



HAL
open science

Regard croisé des médecins généralistes et des patients sur les prescriptions différées, comme exemple de décision médicale partagée

Claire Picot de Moras D'aligny

► **To cite this version:**

Claire Picot de Moras D'aligny. Regard croisé des médecins généralistes et des patients sur les prescriptions différées, comme exemple de décision médicale partagée. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01690223

HAL Id: dumas-01690223

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01690223v1>

Submitted on 22 Jan 2018

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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0
International License

AVERTISSEMENT

Cette thèse d'exercice est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de docteur en médecine. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

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

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

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4

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

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES
Faculté de Médecine PARIS DESCARTES

Année 2016

N° 287

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

Regard croisé des médecins généralistes et des patients sur les
prescriptions différées, comme exemple de
décision médicale partagée

Présentée et soutenue publiquement
le 1er décembre 2016

Par

Claire PICOT de MORAS d'ALIGNY

Née le 21 mars 1988 à Paris (75)

Dirigée par M. le Docteur François Bloede

Jury :

M. Le Professeur Alain Lorenzo..... Président

Mme Le Docteur Caroline Charlier

Mme le Docteur Sidonie Hubert



Except where otherwise noted, this work is licensed under
<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/>

SERMENT D'HIPPOCRATE

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.

REMERCIEMENTS

Au Professeur Alain Lorenzo, de me faire l'honneur de présider ce jury. Merci pour vos enseignements pendant mon internat.

Au Docteur François Bloede, d'avoir dirigé ce travail. Merci pour ta patience et ta disponibilité malgré les kilomètres qui nous ont séparés. Merci pour ton calme et ton écoute.

Au Docteur Caroline Charlier, d'avoir accepté de participer à ce jury et de juger mon travail. Merci pour vos enseignements pendant mon internat.

Au Docteur Sidonie Hubert d'avoir accepté de participer à ce jury et de juger mon travail.

A ma famille, ma belle-famille et mes amis.

A mon mari et mes enfants chéris.

RESUME

Introduction: Les prescriptions différées font partie de l'évolution actuelle de la médecine vers la notion de Décision Médicale Partagée. Contrairement à d'autres pays, cette pratique ne fait pas l'objet de recommandations nationales, alors qu'elle est utilisée par certains médecins généralistes. L'objectif de ce travail était d'évaluer l'expérience des médecins généralistes concernant les prescriptions différées et de comprendre le ressenti de leurs patients.

Matériel et Méthode : Etude prospective quantitative. Les médecins étaient inclus après contact téléphonique (deux groupes étaient constitués, selon qu'ils disaient faire ou non des prescriptions différées). Les médecins incluaient leurs patients. Les données étaient recueillies par des questionnaires en ligne ou par courrier. L'analyse statistique a été réalisée via le logiciel R.

Résultats : 36 médecins généralistes (28 OUI et 8 NON) et 53 patients ont été inclus, entre le 10 septembre 2015 et le 10 avril 2016, en Lorraine. Les pathologies infectieuses étaient les principales pourvoyeuses de prescriptions différées. Près d'une ordonnance sur quatre ne comportait pas d'antibiothérapie. Le caractère différé de la prescription a été respecté par 92% des patients. Ils étaient d'autant plus satisfaits lorsqu'ils étaient demandeurs de participer aux prises de décisions médicales.

Conclusion : Les prescriptions différées sont utilisées par certains médecins généralistes dans différents domaines. Elles s'intègrent dans une démarche d'éducation thérapeutique auprès de patients qui souhaitent s'impliquer dans les décisions médicales. L'existence d'un cadre légal permettrait de limiter les risques inhérents à la pratique.

MOTS CLES : Prescription différée, Décision médicale partagée, Evaluation, Bénéfices.

ABSTRACT

Introduction: delayed prescriptions are part of the actual evolution of medicine toward the notion of shared medical decision making. In France, unlike what is happening in other countries, this practice is not subject to national recommendations, even though this practice is used by some general practitioners. The aim of this study is to assess the experience of general practitioners regarding delayed prescriptions, and to understand the feelings of their patients.

Material and Method: prospective and quantitative study. Doctors were included in the study after an initial contact by phone (they were then split into two groups: doctors who stated they were delivering delayed prescriptions, and doctors who stated they didn't). The doctors included their patients. Data collection was conducted via an online or email questionnaire. Statistical analysis was performed using the R software.

Results: 36 general practitioners (28 YES and 8 NO) and 53 patients were included in the study, which took place between September, 10th 2015 and April, 10th 2016, in Lorraine (France). Delayed prescriptions were mainly delivered for infectious diseases. Nearly a prescription out of four did not include antibiotics. The delayed nature of the prescription has been respected by 92% of patients. Patients who wanted to be part of the medical decision-making were even more satisfied with it.

Conclusion: delayed prescriptions are used by some general practitioners in various fields. They form part of a therapeutic education approach with patients who want to be involved in medical decisions. The existence of a legal framework would limit the risks associated to this practice.

Keywords: Delayed prescription, Shared decision making, Evaluation, Benefits

Table des matières

LISTE DES ABREVIATIONS	9
1) INTRODUCTION	10
2) ETAT DES LIEUX.....	12
I. La Décision Médicale Partagée (DMP)	12
A. Naissance du concept de DMP	12
a) Le modèle paternaliste	12
b) La nécessité de faire évoluer ce modèle.....	12
c) La définition de la DMP	14
B. Les médecins au cœur de la DMP.....	15
a) Un concept souvent connu et apprécié des médecins	15
b) Un concept peu utilisé par les médecins en pratique courante	15
c) Les enjeux de la DMP pour les médecins	16
C. Les patients au cœur de la DMP	17
a) Le rôle souhaité par les patients au sein de la relation médicale	17
b) Les facteurs intrinsèques qui influencent le rôle souhaité par les patients	18
c) Les facteurs extrinsèques qui influencent le rôle souhaité par les patients.....	19
D. Les enjeux de la DMP	20
a) Les trois enjeux majeurs de la DMP	20
b) Les autres bénéfices possibles de la DMP	21
II. La place de la prescription dans la relation médecin-patient.....	21
A. La prescription médicale en France	21
a) Définition de la prescription médicale	21
b) Le cadre légal autour de la prescription médicale.....	22
c) La France : pays gros prescripteur et gros consommateur.....	23
B. Les patients face à la prescription médicale.....	24
a) Les attentes des patients concernant les prescriptions médicamenteuses	24
b) Les autres attentes des patients	25
c) Les facteurs qui influencent ces attentes.....	25
d) La prescription comme enjeu pour la satisfaction des patients ?.....	26
C. Les médecins face à la prescription médicale	27
a) Une estimation des attentes des patients difficile pour les médecins	27

b)	Les facteurs qui influencent la décision de prescrire	28
c)	Des prescriptions parfois inappropriées	29
III.	La prescription différée (PD): un exemple de DMP.....	30
A.	Les PD en général	30
a)	Définition d'une PD	30
b)	Les PD dans le monde.....	31
c)	Les PD en France	32
B.	Les patients au cœur des PD	33
a)	La parole donnée aux patients.....	33
b)	Le sentiment pour les patients d'être actif	33
C.	La PD : un challenge pour les médecins	34
a)	La gestion du temps et de la disponibilité des médecins	34
b)	La volonté des médecins de limiter les prescriptions	35
c)	Le devoir des médecins d'éviter les risques inhérents aux PD	36
3)	MATERIEL ET METHODE	37
I.	Le choix du type d'étude	37
II.	Le recrutement des médecins	37
III.	Le recrutement des patients	38
IV.	La réalisation des questionnaires	39
V.	Le déroulement de l'étude	40
VI.	L'analyse statistique	41
4)	RESULTATS	42
I.	Populations de l'étude	42
A.	Population de médecins	42
B.	Population de patients	44
C.	Les échantillons de médecins et de patients pour la suite des résultats	46
II.	Ce que pensent les médecins des PD.....	46
A.	Le groupe PD OUI.....	46
a)	Pour quel profil de patients les MG pensent-ils faire des PD ?	46
b)	Comment les MG pensent-ils rédiger une PD ?.....	48
c)	Quelles sont les motivations des MG pour rédiger une PD ?	49
d)	Pour quelles indications les MG pensent-ils rédiger des PD ?	50

B.	Le groupe PD NON	51
III.	Ce que font les médecins comme PD, dans notre étude	52
A.	Quelles sont les consignes données par les médecins ?	52
B.	Quelles sont les motivations des MG pour les patients inclus ?	53
C.	Quels est le type de PD et son indication dans notre étude ?	55
a)	PD de médicaments	55
b)	PD d'examen paraclinique	56
c)	PD de soins	57
d)	Orientation différée vers un autre spécialiste	57
D.	Quelle est l'attitude prévisible des patients, d'après les médecins ?	57
IV.	Ce que font les patients qui reçoivent une PD, dans notre étude	58
A.	Qui a expliqué l'ordonnance ?	58
B.	Utilisation des PD	58
a)	Utilisation des PD de médicaments	59
b)	Utilisation des PD d'examen paraclinique	60
c)	Utilisation des PD de soins	61
d)	Orientation différée vers d'autres spécialistes	61
V.	Ce que les patients retiennent d'une PD	61
A.	Que pensent les patients (n=45) des motivations du médecin ?	61
B.	Que pensent les patients (n=44) de ce mode de prescription ?	62
a)	Patients satisfaits	62
b)	Patients non satisfaits	65
5)	DISCUSSION	66
I.	Limites de notre étude	66
A.	Les petits échantillons	66
a)	L'échantillon de médecins	66
b)	L'échantillon de patients	67
B.	Les données non exploitées	67
a)	Renseignements erronés et manque de concordance : les CSP	67
b)	Formulations imprécises	68
c)	Items manquants	68
C.	La méthodologie : les auto-questionnaires	69

II.	Forces de notre étude	69
A.	Un travail original	69
B.	Une étude bilatérale	70
C.	La représentativité de nos populations.....	70
a)	La population des médecins.....	70
b)	La population des patients	71
III.	Le groupe PD NON	71
IV.	La disponibilité des MG et des patients pour la pratique des PD.....	72
A.	La disponibilité horaire du MG.....	72
B.	La disponibilité physique du patient pour se déplacer.....	73
C.	Un gain de temps pour médecins et patients.....	74
V.	Les facteurs humains et psychologiques face à la PD	75
A.	L'anxiété du patient	75
B.	La pression de prescription ressentie par le médecin.....	75
C.	La responsabilisation du patient.....	76
VI.	L'antibiothérapie différée	76
A.	Les indications des PDA dans notre étude et dans la littérature	76
B.	La préservation de l'écologie bactérienne : une réalité ?.....	77
C.	Le devenir des ATB achetés mais non consommés.....	78
VII.	Les autres PD de notre étude (autre que les PDA)	78
VIII.	Le rôle du pharmacien.....	80
IX.	Le but pédagogique des PD ?	81
6)	CONCLUSION.....	83
7)	BIBLIOGRAPHIE.....	85
	ANNEXE 1 : QUESTIONNAIRE GENERALITES MEDECIN	90
	ANNEXE 2 : QUESTIONNAIRE GRILLE PAR PATIENT	93
	ANNEXE 3 : QUESTIONNAIRE PATIENT	96

LISTE DES ABREVIATIONS

ATB	Antibiotiques
BAPCOC	Commission belge de Coordination de la Politique antibiotique
BPCO	Broncho-Pneumopathie Chronique Obstructive
CNAM	Caisse Nationale d'Assurance Maladie
CSP	Catégories Socio-Professionnelles
DMP	Décision Médicale Partagée
DREES	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
EBM	Evidence-Based Medicine
ECBU	Examen Cyto-Bactériologique des urines
ETP	Education Thérapeutique du Patient
FMC	Formation Médicale Continue
HPST	Hôpital Patient Santé Territoires
INSEE	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
IPP	Inhibiteur de la Pompe à Protons
MG	Médecins Généralistes
NICE	National Institute for health and Clinical Excellence
OMA	Otite Moyenne Aigue
ORL	Oto-Rhino-Laryngologique
PD	Prescription(s) Différée(s)
PDA	Prescription(s) Différée(s) d'Antibiotique(s)
QCM	Question à Choix Multiples
RGO	Reflux Gastro-Cæsophagien
SIDA	Syndrome d'Immuno-Déficiencie Acquis
VAI	Voies Aériennes Inférieures
VAS	Voies Aériennes Supérieures

1) INTRODUCTION

Depuis l'apparition du concept de démocratie sanitaire en France et dans le monde, le modèle paternaliste - modèle historique de la relation entre le médecin et son patient - est remis en cause (1,3,4). Cette nouvelle manière de penser le rapport entre médecins et patients s'intègre pleinement dans une démarche de *Shared Decision Making* (ou processus décisionnel partagé), où chacun participe à l'échange d'informations, au dialogue autour des options médicales possibles, et à la prise de décision finale (1). La vision du médecin expert et du patient profane s'estompe et laisse place à un patient responsable.

Les politiques gouvernementales actuelles consacrent réellement ce concept de Décision Médicale Partagée (DMP) et lui accordent une assise réglementaire. Le droit du patient à l'information et le recueil du consentement aux soins donnent en effet un rôle majeur au patient (3,4).

En France, au cœur de cette nouvelle relation médecin-malade, la prescription médicale et l'ordonnance ont une place privilégiée. Bien que les patients disent être satisfaits même s'ils sortent d'une consultation sans ordonnance, et bien que les médecins se disent prêts à limiter les prescriptions pour être au plus près des recommandations, l'équation Consultation = Ordonnance = Médicament demeure très ancrée dans les pratiques médicales (30,32).

Dans le cadre de la démocratie sanitaire, on observe une volonté d'autonomiser le patient, de l'intégrer aux décisions médicales, et particulièrement aux décisions de prescription.

La prescription différée (PD) est un exemple qui illustre cette démarche. Le médecin remet au patient une prescription, dont il essaye de différer dans le temps l'utilisation. Le patient est alors le décisionnaire final de l'exécution de cette prescription, selon les consignes du médecin (44).

