'est pas euh... l'information donnée par les spécialistes, c'est pas une information indispensable à ma pratique quotidienne la plupart du temps »

Internet était couramment utilisé afin d'avoir accès à des informations médicales.

E6 : *« Les sites internet, euh, c'est le site de MSD, comment ça s'appelle, Univadis, hein, y'a euh... (soupir) En fait y'a différents sites parce qu'en général je vais sur google, je tape les mots clés et puis ensuite j'accède... j'accède au site de l'hôpital de Dijon, si c'est de la médecine infectieuse, enfin bon heu... Ça dépend du sujet en fait ! auquel je m'intéresse sur le moment. »*

E8 : *« J'ai euh... ben en fait on a accès à pas mal de choses comme ça. Y'a des articles qu'on arrive à trouver comme ça sans avoir un site particulier. »*

La **présence d'étudiants** en médecine était souvent considérée comme un moyen d'accéder à des informations médicales.

E14 : *« et puis la formation, les échanges avec les étudiants et puis les formations à la maison avec mes étudiants à moi ! Mes fils qui sont... hein, tu sais ! (ses enfants sont étudiants en médecine). Les anticoagulants, machins, trucs... »)*

L'**influence de l'industrie pharmaceutique** restait présente et était parfois perçue comme une méthode de formation.

E7 : *« Et ça, ça fait partie d'une certaine formation !!! Je ne suis pas contre les visiteurs médicaux ! Quelquefois, ça nous donne des infos sur des nouveaux produits, ça peut être une discussion. C'est pas toujours que du business. Et je pense qu'on est encore libres de notre prescription. »).*

Tous nient l'influence de celle-ci dans leurs prescriptions.

E6 : *« Mais sinon j'attends pas grand-chose de... de l'industrie pharmaceutique. Ça n'a pas d'incidence en fait sur... sur mes prescriptions. »*

3.2.5 L'automédication

Les médecins avaient un avis plutôt partagé sur l'apprentissage au patient à

l'automédication.

Une partie des médecins considérait que cela se rattachait à leur rôle d'**information thérapeutique**.

E4 : « *Ah ça n'a pas été modifié, non je pense pas. Je pense que ça fait partie de notre travail, d'éduquer justement les gens et de leur donner des bonnes conduites sur, justement, ces pathologies-là.* »

D'autres estimaient que cela n'était **pas de leur ressort**.

E3 : « *On n'intervient pas tellement là-dessus en fait... C'est... Quand ils arrivent là, c'est qu'ils se sont déjà automédiqués* ».

Dans l'ensemble, les médecins estimaient que le pharmacien était en première ligne dans l'automédication.

E8 : « *Je suis pas tellement pour l'automédication, mais je pense effectivement que le pharmacien, bon après, on peut espérer qu'ils soient responsables... je veux dire, c'est vrai que c'est effectivement plus leur travail que nous...* »

3.3 Rappel des résultats

La prise en charge des infections respiratoires non compliquées par les médecins généralistes a changé au cours des dernières années.

Ces changements résidaient dans une baisse globale des prescriptions touchant essentiellement les antibiotiques, les vasoconstricteurs et les mucolytiques. Pour les AINS, les corticoïdes, les antitussifs et les sprays nasaux et buccaux, cette baisse était plus contrastée selon les médecins interrogés.

Tous les médecins de l'étude exprimaient plus ou moins spontanément des difficultés face aux nombreux changements. Il existait également des facteurs favorisant une mise en conformité des pratiques. Ces freins et moteurs sont exprimés dans le schéma page suivante.

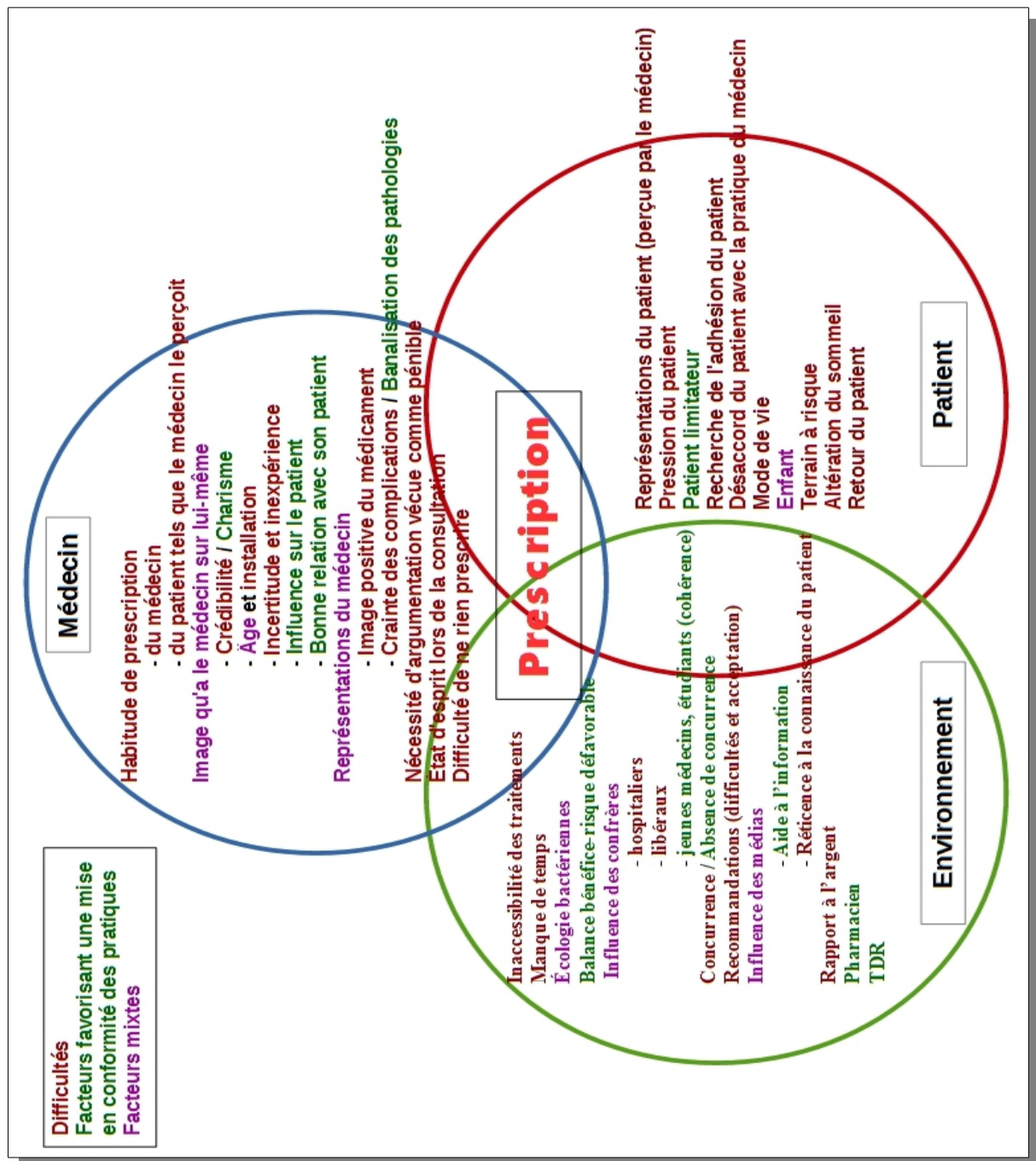


Schéma des freins et moteurs retrouvés dans l'étude

Pour parvenir à adapter leurs prescriptions, les médecins ont donc mis en place des stratégies qui sont résumées dans le tableau suivant :

Éducation thérapeutique	Information et éducation
	Répétition de l'information
Aménagement du temps de consultation	
Report de prescription	Vers les corticoïdes
	Vers l'homéopathie
	Vers la kinésithérapie
Prescription à type placebo	
Se donner du temps	Paracétamol
	Mesures d'hygiène
Augmentation de la vigilance du médecin	Augmentation de la vigilance
	Innocuité des nouvelles ordonnances
Renforcement de l'examen clinique	
Porte ouverte	
Prescription anticipée	
Augmentation de la formation médicale	FMC, DU
	Cours organisés par des spécialistes
	Recommandations
	Revue médicale
	Groupes de pairs
	Stages cliniques
	Internet
	Étudiants
	Visite de l'industrie pharmaceutique

4 DISCUSSION

4.1 Forces de l'étude

4.1.1 Choix d'une étude qualitative

Ce travail avait pour objectif de mettre en évidence les stratégies de prescription des médecins généralistes face aux difficultés engendrées par la réduction de l'arsenal thérapeutique dans le cadre des infections respiratoires non compliquées et de connaître les freins et les facteurs favorisant une mise en conformité des pratiques.

L'objectif n'était donc pas de quantifier avec des statistiques mais de connaître le panel de ressentis et de réponses des médecins interrogés. Seule une enquête qualitative permet de répondre à la question posée.

4.1.2 Choix de l'entretien individuel semi-dirigé

Contrairement au recueil des données par *focus group*, le choix de l'entretien individuel semi-dirigé permet de **recueillir des opinions personnelles sans influence du groupe**. Le fait d'avoir été amenée à travailler dans deux régions différentes a été un atout non négligeable pour **diversifier les points de vue**. L'entretien individuel est un **processus ajustable** qui permet d'ajouter des participants jusqu'à atteindre le seuil de saturation.

4.1.3 Validation interne

4.1.3.1 Variabilité des données

Dans une étude qualitative, l'échantillon n'a pas besoin d'être représentatif de la population cible mais il doit être diversifié.

Il y a deux contraintes :

- Contraster au maximum les individus et ainsi créer un groupe hétérogène,
- Obtenir des unités d'analyse suffisantes pour être regroupées.

Pour être caractéristique, il fallait recruter des médecins présentant :

- Une différence par le sexe (homme ou femme),
- Une différence par l'âge (quatre groupes devaient être représentés : les moins

de 40 ans, les 40-49 ans, les 50-59 ans et les plus de 60 ans),

- Une différence par la localisation de leur cabinet médical (en milieu rural, semi-rural et urbain)

- Une différence par l'intensité de leur activité (quatre groupes devaient être représentés : moins de 20 actes par jour, 20-29 actes par jour, 30-39 actes par jour et plus de 40 actes par jour),

- Une différence par la présence d'une autre activité que la Médecine Générale libérale,

- Une différence par l'implication dans la FMI (Maîtrise de Stage ou non),

- Une différence par la Formation Médicale Continue (groupe de pairs, lecture de revues (Prescrire, autres), inscription à une FMC),

- Une différence par leur lien avec l'industrie pharmaceutique (accueil des visiteurs pharmaceutiques et nombre de passages)

- Une différence par leur niveau de prescription (évalué à l'aide du RIAP)

Cette variabilité des personnes interrogées et des points de vue permet de faire ressortir les différents aspects du phénomène étudié.

4.1.3.2 Triangulation du codage

Afin d'assurer une validation interne, la triangulation des chercheurs impose que plusieurs chercheurs participent à la recherche et comparent ensuite leurs résultats, ceci dans le but de limiter les biais liés à l'analyse d'un chercheur unique.

Le codage a été réalisé de manière indépendante par deux médecins, le Docteur Laurent Magot et moi-même. Cela améliore la fiabilité de l'étude en réduisant la subjectivité. Lors de la mise en commun de nos codages, il n'y a pas eu de discordance.

4.1.4 Validation externe

La validation externe de cette étude s'appuie sur la diversité de l'échantillon de médecins interrogés et sur la saturation des données qui a été obtenue.

Les données mises en évidence dans ce travail se retrouvent dans d'autres travaux quantitatifs et qualitatifs que nous détaillerons dans l'interprétation des résultats.

4.2 Limitations et faiblesses

4.2.1 Type d'étude

Cette étude qualitative traite des représentations d'une population de médecins généralistes. Il s'agit d'un ressenti, d'une vision globale et mémorisée par les médecins interrogés de ce qui a été fait ou non fait. Ce n'est pas une analyse de pratique car elle ne s'appuie pas sur des faits avérés. Il nous a semblé qu'une étude qualitative était la meilleure méthode pour étudier les freins et les moteurs responsables de la mise en œuvre des stratégies de prescription.

4.2.2 Facteur d'exclusion

Concernant le recrutement des enquêtés, nous avons choisi de recruter les médecins généralistes exerçant depuis une durée minimale de dix ans, durée nécessaire pour avoir connu la période avant les bouleversements.

Il nous a semblé que les médecins généralistes plus jeunes, au vu de la formation actuelle, pourraient présenter moins de difficultés de prescription lors des infections respiratoires bénignes, puisqu'ils n'ont pas été obligés de faire évoluer leur pratique d'une situation de prescription abondante à une situation de faible prescription.

Ces jeunes prescripteurs peuvent cependant ressentir des difficultés à prescrire peu en raison de comportements induits et acquis par leur contact auprès de médecins plus âgés (Maîtres de stage, remplacements, etc.). Cette problématique nous a paru être de nature différente que celle soulevée par notre question de recherche, raison pour laquelle nous n'avons pas inclus de jeunes médecins dans notre échantillon.

4.2.3 Absence de généralisation à la population générale

L'étude qualitative, par opposition aux méthodes quantitatives, ne permet pas de généraliser et d'extrapoler les résultats obtenus ce qui peut constituer une limite. Cependant, en recherche qualitative, l'intérêt se focalise sur l'approche compréhensive du phénomène et donc sur le sens des résultats plutôt que sur leur généralisation.

4.2.4 Modification de la grille d'entretien en cours de recueil

Le guide d'entretien a été conçu avant la réalisation des entretiens. Après le premier entretien, il nous a semblé que l'apprentissage du patient à son automédication n'était pas abordé dans les questions de relance. Nous avons donc ajouté ce thème. Les réponses obtenues ne nous ont pas apporté d'information significative et constituaient soit un hors sujet, soit un rappel de l'éducation thérapeutique.

4.2.5 Recueil des données

En raison de mon inexpérience à remarquer et noter le langage corporel (appui de la voix, mouvements d'avance ou de recul, yeux légèrement écarquillés, etc.), certains sous-entendus ne transparaissent pas sur Verbatim. Filmer les entretiens aurait pu limiter cette faiblesse mais entraîner des refus de participation.

4.2.6 Difficultés à établir un niveau de prescription réel

Afin de juger du niveau de prescription médicamenteuse des participants, nous avons initialement choisi de relever le nombre d'étoiles sur leur relevé individuel d'activité et de prescription (RIAP).

Or la ligne concernant le niveau de prescription médicamenteuse concerne les médicaments remboursés ce qui ne représente pas la majeure partie des médicaments pouvant être prescrits dans les infections respiratoires non compliquées. De plus, le chiffre relevé n'est pas spécifique de l'indication ORL. Ainsi, un médecin ayant un grand nombre de patients polyopathologiques aura un nombre d'étoiles élevé quel que soit son mode de prescription dans les infections respiratoires non compliquées. Cela constitue incontestablement une difficulté d'analyse, rendant l'analyse du RIAP très discutable.