En France, la réalisation de PD est une démarche controversée et utilisée de manière hétérogène par les médecins généralistes, en l'absence de recommandations nationales. La littérature internationale disponible porte quasi-exclusivement sur l'antibiothérapie différée,

et étudie majoritairement l'expérience du médecin prescripteur, sans se pencher sur le ressenti des patients.

Nous nous sommes donc interrogés sur l'expérience des médecins généralistes (MG) concernant les PD, pour mesurer le champ d'application de cette pratique aujourd'hui en France. Nous nous sommes également intéressés à l'opinion des patients qui reçoivent une telle ordonnance et à leur compréhension de cette pratique. Notre objectif était donc d'étudier le regard croisé des médecins et des patients sur les PD, au cœur d'une démarche de DMP.

2) ETAT DES LIEUX

I. La Décision Médicale Partagée (DMP)

A. Naissance du concept de DMP

a) Le modèle paternaliste

Jusqu'au début des années 1980, la relation entre le médecin et son patient était construite selon un modèle paternaliste (1,2,3,4,11,16). Charles et son équipe relèvent plusieurs éléments pour en justifier les fondements : l'existence à cette époque d'une seule option thérapeutique, l'expertise et l'expérience médicale mettant le médecin en position de force pour analyser la situation, la préoccupation du médecin pour le bien-être de son patient, les différences sociales entre médecin et patient (1).

Du fait de la forte asymétrie d'informations entre le professionnel expert et le patient profane, le médecin était socialement reconnu seul légitime à décider. Au nom du principe de bienfaisance et d'altruisme, le médecin avait le monopole dans les décisions de soins et le patient avait un rôle passif pour ce qui concernait sa propre santé (2,4).

b) La nécessité de faire évoluer ce modèle

Au cours des années 1980, la nécessaire évolution de ce modèle paternaliste s'impose d'elle-même (1,2,3,4,5,11,14,16,).

La **pandémie du SIDA**, puis la naissance des **associations de malades** ont introduit le souhait des patients d'être informés sur leur état de santé et impliqués dans les décisions de soins (4,5). **Le développement des maladies chroniques**, dont les cancers, a modifié le rapport du malade à sa maladie : cette dernière devient en effet « *une situation qui affecte durablement l'identité et la qualité de vie du patient* » (3).

Les progrès scientifiques et les nouvelles connaissances médicales font apparaître **plusieurs options thérapeutiques** pour une situation médicale donnée, impliquant nécessairement un choix, pas toujours évident ni pour le médecin ni pour le patient. Celui-ci peut alors revendiquer son implication dans la décision (1,3). De plus, **l'Evidence-Based Medicine (EBM)** met en évidence des niveaux de preuves scientifiques, pour hiérarchiser les décisions médicales. Enfin, **l'accès à l'ensemble des connaissances via internet** pour le patient réduit encore l'asymétrie d'informations entre médecin et patient (3).

Ainsi naît le concept politique de **démocratie sanitaire** (1,3,4,). L'émergence de ce patient actif est inscrite progressivement dans les textes officiels (3).

Le Code de Déontologie Médicale voit s'ajouter deux articles pour asseoir le droit à l'information et la recherche du consentement éclairé : Article 35 : « *Le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille, une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il propose* ». Article 36 : « *Le consentement de la personne examinée et soignée doit être recherché dans tous les cas* ».

Trois arrêts jurisprudentiels de la Cour de Cassation précisent davantage ces nouveaux droits du patient : arrêt Hédreul et Guyomar en 1997, puis arrêt de la Cour de Cassation du 9 octobre 2001.

Enfin, la Loi du 4 Mars 2002 (Loi n°2002-303) relative aux droits des malades consacre définitivement le concept d'un patient actif avec le droit à une décision partagée. Il est traduit par l'article L.1111-4 du Code de la Santé Publique : « *Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé. Le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix. [...] Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment* ».

c) La définition de la DMP

La définition de ce nouveau concept émergent n'est pas simple.

La première difficulté est celle de la traduction du concept anglais *Shared Decision Making*. Le terme français dédié est Décision Médicale Partagée (DMP). L'expression française masque le processus actif de prise de décision et attire seulement l'attention sur la décision elle-même. De plus, le terme « Médicale » restreint le concept à un partage de décision entre médecin et patient alors qu'il peut impliquer plus largement les autres professionnels de santé et l'entourage (3).

Les études qui tentent de caractériser ce concept sont très nombreuses. Mais il n'existe pas de définition absolument stabilisée dans le monde médical ou économique, comme le soulignait une analyse de la littérature réalisée en 2007 par une équipe française (6).

Charles et son équipe définissent la DMP comme un processus interactif dans lequel médecin et patient participent ensemble à toutes les phases de la décision et décident ensemble de la prise en charge médicale à mettre en œuvre (7). Le processus décisionnel se décompose alors en trois phases: 1- l'échange bidirectionnel d'informations entre soignant et patient/entourage, 2- la délibération et la construction d'un consensus autour des options thérapeutiques, 3- la décision finale et sa mise en œuvre (1,3,7,9).

Selon Eddy, la DMP est un processus au cours duquel le médecin délivre au patient toutes les informations nécessaires pour que ce dernier décide seul, en tenant compte de ses préférences (7,8).

Ainsi, les définitions semblent varier selon le rôle précis de chacun, la répartition de leur implication et la définition de ce qui est partagé (7). Les auteurs s'entendent pour dire que le partage du processus décisionnel concerne au minimum les échanges d'informations et le consentement mutuel de la décision prise par l'un des deux acteurs (3). En revanche, les avis divergent concernant la prise de décision finale et sa mise en œuvre (1,7,9).

B. Les médecins au cœur de la DMP

a) Un concept souvent connu et apprécié des médecins

Une étude canadienne en 2002 menée auprès de 130 médecins (oncologues et chirurgiens prenant en charge des patientes atteintes de cancers du sein) évaluait la signification et la représentation du concept de DMP chez les médecins (7). Pour la très grande majorité des médecins interrogés (93% des oncologues et 87% des chirurgiens), le concept de DMP s'apparentait à la définition proposée par Charles et son équipe. C'était un concept théorique qui leur était bien connu. En effet, la cancérologie est une des premières disciplines qui intègre le patient aux décisions thérapeutiques.

Les soignants sont incités à intégrer leurs patients aux décisions de soins par le cadre légal français. De plus, les recommandations scientifiques actuelles et le développement d'outils d'aide à la décision (pour le médecin et pour le patient) renforcent le rôle accordé au patient au cœur de la relation médicale (10,12,14).

Une revue de la littérature concernant l'attitude des médecins face à la stratégie de DMP a répertorié 49 études entre 2007 et 2014 (11). Il semble que les médecins soient largement favorables à la DMP d'une manière générale. On observe en revanche un intérêt variable pour la DMP selon différents facteurs (cf. infra).

b) Un concept peu utilisé par les médecins en pratique courante

Malgré un intérêt réel de la part des médecins pour le concept de DMP, sa compréhension et son application semblent plus difficiles à envisager (6,7,14). Charles émet deux hypothèses dans un de ses travaux (7) : l'existence de définitions multiples de la DMP avec différents degrés d'implication possibles du patient et du médecin, et l'idée que le partage de décision est un concept évident en soi qui laisse chacun décider de son champ d'application.

Certains freins à l'application de la DMP sont identifiés par les auteurs.

La préférence personnelle du patient perçue par le médecin est le seul frein vérifié de manière significative par les études (3). Nombreux auteurs évoquent **le manque de temps** et les contraintes organisationnelles (3,11,13,15) : l'échange d'informations et le dialogue nécessaires à la DMP rallongent la durée de la consultation. D'autres freins sont mis en avant : **le manque de compétence du médecin** et l'absence de formation à la communication (13,14), **le caractère inapplicable du partage de la décision** aux vues des caractéristiques du patient (patient a priori incapable de décider) ou de la situation médicale (situations d'urgence, recommandations validées connues) (3,11), **la difficulté de changer les habitudes** des médecins (14). Enfin, **l'idée d'un coût supplémentaire** semble limiter l'application de la DMP pour certains médecins (1).

A l'inverse, certains facteurs pourraient favoriser la mise en œuvre de la DMP.

Les auteurs relèvent notamment (3,11) : **la motivation personnelle** du médecin, l'existence d'une **relation de qualité** avec le patient, le fait d'être face à une **situation clinique appropriée**, **l'effet positif prévisible** sur la prise en charge globale et la perception que le partage de la décision permettra d'optimiser le parcours de soins.

c) Les enjeux de la DMP pour les médecins

Face à ce constat, les enjeux sont multiples pour rendre le concept de DMP plus applicable et simple à maîtriser pour les médecins.

Le premier enjeu est de **former les médecins à la communication avec leurs patients**, dans la mesure où la démarche de DMP repose essentiellement sur le dialogue entre soignant et patient/entourage. Une enquête canadienne menée en 2006 auprès de MG enseignants met en évidence le fait que le manque de formation à la communication est la principale barrière rencontrée par les médecins pour mettre en œuvre la DMP (14). Intégrer un module de formation à la communication médecin-patient dès le début des études médicales et créer

des sessions de Formation Médicale Continue (FMC) sur le même thème sont évoqués par plusieurs auteurs pour faciliter l'application de la DMP (1,14,25).

L'instauration d'un **climat de confiance** est également un élément essentiel (1,11,13) : le patient se sent à l'aise pour dire ce qu'il pense, le médecin est plus disponible pour cerner le souhait du patient. **L'écoute attentive, directe et indirecte**, permet en effet au médecin de comprendre quelle place le patient veut occuper dans la démarche décisionnelle, partagée ou non.

De plus en plus **d'outils d'aide à la décision médicale** se développent, destinés aux médecins ou aux patients. Dans le cadre d'une DMP, ils sont un support efficace pour permettre un dialogue constructif. Une bonne maîtrise de ces outils par le médecin peut permettre de renforcer la relation médicale et de proposer à son patient un outil adapté à sa demande (17).

C. Les patients au cœur de la DMP

a) Le rôle souhaité par les patients au sein de la relation médicale

Depuis les années 1990, de plus en plus de patients souhaitent être intégrés aux démarches de soins (13). Le droit à l'information et le recueil du consentement permettent aux patients qui le veulent d'avoir un rôle plus actif au sein de la relation médicale, sans pour autant leur imposer. En effet, certains patients préfèrent encore laisser au médecin les pleins pouvoirs. Le concept en vogue d'autonomisation du patient ne fait pas l'unanimité, comme le souligne Deber(19,20).

Lorsque l'on parle du rôle souhaité par le patient au sein de la décision médicale, les auteurs sont d'accord pour différencier : le souhait d'être informé (de son état de santé, des options médicales), le souhait d'être consulté (sur ses propres préférences et son opinion), le souhait d'être impliqué activement dans la décision finale (10,12,16,17,18,21).

A partir d'un registre américain en 2002, 2765 adultes ont été interrogés via des questionnaires sur le rôle qu'ils souhaitaient jouer dans le processus décisionnel médical (10). 96% des personnes voulaient être informés de leur état de santé et des différentes options

médicales possibles. En revanche, 52% préféraient laisser le médecin prendre la décision finale.

b) Les facteurs intrinsèques qui influencent le rôle souhaité par les patients

Plusieurs études semblent montrer que **l'âge du patient** influence la place que celui-ci veut occuper dans le processus décisionnel (10,16,21,22). De manière générale, les jeunes s'impliquent plus dans la décision médicale.

Dans l'enquête réalisée à partir du registre américain en 2002 (10), Levinson et son équipe montraient que la volonté de s'impliquer dans la décision médicale augmente globalement jusqu'à 45 ans. Au-delà, les patients semblent préférer une démarche plus paternaliste. Levinson supposait que le déclin cognitif, le manque de motivation et la place de l'expérience personnelle pouvaient expliquer en partie cette influence de l'âge.

Le sexe du patient est aussi un facteur à prendre en compte. Une enquête réalisée par Arora et son équipe auprès de 2197 patients montrait que les femmes souhaitent une place plus active que les hommes, avec un OR à 1,44 ($p < 0,001$) (22). Levinson suggérait que les femmes préfèrent une implication active dans la relation médicale parce qu'elles sont plus sensibles à un mode de communication collaboratif avec le médecin (10).

L'origine ethnique du patient est également relevée par certains auteurs (10,18). A partir du registre américain utilisé par Levinson, les adultes de race blanche semblaient tenir plus à leur autonomie pour prendre la décision finale que les adultes hispanophones et afro-américains (10). Les hypothèses formulées pour expliquer ces variations peuvent être liées au médecin (croyances et préjugés, interprétation des symptômes des patients) ou au patient (mode de communication différent, place accordée à la santé, barrière de langue ou de culture).

c) Les facteurs extrinsèques qui influencent le rôle souhaité par les patients

Le niveau socio-éducatif est un facteur important retrouvé dans les publications. Arora et son équipe montraient en effet que les personnes de niveau socio-culturel bas laissent davantage le soignant décider pour elles selon un modèle paternaliste (22). Levinson et son équipe parvenaient à préciser cette idée (10). La volonté de participer activement pour les étapes 1 et 3 de la DMP, c'est-à-dire échange d'informations et prise de décision finale, augmentait avec le niveau d'étude du patient. En revanche, il n'y avait pas de différence significative en ce qui concerne le dialogue autour des options médicales possibles (étape 2).

Cela soulève la problématique de l'évaluation avec justesse du niveau social du patient, en rapport avec les travaux actuels sur les inégalités sociales de santé.

Le type de pathologie semble également être un facteur considéré par les patients. Mais les auteurs ont des avis divergents à ce sujet. Charles et son équipe mettaient en avant l'idée que, face à une pathologie grave avec plusieurs options thérapeutiques, le dialogue avec le patient sur ses préférences et valeurs personnelles est primordial (7). A l'inverse, d'autres auteurs suggéraient que, face à une maladie grave, le patient préfère laisser le médecin seul responsable de la décision (13,24).

Mansell et son équipe identifiaient également **le type de décision médicale à prendre** comme facteur qui influence le patient (23). En interrogeant 255 patients d'un hôpital militaire en 1991, les auteurs ont hiérarchisé les décisions médicales en décision majeure, décision mineure, décision concernant les règles hygiéno-diététiques. De manière significative, les patients souhaitaient plus participer aux décisions majeures et aux décisions concernant les règles hygiéno-diététiques.

Enfin, Levinson soulevait l'idée que lorsque le patient connaît son médecin (et a fortiori lorsqu'il consulte son **médecin traitant**), il a plus tendance à rester dans un modèle paternaliste (10).

D. Les enjeux de la DMP

a) Les trois enjeux majeurs de la DMP

Le premier enjeu est **d'améliorer la participation du patient qui le souhaite** aux décisions qui concernent sa santé (3). En 2012, une revue systématique a inclus 115 études de différents pays pour étudier les préférences des patients quant à leur implication dans la prise de décisions médicales les concernant (13). Dans 63% des études, la majorité des patients souhaitaient être impliqués activement dans la décision. Dans 21% des études, la majorité des patients souhaitaient déléguer au médecin ce rôle décisionnel.

L'enjeu est donc que médecin et patient puissent occuper la place qu'ils souhaitent au cœur de ce processus décisionnel.

Le deuxième enjeu est **d'améliorer la qualité et la sécurité des soins** (3). L'émergence de l'EBM se voit ici accorder une place majeure. La DMP apparaît comme une médecine fondée sur les preuves. Les soins proposés peuvent alors tenir compte des données de la science, de l'expérience du soignant et des attentes/préférences du patient.

Le troisième enjeu est **de réduire le recours inapproprié aux soins** (3). Ce dernier concerne plusieurs situations : soit la surutilisation de soins à cause d'une demande inadéquate du patient, soit le mésusage de soins en dehors des recommandations, soit la sous-utilisation de soins qui auraient permis d'améliorer l'état de santé général.

Un des recours inapproprié aux soins bien connu est celui de la prescription et de la consommation d'antibiotiques (ATB) en France. Dans une étude canadienne menée en 2010-2011 auprès de 250 MG et 449 patients (consultant pour des épisodes infectieux respiratoires aigus), les auteurs se sont interrogés sur l'impact d'un processus décisionnel partagé quant à la nécessité ou non de consommer un ATB (25,26). Ils ont montré que lorsque les soignants sont formés à la communication, les patients s'impliquent mieux dans la décision médicale et la consommation immédiate d'ATB diminue sans majorer les complications.

b) Les autres bénéfices possibles de la DMP

Outre les bénéfices liés aux enjeux de la DMP (cf. supra), les auteurs pointent d'autres effets positifs potentiels liés au partage de la décision médicale (9,10,17,23,27).

Dans une revue systématique publiée en 2008, Joosten et son équipe se sont intéressés aux retombées possibles du concept de DMP pour le patient (27). 11 études de plusieurs pays ont ainsi été analysées. Les résultats sont variables selon la validité des études. Mais les auteurs suggèrent globalement que la DMP a des conséquences positives sur la satisfaction du patient, son bien-être physique et psychique, la compliance aux soins, l'efficacité thérapeutique dans le cadre de pathologies chroniques, et l'anxiété liée aux soins.

Au cours d'une démarche de DMP, au-delà de l'échange d'informations entre soignant et soigné, la décision partagée peut être de plusieurs types. Dans la majeure partie des cas, elle aboutit à une prescription médicale. Nous allons maintenant nous interroger sur le rôle de cette prescription au sein de la relation médecin/patient.

II. La place de la prescription dans la relation médecin-patient

A. La prescription médicale en France

a) Définition de la prescription médicale

De manière générale, la prescription est définie comme « *un ordre formel et détaillé énumérant ce qu'il faut faire* » (28) ou comme « *un commandement, un précepte, une règle à suivre* » (29).

Etymologiquement, prescrire vient du latin « *praescribere* » : *prae-* « *avant, devant* » et *-scribere* « *écrire* ». Cela signifie donc « *écrire en tête, mentionner d'avance, mettre en avant* » (29).

Au niveau médical, prescrire est le fait de « *donner des conseils, des ordres, recommander fermement des soins ou un certain traitement à un patient* » (29). Initialement, une prescription n'était donc pas nécessairement écrite, et ne concernait pas toujours des traitements/examens complémentaires.

Pour la suite de notre travail, nous emploierons le terme de prescription, comme « *le document écrit dans lequel est consigné ce qui est prescrit par le médecin* » (28).

b) Le cadre légal autour de la prescription médicale

La prescription médicale est régie par plusieurs codes, dont le Code de Déontologie Médicale, le Code de Santé Publique et le Code de la Sécurité Sociale.

Article 8 du Code de Déontologie Médicale (article R.4127-8 du Code de la Santé Publique)

« Dans les limites fixées par la Loi, le médecin est libre de ses prescriptions qui seront celles qu'il estime les plus appropriées en la circonstance. Il doit, sans négliger son devoir d'assistance morale, limiter ses prescriptions et ses actes à ce qui est nécessaire à la qualité, à la sécurité et à l'efficacité des soins. Il doit tenir compte des avantages, des inconvénients et des conséquences des différentes investigations et thérapeutiques possibles ».

Article 32 du Code de Déontologie Médicale (article R.4127-32 du Code de la Santé Publique)

« Dès lors qu'il a accepté de répondre à une demande, le médecin s'engage à assurer personnellement au patient des soins consciencieux, dévoués et fondés sur les données acquises de la science, en faisant appel, s'il y a lieu, à l'aide de tiers compétents ».

Article L.162-4 du Code de la Sécurité Sociale

« Les médecins sont tenus, dans toutes leurs prescriptions, d'observer, dans le cadre de la législation et de la réglementation en vigueur, la plus stricte économie compatible avec l'efficacité du traitement ».

Le médecin apparaît donc libre de ses prescriptions. Il doit en revanche être attentif à considérer toujours les données de la science, à prendre en compte la balance bénéfiques/risques pour le patient et à ne pas négliger les dépenses engagées.

c) La France : pays gros prescripteur et gros consommateur

En 2005, IPSOS Santé a réalisé pour la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) une enquête auprès de 4000 patients et 1000 médecins européens pour comprendre leurs comportements face à l'ordonnance et aux médicaments (32). L'ordonnance semblait beaucoup plus systématique en France. Les médecins français déclaraient que 90% des consultations se terminent par une ordonnance de médicaments, contre 83,1% en Espagne, 72,3% en Allemagne et 43,2% aux Pays-Bas. L'équation Consultation = Ordonnance = Médicament est beaucoup plus ancrée en France. Les patients français interrogés déclaraient également avoir consommé un nombre supérieur de médicaments prescrits dans les 7 jours par rapport aux autres pays. Notre pays apparaît comme le premier pays consommateur de médicaments en Europe.

De même, une étude de la DREES a été conduite en 2005 auprès de 922 médecins, permettant d'analyser 44000 consultations et 6000 visites, pour observer les prescriptions des MG et leurs déterminants (30,31). Les résultats sont concordants avec ceux d'IPSOS: 86% des consultations donnaient lieu à une prescription (médicamenteuse ou non). La prescription médicamenteuse concernait 78% des consultations. Les médecins prescrivaient en moyenne 2,9 médicaments par consultation.

Ainsi, l'ordonnance semble occuper une place majeure au sein de la relation médicale, particulièrement en France.

B. Les patients face à la prescription médicale

a) Les attentes des patients concernant les prescriptions médicamenteuses

Les prescriptions médicamenteuses sont les prescriptions les plus courantes dans le domaine médical. Elles sont responsables du grand nombre d'ordonnances rédigées quotidiennement.

Plusieurs études ont quantifié les attentes des patients en termes de prescriptions médicamenteuses, au moyen de questionnaires remis aux patients avant une consultation chez leur MG. Elles analysaient ces attentes en général, sans spécifier de catégorie médicamenteuse (ATB ou autre). Les résultats sont assez variables selon les études : entre 47% et 67% des patients attendaient une prescription de médicaments.

Dans son travail de thèse, le Dr Charra s'est interrogée sur l'association faite par les patients entre consultation chez le MG et prescription médicamenteuse. Lorsqu'ils racontaient une consultation médicale-type, 14 des 23 patients évoquaient tout de suite la prescription médicale et l'ordonnance de médicaments. Plusieurs parlaient même d'une triade Discussion – Examen physique – Prescription médicale (33).

D'autres études se sont penchées sur la possibilité de ne pas avoir recours à une prescription au cours d'une consultation médicale.

Dans l'enquête réalisée par IPSOS, 80% des patients se disaient d'accord avec l'idée qu'une consultation ne se termine pas nécessairement par une prescription médicamenteuse (32). De même, dans la thèse du Dr Mauraizin portant sur les attentes de 1862 patients français, seuls 12% pensaient que toutes les consultations devaient se terminer par la prescription de médicaments (38).

Ainsi, les patients semblent attendre plus fréquemment une prescription médicamenteuse lorsqu'on les interroge juste avant une consultation, que lorsqu'on leur pose la question d'une manière générale.

b) Les autres attentes des patients

Certains auteurs soulignent que les patients attendent aussi d'autres prescriptions, non médicamenteuses. Parfois, ils espèrent aussi autre chose qu'une ordonnance : informations sur leur état de santé ou sur l'histoire naturelle de leur maladie, Ecoute et conseils, Communication, Réassurance, Diagnostic énoncé avec précision.

En travaillant avec quatre focus group, le Dr Charra a observé que les patients attendaient principalement (en dehors des prescriptions médicamenteuses) une Ecoute, des Conseils et des Informations claires (33). Quant au Dr Mauraizin, il montrait que les attentes des patients concernaient surtout l'annonce de Diagnostic précis et l'existence d'une Ecoute attentive (38).

Prêter attention à l'ensemble des attentes des patients permet de les intégrer au cœur d'une prise en charge globale.

c) Les facteurs qui influencent ces attentes

Différents facteurs peuvent influencer les attentes de prescription des patients.

Selon plusieurs auteurs, **l'âge** a clairement un effet sur ces attentes : l'attente de médicaments augmente avec l'âge (30,36,38). L'étude de la DREES montrait aussi que la probabilité et la quantité de médicaments prescrits par le médecin sont majorées avec l'âge (30). Il faut tout de même nuancer ce résultat avec l'idée que les sujets plus âgés ont souvent plus d'antécédents personnels.

Il ne semble pas exister de différences en termes d'attentes de prescription **entre les hommes et les femmes** (36,38).

Les catégories socio-professionnelles (CSP) pourraient aussi jouer un rôle. Le Dr Mauraizin montrait que les « ouvriers », les « agriculteurs exploitants » et les « retraités » attendaient plus de prescription médicamenteuse que les patients « artisans, commerçants, chefs d'entreprise » et que les patients de « professions intermédiaires » (38).

Dans leur travail qui analysait 1080 consultations, Webb et son équipe retrouvaient d'autres facteurs influençant les attentes des patients (36). **Le motif de consultation** : les attentes de prescription étaient plus élevées pour des problèmes respiratoires ou psychiatriques que pour un suivi de grossesse ou un problème urologique. **La durée des symptômes** : ceux dont le problème de santé remontait à moins d'une semaine ou à plus de six mois étaient plus en attente de prescriptions. **Le ressenti face à la maladie** (l'incertitude face au problème de santé et la manière de faire face ou de supporter un problème de santé).

Le médecin consulté est aussi un facteur identifié comme ayant une influence sur les attentes du patient : le fait d'avoir déjà vu un MG pour le même motif (36), les prescriptions antérieures du médecin et ses habitudes de prescription (37).

d) La prescription comme enjeu pour la satisfaction des patients ?

Nombreux sont les travaux qui ont soulevé la question du **lien entre Prescription, Respect des attentes du patient et Satisfaction du patient** (32,35,39,40).

Dans l'étude IPSOS pour la CNAM, les patients qui n'avaient pas bénéficié de prescription lors d'une de leur dernière consultation se déclaraient satisfaits de la décision du praticien : 53% se disaient tout à fait satisfaits et 44% se disaient plutôt satisfaits (32). Dans une étude allemande menée auprès de 185 patients, les auteurs ne trouvaient pas de différence significative en termes de satisfaction entre les patients dont les attentes étaient respectées et les autres. (35). L'équipe espagnole menée par Lado retrouvait un résultat similaire, alors même que les médecins interrogés pensaient que les patients étaient plus satisfaits lorsqu'ils obtenaient une prescription (39).

Le souhait du patient avant la consultation médicale n'apparaît donc pas comme un critère majeur pour juger des compétences du médecin ou de la confiance que le patient lui accorde.

La **relation de qualité entre le médecin et le patient** est l'enjeu principal pour la satisfaction des patients (41,42). Dans l'étude IPSOS, la question de la confiance des patients envers leur MG en cas de non-prescription a été soulevée. 86% des patients interrogés déclaraient avoir

confiance en un médecin qui ne prescrirait pas de médicament. De plus, 80% des patients déclaraient avoir confiance en un médecin qui remplacerait une prescription médicamenteuse par la délivrance de conseils (32).

Les auteurs sont donc assez unanimes pour dire que la prescription n'est pas en elle-même gage de satisfaction du patient dans la prise en charge de sa santé. La satisfaction semble plutôt dépendre de la manière dont le patient est impliqué dans la décision médicale, d'autant plus si la décision va à l'encontre de son attente initiale (40).

C. Les médecins face à la prescription médicale

a) Une estimation des attentes des patients difficile pour les médecins

Selon de nombreux auteurs, les médecins ont tendance à surestimer les attentes des patients en termes de prescriptions, et particulièrement de prescriptions médicamenteuses (34,35,36, 37,39).