4.2.7 Erreurs dans la définition du champ des maladies étudiées

Lors des entretiens, le terme d'infection respiratoire haute bénigne a été formulé par erreur et a pu exclure involontairement certaines pathologies comme les bronchites du champ des maladies étudiées. En pratique, cela n'a pas eu de répercussion sur ce travail dans la mesure où les médecins généralistes ont malgré tout fait référence à ces maladies soit spontanément, soit aidés par les questions de relance.

4.2.8 Discours déclaratif et contradictions

L'ensemble des informations recueillies sont issues du discours du médecin et de l'image qu'il a de sa propre pratique. On relève beaucoup de contradictions dans les entretiens, probablement en relation avec le fait que les médecins interrogés ont une vision idéalisée de leur pratique. C'est-à-dire que tous pensent peu prescrire, mais si on se penche dans les détails, ils avouent prescrire beaucoup de traitements annexes.

Cette limite n'a que peu d'importance car dans le cadre d'une étude qualitative, nous ne cherchons pas à quantifier leur niveau de prescriptions mais à connaître les principaux axes de changements et à en comprendre les moteurs.

4.2.9 Manque de données

Si l'ensemble des thèmes à aborder ont systématiquement été explorés, spontanément ou à l'aide des questions de relance, il n'en est pas de même des caractéristiques des médecins interrogés. Il existe de nombreuses données non connues telles que les RIAP qui ne sont pas toujours sus ni gardés par les médecins. Lors de 4 entretiens réalisés le même jour (E3 à E6) dans le même groupement médical, le nombre d'actes par jour a été omis.

4.3 Interprétations des principaux résultats

4.3.1 Trois profils de médecins

Dans cet échantillon de médecins, nous pouvons distinguer trois profils de médecins en fonction de leur comportement :

- Les non-prescripteurs
- Les placebo-thérapeutes
- Les prescripteurs convaincus

Nous allons maintenant décrire les grandes tendances de ces profils sur la base de notre échantillon réduit.

4.3.1.1 Les non-prescripteurs

Ils prescrivent peu ou pas de médicaments.

Il y a dans ce groupe autant d'hommes que de femmes, et tous les âges sont représentés.

On y retrouve essentiellement des médecins travaillant en milieu rural et semi-rural, ce qui pourrait s'expliquer par une moindre pression concurrentielle. Cela contredit pourtant une étude du CREDES[48] qui conclue que c'est dans les unités urbaines où la densité moyenne est importante qu'exercent les médecins ayant une moindre propension à prescrire des antibiotiques.

Les médecins de ce groupe semblent réaliser moins d'actes dans la journée que les autres (moins d'une trentaine).

On retrouve dans ce groupe deux Maîtres de stage. La moitié d'entre eux ont une autre activité que médecin généraliste, en relation avec la médecine d'urgence (médecin pompier, médecin régulateur), leur permettant de banaliser ces pathologies bénignes.

E9 : « J'étais déjà entraîné à un discours où j'allais un peu banaliser les pathologies, rassurer les gens, et prescrire un traitement symptomatique avec peu de risques d'effets secondaires. »

En dehors du médecin partant à la retraite quelques mois après l'entretien, leur formation semble passer par des FMC, des revues médicales dont parfois la Revue Prescrire, et la participation à des groupes de pairs. Pour eux, le contact avec les étudiants est un moyen de formation.

Un seul de ces médecins est en contact avec l'industrie pharmaceutique.

E1 : « Pff... Moins d'un ! On va dire, allez euh... trois par mois ? Je ne sais pas trop. Tu n'en as pas vu beaucoup toi depuis que t'es là ? »

Le niveau de prescription dans leur RIAP est plutôt bas.

La lassitude et la fatigue, tout comme le retour du patient, peuvent faire glisser les membres de ce groupe vers le groupe suivant.

E9 : « Alors oui ! Euh... oui parce qu'à la deuxième ou troisième consultation, effectivement, ça m'arrive de prescrire un antibiotique même si j'ai le sentiment qu'il ne le faut pas quoi ! »

4.3.1.2 Les placebo-thérapeutes

Ils déclarent peu croire en l'efficacité du traitement qu'ils prescrivent mais le font tout de même pour diverses raisons.

E9 : *« Alors oui ! Euh... oui parce qu'à la deuxième ou troisième consultation, effectivement, ça m'arrive de prescrire un antibiotique même si j'ai le sentiment qu'il ne le faut pas quoi ! »*

Une étude comparant les médecins français aux médecins néerlandais[51] montrait que les médecins néerlandais avaient une conception d'inutilité du médicament qui s'associait avec une attitude de non-prescription, sauf si celle-ci mettait en danger le patient. Selon les auteurs de cette étude, il semblait important, pour le médecin, de disposer d'une patientèle favorable à cette posture pour pouvoir exercer dans cette logique de restriction.

Ils semblent prescrire sans conviction pour satisfaire une demande du patient.

E6 : *« La difficulté à ne pas en prescrire, alors qu'on sait qu'il ne faut pas en prescrire, hein, sous la pression de certaines personnes, je dirais. »*

Notons que certains d'entre eux proviennent du groupe précédent.

Ce groupe est disparate concernant l'âge et le sexe.

Ce sont essentiellement des médecins exerçant en milieu semi-rural.

En dehors de E9 exerçant une activité conjointe de médecin régulateur, les autres médecins n'ont pas d'autre activité.

Ils se forment majoritairement et de manière variée (FMI, FMC, revue indépendante, groupes de pairs).

Ils reçoivent peu l'industrie pharmaceutique.

E6 : *« J'ai considérablement réduit, hein. Puisqu'à la date de ce jour, j'en vois un ou deux hein. »*

Le niveau RIAP est très variable dans ce groupe.

4.3.1.3 Les prescripteurs convaincus

Ils ont la conviction d'aider le patient par la prescription médicamenteuse ou non. Ce groupe rassemble la majorité des médecins de l'étude.

Ce groupe est disparate en termes de sexe et d'âge.

Les données de la littérature sont assez contradictoires concernant l'influence de l'âge et du sexe dans la prescription médicamenteuse.[52;53]

Les médecins hommes de moins de 45 ans ont une probabilité plus importante de prescrire au moins un médicament au cours d'une consultation que leurs confrères plus âgés, et quand il y a prescription, elle comporte plus de lignes d'ordonnance. À contrario, les femmes médecins de moins de 45 ans ont une probabilité plus faible de prescrire au moins un médicament que l'ensemble de leurs confrères.[52]

Chez les médecins généralistes du département des Hauts-de-Seine[53], ce sont les médecins les plus âgés qui ont tendance à prescrire plus souvent des médicaments à la fin d'une consultation, les généralistes de moins de 35 ans ayant une fréquence de prescription de 82 %, contre 88 % chez les médecins de plus de 55 ans.

Les médecins prescripteurs convaincus de notre échantillon exercent le plus souvent en milieu urbain. On peut supposer que la densité médicale entraîne une concurrence entre confrères qui favorise les prescriptions afin de conserver l'adhésion du patient.

E5 : « *Donc il fallait à un moment donné que je colle un peu à son modèle de prescriptions pour pas être complètement euh... Je me retrouvais parfois dans des journées où je voyais quasiment personne hein ! Il me faisait vraiment les pires crasses. Donc euh... Du coup j'ai été très très influencé par euh... par ce que lui pouvait faire et par sa femme – parce que j'ai pris la suite de sa femme – par ce que sa femme pouvait faire. »*

Dans notre échantillon, les médecins réalisant le plus grand nombre d'actes par jour sont tous dans ce groupe. On peut émettre l'hypothèse que cela leur laisse peu de temps pour l'éducation thérapeutique et que la prescription est probablement un moyen de raccourcir leur consultation puisque nous avons vu que la justification d'une non-prescription nécessitait du temps aux yeux des médecins.

Nous retrouvons dans ce groupe deux Maîtres de stage. Quatre médecins du groupe exercent une autre activité que la médecine générale libérale. Il peut s'agir d'activités comme la médecine thermique. On retrouve également une activité de médecin de crèche.

E2 décrit une activité d'attaché à l'hôpital, de médecin humanitaire et de médecin pompier. Dans les travaux, d'Anne Vega[54], ces dernières activités sont souvent décrites dans le parcours des médecins qu'elle juge « petits prescripteurs ». Ceux-ci ont développé une méfiance à l'égard des médicaments suite à des expériences communes auprès de publics diversifiés. Plus précisément, du fait de motivations professionnelles initiales (avant tout tournées vers les patients), ces médecins se sont re-socialisés auprès de ces derniers, et en particulier auprès de patients ayant de graves problèmes de santé et/ou en difficulté sociale. Ce type de prises en charge a eu au moins trois conséquences majeures. Les enquêtés se sont familiarisés avec ces situations et ils ont appris à respecter le choix des patients et/ou de leurs proches. Ils se sont habitués à travailler avec des médecins psychiatres, des pharmaciens et des professionnels non-médecins (processus favorables à des prescriptions plus réfléchies et plus adaptées aux besoins des populations). Enfin, ce type de prises en charge leur a fait prendre conscience de l'inadaptation de leurs acquis en faculté, raison pour laquelle la très grande majorité des enquêtés est allée se reformer.

Dans ce groupe, l'accession à l'information médicale se fait par les sites internet de vulgarisation médicale, des revues (indépendantes ou non), les FMC. Deux médecins appartenaient au même groupe de pairs. On perçoit dans ce groupe un désaccord avec les recommandations pour plusieurs médecins.

E12 : « Par contre on a tous constaté que chez les petits, l'amoxicilline, chez les moins de 3 ans, c'était léger dans les problèmes ORL, que souvent on était contraints de passer à l'Augmentin plus amoxicilline. [...] On a travaillé dessus une année, il y a deux ans, et l'année suivante, pendant l'hiver, on s'est dit que on avait du mal avec, même si c'était le Clamoxyl qui souvent était la bonne pratique. »

L'industrie pharmaceutique est davantage présente dans ce groupe avec des visites pouvant aller jusqu'à huit par semaine.

E7 : « Et ça, ça fait partie d'une certaine formation !!! Je ne suis pas contre les visiteurs médicaux ! Quelquefois, ça nous donne des infos sur des nouveaux produits, ça peut être une discussion. C'est pas toujours que du business. Et je pense qu'on est

encore libres de notre prescription. Après je suis bien d'accord que quand les gens viennent souvent, y'a matraquage et que tu retiens plus son nom de produit ou un autre mais ça peut... non, c'est pas toujours inintéressant ! Faut savoir faire le tri hé ! »

Il est intéressant de noter que selon une enquête de la DREES, les médecins faiblement adhérents aux recommandations de bonnes pratiques sont ceux qui déclarent obtenir leurs informations le plus fréquemment de la part des visiteurs médicaux.[55] On ne retrouve pas cette idée dans notre étude.

Dans ce groupe, lorsque le niveau de prescription était connu, il était élevé.

Nous ne retrouvons pas d'analogie entre les profils d'Anne Vega (petits, moyens et gros prescripteurs) et ceux de notre thèse (non prescripteurs, placebo-thérapeutes et prescripteurs convaincus). Cela s'explique par le fait que les deux travaux sont basés sur des critères différents : le niveau de prescription dans le travail d'Anne Vega et les motivations du prescripteur dans notre recherche.

4.3.2 Les stratégies d'adaptation

Concernant leur attitude, il existe des traits communs à tous les médecins :

- Un allègement global de l'ordonnance avec notamment la chute de prescription des médicaments contre-indiqués et déremboursés.
- La baisse de prescription des traitements antibiotiques.
- La présence de l'information thérapeutique, qui a été majorée chez la quasi-totalité des médecins de l'échantillon.

L'étude PAAIR[56] avait pour but de mettre en évidence les déterminants poussant les médecins généralistes à prescrire des antibiotiques dans des infections présumées virales et d'identifier des stratégies permettant la non-prescription. Elle mettait en évidence que rassurer le patient et expliquer la non-prescription permettaient de la faire accepter par les patients. Ce point se retrouve dans le travail de Deleplanque.[57]

Cependant, les médecins de notre étude ont mis en place d'autres stratégies qui diffèrent selon leur profil.

4.3.2.1 Les non-prescripteurs

Ils ont énormément diminué toutes leurs prescriptions thérapeutiques en les remplaçant par le conseil et l'information.

E1 : *« On prend peut-être plus de temps pour expliquer avant de donner et... ça permet de limiter quand même énormément les prescriptions. »*

Deux d'entre eux déclarent parvenir à ne rien prescrire (E4 : *« Des mouchoirs. »*) dans cette indication-là. Dans une thèse sur le vécu et les stratégies mises en place par les médecins face à l'interdiction d'utilisation des sirops antitussifs, rassurer et expliquer la balance bénéfice-risque des médicaments permettaient de faire accepter la non-prescription. L'information au patient est également citée dans les études de G. Legros et de Deleplanque. [57]

Ces médecins ont pu dans le passé être amenés à réaliser des prescriptions contre leurs convictions pour céder à la pression du patient. En cas de lassitude ou de fatigue, certains médecins de ce groupe le font toujours ; ils deviennent alors des placebo-thérapeutes.

E4 : – *« elle a peut-être été augmentée parce que j'en prescrivais pas beaucoup avant.*

– *Et qu'est-ce qui selon vous explique cette augmentation ?*

– *C'est bien la question que je me pose, ouais... (silence) Je ne sais pas qu'est-ce qui explique... Peut-être la demande des gens.*

– *Vous pensez que les gens demandent plus de (coupé)*

– *Oui.*

– *Ils demandent des anti-inflammatoires ou... (coupé)*

– *demandent quelque chose.*

– *Ce qu'ils ne faisaient pas avant ?*

– *Si mais, je me laissais peut-être moins faire. »*

4.3.2.2 Les placebo-thérapeutes

Parce que la non-prescription est jugée de réalisation difficile, un report d'ordonnance à titre placebo est réalisé par ces médecins. Cette stratégie est retrouvée dans la thèse de G. Legros.[58] Dans notre étude, les antibiotiques, les corticoïdes et les AINS sont les classes privilégiées.

E6 : *« Et l'alternative qui peut exister, je prêche peut être pour ma paroisse, mais je pense que le déremboursement de beaucoup de ces médicaments fait que du coup, on a peut-être débordé un peu sur les corticoïdes ! Sur les corticostéroïdes. [...] Je pense qu'elle a augmenté, exactement, pour palier à l'absence de prescription d'antibiotiques, à la disparition ou au déremboursement de spécialités qu'on utilisait dans le temps qui n'existent plus ou ne sont pas remboursables. »*

Les médecins de ce groupe semblent rester à la disposition de leurs patients en leur laissant la porte ouverte en cas de besoin, attitude retrouvée dans d'autres études,[58;59] ou réalisent des prescriptions anticipées.