On peut noter les résultats de l'étude allemande de Himmel, bien que réalisée sur un échantillon peu représentatif: 55% des patients avaient reçu une prescription sans l'avoir réellement souhaitée. L'attente des patients avait été reconnue par le médecin dans seulement 40,7% des cas (35).

Dans un de ses travaux, Britten montrait que 25% des patients qui attendaient une prescription ne l'avaient pas reçue et que 25% des patients qui n'espéraient pas de prescription en avaient reçu une (37). On relève ainsi des **difficultés** majeures de **compréhension entre patient et médecin pour évaluer les attentes de prescription**.

Quelques auteurs restent plus optimistes sur la capacité des MG à évaluer ces attentes. Dans l'étude australienne de Cockburn, il existait une association significative entre l'attente des patients et sa perception par les médecins. Lorsque les patients n'attendaient pas de prescription, le médecin l'évaluait bien dans 80% des cas. Lorsque le patient désirait une prescription, le médecin l'évaluait bien dans 65% des cas (34).

b) Les facteurs qui influencent la décision de prescrire

La perception subjective par le médecin de l'attente du patient est un de ces facteurs majeurs. D'où la difficulté rencontrée lorsque cette attente est mal estimée par le médecin (cf. supra). Pour l'équipe espagnole, c'était le facteur prédictif de prescription le plus fort : les médecins prescrivent en accord avec ce qu'ils croient que les patients souhaitent (39). Dans l'étude australienne de Cockburn, les chiffres étaient très parlants : lorsque le patient attendait une prescription, il avait trois fois plus de chance d'en recevoir une ; mais lorsque le médecin pensait que le patient attendait une prescription, il avait dix fois plus de chances d'en recevoir une (34).

L'attente réelle de prescription du patient influence aussi la décision de prescrire, mais semble moins pertinente dans la réflexion du médecin (34,36,37).

La pression de prescription ressentie par le médecin est relevée par de nombreux auteurs (32,35,37,43). Dans l'étude IPSOS, 46% des MG français interrogés déclaraient faire l'objet de pression de la part de leurs patients (contre 36% en Allemagne et en Espagne et 20% aux Pays-Bas) (32). Dans une étude anglaise, la perception par les médecins d'une pression de la part de leurs patients était fortement associée à la prescription : il s'agissait d'un facteur prédictif indépendant, alors même que les médecins pensaient qu'il existait peu ou pas d'indication à la prescription pour une partie des patients (43).

Dans cette même étude anglaise (43), **la nécessité médicale**, c'est-à-dire le besoin médical ressenti par le médecin, était le plus fort déterminant de la prescription.

Le type de relation entre médecin et patient semble jouer un rôle : l'étude de la DREES suggérait que la probabilité de prescrire et le nombre de médicaments prescrits augmentent lorsque le patient est un patient régulier du médecin. Ce résultat nécessite d'être nuancé : un patient peut être dit de passage par le simple fait qu'il est en meilleure santé (30).

De nombreux autres facteurs sont évoqués dans les études : l'anxiété perceptible du patient (36), la sensation de répondre à la demande du patient (35), la gestion d'une consultation difficile, l'expérience de mésaventures médicales, l'influence des pairs, la volonté d'entretenir la relation médecin-malade (33).

c) Des prescriptions parfois inappropriées

Lorsque le médecin est mis en difficulté, la décision de prescrire est d'autant plus complexe : il en résulte parfois la réalisation de prescriptions inappropriées.

Elles peuvent ne pas être en adéquation avec l'indication médicale, les recommandations en vigueur, l'EBM. Dans l'étude de Britten, pour 22% des consultations avec prescription médicamenteuse, on ne retrouvait pas d'indication médicale à une telle ordonnance, selon les recommandations en vigueur (37).

Les causes de ces prescriptions inappropriées sont multiples. On notera principalement : les attentes inadaptées des patients, la pression de prescription ressentie par les médecins et les consultations difficiles.

Le travail de Little montrait que la pression de prescription des patients conduisait à prescrire par excès : les médecins reconnaissaient qu'il existait peu ou pas d'indication à la prescription médicamenteuse pour 19% qui en bénéficiait dans l'étude (43). Dans l'étude IPSOS (32), les médecins français déclaraient réaliser des prescriptions contre leur gré dans 10% des cas, à cause de la pression de prescription des patients (contre seulement 5,6% aux Pays-Bas).

Ces prescriptions inappropriées sont lourdes de conséquences : **médicales** (risques liés aux traitements ou à la maladie mal prise en charge, mauvaise compliance du patient), **humaines** (fragilisation de la relation médecin-malade), **pédagogiques** (difficulté à rompre les mauvaises habitudes, entretien de l'automatisme Consultation = Prescription = Médicaments), **économiques** (mauvaise gestion ou majoration des dépenses de santé).

En France, l'ordonnance semble donc avoir une place importante au cœur de la relation médicale. La décision de prescrire prise par le médecin résulte d'un ensemble complexe

d'éléments scientifiques, cliniques, psycho-sociaux qui impliquent autant le médecin que le patient. Pour certains soignants, l'ordonnance différée peut parfois être un mode de prescription intéressant, intégrant le patient au processus décisionnel. Qu'en est-il ?

III. La prescription différée (PD): un exemple de DMP

A. Les PD en général

a) Définition d'une PD

Le guide belge des traitements anti-infectieux en pratique ambulatoire publié par la Commission belge de Coordination de la Politique antibiotique (BAPCOC) propose la définition suivante, en parlant de l'antibiothérapie différée (44,45) :

« La prescription d'un ATB peut être différée dans le temps, c'est-à-dire que le prescripteur peut remettre à son patient une ordonnance en lui indiquant dans quelles circonstances précises mais non immédiates ce patient peut utiliser cette ordonnance (éventuellement en indiquant une date dans la rubrique 'délivrable à partir de la date précitée ou à partir du...' sur l'ordonnance) ».

On peut imaginer étendre cette définition à d'autres classes de médicaments, mais aussi à d'autres prescriptions non médicamenteuses: un examen complémentaire, l'orientation vers un spécialiste d'une autre discipline, des séances de kinésithérapie ou d'autres soins.

Ce n'est pas réellement la prescription qui est différée, mais plutôt sa réalisation éventuelle. Un prérequis nécessaire est l'existence d'une relation médecin-malade de qualité : le médecin doit expliquer au patient les motifs qui l'encourage à différer dans le temps sa prescription (45).

Plusieurs méthodes peuvent être utilisées pour remettre une PD au patient (postdater la prescription, permettre au patient de venir chercher la prescription au cabinet, ...). Dans la suite de notre travail, nous considérerons les PD comme des ordonnances que le MG remet à

son patient dès la consultation initiale avec des consignes précises pour décider de son utilisation ultérieure.

b) Les PD dans le monde

Les PD sont étudiées et utilisées dans plusieurs pays du monde : en Nouvelle-Zélande (46), en Norvège (47), aux Etats-Unis (48). Elles concernent la plupart du temps l'antibiothérapie dans les infections ORL et dans les infections respiratoires. Ce sont en effet des pathologies où l'usage des ATB est mal contrôlé et souvent excessif.

Les PD font l'objet de recommandations nationales dans certains pays. Au Royaume-Uni, le National Institute for health and Clinical Excellence (NICE) recommande une antibiothérapie différée dans diverses infections telles que l'otite moyenne aigüe (OMA), la sinusite aigüe ou la bronchite aigüe (chez l'enfant de plus de deux et l'adulte sain). De même, en Belgique, le Guide belge des traitements anti-infectieux en pratique ambulatoire recommande d'essayer de différer la consommation d'un ATB en cas d'OMA ou de rhino-sinusite aigüe (44).

Arroll et son équipe ont effectué une revue de la littérature en 2003, pour évaluer l'impact d'une antibiothérapie différée dans les infections respiratoires hautes par rapport à une antibiothérapie immédiate, en termes de consommation d'ATB (49). Dans les 5 essais inclus, l'indication de l'antibiothérapie était : OMA, mal de gorge, rhume et toux persistante. Les taux de réduction de consommation d'ATB par les PD variaient entre 25% (pour l'OMA) et 50% (pour le rhume).

En 2013, la Cochrane a publié une revue de la littérature pour étudier l'utilisation différée d'ATB par rapport à l'utilisation immédiate ou leur absence d'utilisation comme stratégie de prescription pour les infections respiratoires aiguës (50). 10 études, avec un total de 3157 participants, ont été incluses. L'antibiothérapie différée entraînait une réduction significative de l'utilisation d'ATB par rapport à l'antibiothérapie immédiate (32% d'ATB consommés contre 93%). Une stratégie d'absence d'antibiothérapie entraînait la moindre utilisation d'ATB (14% d'ATB consommés). Il n'y avait pas de différence significative en termes de complication. La satisfaction des patients dans le groupe PD était légèrement supérieure à celle du groupe

Absence d'antibiothérapie (87% contre 83%), mais légèrement inférieure à celle du groupe Antibiothérapie immédiate (87% contre 92%).

c) Les PD en France

Plusieurs thèses de médecine se sont intéressées à ce mode de prescription, toujours sur le thème de l'antibiothérapie différée. En 2005, le Dr Boudon s'est posé la question de l'usage des PD dans la rhinopharyngite aiguë de l'enfant. En 2012, le Dr Kalifa s'est interrogée sur les facteurs influençant la mise en pratique d'une antibiothérapie dans l'OMA de l'enfant. En 2013, les Dr Ghez et Marc ont étudié l'usage de l'antibiothérapie différée chez les MG (53). Enfin, en 2016, le Dr Le Lorc'h a effectué une revue de la littérature sur l'évaluation de l'antibiothérapie différée dans les infections des Voies Aériennes Supérieures (VAS) et de la bronchite par les MG français en cabinet.

Les études sur la Prescription Ambulatoire des Antibiotiques dans les Infections Respiratoires (PAAIR1 et PAAIR2) menées par une équipe française ont permis de mettre en avant les situations cliniques à risque de prescription inappropriée d'ATB dans les infections respiratoires présumées virales. Parmi les stratégies pour limiter ces prescriptions inappropriées, la PD est évoquée mais non analysée (51,52).

Ainsi en France, les PD sont un mode de prescription qui semble utilisé par certains MG, dans le domaine de l'antibiothérapie différée. En revanche, elle ne fait pas l'objet de recommandations nationales.

B. Les patients au cœur des PD

a) La parole donnée aux patients

L'échange bidirectionnel d'informations entre le médecin et le patient caractérise la pratique de la PD. Cette communication permet aux deux parties d'apporter les éléments qu'ils souhaitent.

D'un côté, le médecin peut donner les **éléments médicaux initiaux**, les arguments qui le poussent à différer l'utilisation de l'ordonnance, les conditions pratiques d'application de la prescription. De l'autre côté, le patient peut exprimer **ses attentes, ses préférences** en fonction des options médicales qui se présentent. Il le fait parfois avec insistance, plus ou moins consciemment : le médecin ressent alors une pression de prescription de la part de son patient. La PD peut être un moyen pour le médecin de gérer cette pression (54,55,57).

Cet échange d'informations implique que le patient soit en mesure et capacité de comprendre l'utilisation concrète de cette prescription et ses enjeux. Hoyer pointait du doigt l'importance pour le médecin d'évaluer la **capacité de compréhension du patient** et sa fiabilité avant d'entreprendre une telle prescription (54).

Le médecin y voit aussi **un but éducatif auprès des patients**, particulièrement avec l'antibiothérapie différée : selon le guide belge des antibiotiques (44), « *Pour le patient, le fait de ne pas recourir immédiatement à un antibiotique et de constater qu'une guérison (spontanée) se présente malgré cette absence de traitement est un gage d'une moindre demande ultérieure d'un antibiotique et donc d'une moindre pression sur l'émergence de bactéries résistantes* ».

b) Le sentiment pour les patients d'être actif

La PD entraîne **une responsabilisation du patient**. La décision de prendre ou non le traitement prescrit, d'effectuer ou non un examen complémentaire ou des séances de soins, revient au patient lui-même (56). Dans son travail sur l'expérience et l'opinion des MG et des patients

concernant la pratique des PD, Arroll montrait que les médecins accordent une importance grandissante à l'implication active du patient dans le processus décisionnel, plus que les patients eux-mêmes (55).

A travers cette pratique, **le patient se sent écouté et respecté**. Il sort de la consultation avec une ordonnance, et cela le rassure (55). De plus, les PD apparaissent comme un moyen de prendre en compte l'anxiété des patients (44,56). Remettre une ordonnance à utiliser ultérieurement sous certaines conditions peut aussi éviter que le patient aille consulter un confrère pour le même motif (55). Le recours inapproprié aux soins, enjeux de la DMP (3), est ainsi limité.

Arroll soulevait en revanche l'idée que la PD peut, à l'inverse, donner au patient **l'impression d'un manque de contrôle de la situation par le médecin** (55). Dans son travail mené en 2002 auprès de 13 MG et 13 patients en Nouvelle-Zélande, il s'est interrogé sur leurs expériences et opinions face à une PD pour une infection respiratoire haute. Les médecins évoquaient le fait que la PD pouvait donner l'impression au patient d'un manque de compétence ou de contrôle. Ce n'était cependant pas un élément relevé par les patients de l'étude.

C. La PD : un challenge pour les médecins

a) La gestion du temps et de la disponibilité des médecins

Dans plusieurs études concernant la DMP, le manque de temps et les difficultés organisationnelles étaient soulevés comme frein à la mise en place de ce partage de décision entre médecin et patient (3,11,13,15). De même, le fait de remettre une ordonnance différée à un patient nécessite de **prendre davantage de temps** lors de la consultation initiale pour expliquer les conditions d'utilisation de la prescription, les signes devant amener à reconsulter, et pour s'assurer de la bonne compréhension de la pratique par le patient.

Certains médecins qui réalisent des PD demandaient à leurs patients de les contacter par téléphone juste avant l'utilisation de l'ordonnance, pour refaire le point sur la situation

clinique et ainsi valider l'indication de l'exécution de la prescription (53). Dans ces conditions, la PD nécessite donc une **disponibilité du médecin par téléphone**.

Enfin, certains auteurs relèvent aussi la nécessité d'une plus grande **disponibilité du médecin pour une deuxième consultation**, en cas d'évolution défavorable et/ou de mauvaise compréhension de la prescription (53,55).

A l'inverse, Hoyer suggérait que le fait de remettre une ordonnance à utiliser ultérieurement sous certaines conditions pourrait permettre d'éviter les consultations systématiques de réévaluation clinique (54).

b) La volonté des médecins de limiter les prescriptions

Les médecins interrogés lors des études rapportaient quasiment tous que, lorsqu'ils réalisaient une PD, c'était dans l'objectif de limiter les prescriptions. Concernant l'antibiothérapie différée, ils voulaient ainsi **éviter l'émergence de résistances bactériennes** et limiter les effets secondaires allergiques (53).

La diminution de la consommation des antibiotiques était variable d'un travail à l'autre. Dans la revue systématique d'Arroll et son équipe (49), cette diminution variait de 25 à 50% selon les études par rapport à la prise immédiate d'antibiotiques. La consommation du traitement passait de 93% à 32% dans la revue de la Cochrane (50), selon que la prescription de l'ATB était immédiate ou différée.

Arroll soulignait que la démarche de PD permettait surtout de limiter les prescriptions inappropriées d'antibiotiques, c'est-à-dire les prescriptions non indiquées selon les recommandations en vigueur (55). Lorsque les patients consultaient pour une infection aiguë des VAS, le fait de différer dans le temps la consommation de l'ATB (par rapport à une prise immédiate inutile) laissait la possibilité au patient d'observer une guérison spontanée.

En revanche, la PD reste une prescription et implique potentiellement la réalisation de l'ordonnance, bien que différée dans le temps. De ce fait, elle contribue quand même à majorer le nombre de prescriptions et la consommation d'ATB, en comparaison avec une démarche de non-prescription immédiate et de réévaluation clinique ultérieure. Dans la revue

de la Cochrane, la consommation d'ATB était plus importante en cas de PD (32%) qu'en cas d'absence de remise immédiate d'ordonnance (14% de prescription ultérieure d'ATB). La conclusion des auteurs penchait donc vers une stratégie de non prescription immédiate, lorsque les médecins évaluaient que la situation clinique ne nécessitait pas une antibiothérapie le jour-même (50).

c) Le devoir des médecins d'éviter les risques inhérents aux PD

Deux risques majeurs sont identifiés à travers les études. Ils sont liés à la responsabilisation et l'autonomie qui sont accordées au patient par la PD.

- **Le mésusage de l'ordonnance** peut se faire de plusieurs manières : consommation immédiate du médicament, sans respect des consignes données par le médecin et possible surconsommation inutile ; ou automédication ultérieure pour le patient ou son entourage en cas d'achat du traitement et de sa non-consommation (53,55).
- **Le manque de suivi du patient** est soulevé par Arroll, avec pour conséquences potentielles : une mauvaise évaluation initiale qui masquerait une pathologie plus grave, l'absence de réévaluation clinique au cabinet et une atteinte à la qualité de la relation médecin-patient par l'impression de perte de contrôle/de manque de connaissance du médecin (55).

On peut ajouter un risque lié aux **effets secondaires des traitements prescrits et consommés** (particulièrement les allergies et intolérances potentielles aux ATB).

Les autres types de prescriptions comportent aussi des risques spécifiques : irradiation abusive en cas d'imagerie, prélèvements sanguins excessifs, ...

Il existe naturellement un risque et un enjeu financier, mais que nous avons choisi de ne pas aborder dans notre travail.

3) MATERIEL ET METHODE

I. Le choix du type d'étude

Le projet de thèse avait été initialement pensé par deux internes de médecine générale de la faculté Paris Descartes. L'objectif était d'étudier séparément et comparativement le regard des médecins et des patients, sur les PD, à Paris et Nancy. L'étude initiale devait inclure pour chaque ville 25 médecins et 50 patients.

En cours de travail, une des internes a quitté l'étude. Le projet de thèse a donc été modifié tardivement. Cela explique les faibles échantillons de médecins et patients analysés. L'enquête a été réalisée exclusivement avec la population de Nancy (et proche banlieue).

C'est une étude prospective, à partir d'auto-questionnaires. Elle a été menée auprès de MG installés en cabinet à Nancy et proche banlieue. Les médecins pouvaient inclure leurs patients. L'enquête s'est déroulée entre le 10 septembre 2015 et le 10 avril 2016.

II. Le recrutement des médecins

La liste des médecins a été établie à partir des MG référencés sur Ameli.fr, en août 2015, à Nancy et proche banlieue. Une randomisation via Excel a ensuite été réalisée pour obtenir un listing aléatoire de ces médecins. Dans l'ordre de la liste et selon leurs disponibilités, ils ont été contactés par téléphone pour leur présenter l'étude et leur proposer d'y participer. En cas d'accord téléphonique de leur part, ils étaient recrutés.

Les critères d'inclusion étaient:

- MG installé en cabinet, à Nancy et proche banlieue, référencé sur Ameli.fr en Août 2015.
- Accord téléphonique du médecin.
- Accès du médecin à Internet et communication possible avec lui par mail ou téléphone (dans la mesure où notre enquête se déroulait via des questionnaires en ligne).

- Médecin ayant renseigné le premier questionnaire, intitulé « Généralités médecin », portant sur les PD en général

Les critères de non-inclusion étaient :

- MG spécialisé dans un domaine non concerné par les PD (angiologie, sexologie, expertise, ...)
- Refus téléphonique de leur part
- Absence d'accès à internet

Le jour du recrutement, un mail de confirmation était envoyé au médecin. Il comportait : une fiche de présentation du projet de thèse expliquant le déroulement de l'enquête, les liens directs vers les questionnaires en ligne, ainsi que la référence qui leur était attribuée.

Dans la semaine qui suivait le recrutement, un courrier était envoyé au médecin. Il comportait : la même fiche de présentation sur laquelle était notée leur référence (fiche cartonnée et colorée pour attirer l'œil), et 5 enveloppes numérotées permettant d'inclure 5 patients.

III. Le recrutement des patients

L'inclusion des patients était réalisée par les médecins eux-mêmes. Lors d'une consultation de médecine générale, si le médecin prévoyait de réaliser une PD, il pouvait proposer à ce patient de participer à notre enquête.

Les critères d'inclusion étaient donc :

- Patient consultant un MG déjà recruté dans notre étude.
- Accord oral du patient devant le médecin.
- Patient pour lequel est rempli au moins un questionnaire, soit par le médecin, soit par le patient.

En cas d'accord, le médecin remettait au patient une des enveloppes numérotées. Elle contenait : une fiche explicative de notre projet de thèse mentionnant le lien vers le

questionnaire en ligne, un questionnaire en version papier et une enveloppe timbrée pour le renvoyer.

IV. La réalisation des questionnaires

Trois questionnaires ont été élaborés, sous forme de QCM, disponibles en annexe.

- **Un questionnaire « Généralités Médecin » (ANNEXE 1)** : Il portait sur la pratique des PD d'une manière générale. Ce questionnaire était disponible en ligne uniquement. Les premiers items concernaient le profil du MG (sexe/âge, type d'installation). Puis, une question était posée explicitement au médecin « *Vous arrive-t-il de réaliser des PD ?* »
En cas de réponse négative, les items suivants essayaient d'en préciser les raisons.
En cas de réponse positive, les items suivants essayaient de préciser la pratique des PD que le médecin pense avoir.

- **Un questionnaire « Grille par patient » (ANNEXE 2)** : Il portait sur une situation clinique précise ayant conduit le MG à réaliser une PD, pour un patient acceptant de participer à l'étude. Il devait être rempli par le médecin, au moment de l'inclusion du patient. Ce questionnaire était disponible en ligne uniquement.
Les items portaient sur la situation médicale elle-même (profil du patient, indication, type de PD), la justification de la PD dans cette situation précise et le comportement prévisible du patient.

- **Un questionnaire « Patient » (ANNEXE 3)** : Il portait sur le comportement et l'opinion du patient ayant reçu une PD. Ce questionnaire était disponible en ligne et en version imprimée.
Les premiers items concernaient le profil du patient (sexe, tranche d'âge, CSP).
Les questions suivantes portaient sur l'attitude pratique du patient avec cette ordonnance.
Les derniers items concernaient son opinion et son ressenti face à cette pratique.

La version en ligne des questionnaires a été réalisée via Lime Survey, logiciel accessible par l'intermédiaire du Département de Médecine Générale de Paris 5.

V. Le déroulement de l'étude

1) Dès son recrutement, le médecin pouvait remplir le questionnaire « Généralités Médecin », via le lien suivant : www.minu.me/-pres-differees

2) Lors de ses consultations suivantes, si le médecin souhaitait réaliser une PD pour un patient, il pouvait lui proposer de participer à notre thèse. Dans l'idée d'obtenir un échantillon varié et plus représentatif des pratiques, chaque médecin pouvait inclure cinq patients au maximum.

En cas d'accord du patient, le médecin devait :

- Remettre au patient une des enveloppes numérotées.
- Remplir le questionnaire « Grille par patient », via le lien suivant : www.minu.me/-grille-par-patient

3) Le patient inclus pouvait nous retourner son questionnaire « Patient » :

- Soit en ligne, via le lien suivant : www.minu.me/-these-medecine-2015
- soit en remplissant le questionnaire version papier et en le renvoyant grâce à l'enveloppe timbrée fournie. Le questionnaire était alors envoyé vers une Boîte Postale (UBIDOCA), qui gérait ensuite la redirection du courrier.

Les médecins inclus étaient régulièrement relancés par mail ou par téléphone, pour les inciter à participer et à inclure de nouveaux patients. Lorsque nous ne recevions pas les deux questionnaires correspondant à la même référence « Grille par patient » et « Patient », le médecin était contacté par mail pour lui demander d'essayer de régulariser la situation avec son patient.

VI. L'analyse statistique

L'analyse statistique a été réalisée grâce au site BiostaTGV et les calculs ont été effectués via le logiciel de statistique R.

Lorsqu'il s'agissait de variables quantitatives, nous avons utilisé le test de Mann-Witney.

Pour les variables qualitatives, les tests de Fisher et du Chi2 ont été utilisés l'un ou l'autre selon la taille des échantillons.

Une valeur de p strictement inférieure à 0,05 a été considérée statistiquement significative.

4) RESULTATS

L'enquête s'est déroulée entre le 10 septembre 2015 et le 10 avril 2016, dans les communes de Nancy, Laxou, Champigneulle, Saint Max, Essey-lès-Nancy et Vandœuvre-lès-Nancy.

Notre travail ayant été initialement pensé pour deux internes de médecine générale, nous avons recueilli beaucoup de données à analyser avec des échantillons de petites tailles.

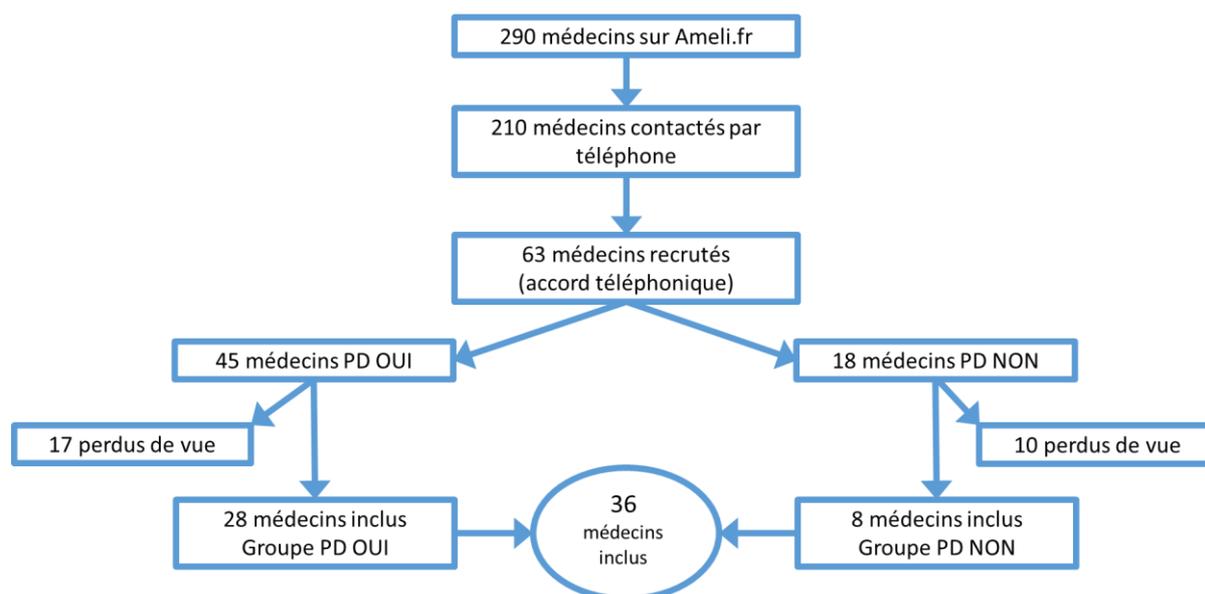
Pour la suite de notre travail, tous les petits p ont été calculés. Etant donné nos faibles échantillons, très peu sont significatifs. Nous avons donc fait le choix de ne faire apparaître que ceux strictement inférieurs à 0,05 pour alléger la lecture des résultats.

I. Populations de l'étude

A. Population de médecins

Sur les 290 MG référencés sur Améli.fr en août 2015, 210 ont été contacté par téléphone. 63 MG avaient donné leur accord téléphonique pour participer à l'étude, mais seuls 36 d'entre eux ont répondu aux questionnaires.

Ainsi, notre enquête a étudié les comportements de 36 MG de Nancy et proche banlieue.



Graphique 1 : Inclusion des médecins.

Le groupe PD OUI désigne les MG qui disent effectuer des PD, quelle qu'en soit la fréquence.