E9 : *« Je préfère leur dire, « écoutez, par précaution », ou j'utilise quelque chose comme... je leur dis « bon, le week-end approche, je vous le prescris au cas où il se passerait quelque chose, et si vous voyez que la température bouge pas », en fait j'essaye de leur dire « y'en a pas besoin, mais le week-end approche, ne vous mettez pas dans le stress, vous l'aurez, et comme ça vous aurez la possibilité de le prendre ou de pas le prendre ». Et des fois d'ailleurs ils me disent qu'ils l'ont laissé dans l'armoire ! »*

L'innocuité des ordonnances qu'ils prescrivent est importante et ils restent soucieux de *« prescrire un traitement symptomatique avec peu de risque d'effets secondaires »* E9.

4.3.2.3 Les prescripteurs convaincus

Bien que la plupart de ces médecins déclarent avoir allégé leur ordonnance et augmenté leur part d'éducation thérapeutique, ils semblent maintenir régulièrement au moins une prescription hors recommandations, souvent les corticoïdes, parfois les AINS, l'homéopathie, les sirops (surtout les antitussifs) ou même la kinésithérapie. Certains médecins évoquent clairement un report de prescription des antibiotiques vers ces classes-là.

E13 : *« Ça par contre, j'en mets pas mal ! Parfois tout seul d'ailleurs. J'aime bien. Le fait de prescrire moins d'antibiotiques, j'ai sûrement prescrit plus de corticoïdes ! Surtout depuis que tout ce qui est traitements locaux a été déremboursé ! Je mets souvent des petites cures courtes de 2-3 jours, voilà ! Ça je mets beaucoup plus oui ! Sûrement oui ! Y'a eu un transfert de la prescription d'antibiotiques vers la prescription des cures courtes de cortisone, sûrement oui ! »*

On retrouve fréquemment ce comportement dans d'autres études.[58;59] Les travaux de l'IRDES,[60] suite au déremboursement des fluidifiants, concluent également à la possibilité d'un report des prescriptions médicales vers les antitussifs, bronchodilatateurs, AINS et corticoïdes.

Ils ont la conviction que l'efficacité du médicament alternatif permet de se donner du temps avant d'en arriver à la prescription antibiotique, ainsi que le décrit E11 à propos de l'homéopathie :

E11 : « *Donc ça permet de se donner plus de temps, d'être quand même actif sur les signes inflammatoires, et puis de venir, je veux dire, en extrême, à l'antibiothérapie que quand vraiment ça a mal tourné entre guillemets, et que l'évolution a été défavorable.* »

Tout comme certains placebo-thérapeutes, l'un des médecins réalisait lui aussi des prescriptions anticipées, mais avec la certitude que le traitement serait immédiatement pris :

E13 : « *Alors je sais que certains... moi je fais aussi de temps en temps, tu laisses une deuxième ordonnance, « bon, si ça va pas mieux, prenez l'antibiotique » mais bon en général en 48 h l'ordonnance elle est prise quoi !* »

Ils sont très sensibles au manque de temps et ont optimisé leur planning, en abandonnant certaines activités, en prenant un secrétariat, en réalisant les TDR en début de consultation, etc.

4.3.3 Les difficultés

L'ensemble des médecins généralistes décrit plus ou moins spontanément des difficultés face à la diminution de l'arsenal thérapeutique dans les infections respiratoires non compliquées.

Il existe des difficultés communes aux trois profils de médecins décrits précédemment :

La pression du patient est citée un grand nombre de fois par la majorité des médecins.

E4 : « *C'est plus la pression du... c'est plus la pression, ben parce que, y'a des gens qui réclament ! Y'a des gens qui réclament, bon euh...* »

Elle est souvent décrite dans la littérature.[56;57-59;61-66] Il est intéressant cependant de constater que selon une étude IPSOS,[67] il semble exister un décalage entre les attentes réelles du patient et les attentes du patient supposées par le médecin. 58 % des médecins français ressentent une attente de prescription pour les rhumes alors qu'une prescription est estimée nécessaire par 24 % des patients. En ce qui concerne les patients, en France, 8 personnes sur 10 sont tout à fait ou plutôt d'accord avec l'idée selon laquelle une consultation médicale ne doit pas forcément se terminer par une ordonnance de médicaments. Cette différence entre l'attente du patient réelle et perçue par le médecin est également évoquée dans les travaux de Deleplanque.[57]

La difficulté de ne rien prescrire est également très représentée chez l'ensemble des médecins interrogés.

E3 : « *Le patient ne peut pas ressortir sans ordonnance.* »

E12 : « *Moi je dirais que par exemple sur des aphonies, ou des choses comme ça, chez les gens qui travaillent, je les emploie toujours. Parce que j'ai pas d'autre solution.* »

Cette problématique de la non-prescription a été retrouvée dans plusieurs travaux.[58;68;69] Ce sentiment explique probablement les résultats d'une enquête de la DREES en 2002 montrant que près de 80 % des consultations donnent lieu à la prescription d'au moins un médicament (en moyenne 2,9 médicaments par consultation).[52]

Cependant, certaines difficultés ne sont pas perçues de la même manière selon le profil des médecins.

4.3.3.1 Les non-prescripteurs

Ce groupe est celui qui décrit le moins de difficultés en comparaison avec les autres groupes.

Ils se disent influencés par leurs confrères (collègues au sein d'une même structure, médecins qu'ils remplaçaient ou dont ils ont hérité de la patientèle).

E4 : « *Je ne suis pas influencé par la prescription de mes confrères, mais euh... Je prescris comme eux quand ce sont leurs patients. Comme quand on faisait des remplacements, quand je faisais des remplacements, j'ai essayé de me mettre dans le*

moule du médecin que je remplaçais. »

Le manque de temps est parfois évoqué. On le retrouve fréquemment dans la littérature. [48;57;61]

E1 : *« Je prends peut-être pas le temps. »*

S'ils ont plus facilement pu changer leurs habitudes que leurs confrères, ils ont en revanche eu plus de difficultés avec celles de leurs patients :

E1 : *« Par contre ça a été certainement plus compliqué de le faire comprendre aux gens qui attendent toujours leur sirop qu'on leur a toujours donné donc euh. Ça, ça a été peut-être un peu plus difficile. »*

Nous retrouvons ces difficultés dans l'étude PAAIR,[56] les thèses de G. Stephan[61] et G. Legros[58] ainsi que dans une étude anglaise[66] où l'utilisation précédente d'un antibiotique était un facteur de « represcription » hors recommandation.

Le retour du patient, souvent cité dans la littérature[48;54;56;58;61], est un problème évoqué par les 3 groupes mais il est plus marqué dans le groupe des non-prescripteurs. Il est intéressant de constater que les non-prescripteurs qui évoquent cette difficulté, sont ceux qui deviennent placebo-thérapeutes lorsque leur état de fatigue et de lassitude est défavorable.[54]

E9 : *« Euh... oui parce qu'à la deuxième ou troisième consultation, effectivement, ça m'arrive de prescrire un antibiotique même si j'ai le sentiment qu'il ne le faut pas quoi ! »*

De la même façon, ce sont les médecins présents dans les deux groupes qui évoquent comme difficultés le rapport à l'argent (E9 *« Oh bé... Ça m'embête un peu parce qu'il faut leur compter une consultation de plus »*), les représentations du patient ressenties (E3 *« il faut qu'il ait au moins une boîte de Doliprane sur son ordonnance pour qu'il ait l'impression d'en avoir eu pour son argent ! »*), la recherche de l'adhésion du patient (E9 *« je cherche à avoir leur adhésion »*), son environnement (E9 *« Je leur dis « bon, le week-end approche, je vous le prescris au cas où il se passerait quelque chose, et si vous voyez que la température bouge pas », en fait j'essaye de leur dire « y'en a pas besoin, mais le week-end approche, ne vous mettez pas dans le stress, vous l'aurez, et comme ça vous aurez la possibilité de le prendre ou de pas le prendre »*), le début de carrière (E6 *« Ça a pu en avoir, au début de mon exercice,*

mais ça n'en a plus du tout. ») et la concurrence avec un confrère.[58;70] (E9 « Ça sert à rien de me les mettre à dos, parce qu'ils iront voir un autre médecin, qui lui leur prescrira »)

On peut donc en déduire que ce sont ces difficultés qui les poussent à prescrire contre leur conviction afin de maintenir la relation médecin-patient.

4.3.3.2 Les placebo-thérapeutes

Comme nous venons de le voir pour les médecins non-prescripteurs qui deviennent dans certaines conditions placebo-thérapeutes, ce groupe recherche l'adhésion du patient. Par conséquent, le retour du patient, son désaccord, ses habitudes héritées du précédent médecin et tous les éléments pouvant nuire à la perte de la relation médecin-malade (diminution du charisme du médecin, perte de crédibilité, ou départ du patient vers un autre confrère), peuvent pousser ce groupe à prescrire dans le but de maintenir le lien avec le patient.

Ils ont pu ressentir des difficultés de communication. La nécessité d'argumenter et de justifier sa prescription ou non-prescription peut parfois être vécue comme pénible.

E6 : *« En d'autres termes, il est plus facile de prescrire des antibiotiques, hein, que de finalement ne pas en prescrire ! Et d'expliquer aux gens pourquoi on en prescrit pas ! [...] La difficulté c'est d'être persuasif, hein, et de faire comprendre aux gens que les infections que l'on traite sont des infections euh virales, et non bactériennes, et euh... voilà ! »*

Nous retrouvons ce point dans la thèse analysant le vécu et les stratégies mises en place par les médecins généralistes et pédiatres suite à l'interdiction des antitussifs chez les enfants de moins de deux ans.[59]

Notons qu'un des médecins signale des difficultés à mettre à jour ses connaissances médicales.

E3 : *« C'est-à-dire que l'actualisation des connaissances n'a peut-être pas suivi l'évolution des... des données quoi ! L'actualisation de mes connaissances à moi ! »*

Cette difficulté d'actualisation des connaissances est confirmée et détaillée dans la thèse de E. Leon sur les freins et les difficultés des médecins généralistes concernant la recherche documentaire.[71]

Tous les médecins de ce groupe expriment une gêne vis-à-vis de l'argent du patient. L'ordonnance permet « d'en avoir pour son argent » (E3).

4.3.3.3 Les prescripteurs convaincus

Les médecins prescripteurs convaincus expriment d'avantage le manque de temps.

E13 : « *Le gros écueil, c'est d'avoir le temps de le faire.* »

Selon la HAS[70], il existe un lien entre le volume de prescriptions et le sentiment du médecin de manquer de temps. La rédaction d'une ordonnance permettrait de clore symboliquement la consultation. Elle signalerait au patient qu'il doit prendre congé du médecin, elle est dans ce cas un moyen d'écourter la consultation. Il est intéressant de noter qu'une étude sur 179 médecins bretons interrogés entre 2009 et 2010[72] révèle que les médecins recevant le plus de visiteurs médicaux avaient un temps de consultation plus court et davantage de consultations quotidiennes.

Expliquer, argumenter et répéter sont vécus comme pénibles et nécessitant beaucoup de temps. D'autre part, selon la HAS[70], il serait plus rapide de rédiger une ordonnance que d'expliquer au malade pourquoi il n'est pas nécessaire de lui prescrire un médicament ou de lui refuser le renouvellement d'un médicament. Un état d'esprit défavorable au moment de la consultation majore ce sentiment de pénibilité. Certains médecins se montrent parfois ou systématiquement réticents à la connaissance du patient par les médias qui leur fait « *prendre un peu le pouvoir sur nous* » (E12).

Ils craignent davantage que les autres groupes les complications et sont davantage susceptibles de prescrire en cas de terrain défavorable ou de comorbidité.

E13 : « *Je cible peut-être plus les terrains à risque... Les gens qui sont euh... plus fragiles quoi ? Tabagiques, éthyliques... En fait on a toujours peur que... C'est un peu notre crainte mais peut-être que nous... On n'a pas été élevés comme ça, on a toujours peur que ça dégénère, qu'il y ait une complication quoi ! C'est un peu notre crainte !* »

L'environnement du patient va également être un facteur de prescription (travailleur actif, sommeil perturbé, retour du patient ou symptômes qui durent).

E5 : « *Ou alors des gens qui sont des populations actives qui veulent pas prendre un*

arrêt de travail, qui veulent un résultat palpable rapidement ! Ça peut être un gros argument euh pour ne pas diminuer cette prescription. »

Beaucoup d'études confirment ces observations.[48;54;58;59;61] Anne Vega écrit que les praticiens français ont tendance à sur-médicaliser les maux bénins et courants, provoquant une sur-prescription, en lien avec une crainte de complication des infections respiratoires virales. Suite à ces hantises, des diagnostics et des traitements sont souvent renforcés. La volonté de soulager rapidement l'inconfort, la douleur, est mise en valeur par d'autres études. [58;61;73] Les représentations du patient, mais surtout du médecin, et notamment l'image très positive qu'il a du médicament, favorisent la prescription dans ce but-là.

Le rapport à l'argent est longuement évoqué par deux médecins de ce groupe. Ils parlent aussi bien de l'argent du patient que de leur propre argent.

On retrouve cette problématique dans l'étude de Marion Devaux sur le déremboursement des sirops.[59]

Une étude anglaise[74] conclue que les praticiens qui prescrivaient peu d'antibiotiques pour une infection respiratoire aiguë avaient un taux de consultation pour ce motif plus bas. Les médecins qui avaient diminué leur taux de prescription d'antibiotiques pendant l'étude, avaient diminué en parallèle le nombre de consultations pour infection respiratoire aiguë. Les pathologies respiratoires non compliquées représentent une importante partie des consultations en médecine générale. Si la mise en application des recommandations aboutit à une perte du nombre de consultations, et donc du chiffre d'affaires du médecin, on peut craindre que les intérêts des médecins diffèrent des intérêts de santé publique. On ne retrouve pas clairement cette idée lors des entretiens mais elle est parfois sous-entendue :

E12 : *« Donc là je dirais que j'ai un tas de consultations faciles mais qui n'auraient pas eu besoin de moi. Si ça avait été moi au téléphone, j'aurais pas laissé venir les gens. Mais en même temps, il y a une réalité financière ! Si j'ai une secrétaire, il faut que je la paye aussi... Enfin, tu comprends ? ».*

Dans leur passé, surtout en début de carrière, l'inexpérience et l'incertitude ont eu pour conséquence de combler ce manque par l'ordonnance.