Le groupe PD NON désigne les MG qui disent ne jamais effectuer de PD.

Dans le *tableau 1* sont renseignées les caractéristiques démographiques des médecins inclus.

MEDECINS	PD OUI (n=28)		PD NON (n=8)	
Hommes	16	57%	4	50%
Femmes	12	43%	4	50%
Age moyen	54,9 ans		50,75 ans	
Nombre moyen d'années d'exercice	25,35 années		20,25 années	
Seul en cabinet	20	71%	5	63%
Cabinet de groupe	8	29%	3	38%
Secteur 1	25	89%	8	100%
Secteur 2	3	11%	0	0%

Tableau 1 : Caractéristiques démographiques des médecins inclus

78% des MG inclus (28 sur 36) disaient effectuer des PD.

Sur les 36 MG inclus, on retrouvait 56% d'hommes et 44% de femmes.

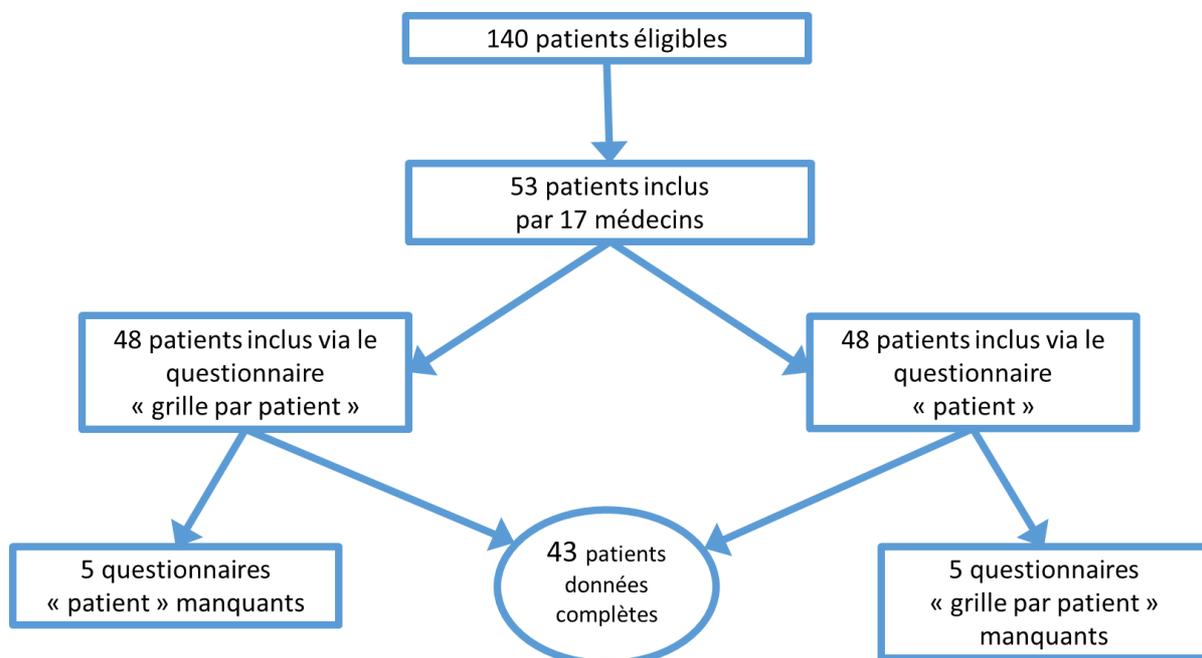
Les groupes PD OUI et PD NON étaient globalement comparables. L'âge moyen était de 54,9 ans dans le groupe PD OUI et de 50,75 ans dans le groupe PD NON. Dans les deux groupes, les médecins étaient principalement installés seuls en cabinet. 33 des 36 MG travaillaient en secteur 1.

Au cours de l'étude, 17 MG du groupe PD OUI ont inclus un patient ou plus.

B. Population de patients

Les médecins pouvaient inclure jusqu'à 5 patients chacun. Le nombre de patients éligibles était donc de 140. Sur la durée de l'enquête, 53 patients ont été inclus. Pour 43 d'entre eux, nous avons des données complètes, c'est-à-dire, le questionnaire « Grille par patient » rempli par le médecin et le questionnaire « Patient » rempli par le patient.

Le *graphique 2* représente la répartition des patients, selon leur mode d'inclusion.



Graphique 2 : Inclusion des patients

Dans le *tableau 2* sont renseignées les caractéristiques démographiques des patients inclus.

Tranche d'âge	Nombre de patients		Homme (n=17)		Femme (n=36)	
	0-2 ans	2	4%	1	6%	1
3 – 15 ans	7	13%	2	12%	5	14%
16-24 ans	3	6%	1	6%	2	6%
25-49 ans	22	42%	6	35%	16	44%
50-65 ans	11	21%	4	23%	7	19%
> 65 ans	8	15%	3	18%	5	14%
Catégorie Socio Professionnelle	Nombre de patients					
Agriculteurs	0	0%				
Artisans, commerçants et chefs d'entreprise	1	2%				
Cadres et professions supérieures	17	32%				
Professions intermédiaires	8	15%				
Employés	12	23%				
Retraités	10	19%				
Sans emploi	5	9%				

Tableau 2 : Caractéristiques démographiques des patients inclus

Sur les 53 patients, on retrouvait 36 femmes et 17 hommes.

Deux tiers des patients avaient entre 25 et 65 ans : 22 patients dans le groupe 25-49 ans et 11 patients dans le groupe 50-65 ans. Seuls 9 enfants de moins de 15 ans ont été inclus. La répartition des patients par âge était globalement comparable dans les groupes Hommes et Femmes.

Les « Cadres et professions supérieures » représentaient 32% des patients.

C. Les échantillons de médecins et de patients pour la suite des résultats

Sur les 53 patients de l'étude, les données étaient complètes pour 43 patients.

Pour 5 patients, nous n'avions que le questionnaire « Grille par patient » et pour 5 autres patients, nous n'avions que le questionnaire « Patient ». Ainsi, pour étudier le point de vue des médecins, nous avons considéré les 48 patients inclus via le questionnaire « Grille par patient ». Pour étudier le point de vue des patients, nous avons considéré les 48 patients inclus via le questionnaire « Patient ».

Les patients ne sont donc pas strictement identiques dans les deux échantillons.

Sur les 48 patients ayant renvoyé leur questionnaire, certains n'ont pas répondu aux questions qui se trouvaient au verso. C'est pourquoi, seuls 45 patients ont donné leur avis sur les motivations du médecin et 44 patients ont exprimé leur ressenti sur la pratique.

Etant donné la taille de nos échantillons, nous avons choisi d'analyser toutes nos données, même incomplètes.

II. Ce que pensent les médecins des PD

A. Le groupe PD OUI

Dans notre étude, 28 médecins disaient avoir recours de temps en temps aux PD.

a) Pour quel profil de patients les MG pensent-ils faire des PD ?

Le *tableau 3* regroupe les éléments pris en compte par les MG (concernant le profil – type des patients) pour décider de rédiger ou non une PD.

Profil des patients	Nombre de MG (n=28)					
			Hommes (n=16)		Femmes (n=12)	
Nourrisson	12	43%	6	37%	6	50%
Enfant 3-15 ans	14	50%	8	50%	6	50%
Adulte	22	78%	13	81%	9	75%
Compréhension suffisante	25	89%	14	87%	11	92%
Patient anxieux	4	14%	2	12%	2	17%
Patient avec comorbidités	5	18%	3	19%	2	17%
Patient de passage	5	18%	3	19%	2	17%
Impossibilité de revenir pour le patient :	19	68%				
• Par manque de temps	14	50%	6	37%	8	67%
• Par difficulté de se déplacer	11	39%	3	19%	8	67%
• Par manque de moyens financiers	6	21%	4	25%	2	17%

p = 0,019

Tableau 3 : Profil des patients qui peuvent bénéficier de PD, d'après les MG

Le critère le plus pertinent aux yeux des MG était le **niveau de compréhension suffisant** : il était mentionné par 89% des médecins.

L'âge du patient était aussi un élément pris en compte : 79% des médecins disaient rédiger des PD pour des **adultes de plus de 16 ans**, contre 43% pour des nourrissons et 50% pour des enfants de 3 à 15 ans.

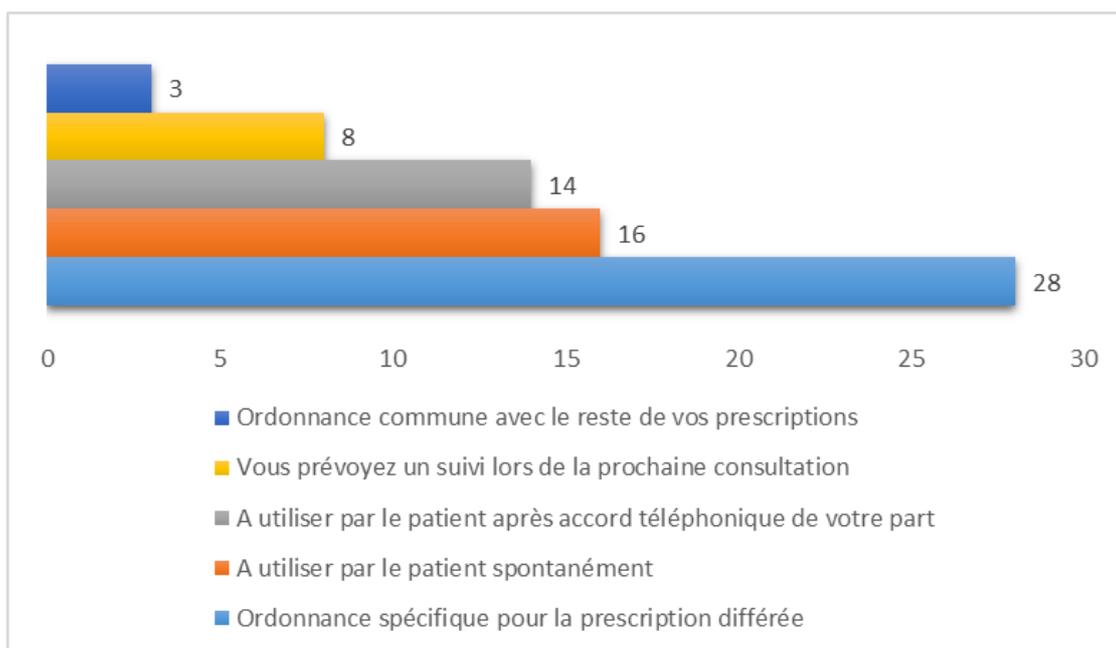
L'impossibilité pour le patient de revenir était considéré par 19 MG : lié au manque du temps pour 14 médecins (50%), lié aux difficultés de déplacement du patient pour 11 médecins (39%) et lié à des moyens financiers limités pour 6 médecins (21%).

Seuls 4 médecins disaient rédiger des PD pour des **patients anxieux**.

Quel que soit leur sexe, les MG semblaient s'adresser aux mêmes profils de patients. Cependant, les femmes médecins pensaient rédiger significativement plus de PD lorsqu'elles avaient connaissance de difficultés pour le patient de se déplacer (p=0,019).

b) Comment les MG pensent-ils rédiger une PD ?

Tous les MG interrogés disaient rédiger la PD **sur une ordonnance à part**. L'**accord téléphonique avant utilisation de l'ordonnance** était mentionné par la moitié des médecins. 8 MG disaient prévoir un suivi lors d'une prochaine consultation.



Graphique 3 : Manières dont les MG pensent réaliser leurs PD

c) Quelles sont les motivations des MG pour rédiger une PD ?

Motivations des MG	Nombre de MG (n=28)					
			Hommes (n=16)		Femmes (n=12)	
Veille de week-end ou de départ en vacances	22	79%	12	75%	10	83%
Eviter une consultation supplémentaire	20	71%	13	81%	7	59%
Anticiper l'évolution clinique	17	61%	8	50%	9	75%
Préserver l'écologie bactérienne	16	57%	12	75%	4	33%
Renforcer la relation médecin patient	5	18%	3	19%	2	17%
Par pression de prescription ressentie par le médecin	5	18%	2	12%	3	25%
Dans un but pédagogique pour le patient	5	18%	4	25%	1	8%
Par mesure d'économie	4	14%	2	12%	2	17%
Par incertitude diagnostique	2	7%	1	6%	1	8%
Par sentiment de lassitude	1	4%	0	0%	1	8%
Accès limité à la permanence des soins	1	4%	1	6%	0	0%

Tableau 4 : Les motivations des MG pour rédiger des PD, en fonction de leur sexe.

Les médecins semblaient très influencés par le contexte dans lequel se déroule la consultation : près de 80% d'entre eux disaient réaliser des PD la **veille d'un week-end ou d'un départ en vacances**.

La volonté d'**éviter une consultation supplémentaire** était évoquée par 71% des MG.

En rédigeant des PD, 61% des médecins pensaient **anticiper l'évolution clinique**. Cet item regroupait deux éléments : la rapidité de réaction du patient en cas d'aggravation clinique, et l'optimisation de la disponibilité du médecin (et du patient).

La moitié des médecins évoquaient la volonté de **préserver l'écologie bactérienne**.