E5 : *« C'est vrai qu'au début on a tendance à... Quand on... Quand on se cherche (rire), on a tendance à utiliser pas mal de choses ! »*

Ils ont alors tiré leurs connaissances de l'hôpital ou de leurs aînés, ce qui rejoint d'autres études.[58 ;61]

E4 : *« Comme quand on faisait des remplacements, quand je faisais des remplacements, j'ai essayé de me mettre dans le moule du médecin que je remplaçais. »*

Le contact avec les confrères augmente leur propension à prescrire. Ce point est souvent décrit dans la littérature[51;54;61;73] et se retrouve dans ce travail :

E4 : *« Je ne suis pas influencé par la prescription de mes confrères, mais euh... Je prescris comme eux quand ce sont leurs patients. »*

Dans ce groupe, certains médecins expriment parfois leur désaccord avec les recommandations. Il s'agit d'un phénomène retrouvé dans d'autres sources. [51;61;75]

Nous notons chez la moitié des médecins de ce groupe une confusion entre le diagnostic de bronchite et d'asthme, associée à une prescription accrue de corticoïdes. (E2 *« Ça dépend quel type de bronchites ? (silence) Parce que dans les bronchites de type... dans les asthmes, je continue à prescrire des corticoïdes ! »*). Ces diagnostics par excès sont retrouvés dans une étude canadienne où la différence du taux de prescription d'antibiotiques entre les grands prescripteurs et les faibles prescripteurs s'expliquait largement par le taux de diagnostic d'infection des voies respiratoires, deux fois plus élevé chez les hauts prescripteurs.[76]

4.3.4 Les facteurs favorisant une mise en conformité des pratiques

Nous sommes étonnés de constater que tous les profils de médecins, y compris les prescripteurs convaincus, montraient un intérêt dans leur discours pour les recommandations et une sensibilisation à la iatrogénie des traitements. Ces deux points sont régulièrement décrits dans la littérature.[58;59] Dans les travaux d'Anne Vega,[54] il s'agit d'un point uniquement présent dans le groupe des petits prescripteurs.

Une bonne relation médecin-patient a très peu été évoquée dans notre travail, contrairement à d'autres études.[59]

Concernant les autres facteurs favorisant, chaque groupe de médecins exploite les

aides selon leur profil.

Le principal facteur contribuant à la baisse des prescriptions chez les non-prescripteurs et les placebo-thérapeutes est la conscience du caractère bénin de ces pathologies et de l'inefficacité des traitements[51] actuellement à disposition. La non-médicalisation des maux bénins est décrite par Anne Vega[54] dans le groupe des petits prescripteurs.

Pour mettre en conformité leur pratique, les médecins prescripteurs convaincus ont été davantage sensibles aux éléments extérieurs appuyant la cohérence de leur discours tels que les messages des pharmaciens, des Caisses de Santé, des médias, le déremboursement des médicaments et la mise à disposition de tests de diagnostic rapide. Ces aides représentées par le déremboursement des médicaments et la diffusion des recommandations auprès des médecins et à grande échelle est reprise dans la thèse de G. Legros.[58] Cette éducation des patients par les médias permet de créer des patients limitateurs d'ordonnance.[54;59]

On imagine donc que tout ce qui facilite leur travail sera accepté par ces médecins. Cette idée rejoint la remarque d'Anne Vega[54] sur les médecins qu'elle qualifie de gros prescripteurs. Ils cherchent surtout le confort au travail. Ce désir de confort explique aussi pourquoi tous ces médecins privilégient les réponses techniques auprès des patients « malléables » et/ou « rapides » (synonymes de prise en charge facilitée). Toujours selon Anne Vega, l'ordonnance permettrait à certains médecins d'augmenter leur emprise sur des patients, c'est-à-dire de renforcer leur réputation locale.

4.4 Perspectives

Nous avons donc vu qu'il existait des freins et des facteurs favorisant une mise en conformité des pratiques. On peut imaginer qu'en agissant sur ces facteurs favorisants, il serait possible de diminuer le nombre de prescriptions médicamenteuses :

- Apprentissage à la recherche et la critique de l'information : il est probable que la récente intégration de la lecture critique d'articles dans la formation médicale initiale améliore dans le futur la critique de l'information par les praticiens.
- Uniformisation et diffusion des informations : nous avons vu que la cohérence dans les messages de santé et la promotion de l'information auprès du grand public (caisses de santé, médias, pharmaciens, etc.), permet de faciliter le déroulement de la consultation et ainsi de favoriser la mise en conformité des pratiques des médecins les plus

prescripteurs de traitements non recommandés.

- Formation aux techniques relationnelles : l'exercice de la médecine générale nécessite une formation aux techniques relationnelles et à la communication afin d'améliorer la relation médecin-patient. Mieux appréhender l'attente du patient est un enjeu majeur lorsque l'on sait qu'il existe un véritable décalage entre les attentes réelles du patient, et les attentes du patient supposées par le médecin.[54;67;77]
- Favoriser un déroulement de la consultation orienté vers une non-prescription : dans l'étude PAAIR[56], les auteurs avaient émis des conseils pour ne pas prescrire lorsqu'on sait que cela n'est pas nécessaire :
 - Mise en place de stratégies de conviction.
 - Repérage tôt de l'émergence de l'incident (dans l'étude, l'incident se définissait par la prescription d'antibiotiques du fait du renoncement ou de l'échec de la mise en place d'une stratégie de non-prescription.)
 - Intention de prescrire précoce mais position ouverte et prescription négociée.
 - Examen ritualisé et commenté dès le début : organisation inversée de la consultation orientée vers la non-prescription.
 - Explications au patient (dans l'étude, ces explications concernaient les virus et les bactéries, l'action des antibiotiques et leurs effets nocifs).
 - Travail à partir des craintes/représentations des malades.
 - Proposition d'une étiologie de « rechange » non infectieuse.
 - Proposition d'une alternative thérapeutique.
 - Proposition de mise en place d'un suivi.

5 CONCLUSION

En conclusion, nous avons vu que tous les médecins de notre étude ont modifié leurs pratiques face aux difficultés induites par les nombreux changements concernant la prise en charge des infections respiratoires non compliquées.

Cela se traduit par une baisse globale des prescriptions touchant essentiellement les antibiotiques, les vasoconstricteurs et les mucolytiques. Pour les AINS, les corticoïdes, les antitussifs et les sprays nasaux et buccaux, cette baisse est plus contrastée selon les médecins interrogés.

Ils expriment tous des difficultés face à ces changements. Ces difficultés sont des obstacles à la mise en conformité des pratiques.

Il existe également des facteurs favorisant une application des recommandations.

Pour parvenir à changer leur prescription, les médecins ont mis en place des stratégies d'adaptation (information thérapeutique, report de prescription, etc).

Cette étude met en évidence trois profils de médecins selon leurs réactions : les non-prescripteurs, les placebo-thérapeutes et les prescripteurs convaincus. Chaque profil de médecins exprime ses propres difficultés et est sensible à ses propres facteurs favorisant la mise en conformité des pratiques.

D'une manière plus large, nous retenons dans cette étude que les médecins éprouvent des difficultés au changement de leurs pratiques et notamment à la non-prescription. S'ils ne parviennent pas pour la plupart à se conformer totalement aux recommandations en vigueur, leur stratégie d'adaptation est un compromis entre leurs pratiques passées et les pratiques actuellement préconisées. On peut supposer que ces difficultés aux changements ne sont pas limitées au seul domaine des infections respiratoires non compliquées mais qu'elles pourraient se retrouver dans des domaines différents (prescription des statines, ostéodensitométrie, etc.)

BIBLIOGRAPHIE

- 1: Labarthe G. Les consultations et visites des médecins généralistes Un essai de typologie. Études et Résultats. 2004;(315):1-11 (consulté le : 15 Juillet 2015). Disponible à l'adresse : <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er315.pdf>
- 2: Commission de la transparence de la HAS. RHINOFLUIMUCIL.HAS. 2012 (consulté le : 15 Juillet 2015). Disponible à l'adresse : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-01/rhinofluimucil_04012012_avis_ct8711.pdf
- 3: ANSM. Médicaments mucolytiques, mucofluidifiants et Hélicidine® : contre-indication chez l'enfant de moins de deux ans- Communiqué. ANSM. 2010 (consulté le : 15 Juillet 2015). Disponible à l'adresse : <http://ansm.sante.fr/S-informer/Presse-Communiquees-Points-presse/Medicaments-mucolytiques-mucofluidifiants-et-Helicidine-R-contre-indication-chez-l-enfant-de-moins-de-deux-ans-Communique>
- 4: ANSM. Contre-indication chez le nourrisson de moins de 2 ans des spécialités antihistaminiques H1 de 1ère génération et du fenspiride, utilisées dans le traitement de la toux - Lettre aux professionnels de santé. ANSM. 2011 (consulté le : 15 Juillet 2015). Disponible à l'adresse : <http://ansm.sante.fr/S-informer/Informations-de-securite-Lettres-aux-professionnels-de-sante/Contre-indication-chez-le-nourrisson-de-moins-de-2-ans-des-specialites-antihistaminiques-H1-de-1ere-generation-et-du-fenspiride-utilisees-dans-le-traitement-de-la-toux-Lettre-aux-professionnels-de-sante/%28language%29/fre-FR>
- 5: Prescrire Rédaction. Rhumes. Rev Prescrire. 2011;31(334):609-11
- 6: ANSM. Contre-indication des suppositoires contenant des dérivés terpéniques chez les enfants de moins de 30 mois et les enfants ayant des antécédents d'épilepsie ou de convulsion fébrile - Lettre aux professionnels de santé. ANSM. 2011 (consulté le : 15 Juillet 2015). Disponible à l'adresse : <http://ansm.sante.fr/S-informer/Informations-de-securite-Lettres-aux-professionnels-de-sante/Contre-indication-des-suppositoires-contenant-des-derives-terpeniques-chez-les-enfants-de-moins-de-30-mois-et-les-enfants-ayant-des-antecedents-d-epilepsie-ou-de-convulsion-febrile-Lettre-aux-professionnels-de-sante/%28language%29/fre-FR>
- 7: ANSM. Information importante de pharmacovigilance relative au rôle potentiel de la pholcodine dans la sensibilisation aux curares. Lettre aux professionnels de santé. ANSM. 2011 (consulté le : 15 Juillet 2015). Disponible à l'adresse : <http://ansm.sante.fr/S-informer/Informations-de-securite-Lettres-aux-professionnels-de-sante/Role-potentiel-de-la-pholcodine-dans-la-sensibilisation-aux-curares-Information-importante-de-pharmacovigilance-Lettre-aux-professionnels>
- 8: Prescrire Rédaction. Hypersensibilité croisée entre pholcodine et suxaméthonium. Rev Prescrire. 2012;12(349):830
- 9: Commission de la transparence de la HAS. RHINAMIDE.HAS. 2011 (consulté le : 15 Juillet 2015). Disponible à l'adresse : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-11/rhinamide_05-10-2011_avis_ct-7568.pdf
- 10: Commission de la transparence de la HAS. DETURGYLONE. HAS. 2011 (consulté le : 15 Juillet 2015). Disponible à l'adresse : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-11/deturgylone_05-10-2011_avis_ct-7568.pdf

sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-11/deturgylone_05-10-2011_avis_ct-11269.pdf

11: Commission de la transparence de la HAS. RHINADVIL. HAS. 2011 (consulté le : 15 Juillet 2015). Disponible à l'adresse : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-11/rhinadvil_05-10-2011_avis_ct-11216.pdf

12: Commission de la transparence de la HAS. RHINUREFLEX. HAS. 2011 (consulté le : 15 Juillet 2015). Disponible à l'adresse: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-11/rhinureflex_05-10-2011_avis_ct-11029.pdf

13: Commission de la transparence de la HAS. GIVALEX. HAS. 2011 (consulté le : 15 Juillet 2015). Disponible à l'adresse : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-07/givalex_collutoire_-_ct-10922.pdf

14: Commission de la transparence de la HAS. RHINOTROPHYL. HAS. 2011 (consulté le : 15 Juillet 2015). Disponible à l'adresse : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-05/rhinotrophyl_-_ct-9702.pdf

15: Commission de la transparence de la HAS. RESPILENE ENFANT. HAS. 2011 (consulté le : 15 Juillet 2015). Disponible à l'adresse : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-12/respilene_enfant_16-11-2011_avis_ct-11356.pdf

16: Prescrire Rédaction. Arrêt de commercialisation. Rev Prescrire. 2011;31(338):908

17: Prescrire Rédaction. Arrêt de commercialisation. Rev Prescrire. 2012;32(345):515

18: Prescrire Rédaction. Arrêt de commercialisation. Rev Prescrire. 2012;32(340):110

19: Prescrire Rédaction. Arrêt de commercialisation. Rev Prescrire. 2012;32(349):827

20: Prescrire Rédaction. Arrêt de commercialisation. Rev Prescrire. 2012;33(353):188

21: Prescrire Rédaction. Arrêt de commercialisation. Rev Prescrire. 2012;32(340):111

22: Prescrire Rédaction. Arrêt de commercialisation. Rev Prescrire. 2012;32(340):111

23: Prescrire Rédaction. Arrêt de commercialisation. Rev Prescrire. 2012;32(344):427

24: Prescrire Rédaction. Arrêt de commercialisation. Rev Prescrire. 2012;32(342):267

25: Prescrire Rédaction. Arrêt de commercialisation. Rev Prescrire. 2012;32(342):267

26: Decazes de Glucksberg JM, Pessey JJ, Ovetchkine P, Dumarcet N, Barry B, Birge J et al. Antibiothérapie locale en ORL. AFSSAPS; 2004

27: Sauvage JP, Couloigner V, Bensimon JL, Bingen É, Chavanet P, Dubrulle F, Imbert P et al. Complications locorégionales des pharyngites. Recommandation de la Société Française d'ORL et de Chirurgie de la face et du cou; 2008

28: Centre for Clinical Practice at NICE (UK). Respiratory Tract Infections - Antibiotic Prescribing: Prescribing of Antibiotics for Self-Limiting Respiratory Tract Infections in Adults and Children in Primary Care [Internet]. London: National Institute for Health and Clinical Excellence (UK); 2008 (consulté le 15 Juillet 2015). Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK53632/>

29: Venekamp RP, Sanders SL, Glasziou PP, Del Mar CB, Rovers MM. Antibiotics for acute otitis media in children. Cochrane Database Syst Rev. 2015;6:CD000219.

- 30: Annequin D, Fournier-Charriere E, Lejus C, Ricard C, Sabourdin N, Tourniaire B et al. Prise en charge médicamenteuse de la douleur aiguë et chronique de l'enfant. AFSSAPS; 2009
- 31: Prescrire Rédaction. Bronchites aiguës des adultes jusque là en bonne santé. Rev Prescrire. 2010;30(325):843-6
- 32: Prescrire Rédaction. Rhinosinusites aiguës des adultes - Le plus souvent, pas d'antibiothérapie d'emblée. Rev Prescrire. 2010;30(317):203-6
- 33: SPILF, SFP, GPIP. Antibiothérapie par voie générale en pratique courante dans les infections respiratoires hautes de l'adulte et l'enfant. AFSSAPS; 2011
- 34: Prescrire Rédaction. Toux ; Maux de gorge. Rev Prescrire. 2011;31(334):612-14
- 35: Bloch F, Brion N, De Gabory L, François M, Jankowski R, Massé G et al. Utilisation des vasoconstricteurs en rhinologie. Société Française d'ORL et de Chirurgie de la face et du cou; 2011
- 36: Prescrire Rédaction. Otite moyenne aiguë : traitement symptomatique. Rev Prescrire. 2012;32(339):1-6
- 37: Prescrire Rédaction. Otite moyenne aiguë : traitement antibiotique. Rev Prescrire. 2012; (339):1-5
- 38: Prescrire Rédaction. Otite moyenne aiguë - retarder souvent la décision d'antibiothérapie. Rev Prescrire. 2012;32(342):284
- 39: Prescrire Rédaction. Otite moyenne aiguë chez les enfants, en bref. Rev Prescrire. 2012; (339):1-3
- 40: Prescrire Rédaction. Otite moyenne aiguë chez les enfants - traitement antibiotique. Rev Prescrire. 2012;(339):1-5
- 41: Prescrire Rédaction. Otite moyenne aiguë chez les enfants - traitement antibiotique. Rev Prescrire. 2012;(339):1-5
- 42: Prescrire Rédaction. Angine aiguë : traitement antibiotique. Rev Prescrire. 2012;32(340):2
- 43: Prescrire Rédaction. Angine aiguë : traitement symptomatique. Rev Prescrire. 2012;32(340):1-6
- 44: Assurance Maladie. (consulté le 15 Juillet 2015). Protégeons les antibiotiques, [en ligne]. <http://www.ameli-sante.fr/protegeons-les-antibiotiques/les-antibiotiques-sont-souvent-utilises-a-tort.html>
- 45: Arwidson P, Capek I, Che D, Coignard B, Desenclos JC, Dorléans F et al. Enquête Nicolle 2006 Connaissances, attitudes et comportements face au risque infectieux. INPES; 2008
- 46: ANSM. Dix ans d'évolution des consommations d'antibiotiques en France. ANSM; 2012 (Consulté le 15 Juillet 2015). Disponible à l'adresse : http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/80021cd6bb92b94c16a3db89088fd4f0.pdf
- 47: Sabuncu E, David J, Bernède-Bauduin C, Pépin S, Leroy M, Boëlle P-Y, et al. Significant reduction of antibiotic use in the community after a nationwide campaign in France, 2002-2007. PLoS Med. 2 juin 2009;6(6):e1000084.
- 48: Mousquès J, Renaud T, Scemama O. Variabilité des pratiques médicales en médecine générale : la prescription d'antibiotiques dans la rhinopharyngite aiguë. CREDES. 2003;70(1494):1-6

- 49: Cavalie P. Évolution 2000-2010 de la consommation d'antibiotiques en France en médecine humaine. Bulletin épidémiologique, santé animale et alimentation. 2012;(53):7
- 50: Tastavy N. Enquête sur la prescription des corticoïdes par voie orale dans les infections ORL auprès de 274 médecins généralistes de Midi-Pyrénées [Thèse de Doctorat d'Université]. Toulouse : Université Paul Sabatier; 2009. 236.
- 51: Bloy G, Schweyer FX, Bail P, Bouchayer F, Faure Y, Fernandez G et al. Singuliers généralistes. Sociologie de la Médecine Générale. Rennes : Presses de l'École des Hautes Études en Santé Publique ; 2010 p. 117-31.
- 52: Amar É, Pereira C. Les prescriptions des médecins généralistes et leurs déterminants. Études et Résultats [Internet]. 2005 [consulté le 15 Juillet 2015]; (440) : [12]. Disponible sur : <http://www.drees.sante.gouv.fr/les-prescriptions-des-medecins-generalistes-et-leurs-determinants,4768.html>.
- 53: Département des Études Statistiques. La prescription pharmaceutique des médecins des Hauts-de-Seine au cours du 1er trimestre 2007: des pratiques très disparates. Assurance Maladie des Hauts-de-Seine; 2007
- 54: Vega A. Le partage des responsabilités en médecine - Une approche socio-anthropologique des pratiques soignantes. INSERM; 2011.
- 55: DREES. Les pratiques en médecine générale dans cinq régions: formation médicale continue, évaluation des pratiques et utilisation des recommandations de bonne pratique. ÉTUDES et RÉSULTATS. 2009; (78) : 1 – 8. [consulté le 29 Septembre 2015] Disponible sur : http://www.santepaysdelaloire.com/ors/sites/ors/files/publications/PanelMG/2009panel1_v3_er708.pdf
- 56: Attali C, Amade-Escot C, Ghadi V, Cohen JM, Pouchain D, Huas F et al. Infections respiratoires présumées virales - Comment prescrire moins d'antibiotiques ? Résultats de l'étude PAAIR. La Revue du Praticien - Médecine Générale. 2003; 3 (601) : 155 – 60.
- 57: Deleplanque D, Hennion-Gasrel F, Diblanc-Stamm A, Rochoy M, Messaadi N. Consultations sans prescription médicamenteuse : ressentis des médecins et des patients. Exercer. 2015 ; 26 (117) : 13 – 21.
- 58: Legros G. Les déterminants de l'application, par les médecins généralistes, des récentes recommandations de l'AFSSAPS sur la prise en charge de la toux aiguë chez le nourrisson [Thèse de Doctorat d'Université]. Poitiers : université de Poitiers Faculté de Médecine et de Pharmacie; 2013. 208.
- 59: Brisson B, Cambon G. Analyse du vécu et des stratégies mises en place par les médecins généralistes et les pédiatres suite à l'interdiction des antitussifs chez les enfants de moins de deux ans [Thèse de Doctorat d'Université]. Grenoble : Université Joseph FOURIER; 2013. 120.
- 60: Devaux M, Grandfils N, Sermet C. Déremboursement des mucolytiques et des expectorants : quel impact sur la prescription des généralistes ?. Questions d'Économie de la Santé. 2007 ; 128: 1 – 6.
- 61: Stephan G. Corticothérapie orale en cure courte dans les infections ORL en Médecine Générale : Perceptions et déterminants de la prescription. Nantes : Université de Médecine de Nantes; 2011. 58.
- 62: Macfarlane J, Holmes W, Macfarlane R, Britten N. Influence of patients' expectations on antibiotic management of acute lower respiratory tract illness in general practice:

questionnaire study. BMJ. 1997;315(7117):1211-4.

63: Delga C, Megnin Y, Oustric S, Laurent C, Pauly L, Vergez J-P, et al. Pression de prescription : étude pilote en médecine générale. Thérapie. 2003;58(6):513-7.

64: Kravitz RL, Epstein RM, Feldman MD, Franz CE, Azari R, Wilkes MS, et al. Influence of patients' requests for direct-to-consumer advertised antidepressants: a randomized controlled trial. JAMA. 2005;293(16):1995-2002.

65: Cockburn J, Pit S. Prescribing behaviour in clinical practice: patients' expectations and doctors' perceptions of patients' expectations--a questionnaire study. BMJ. 1997;315(7107):520-3.

66: Scott JG, Cohen D, DiCicco-Bloom B, Orzano AJ, Jaen CR, Crabtree BF. Antibiotic use in acute respiratory infections and the ways patients pressure physicians for a prescription. J Fam Pract. 2001;50(10):853-8.

67: IPSOS. Les Européens, les médicaments et le rapport à l'ordonnance : synthèse générale. Caisse Nationale de l'Assurance Maladie; 2005.

68: Hauvespre B. La non-prescription représentations et vécu des médecins généralistes étude qualitative à partir de 13 entretiens. Lyon : Université Claude Bernard Lyon 1; 2012. 208.

69: Charra E. Représentations et vécu des patients à propos de la non-prescription médicale [Thèse de Doctorat d'Université]. Lyon : Université Claude Bernard Lyon 1; 2012. 164.

70: HAS. Développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses validées. HAS; 2011 (Consulté le 15 Juillet 2015). Disponible à l'adresse : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-06/developpement_de_la_prescription_de_therapeutiques_non_medicamenteuses_rapport.pdf

71: Leon É. Les pratiques de recherche documentaire des médecins généralistes : les freins et les difficultés pour l'accès à une information de qualité [Thèse de Doctorat d'Université]. Bordeaux : Université Victor Segalen Bordeaux 2; 2014. 171.

72: Foisset E. Etude de l'impact de la visite médicale sur la qualité des prescriptions des médecins généralistes bretons. Brest : Université de Bretagne Occidentale; 2012. 197.

73: Bradley CP. Factors which influence the decision whether or not to prescribe: the dilemma facing general practitioners. Br J Gen Pract. 1992;42(364):454-8.

74: Ashworth M, Charlton J, Ballard K, Latinovic R, Gulliford M. Variations in antibiotic prescribing and consultation rates for acute respiratory infection in UK general practices 1995-2000. Br J Gen Pract. 2005;55(517):603-8.

75: Carlsen B, Glenton C, Pope C. Thou shalt versus thou shalt not: a meta-synthesis of GPs' attitudes to clinical practice guidelines. Br J Gen Pract. 2007;57(545):971-8.

76: Hutchinson JM, Jelinski S, Hefferton D, Desaulniers G, Parfrey PS. Role of diagnostic labeling in antibiotic prescription. Can Fam Physician. 2001;47:1217-24.

77: Doumens C, Jean-Girard C, Souhami B, Ducarre R, Letourmy A, Charpak Y. Que perçoit le médecin de l'attente de son patient ?. Revue du Praticien - Médecine Générale. 1994 ; 8(260) : 41 – 8.

6 ABRÉVIATIONS

AFSSAPS : Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé
AINS : Anti-Inflammatoire Non Stéroïdien
AMM : Autorisation de Mise sur le Marché
AVC : Accident Vasculaire Cérébral
CEDH : Centre d'Enseignement et de Développement de l'Homéopathie
CGEA : Collège des Généralistes Enseignants d'Aquitaine
CHEM : Collège des Hautes Études en Médecines
CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
CREDES : Centre de Recherche, d'Études et de Documentation en Économie de la Santé
DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
DU : Diplôme Universitaire
FMC : Formation Médicale Continue
FMI : Formation Médicale Initiale
GPs : General Practitioners
HAS : Haute Autorité de Santé
HTA : Hyper Tension Artérielle
IMAO : Inhibiteurs de la Mono Amine Oxydase
INPES : Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé
NICE : National Institute for Clinical Excellence
OMA(P) : Otite Moyenne Aiguë (Purulente)
ORL : Oto-Rhino-Laryngologique
OSM : Otites Séro-Muqueuse
PAAIR : Prescription Ambulatoire des Antibiotiques dans les Infections Respiratoires
RCP : Résumé des Caractéristiques du Produit
RIAP : Relevé Individuel d'Activité et de Prescription
SASPAS : Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoires Supervisé
TDR : Test de Diagnostic Rapide

7 ANNEXES

7.1 Annexe 1 : Déclaration CNIL



11 rue de Vienne - 75002 PARIS cedex 02
T. 01 53 73 32 32 - F. 01 53 73 32 00
www.cnil.fr

RÉCÉPISSÉ

DÉCLARATION NORMALE

Numéro de déclaration

1703340 v 0

du 02-10-2013

Madame LASSERRE Anaïs
UNIVERSITE VICTOR SEGALEN BORDEAUX II
DEPARTEMENT DE MEDECINE GENERALE
146 RUE LEO SAIGNAT
33076 BORDEAUX

Organisme déclarant

Nom : UNIVERSITE VICTOR SEGALEN BORDEAUX II

Service : DEPARTEMENT DE MEDECINE GENERALE

Adresse : 146 RUE LEO SAIGNAT

Code postal : 33076

Ville : BORDEAUX

N° SIREN ou SIRET :

193300068 00015

Code NAF ou APE :

Tél : 0557571308

Fax : 0556990380

Traitement déclaré

Finalité : CETTE THESE A POUR OBJECTIF D'ANALYSER, A L'AIDE D'UNE ETUDE QUANTITATIVE PAR ENTRETIEN SEMI-DIRIGE, LE RESSENTI D'UNE POPULATION DE MEDECINS GENERALISTES FACE AUX DIFFICULTES INDUITES PAR LE REDUCTION DE L'ARSENAL THERAPEUTIQUE ET DE RECUEILLIR LES STRATEGIES D'ADAPTATION QU'ILS ONT DU DEVELOPPER.

La diffusion de ce récépissé atteste que vous avez effectué une déclaration de votre traitement à la CNIL et que votre dossier est formellement complet. Vous pouvez mettre en œuvre votre traitement. Cependant, la CNIL peut à tout moment vérifier, par courrier ou par la voie d'un contrôle sur place, que ce traitement respecte l'ensemble des dispositions de la loi du 6 janvier 1978 modifiée en 2004. En tout état de cause, vous êtes tenu de respecter les obligations prévues par la loi et notamment :

- 1) La définition et le respect de la finalité du traitement,
- 2) La pertinence des données traitées,
- 3) La conservation pendant une durée limitée des données,
- 4) La sécurité et la confidentialité des données,
- 5) Le respect des droits des intéressés : information sur leur droit d'accès, de rectification et d'opposition.

Pour plus de détails sur les obligations prévues par la loi « Informatique et Libertés », consultez le site internet de la CNIL : « www.cnil.fr »

Fait à Paris, le 2 octobre 2013
Par délégation de la commission

Isabelle FALQUE PIERROTIN
Présidente

7.2 Annexe 2 : Trame d'entretien

L'interviewé est informé de l'objet de l'étude et de sa finalité, du caractère facultatif des réponses et des destinataires des données. Il est également informé du droit d'accès et de modification des données le concernant ainsi que d'un droit d'opposition.

L'entretien débute ensuite par deux questions ouvertes pour laisser l'interviewé aborder librement les thématiques qui lui semblent importantes :

1. *La prise en charge des infections respiratoires bénignes a beaucoup évolué au cours des dix dernières années. Quelles difficultés avez-vous éprouvées face à ces changements ?*
2. *En quoi votre prise en charge dans le traitement des infections respiratoires bénignes a-t-elle été modifiée au cours des dix dernières années ?*

Puis des « questions de relance » sont prévues pour essayer de balayer les thématiques qui n'auraient pas été évoquées spontanément.

<i>En quoi votre prescription d'antibiotiques a-t-elle changée au cours des dix dernières années dans ce type de pathologies ?</i> • <u>Si elles ont baissé :</u> Quelles difficultés avez-vous rencontrées pour faire diminuer ces prescriptions ? • <u>Si elles ont augmenté :</u> qu'est-ce qui selon vous explique cette évolution ? • <u>Si pas de changement :</u> Quels obstacles liés à vos opinions, à votre pratique ou à votre patientèle vous ont empêchés de diminuer votre prescription d'antibiotiques ?	
<i>En quoi vos pratiques de prescriptions des AINS dans les infections respiratoires bénignes ont-elles été modifiées au cours des dix dernières années ?</i> • <u>Si elles ont baissé :</u> quelles difficultés avez-vous rencontrées pour faire diminuer ces prescriptions ? • <u>Si elles ont augmenté :</u> qu'est-ce qui selon vous explique cette évolution ?	
<i>En quoi vos pratiques de prescriptions des corticoïdes dans les infections respiratoires bénignes ont-elles été modifiées au cours des dix dernières années ?</i> • <u>Si elles ont baissé :</u> quelles difficultés avez-vous rencontrées pour faire diminuer ces prescriptions ? • <u>Si elles ont augmenté :</u> qu'est-ce qui selon vous explique cette évolution ?	
<i>En quoi vos pratiques de prescription d'homéopathie dans les infections respiratoires bénignes ont-elles été modifiées au cours des dix dernières années ?</i> • <u>Si elles ont baissé :</u> quelles difficultés avez-vous rencontrées pour faire diminuer ces prescriptions ? • <u>Si elles ont augmenté :</u> qu'est-ce qui selon vous explique cette évolution ?	