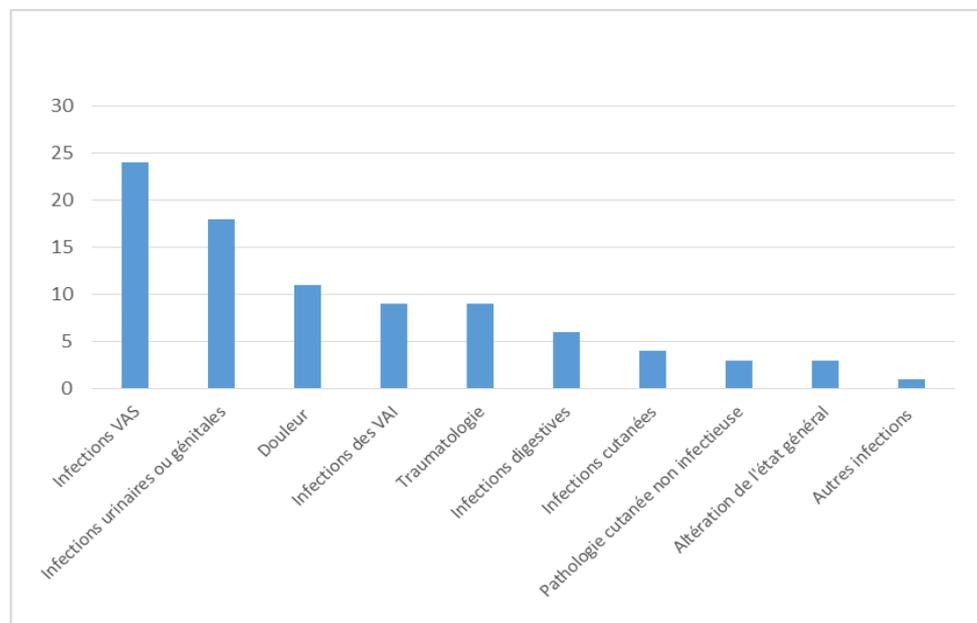
Pour 18% des médecins, remettre une PD au patient (plutôt que de le revoir ultérieurement si nécessaire) était un moyen de renforcer la **relation médecin/patient** et de répondre à la **pression de prescription qu'ils ressentent**.

Enfin, la volonté d'éduquer le patient semblait motiver certains MG dans leur pratique de PD : le **but pédagogique** était évoqué par 5 d'entre eux (soit 18%). Cette éducation pouvait

concerner la juste place des antibiotiques, mais aussi la juste place de la prescription au sein de la relation entre médecin et patient.

Parmi nos MG, les motivations pour rédiger des PD étaient comparables dans les groupes Hommes et Femmes, comme le montre le *tableau 4* ci-dessus.

d) Pour quelles indications les MG pensent-ils rédiger des PD ?



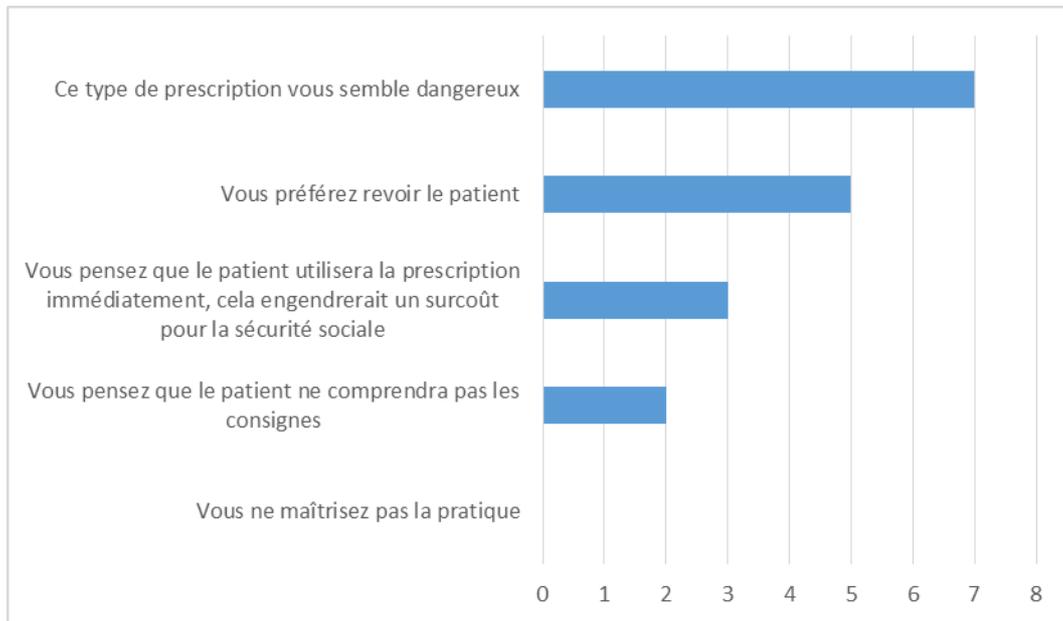
Graphique 4 : Indications des PD en fonction de leur fréquence, d'après les MG

Les **pathologies infectieuses** semblaient être les principales pourvoyeuses de PD : mentionnées par 26 médecins (93% des MG du groupe PD OUI). Les médecins pensaient d'abord aux infections ORL et des VAS (évoqué par 86% des MG), puis aux infections urinaires et génitales (64% des MG) et aux infections des Voies Aériennes Inférieures (VAI) (32% des MG).

Certains médecins disaient aussi rédiger des PD dans le cadre de pathologies non infectieuses : **douleur** (11 MG sur 28), **pathologies traumatiques** (9 MG sur 28), **altération de l'état général** (3 MG sur 28).

B. Le groupe PD NON

Dans notre étude, 8 médecins disaient ne jamais rédiger de PD. Leurs raisons sont présentées dans le *graphique 5*.



Graphique 5 : Les raisons évoquées par les MG du groupe PD NON pour ne pas rédiger de PD

La principale raison, évoquée par 7 des 8 MG du groupe PD NON, était **le danger lié à l'autonomie totale du patient** qui reçoit une PD. Pour 5 d'entre eux, cela justifiait le fait de **se rendre disponible coûte que coûte** (de la part du patient et du médecin) pour une réévaluation si nécessaire.

Une majoration des **dépenses de santé publique** était la préoccupation de 3 médecins: ils estimaient que, lorsqu'un patient reçoit une prescription, différée ou non, il l'utilise systématiquement, même si l'indication médicale n'est pas évidente.

Aucun MG n'estimait ne pas réaliser de PD par **manque de maîtrise de cette pratique**.

III. Ce que font les médecins comme PD, dans notre étude

48 patients ont été inclus par 17 médecins, via le questionnaire « Grille par patient ».

A. Quelles sont les consignes données par les médecins ?

Pour près de 80% des patients inclus, les MG disaient avoir rédigé la **PD sur une ordonnance spécifique**.

Les consignes les plus données par les médecins étaient : **si pas d'amélioration des signes cliniques** (58% des patients), et : **si aggravation des signes cliniques** (42% des patients). On retrouve, de la part du MG, la volonté d'anticiper l'évolution clinique.

Les médecins ont été peu nombreux à demander réellement l'**accord téléphonique du patient avant utilisation de la PD** : seuls 4 d'entre eux l'ont fait, pour 6 des patients inclus.

Les *tableaux 5 et 6* rassemblent les consignes données par les MG en fonction du sexe et de l'âge des patients.

Consignes données par le MG	Nombre de patients (n=48)					
			Hommes (n=17)		Femmes (n=31)	
Sur une ordonnance spécifique	38	79%	14	82%	24	77%
Sur une ordonnance commune aux autres prescriptions	3	6%	0	0%	3	10%
Respect d'un délais précis	16	33%	5	29%	11	35%
Si pas d'amélioration des signes cliniques	28	58%	9	53%	19	61%
Si aggravation des signes cliniques	20	42%	9	53%	11	35%
Si apparition de nouveaux symptômes	6	13%	4	23%	2	6%
Après accord téléphonique de votre part	6	12%	4	23%	2	6%

Tableau 5 : Consignes données par le MG en fonction du sexe des patients

Consignes données par le MG	Nombre de patients (n=48)					
	0-2 ans (n=2)	3-15 ans (n=7)	16-24 ans (n=3)	25-49 ans (n=20)	50-65 ans (n=10)	>65 ans (n=6)
Sur une ordonnance spécifique (n=38)	2	6	0	16	8	6
Sur une ordonnance communes aux autres prescriptions (n=3)	0	0	1	2	0	0
Respect d'un délais précis (n=16)	0	2	1	7	2	4
Si pas d'amélioration des signes cliniques (n=28)	1	5	3	11	5	3
Si aggravation des signes cliniques (n=20)	1	4	1	9	2	3
Si apparition de nouveaux symptômes (n=7)	0	0	0	4	2	0
Après accord téléphonique de votre part (n=6)	0	0	1	3	2	0

Tableau 6 : Consignes données par le MG en fonction de l'âge des patients

Le sexe et l'âge des patients ne semblaient pas influencer le type de consignes délivrées par les MG. On note seulement que pour les trois patients de la tranche d'âge 16-24 ans, les médecins disaient ne pas rédiger la PD sur une ordonnance spécifique ($p=0,007$).

B. Quelles sont les motivations des MG pour les patients inclus ?

Pour la moitié des patients, le médecin voulait effectivement **éviter une consultation supplémentaire** et **anticiper l'évolution clinique**.

Sur les 33 PD d'antibiotiques (PDA), le médecin avait agi ainsi dans l'idée de **préserver l'écologie bactérienne** pour 16 patients.

Pour 23% des patients, les médecins avaient effectué une PD car la consultation avait eu lieu **la veille d'un week-end ou d'un départ en vacances**.

Les **facteurs humains et psychologiques** paraissaient moins pris en compte dans la pratique réelle des PD par le MG: pression de prescription exercée par le patient (citée pour 4 patients), amélioration de la relation médecin-patient (citée pour 1 patient), sentiment de lassitude (cité pour 1 patient).

Les *tableaux 7 et 8* présentent les motivations du MG en fonction du sexe et de l'âge des patients.

Motivations du MG	Nombre de patients (n=48)					
			Hommes (n=17)		Femmes (n=31)	
Eviter une consultation supplémentaire	24	50%	5	29%	19	61%
Anticiper l'évolution clinique	24	50%	10	59%	14	45%
Préserver l'écologie bactérienne	16	33%	7	41%	9	29%
Veille de week-end ou de départ en vacances	11	23%	3	18%	8	26%
Par mesure d'économie	7	15%	3	18%	4	13%
Par pression de prescription ressentie par le médecin	4	8%	2	12%	2	6%
Par incertitude diagnostique	4	8%	0	0%	4	13%
Dans un but pédagogique pour le patient	3	6%	2	12%	1	3%
Renforcer la relation médecin patient	1	2%	0	0%	1	3%
Par sentiment de lassitude	1	2%	1	6%	0	0%
Accès limité à la permanence des soins	1	2%	1	6%	0	0%

Tableau 7 : Motivations du MG pour rédiger une PD, selon le sexe des patients

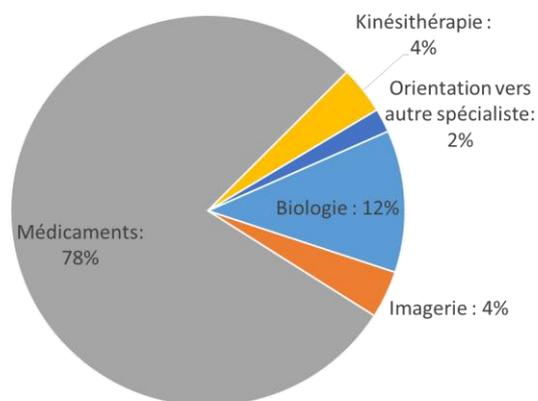
Motivations du MG	Nombre de patients (n=48)					
	0-2 ans (n=2)	3-15 ans (n=7)	16-24 ans (n=3)	25-49 ans (n=20)	50-65 ans (n=10)	>65 ans (n=6)
Eviter une consultation supplémentaire (n=24)	1	4	1	10	6	2
Anticiper l'évolution clinique (n=24)	2	3	2	12	3	2
Préserver l'écologie bactérienne (n=16)	0	3	1	5	4	3
Veille de week-end ou de départ en vacances (n=11)	0	1	1	6	0	3
Par mesure d'économie (n=7)	1	0	1	3	2	0
Par pression de prescription ressentie par le médecin (n=4)	0	0	0	2	2	2
Par incertitude diagnostique (n=4)	1	1	0	2	0	0
Dans un but pédagogique pour le patient (n=3)	1	0	0	0	0	2
Renforcer la relation médecin patient (n=1)	0	0	0	1	0	0
Par sentiment de lassitude (n=1)	0	0	0	1	0	0
Accès limité à la permanence de soins (n=1)	0	0	0	1	0	0

Tableau 8 : Motivations du MG pour rédiger une PD, en fonction de l'âge des patients

Le sexe et l'âge des patients ne semblaient pas influencer les raisons qui poussaient les MG à réaliser effectivement une PD.

C. Quels est le type de PD et son indication dans notre étude ?

Le *graphique 5* ci-dessous représente la répartition des PD selon le type de prescription.



Graphique 5 : Répartition des PD en fonction du type de prescription

Dans notre étude, la répartition des PD était la suivante : 78% de PD de médicaments et 22% de PD n'étant pas des prescriptions médicamenteuses.