<i>En quoi vos pratiques de prescription des traitements symptomatiques (sirops, vasoconstricteurs, antitussifs, etc.) ont-elles été modifiées au cours des dix dernières années ?</i> • <u>Si elles ont baissé</u> : quelles difficultés avez-vous rencontrées pour faire diminuer ces prescriptions ? • <u>Si elles ont augmenté</u> : qu'est-ce qui selon vous explique cette évolution ?	
<i>En quoi votre part d'information et d'éducation du patient ont-elles été modifiées dans vos consultations pour une infection respiratoire bénigne ?</i> • <u>Si elles ont baissé</u> : quelles difficultés avez-vous rencontrées pour faire diminuer ces prescriptions ? • <u>Si elles ont augmenté</u> : qu'est-ce qui selon vous explique cette évolution ?	
<i>En quoi votre part d'apprentissage de l'automédication a-t-elle été modifiée dans vos consultations pour une infection respiratoire bénigne ?</i> • <u>Si elles ont baissé</u> : qu'est-ce qui selon vous explique cette évolution ? • <u>Si elles ont augmenté</u> : quelles difficultés avez-vous rencontrées pour faire augmenter cette pratique ? • <u>Quelle que soit la réponse</u> : Quelle est la place des autres professionnels de santé (et notamment du pharmacien) dans l'apprentissage de l'automédication ?	

À la fin de l'entretien, un certain nombre de données personnelles devront avoir été relevées. Si elles ne sont pas disponibles quelques réponses fermées pourront être posées.

Age	Quel âge avez-vous ?
Sexe	M / F
Activité	Rural / Urbain Groupe / Isolé Libéral exclusif / autre Avez-vous un autre mode d'exercice que celui de médecin généraliste libéral ?
FMC	De quelle manière restez-vous à jour concernant les connaissances médicales ?(revues, groupe de pairs, cours donnés par des spécialistes, laboratoires, etc.)
RIAP	Nombre d'actes par jour Selon votre dernier relevé RIAP, à quel niveau de nombre de prescriptions médicamenteuses vous situez-vous ?
Laboratoire	Combien recevez-vous de visiteurs médicaux par semaine ?

7.3 Annexe 3 : Portraits des médecins interviewés

7.3.1 Entretien 1 : Mme T

Mme T a 57 ans et travaille en milieu rural dans un village de 1138 habitants. Elle exerce dans une maison de santé avec deux jeunes médecins généralistes. Elle a une activité de médecin pompier et également Maître de stage et accueille régulièrement des internes en stages praticien ou en SASPAS. Elle est abonnée à la revue Prescrire et participe à des groupes de pairs et des formations organisées à la fois par des généralistes et des spécialistes. Elle est moyennement prescriptrice et dit avoir considérablement diminué au contact de ses jeunes collègues. Elle voit en moyenne 25 patients par jour et moins d'un visiteur pharmaceutique par semaine.

7.3.2 Entretien 2 : Mme L

Mme L est une femme de 59 ans exerçant seule en milieu semi-rural dans une ville de 4857 habitants. Elle exerce une activité parallèle de médecin pompier et fait des vacations à l'hôpital. Durant ses vacances, elle part très régulièrement en mission humanitaire. Concernant sa formation, elle possède de nombreux DU (médecin sapeur pompier, médecine tropicale, pédiatrie médecine générale), elle reçoit la revue Prescrire et participe également à des journées de formation et des groupes de pairs. Elle reçoit très régulièrement des visiteurs pharmaceutiques (3 en moyenne par semaine). Elle réalise entre 30 et 35 actes par jour. Elle est moyennement prescriptrice.

7.3.3 Entretien 3 : Mme Y

Mme Y a 36 ans et travaille en milieu semi-rural dans une ville de 3208 habitants. Elle exerce dans un cabinet de groupe avec trois autres médecins généralistes : Mr A (entretien 4), Mr G (entretien 5) et Mr L (entretien 6). Elle n'a pas d'autre mode d'exercice que celui-ci. Elle reste à jour de ses connaissances médicales par l'intermédiaire de formations organisées par le CHEM (Collège des Hautes Études en Médecine). Elle n'est abonnée à aucune revue médicale. Elle est faiblement prescriptrice et refuse d'accueillir l'industrie pharmaceutique.

7.3.4 Entretien 4 : Mr A

Mr A est un médecin âgé de 63 ans, partant à la retraite quelques mois après la réalisation de l'entretien. Il travaille en semi-rural dans une ville de 3208 habitants, dans un cabinet de groupe avec trois autres médecins (sujets des entretiens 3 à 6). Il a également une formation de gériatre et était le médecin coordinateur de l'EHPAD du village, activité qu'il a

abandonnée. Il faisait autrefois des formations continues, qu'il a abandonnées depuis 2006, date à laquelle il s'est installé avec ses confrères. Actuellement, il se tient à jour à l'aide de revues telles que la Revue du Praticien et Prescrire. Il refuse la présence de l'industrie pharmaceutique. Ses plages de consultations sont les plus étendues du cabinet. Il est faiblement prescripteur (relevé RIAP non disponible) selon lui, ses secrétaires et ses patients lui auraient donné le surnom de Monsieur Doliprane.

7.3.5 Entretien 5 : Mr G

Mr G est un médecin de 46 ans travaillant en semi-rural dans une ville de 3208 habitants. Il exerce dans un cabinet de groupe avec les trois sujets des entretiens 3 à 6. Il se met à jour à l'aide de revues et de FMC du CHEM. Il reçoit régulièrement les visiteurs médicaux (3 par semaine). Il s'est installé tout d'abord avec un médecin avec qui la relation est devenue rapidement conflictuelle. Lors du départ de ce dernier, il s'est installé d'abord avec Mr L (entretien 6) puis les deux autres. Actuellement, il se juge moyen prescripteur, légèrement au-dessus de la moyenne du fait selon lui de ses ordonnances de patients chroniques.

7.3.6 Entretien 6 : Mr L

Mr L est un médecin de 45 ans travaillant en semi-rural dans une ville de 3208 habitants. Il exerce dans un cabinet de groupe avec les trois sujets des entretiens 3 à 5. Il se met à jour à l'aide de la revue Prescrire, de sites internet médicaux trouvés à partir du moteur de recherche Google et de FMC du CHEM. Il reçoit toujours les visiteurs médicaux (2 par semaine) mais moins qu'auparavant et selon lui par sympathie et sans se laisser influencer. Il est moyen-gros prescripteur.

7.3.7 Entretien 7: Mr P

Mr P est un médecin de 59 ans travaillant dans un cabinet médical en milieu urbain, dans une ville de 13768 habitants. Il exerce aux côtés d'une consœur (Mme F entretien 8) de la même génération. Il existe deux bureaux vides qu'ils cherchent à remplir pour palier les très nombreux départs en retraite des médecins généralistes de la ville. Leur activité est très individuelle car leurs dossiers informatiques ne sont pas en réseau et ils semblent à priori peu partager leur expérience professionnelle. Son épouse l'aide parfois en assurant le rôle de secrétariat téléphonique, en alternance avec un secrétariat téléphonique privé. Il exerce également une activité de médecine thermique qu'il a considérablement diminuée au cours de

sa carrière. Il travaille tous les jours de la semaine (dimanche compris pour ses curistes) sauf le jeudi et un samedi sur deux. Il réalise une trentaine d'actes par jour. Il reçoit très fréquemment l'industrie pharmaceutique (8 par semaine)

7.3.8 Entretien 8 : Mme F

Mme F est un médecin de 48 ans travaillant dans un cabinet médical en milieu urbain, dans une ville de 13768 habitants. Elle exerce avec un autre médecin (Mr P entretien 7) de la même génération. Bien qu'exerçant en milieu urbain, il s'agit d'une zone carencée en médecins généralistes. Elle réalise 23-25 actes par jour avec une prédominance de femmes et d'enfants. Elle intervient également dans la crèche de la ville où se trouve son cabinet. Elle reçoit beaucoup l'industrie pharmaceutique (5 par semaine) bien qu'elle ait diminué le nombre de leurs visites au cours de ces dernières années.

7.3.9 Entretien 9 : Mr La

Mr La est un médecin généraliste de 58 ans exerçant en milieu semi-rural dans une ville de 3543 habitants. Il travaille avec deux autres médecins généralistes avec qui il partage une secrétaire. Mr La est un ancien médecin militaire qui a beaucoup exercé à l'étranger. Actuellement, il exerce en plus de son activité principale de médecin généraliste une activité d'homéopathe, de nutritionniste (DU de nutrition), de médecin fédéral pour la plongée et de Maître de stage. Il est également médecin régulateur au Centre 15. Il ne lit pas de revues médicales mais participe régulièrement à des FMC ainsi qu'à des groupes de pairs. Il a longtemps reçu les visiteurs pharmaceutiques mais a brutalement interrompu leur passage après décision discutée avec ses deux autres confrères, suite au scandale du Médiateur. Il est faiblement prescripteur (1 étoile sur le RIAP).

7.3.10 Entretien 10 : Mr D

Mr D a 52 ans et travaille depuis peu en milieu urbain dans une ville de 21388 habitants où beaucoup de médecins partent à la retraite, laissant une surcharge de travail importante aux médecins restants. Il est dans un cabinet en association avec un médecin généraliste exerçant quasi-exclusivement de la médecine thermale. Son épouse est une des secrétaires du cabinet. Ils étaient auparavant en milieu semi-rural. Il n'a aucun autre exercice que celui actuel de médecin généraliste libéral. Il est abonné à la revue Prescrire et ne reçoit pas les laboratoires. Il voit en moyenne 40 à 50 patients par jour ce qui est une réduction de son activité précédente.

7.3.11 *Entretien 11 : Mme V*

Mme V a 45 ans et travaille en milieu urbain dans une ville de 143902 habitants avec une associée sensiblement du même âge. Elles sont chacune à mi-temps et se partagent la patientèle. Elle a une activité de médecin généraliste libéral exclusivement. Elle a une formation d'homéopathe. Elle est abonnée à la revue Prescrire qu'elle lit peu mais participe à leur thématique. Elle lit d'autres revues, participe à des ateliers d'homéopathie et aux formations du CHEM. Elle participe à des groupes de pairs et a réalisé récemment un DU de gynécologie. Elle est moyennement prescriptrice. Elle voit en moyenne 25 patients par jour et moins d'un visiteur pharmaceutique par semaine.

7.3.12 *Entretien 12 : Mme B*

Mme B a 63 ans et travaille en milieu rural dans un village de 936 habitants avec deux autres médecins généralistes. En plus de son activité de médecine générale, elle est également Maître de stage. Elle est abonnée à la revue Prescrire et participe à des groupes de pairs. Elle réalise en moyenne 25 actes par jour et est faiblement prescriptrice. Elle ne reçoit pas l'industrie pharmaceutique.

7.3.13 *Entretien 13 : Mr T*

Mr T a 50 ans et travaille en milieu urbain dans une ville de 143902 habitants, dans un cabinet de groupe avec deux médecins généralistes et un dentiste. Il n'a aucune autre activité professionnelle en dehors de sa pratique en cabinet. Il se forme à l'aide d'internet et d'environ deux FMC par an. Il n'est actuellement abonné à aucune revue ni groupe de pairs. Sa patientèle est majoritairement âgée et polypathologique. Il est plus prescripteur que ses confrères du même cabinet (dont Mme B, entretien 14). Il voit en moyenne 30 patients par jour et 2 visiteurs pharmaceutiques par mois.

7.3.14 *Entretien 14 : Mme B*

Mme B a 55 ans et travaille en milieu urbain dans une ville de 143902 habitants, dans un cabinet de groupe avec deux médecins généralistes (dont Mr T, entretien 13) et un dentiste. Elle est également Maître de stage et accueille des externes. Elle n'est actuellement abonnée à aucune revue, ne participe pas aux groupes de pairs. Elle se forme à l'aide des Journées Médicales et de ses enfants, étudiants en médecine. Elle voit en moyenne 30 patients par jour et 1 visiteur pharmaceutique par mois.

7.4 Extrait de Verbatim : 3 entretiens

7.4.1 Entretien n°1 : Mme T

Date : 09/10/2013 ; Durée : 8 min

A : La prise en charge des infections respiratoires bénignes a beaucoup changé durant ces dix dernières années. Est-ce que tu as éprouvé des difficultés face à ces changements ?

Mme T : J'ai été obligée de m'adapter. J'ai été obligée de faire des formations pour me réadapter et euh... par rapport à la prescription notamment des antibiotiques.

A : Quel genre de formations ?

Mme T : Alors j'ai fait des formations sur deux jours. Voilà. Les formations qui sont faites par les organismes... Je ne sais plus lesquels c'étaient... Après, en groupe de pairs... Euh... Prescrire... Euh... Voilà ! Après euh... les formations que j'ai pu faire.

A : En quoi ta prise en charge thérapeutique de ces infections a-t-elle été modifiée ?

Mme T : Je sais pas si elle a été modifiée ; en tout cas, avant, j'étais pas forcément, j'étais pas du tout en fonction des recommandations donc euh... Moi j'ai repris toutes ces recommandations pour un peu plus m'adapter à ça parce que je m'apercevais que je traitais beaucoup trop par antibiotiques ces infections respiratoires.

A : Quelles difficultés tu as rencontrées pour faire baisser le taux de prescription d'antibiotiques ?

Mme T : Euh... Moi je trouve pas qu'il y ait vraiment de difficultés quand on explique très bien aux gens pourquoi, comment, euh... Peut-être qu'avant on faisait beaucoup plus rapidement donc c'était ce qu'ils attendaient. Là, avec des explications, je n'ai pas trouvé que c'était si difficile que ça.

A : En quoi tes pratiques de prescription des anti-inflammatoires dans les infections respiratoires bénignes ont-elles été modifiées sur ces dix dernières années ?

Mme T : Je crois pas que j'ai trop modifié depuis... anti-inflammatoires, hein ?

A : Anti-inflammatoires oui.

Mme T : Je crois pas que j'ai beaucoup modifié. Je ne crois pas que j'en mettais tant que ça. Je crois pas que j'ai modifié mes prescriptions pour les anti-inflammatoires.

A : Est-ce que tu en prescrivais avant ?

Mme T : Oui, mais pas tant que ça. Je crois pas euh... Je crois pas que j'ai vraiment euh... j'ai pas modifié ! Ni diminué, euh... je crois pas non.

A : En quoi tes pratiques de prescription de corticoïdes ont-elles été modifiées sur ces dix dernières années ?

Mme T : Alors ça je crois que j'en prescrivais beaucoup et que j'ai beaucoup diminué et peut-être parce que justement, vous, les jeunes, vous m'avez fait un peu peur (*sourire*), là, dans les groupes de pairs... euh... Voilà. Vous voyez vraiment la différence entre les prescriptions des médecins les plus... les plus âgés euh voilà, et les autres donc c'est vrai que finalement on a réfléchi et comme ça j'en mets beaucoup moins.

J'étais sur les AINS tout à l'heure, voilà. Les corticoïdes, c'est évident que j'en mets moins, oui !

A : Quelles difficultés as-tu rencontrées pour faire baisser ces prescriptions de corticoïdes ?

Mme T : Euh... Pfff... Là aussi je crois que c'est un problème d'explications vis à vis des gens et nous, d'être persuadés de ce qu'on fait donc euh... voilà ! C'est vrai que les recommandations, je trouve, nous aident bien quand même, à prendre en charge et expliquer aux gens euh... le pourquoi du comment.

A : En quoi tes pratiques de prescription d'homéopathie dans les infections respiratoires bénignes ont été modifiées au cours des dix dernières années ?

Mme T : Bon alors là, ça n'a pas été modifié, j'en ai jamais mis ! Je n'y connais rien et je... Quelquefois j'en mets comme ça au hasard... Euh... Voilà... Je sais pas ! Je suis incompétente !

A : En quoi tes pratiques de prescription des traitements symptomatiques comme les sirops, les vasoconstricteurs et autres antitussifs, ont été modifiées au cours des dix

dernières années ?

Mme T : Alors là ça a été complètement modifié puisque je ne mets plus de sirops, euh... Alors là c'est vraiment... euh... voilà ! En fonction des recommandations et des formations que j'ai faites euh... voilà, là aussi, euh, vous les jeunes, vous ne mettez rien, et euh, on s'est aperçu que c'était pas si mal que ça. Par contre ça a été certainement plus compliqué de le faire comprendre aux gens qui attendent toujours leur sirop qu'on leur a toujours donné donc euh. Ça, ça a été peut-être un peu plus difficile.

A : Quelles ont été les difficultés rencontrées pour faire baisser ces prescriptions ?

Mme T : Voilà ! Là c'est le rapport aux gens puisque pendant des années, on leur en a donné et d'un coup, on leur dit « ça sert à rien ». Euh. C'est vrai qu'il y a des fois, on n'est pas très crédibles quand même... Donc, on explique, mais pourquoi on en a eu donné... Voilà... parce que ça, ça n'a pas... Je ne trouve pas que ça ait beaucoup changé. C'est nous qui en donnions parce que ça nous arrangeait bien de donner quelque chose !

A : Tu parlais de formation tout à l'heure. En dehors des groupes de pairs, est-ce qu'il y a d'autres formations ?

Mme T : Oui ! Moi j'ai fait des formations sur 48 heures, je sais plus, c'est avec euh... MG euh... c'est pas MGform, c'est l'autre euh... voilà euh... Le truc qui est dans le Sud-Ouest. J'ai fait des formations sur deux jours voilà...

A : Qui ne traitaient pas uniquement des antibiotiques mais aussi...

Mme T : Voilà, des infections euh... je crois qu'il y avait les infections respiratoires, voilà, on avait ces formations-là.

A : Donc globalement, la part d'information et d'éducation du patient s'est majorée, c'est ça ?

Mme T : Ah oui ! Tout à fait ! On prend peut-être plus de temps pour expliquer avant de donner et... ça permet de limiter quand même énormément les prescriptions.

A : En quoi la part d'apprentissage de l'automédication a été modifiée ?

Mme T : Euh... Je crois quand même que le fait de leur expliquer, ils commencent à

comprendre mais ça reste quand même quelque chose de compliqué et... pas toujours de si efficace que ça ! Tout à l'heure, j'ai encore eu une maman qui appelait pour un gamin qui avait mal à la gorge, sans fièvre, sans rien, et qui voulait venir ! Donc ça, l'automédication, euh... voilà... Ils aiment bien venir voir le médecin quand même. Je suis pas sûre qu'on soit complètement efficace... enfin que JE sois complètement efficace là.

A : Quelle âge as-tu ?

Mme T : 57

A : Donc ici, nous sommes en rural, dans un cabinet de groupe. Tu es en libéral exclusif ou est-ce que tu as d'autres activités ?

Mme T : Non

A : Tu as une activité de Maître de stage.

Mme T : Oui. Et médecin pompier aussi. Nous on intervient plus trop maintenant mais...

A : Autre chose ?

Mme T : Non c'est tout !

A : Tu parlais des FMC, tu parlais des groupes de pairs. Tu as d'autres moyens de formation ?

Mme T : Ben les formations qu'on a sur deux jours ou 24 heures.

A : Qui sont faites par des spécialistes?

Mme T : Qui sont faites à la fois par un spécialiste et par des médecins généralistes. Ce sont des formations de médecine générale. Sans labo.

A : Des revues ?

Mme T : Oui, Prescrire.

A : Selon ton dernier relevé RIAP, à quel niveau de nombre de prescriptions médicamenteuses tu te situes ?

Mme T : Je suis... je crois que je suis 3 croix. Prescription médicamenteuse hein ?

A : oui

Mme T : Générale ? Ben c'est trois croix je crois. Après je te le porterai si tu veux.

A : Et ton nombre d'actes par jour à peu près ?

Mme T : Disons 25.

A : Combien tu reçois de visiteurs par semaine ?

Mme T : Pff... Moins d'un ! On va dire, allez euh... trois par mois ?

Je ne sais pas trop. Tu n'en as pas vu beaucoup toi depuis que t'es là ?

A : Un ce matin

Fin de l'entretien.

Relance spontanée de l'entretien par l'interviewée.

Mme T : Je crois qu'on les forme pas trop. Je prends peut être pas le temps.

T'as qu'à regarder les ordonnances, il y a 5 ans, ils repartaient avec Pivalone, un sirop de chais-pas-quoi. J'en ai pas donné, ça doit faire 8 jours que j'en ai pas donné ! A part du sérum phy, j'ai rien donné ! Je donne plus du tout quoi ! C'est quand même... Je trouve que c'est quand même euh... énorme comme euh... Et on s'aperçoit que ça marche aussi bien !

** Fin de l'entretien **

7.4.2 Entretien n°4 : Mr A

Date : 30/01/2014 ; Durée : 10 min 59 s

A : La prise en charge des infections respiratoires bénignes a beaucoup évolué au cours des dix dernières années. Quelles difficultés avez-vous éprouvées face à ces changements ?

Mr A : Je n'ai pas éprouvé de difficultés particulières.

A : Est-ce que vos patients ont éprouvé des difficultés ?

Mr A : *(silence)*

Mon Dieu non !

A : D'accord. En quoi votre prise en charge a-t-elle été modifiée au cours de ces dix dernières années ?

Mr A : Je ne sais pas si elle a été beaucoup modifiée.

(silence)

A : D'accord. Concernant la prescription d'antibiotiques, en quoi elle a changé ? Si elle a changé...

Mr A : Je pense pas qu'elle ait beaucoup changé.

A : Quels obstacles, liés à vos opinions, votre pratique ou votre patientèle, vous ont empêché de diminuer votre prescription d'antibiotiques ?

Mr A : Je prescrivais déjà pas beaucoup avant donc euh...

A : D'accord. Concernant la prescription des anti-inflammatoires dans les infections respiratoires bénignes, est-ce que la prescription a été modifiée au cours des dix dernières années ?

Mr A : Peut-être qu'elle a été modifiée, elle a peut-être été augmentée parce que j'en prescrivais pas beaucoup avant.

A : Et qu'est-ce qui selon vous explique cette augmentation ?

Mr A : C'est bien la question que je me pose, ouais...

(silence)

Je ne sais pas qu'est-ce qui explique... Peut être la demande des gens.

A : Vous pensez que les gens demandent plus de *(coupée)*

Mr A : Oui.

A : Ils demandent des anti-inflammatoires ou... (coupée)

Mr A : demandent quelque chose.

A : Ce qu'ils ne faisaient pas avant ?

Mr A : Si mais, je me laissais peut-être moins faire.

A : Avant, vous prescriviez quoi ? L'ordonnance type, c'était quoi ?

Mr A : Pour ?

A : Par exemple un rhume ?

Mr A : Des mouchoirs.

A : D'accord. Et les gens repartaient sans rien ?

Mr A : Ben c'est arrivé oui, et ça arrive toujours ! Ouais.

S'ils n'ont rien besoin !

A : Et qu'est ce qui fait que vous allez mettre des anti-inflammatoires ?

Mr A : Quand ils ont des envies pressantes.

A : et concernant la prescription de corticoïdes ?

Mr A : Oui, j'aime pas.

A : Du coup la prescription n'a pas changé (coupée)

Mr A : Ben si, la prescription, c'est justement les anti-inflammatoires, moi je pensais aux corticoïdes.

A : Alors, je faisais référence initialement aux AINS.

Mr A : Ah non ! Ça non !

A : Ça, vous n'en prescrivez pas ?

Mr A : Euh... Pfff... Pas beaucoup. Beaucoup moins qu'avant, ça sûrement.

Moi je parlais des anti-inflammatoires stéroïdiens.

A : D'accord.

Donc je reviens sur les AINS du coup...

Mr A : Alors AINS, j'en prescrivais au départ euh... plus que maintenant. Maintenant j'en prescris quasiment plus dans les infections ORL.

A : Et quelles difficultés avez-vous rencontrées pour faire diminuer... (coupée)

Mr A : Oh ! Aucune !

A : Aucune ?

Mr A : Aucune.

A : Et donc concernant les corticoïdes ?

Mr A : Concernant les corticoïdes, j'en prescris plus mais j'aime pas.

A : D'accord.

Mr A : Dans les infections ORL.

A : Donc vous dites que c'est la pression du patient (coupée)

Mr A : C'est plus la pression du... c'est plus la pression, ben parce que, y'a des gens qui réclament ! Y'a des gens qui réclament, bon euh... Comme maintenant, on est dans une structure qui euh... où ce ne sont pas que mes patients, ben mon Dieu euh...

A : C'est à dire que vous êtes influencé par les prescriptions de vos confrères ?

Mr A : Je ne suis pas influencé par la prescription de mes confrères, mais euh... Je prescris comme eux quand ce sont leurs patients.

A : D'accord.

Mr A : Comme quand on faisait des remplacements, quand je faisais des remplacements, j'ai essayé de me mettre dans le moule du médecin que je remplaçais. Ce qui ne m'empêchait pas de... d'ess... de prendre ce qui me plaisait et de laisser ce qui ne me plaisait pas.

A : D'accord.

Mr A : Vous comprenez ?

A : Mmh mmh... Concernant l'homéopathie ? Est-ce que... (coupée)

Mr A : J'ai rien pour, j'ai rien contre.

Mais ça n'a rien à voir avec ma pratique.

A : Vous ne prescrivez pas d'homéopathie ?

Mr A : Si, si ils me demandent. Un peu comme la cortisone quoi.

(silence)

L'homéopathie c'est un peu la même chose que la cortisone.

A : Vous dites que c'est la même chose ?

Mr A : Un peu ouais. Sur les rhumes ouais.

Mais c'est bien des rhumes que vous parlez ?

A : Rhumes, angines, otites, bronchites... les infections respiratoires bénignes.

Mr A : C'est ça ouais. Ce sont des pathologies, chez les petits, de... d'adaptation.

A : Mmh Mmh

Mr A : D'accord ?

A : Vous dites finalement que l'homéopathie a autant d'efficacité que les corticoïdes... (coupée)

Mr A : Non non non ! Je dis pas que ça a autant d'efficacité, je dis que c'est un peu la même chose. Je pense que pour une infection ORL banale, y'a pas besoin de médicament.

(silence)

Au départ. Après euh...

A : Du coup, concernant l'homéopathie, vous avez augmenté vos prescriptions ?

Mr A : Ah non non non, par rapport à la demande, s'ils me demandent je donne, mais sinon je donne pas ! Et si je donne, je leur demande quoi qu'ils veulent parce que j'y connais rien là dedans !

A : Et vous avez ressenti une hausse de cette demande concernant l'homéopathie ?

Mr A : Pas vraiment. C'est resté pareil ouais.

A: Et concernant la prescription des traitements symptomatiques : les sirops, les vasoconstricteurs, les antitussifs, etc ? En quoi vos pratiques ont-elles été modifiées ?

Mr A : Elles n'ont pas été modifiées. Si elles ont été modifiées en ce sens que je ne donne plus de... de... plus beaucoup de sirops. Parce qu'avant, si vous voulez, je donnais des sirops quand je ne savais pas quoi donner, qu'il fallait donner quelque chose, donc je donnais un sirop. Et maintenant je n'en donne plus, je dis aux gens « ça ne sert à rien » et puis ça passe. Mais ça c'est le privilège de l'âge. On peut se permettre de dire des choses, plus, quand même !

A : Vous avez eu des difficultés pour diminuer la prescription de sirops (coupée)

Mr A : Ah non non non, pas du tout ! Mais je prescrivais pas beaucoup déjà.

A : Et les autres traitements symptomatiques ? Vous en prescrivez ou pas ?

Mr A : Très peu, à part du sérum phy et voilà.

A : En quoi votre part d'information, d'éducation du patient, a-t-elle été modifiée ?

Mr A : Ah ça n'a pas été modifié, non je pense pas. Je pense que ça fait partie de notre travail, d'éduquer justement les gens et de leur donner des bonnes conduites sur, justement, ces pathologies-là.

A : Vous n'avez ni augmenté, ni... vous l'avez toujours fait, c'est ça ?

Mr A : Ah je pense ouais ! Enfin j'ai essayé, maintenant c'est pas à moi de juger.

(s'éclaircit la voix)

A : Et la part d'apprentissage de l'automédication ? Est-ce qu'elle a été modifiée au cours de ces dix dernières années ?

Mr A : Je pense que les gens ont modifié leur part mais c'est pas à cause de nous, c'est à cause de l'environnement.

A : C'est à dire ?

Mr A : C'est à dire, c'est à cause des médias, c'est à cause des pharmaciens, c'est à cause de... voilà ! Mais pas tellement à cause de nous. Peut-être à cause de nous parce qu'on... on s'est peut-être un peu retranché ici, on a laissé des parts de marché comme on dit dans les milieux euh... économiques.

A : Qu'est ce que vous entendez par là ? Voulez-vous dire qu'en prescrivant moins (coupée)

Mr A : Non pas en prescrivant moins, j'ai dit en général. Pas moins en particulier, j'ai dit en général. Mais ça c'est pas... ça n'est pas... fonction de nous en particulier, c'est fonction de la profession en général. Puisque le métier a quand même évolué... Ça n'a plus rien à voir ce qu'on fait maintenant avec ce qu'on faisait avant. C'est... voilà... et dans dix ans, ce sera complètement différent je pense, encore.

A : Est-ce que vous pouvez m'expliquer ces différences ?

Mr A : Ces différences, elle est due à... aux techniques que l'on a, l'imagerie, la biologie etc... qu'on avait beaucoup moins avant. Par l'éducation des patients, ils sont beaucoup plus au fait, beaucoup plus demandeurs, beaucoup plus à toutes ces choses là. C'est pas personnel si vous voulez mais c'est l'environnement et médical et médiatique etc.

A : Et pour vous, quelle est la place des autres professionnels de santé et notamment le pharmacien, dans l'apprentissage de l'automédication ?

Mr A : Oh ben je pense qu'il devrait être important.

A : Et vous pensez que c'est le cas actuellement ?

Mr A : Je pense que c'est en train de prendre de l'importance maintenant avec par exemple la prise en charge des INR etc. Qui sont peut-être pas effectives encore mais c'est dans l'air, ça va se faire.

A : Et la place du pharmacien dans les infections respiratoires bénignes ?

Mr A : Ben aussi ouais... Il est en première ligne comme nous hein je pense. Plus en première ligne que nous.

A : Quel âge avez-vous ?

Mr A : 63.

A : De quelles manières restez-vous à jour concernant les connaissances médicales ?

Mr A : J'ai fait la formation continue, pas mal, euh... jusqu'à ce que je vienne ici. Avant j'en faisais, maintenant, ici, j'en fais plus beaucoup.

A : Ça fait combien d'années que vous êtes ici ?

Mr A : Euh... 2006

Là je reste avec les revues quoi... Prescrire, Revue du Prat, voilà...

A : D'autres revues ?

Mr A : Non

A : Avez-vous d'autres moyens de rester à jour ? Des cours donnés par des spécialistes, ou des laboratoires.

Mr A : Je ne reçois pas l'industrie pharmaceutique.

A : Selon votre dernier relevé RIAP, à quel niveau vous situez-vous concernant les prescriptions médicamenteuses ?

Mr A : Je regarde pas les relevés RIAP.

A : Vous l'avez par là ?

Mr A : Non, je dois pas l'avoir par là.

Mais je pense qu'au départ j'étais bas et je pense toujours.

** Fin de l'entretien **

7.4.3 Entretien n°13 : Mr T

Date : 12/09/2014 ; Durée : 10 min 50 s

A : La thèse traite des infections respiratoires bénignes : les angines, pharyngites, bronchites, etc... La prise en charge des infections respiratoires bénignes a beaucoup changé durant ces dix dernières années. Est-ce que tu as éprouvé des difficultés face à ces changements ?

Mr T : Bah c'est surtout tout euh... Pfff... C'est surtout, peut-être, utiliser... Bon, pour ce qui est des angines, c'est utiliser le diagnostic rapide, c'est surtout ça, qui a changé un peu notre pratique, quoi. Bon après euh... euh... le gros écueil, c'est d'avoir le temps de le faire euh... d'avoir le... le... le... le discours pour expliquer aux gens ce que c'est, comment ça marche, que ça sert à rien de prendre des antibiotiques dans une angine virale, voilà ! Puis d'essayer d'avoir suffisamment de disponibilité pour leur expliquer ça. Donc c'est ça la plus grosse difficulté hein ! Enfin pour nous, pour l'angine, c'est ça surtout qui a changé ! Bon après euh, tout ce qui est rhinopharyngite, c'est vrai que, bon y'a eu les campagnes d'information, tout ça, ça a changé sûrement la façon de voir des gens, de voir les antibiotiques.

A : Est-ce que les patients ont éprouvé des difficultés ?

Mr T : Pour ne pas en prendre ?

A : Par rapport aux changements.

Mr T : Je crois qu'il y a quand même, dans la conviction des gens, il y a la conviction qu'effectivement, un rhume, une bronchite, ça va se traiter par des antibiotiques. Je pense. Donc c'est vrai que l'on se heurte déjà à un à priori quand on les voit quoi. Et puis quand ils

reviennent, parce que ça va durer, parce que voilà... « Je vous avais dit Docteur, chez moi ça se transforme toujours en bronchite ! ». Voilà, c'est ça un peu ! Après il faut argumenter, voilà ! Alors je sais que certains... moi je fais aussi de temps en temps, tu laisses une deuxième ordonnance, « bon, si ça va pas mieux, prenez l'antibiotique » mais bon en général en 48 heures l'ordonnance elle est prise quoi !

A : En quoi ta prise en charge a été modifiée sur les dix dernières années, en dehors du Streptococcus ? Est-ce que tu fais différemment ?

Mr T : Ouais, sûrement moins, je prescris moins sûrement ?

A : Moins de quoi ?

Mr T : Moins d'antibios. Moins d'antibios chez l'enfant, moins d'antibios... Je prescris différemment dans l'urinaire sûrement...

A : Je reste sur les infections respiratoires.

Mr T : Ah oui c'est vrai. Euh... Sûrement moins, oui. Probablement en quantité, en durée... Euh... Je cible peut-être plus les terrains à risque... Les gens qui sont euh... plus fragiles quoi ? Tabagiques, éthyliques... En fait on a toujours peur que... C'est un peu notre crainte mais peut-être que nous... On n'a pas été élevés comme ça, on a toujours peur que ça dégénère, qu'il y ait une complication quoi ! C'est un peu notre crainte !

A : Toujours dans les infections respiratoires, en quoi tes pratiques de prescription d'AINS ont-elles été modifiées ?

Mr T : AINS je mets quasiment pas dans l'ORL.

A : Et ça a toujours été ?

Mr T : Ouais.

A : D'accord. Et les corticoïdes ?

Mr T : Ouais... Ça par contre, j'en mets pas mal ! Parfois tout seuls d'ailleurs. J'aime bien. Le fait de prescrire moins d'antibiotiques, j'ai sûrement prescrit plus de corticoïdes ! Surtout depuis que tout ce qui est traitements locaux a été remboursé ! Je mets souvent des petites

cures courtes de 2-3 jours, voilà ! Ça je mets beaucoup plus oui ! Sûrement oui !

Y'a eu un transfert de la prescription d'antibiotiques vers la prescription des cures courtes de cortisone, sûrement oui !

A : Les traitements locaux, tu en prescrirais moins ?

Mr T : Ben oui, quasiment plus, du fait des déremboursements. Bon les sprays nasaux, mais, c'est vrai que... ils sont remboursés à 15%, je crois. Y'en a un ou deux qui sont encore remboursés, mais les trois quarts ne sont plus remboursés !

A : Est-ce que ça a été difficile de diminuer cette prescription ?

Mr T : Non, ça s'est fait naturellement, du fait que c'était plus remboursé, et que les gens n'ont plus forcément les moyens ne serait-ce que de payer 3 € de plus de leur poche. 3-4 €, je sais pas combien ça vaut un spray nasal, mais...

A : Et concernant l'homéopathie ?

Mr T : J'en prescris pas.

A : Tu n'en as jamais prescrits ?

Mr T : Je suis incompétent en la matière. *(rire)*

A : En quoi ta part d'information et d'éducation du patient a-t-elle été modifiée ?

Mr T : Ben par rapport au TDR, par exemple ! Ça c'est un outil pédagogique énorme ! Faut avoir le temps de le faire ! Faut avoir le temps de le faire et faut avoir envie de le faire ! Faut avoir les kits à disposition, prêts, non périmés... Donc ça demande aussi une certaine... discipline quoi ! C'est-à-dire quelqu'un qui vient pour un mal de gorge en période hivernale, la première chose qu'il faut faire, c'est ça, comme ça on perd pas de temps. Donc ça effectivement, c'est un outil pédagogique, voilà ! Bon alors c'est vrai que des fois, quand on voit une énorme angine érythémato-pultacée avec un TDR négatif, faut avoir le cran de ne pas mettre un antibio quoi ! Mais bon, faut, voilà... c'est ça, la médecine basée sur les preuves, c'est ça aussi hein... Donc ça, c'est ça, c'est un outil pédagogique, c'est expliquer aux gens que la sensibilité des microbes diminue du fait qu'on prescrit moins d'antibiotiques, que le pneumocoque commence à... pour la première fois on commence à avoir des pneumocoques

qui redeviennent un peu euh... le taux de pneumocoques résistants commence à baisser... et qu'ailleurs effectivement, on prescrit moins, dans les autres pays d'Europe, on prescrit quasiment pas d'antibiotiques dans les infections ORL quoi ! Alors c'est sûr que la médecine est différente mais alors quand vous dites ça aux gens, c'est le tollé ! « ah ouais mais les anglais de toutes façons... leur médecine est nulle »... C'est un peu ça hein, le discours.

A : Du coup, au niveau de l'information et de l'éducation, tu as augmenté ?

Mr T : Ouais, tu passes plus de temps sûrement à leur dire que ça sert à rien, que si ça va pas, il faut qu'ils reviennent, ouais ouais ouais.

A : Et concernant l'automédication, est-ce que ça a été modifié ?

Mr T : oui, peut-être certains prennent des petites cures de corticoïdes, 2-3 jours. Sûrement oui.

A : Et l'apprentissage de l'automédication ?

Mr T : Euh... Ça je leur ai pas appris. Bon... Le problème... une infection ORL, un rhume... euh... en général ils n'appellent pas pour avoir du conseil. Ils gèrent ça eux-même. Ça passe plutôt par le pharmacien je pense.

A : Et pour toi, quelle est la place des autres professionnels de santé, dont le pharmacien, dans l'apprentissage à l'automédication ?

Mr T : Oui, oui, je pense que c'est important. On est débordés, si on peut avoir moins de rhinos, ça nous arrangerait bien hein... Bon, de là à faire des TDR euh... C'est quand même pas... Je pense qu'il faut que chacun reste à sa place quoi. Mais bon, prescrire un spray nasal, euh... du Doliprane, et puis dire au patient de consulter si ça va pas mieux dans les 48 heures, je pense que... ça me paraît une bonne attitude bien sûr ! Oui...

A : Quel âge tu as ?

Mr T : 50 ans

A : Est-ce que tu as un autre mode d'exercice que celui de généraliste libéral ?

Mr T : Non.

A : De quelles manières tu restes à jour concernant les connaissances médicales ?

Mr T : Euh... bah y'a internet, bien sûr. Je vais deux fois par an à des formations type Journées Médicales... Essentiellement ça. Congrès, euh... J'y vais plus beaucoup.

A : Des revues ?

Mr T : Revues euh... non, pas tellement. On n'est pas abonnés au Cabinet. Bon, y'a le Quotidien du Médecin, mais bon, c'est pas de la grande revue scientifique. On se tâtait pour s'abonner à Prescrire, je pense que ce serait une bonne chose. Ce serait intéressant d'avoir quelque chose d'indépendant.

A : Combien fais-tu d'actes par jour ?

Mr T : Une trentaine en moyenne.

A : Et sur le dernier relevé RIAP, à quel niveau de nombre de prescriptions médicamenteuses tu te situes ?

Mr T : Alors moi je dois être à... Je vais te dire exactement parce que je l'ai là ! Je dois être à 3 étoiles... Je suis pas encore Général, ni Amiral. On est dans une ville maritime ! Voilà ! Alors RIAP du 22 Août ! Tu vois c'est récent hein ! Prescription médicamenteuse... [...] montant remboursable pharmacie, ah tu vois je suis même Amiral ! 4 étoiles ! Ouais.

A : Combien tu reçois de visiteurs médicaux par semaine ?

Mr T : On va dire 2 par mois.

** Fin de l'entretien **

Relance spontanée de l'entretien par l'interviewé.

Mr T : Montant pharmacie, 215 € par patient. Moyenne 2013, 156 € dans la région !

SERMENT MÉDICAL

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

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

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

Résumé : Quelles sont les stratégies de prescription des médecins généralistes dans le cadre des infections respiratoires non compliquées ? Étude qualitative auprès de 14 médecins généralistes landais et bretons.

Introduction : La prise en charge des infections respiratoires non compliquées est un acte courant en médecine générale. L'arsenal thérapeutique pour leur prise en charge a été considérablement réduit ces dernières années. L'objectif de cette étude est d'identifier les stratégies développées par les médecins généralistes pour s'adapter aux difficultés engendrées par les nouvelles règles de prescription. Les objectifs secondaires sont d'identifier les freins et les facteurs favorisant une mise en conformité des pratiques avec les recommandations.

Méthode : Nous avons réalisé une étude qualitative par entretien semi-dirigé auprès de médecins généralistes landais et bretons installés depuis au moins 10 ans d'exercice.

Résultats : 14 médecins ont été interviewés. Ils décrivent une baisse globale des prescriptions touchant essentiellement les antibiotiques, les vasoconstricteurs et les mucolytiques. Pour les autres traitements, cette baisse est plus contrastée. Pour parvenir à changer leur prescription, les médecins ont mis en place des stratégies d'adaptation (information au patient, report de prescription...). Si tous les médecins expriment des difficultés face aux nombreux changements, ils décrivent également des facteurs favorisant une mise en conformité des pratiques.

Discussion : Cette étude montre trois profils de médecins : les non prescripteurs, les placebo-thérapeutes et les prescripteurs convaincus. On peut penser qu'en agissant sur les facteurs favorisant, il serait possible de diminuer le nombre de prescriptions médicamenteuses.

Mot-clés : médecins généralistes, traitement médicamenteux, pharyngite, sinusite, rhinopharyngite, otite, laryngite, bronchite.

Abstract : What are the strategies of prescription of GPs (General Practitioners) when prescribing for mild respiratory tract infections ? Qualitative study with 14 from the Landes and Breton general practitioners.

Background : The treatment of mild respiratory tract infections is a common occurrence in general medicine. The range of medication has been considerably reduced over the last few years. The main objective of this study is to identify the strategies which practitioners have developed in order to adapt to the difficulties engendered by new rules governing prescription. The secondary objectives are to identify brakes and factors favoring a putting in conformity of the practices.

Methods : We carried out a qualitative study in the form of semi-structured interviews among GPs in the Landes and in Brittany who have at least 10 years' experience.

Results : 14 GPs were interviewed. They note a fall in the number of prescriptions for antibiotics, vasoconstrictors and mucolytics. For other sorts of treatment, this reduction is more differentiated. To change their prescription, the GPs set up adaptation strategies (information given to the patient, deferred prescription...). Even though all the GPs express concern over the numerous changes, they also note factors which would enable practices to be brought into line.

Discussion : This study reveals three different profiles : the non-prescribers, the placebo advocates and the prescribers convinced. It may be said that by acting on contributory factors, it would be possible to reduce the number of drug prescriptions.

Keywords : general practitioners, drug therapy, pharyngitis, sinusitis, nasopharyngitis, otitis, laryngitis, bronchitis.