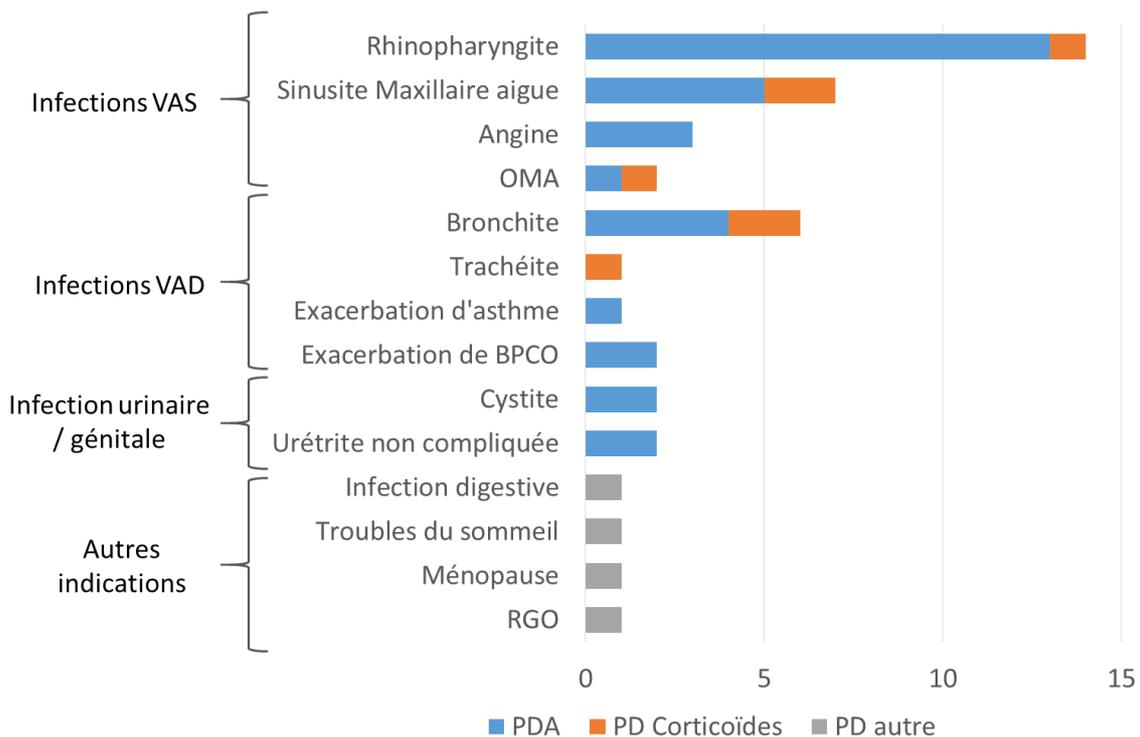
Pour 3 patients, le MG avait remis 2 PD lors de la même consultation. En revanche, un seul questionnaire était rempli pour cette consultation.

Au cours de notre étude, les MG ont donc rédigé 51 PD, correspondant à 48 patients différents.

a) PD de médicaments

Les médecins ont réalisé une PD de médicaments pour 40 patients. 1 des MG n'a pas précisé la classe thérapeutique prescrite.

Le *graphique 6* schématise les différentes indications de PD de médicaments de notre étude.



Graphique 6: Indications des PD de médicaments

Il s'agissait très **majoritairement d'une antibiothérapie différée** (33 prescriptions sur 39): 67% pour des infections ORL et des VAS, 21% pour des infections des VAI et 12% pour des infections urinaires ou génitales.

Une **corticothérapie différée** a été proposée à 7 patients, pour des infections ORL et des VAS ou des VAI.

4 patients ont reçu des **PD de médicaments divers** : Racécadotril, Zolpidem, Acétate de nomégestrol, Oméprazole.

b) PD d'examen paraclinique

17% des patients inclus par les médecins ont reçu une PD d'examen paraclinique.

On retrouvait 6 PD pour des **examens de biologie** : 5 PD pour réaliser un ECBU, chez des femmes présentant des symptômes de cystite et 1 PD pour réaliser un bilan sanguin chez un adolescent présentant un syndrome fébrile.

On retrouvait 2 PD pour des **examens de radiologie** : 1 échographie réno-vésicale chez une femme de 50-65 ans ayant des signes de cystite et 1 radiographie du rachis chez une femme de 50-65 ans présentant une lombo-sciatique.

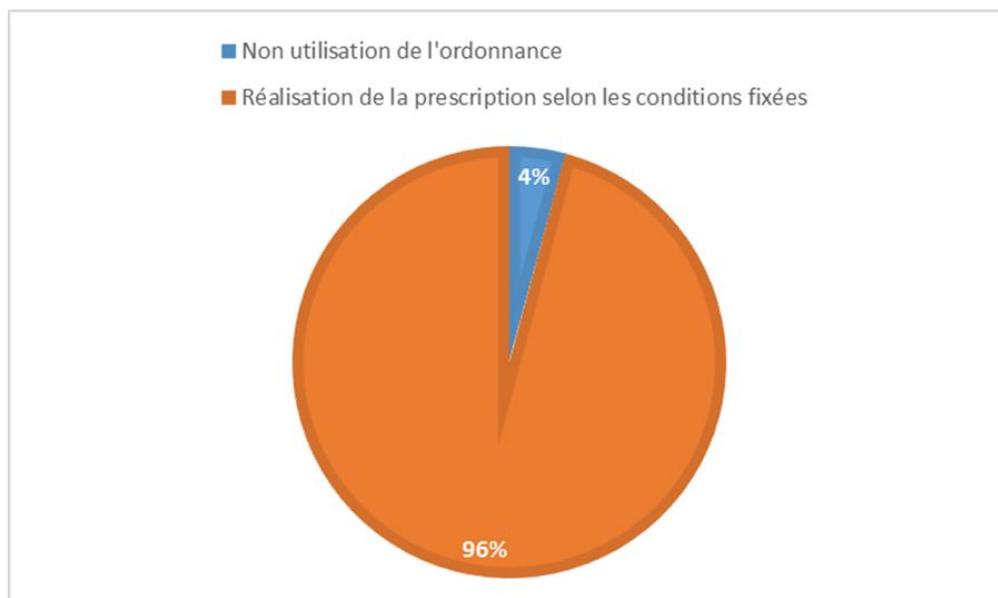
c) PD de soins

2 médecins de notre étude ont inclus 2 patients pour des **prescriptions de kinésithérapie différée**. Il s'agissait de kinésithérapie pour des douleurs du rachis : cervicalgies et lombalgies.

d) Orientation différée vers un autre spécialiste

1 patient a été **adressé à un autre spécialiste**, un dermatologue, en cas de non amélioration clinique.

D. Quelle est l'attitude prévisible des patients, d'après les médecins ?



Graphique 7 : Attitude du patient avec la PD, selon le MG

Les médecins pensaient que 96% des patients (46 patients sur 48) respecteraient le caractère différé de la prescription. Pour 2 patients, le médecin avait supposé que la prescription ne serait pas utilisée. Aucun de nos MG n'avait rédigé de PD dans l'idée que le patient l'utilise immédiatement.

IV. Ce que font les patients qui reçoivent une PD, dans notre étude

48 patients ont été inclus dans notre étude. Ils avaient presque tous (44/48) consulté leur médecin traitant.

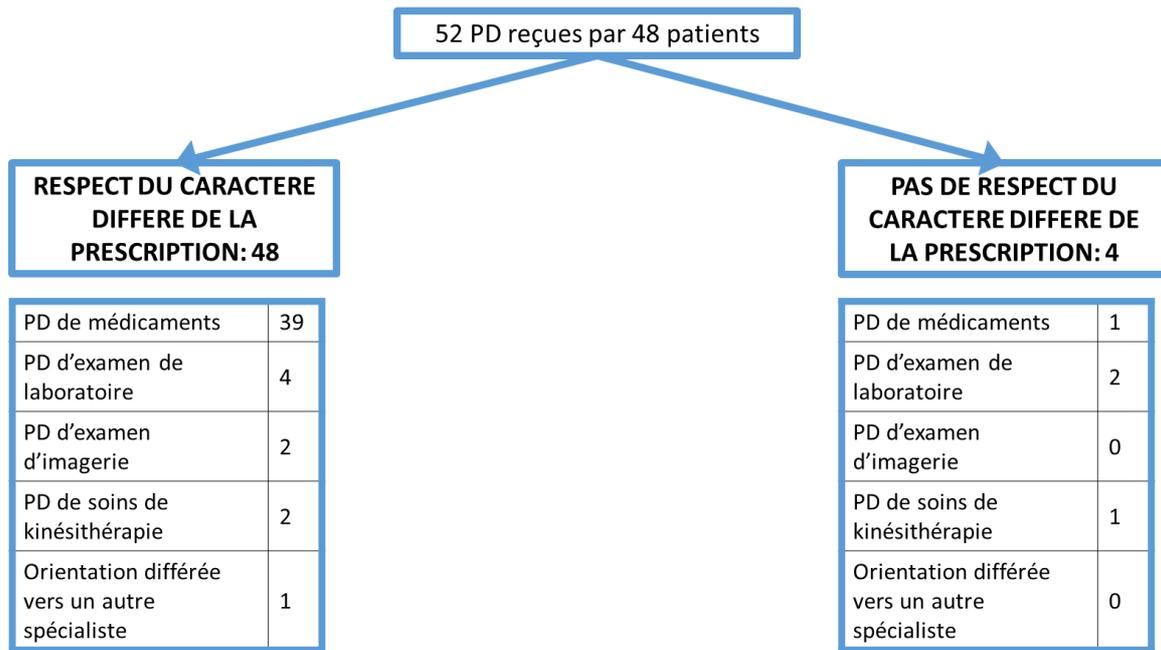
A. Qui a expliqué l'ordonnance ?

Pour tous les patients, le **médecin** avait expliqué sa prescription et les conditions d'utilisation de l'ordonnance. Un seul patient a précisé que l'ordonnance lui avait été expliquée également par une autre personne : le **pharmacien**.

B. Utilisation des PD

4 des patients qui ont répondu au questionnaire avait reçu deux PD lors de la même consultation. Notre étude porte donc sur 52 PD, reçues par 48 patients.

Le caractère différé de la prescription a été respecté pour 48 des 52 PD, par 44 patients (soit 92% d'entre eux).

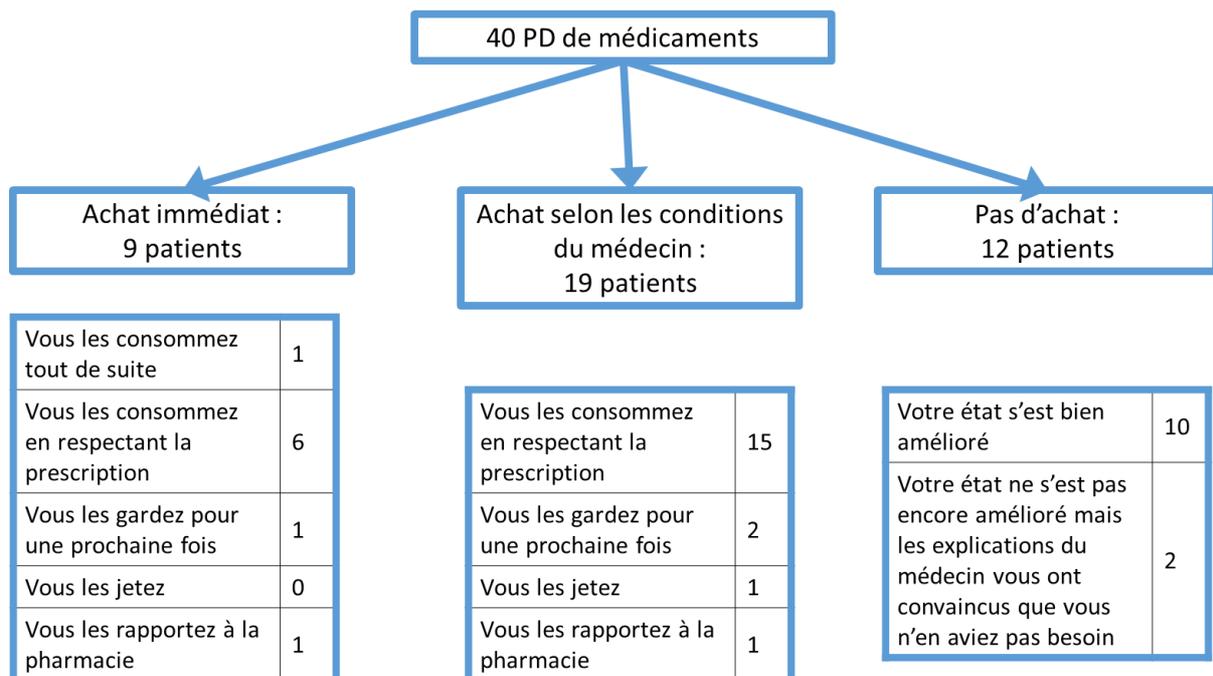


Graphique 7 : Utilisation des PD par les patients, selon le respect ou non du caractère différé

a) Utilisation des PD de médicaments

40 patients avaient reçu une PD de médicaments.

Le graphique 8 représente la répartition de ces PD selon leur utilisation par le patient.



Graphique 8 : Utilisation des PD de médicaments par les patients

Seul 1 patient sur 40 a consommé le traitement immédiatement : la patiente en question, âgée de 25 à 49 ans, avait reçu une PDA pour la prise en charge d'une angine.

21 patients ont consommé le traitement selon les conditions fixées par le médecin.

18 des patients n'ont pas consommé le traitement, soit 45% des patients ayant reçu une PD de médicaments. 12 de ces patients n'ont pas acheté le traitement : ils avaient consulté le MG pour une infection ORL ou des VAS ou des VAI.

Le sexe et l'âge ne semblaient pas influencer le patient dans sa décision de ne pas acheter le traitement comme le montre le *tableau 9*.

Patients n'ayant pas acheté le traitement (n=12)			
Sexe	Nombre de patients	Age	Nombre de patients
Hommes (n=16)	4	0-2 ans (n=2)	0
Femmes (n=32)	8	3-15 ans (n=6)	1
		16-24 ans (n=3)	0
		25-49 ans (n=18)	7
		50-65 ans (n=10)	2
		>65 ans (n=8)	2

Tableau 9 : Caractéristiques démographiques des patients n'ayant pas acheté le traitement

Sur les 40 PD médicamenteuses, 35 étaient des PDA. 17 patients ont déclaré ne pas avoir consommé l'ATB lors de l'épisode actuel, soit 49% des PDA. En revanche, certains d'entre eux ont acheté le traitement prescrit : 3 patients disaient le garder pour une prochaine fois, 2 patients l'ont rapporté à la pharmacie et 1 patient l'a jeté à la poubelle.

b) Utilisation des PD d'examen paraclinique

6 patients avaient reçu une PD d'examen de biologie.

4 patients ont utilisé la prescription en respectant son caractère différé (3 ECBU pour cystite et un bilan sanguin pour fièvre). Les 2 autres patients l'ont utilisé immédiatement (ECBU pour cystite).

2 patients avaient reçu une PD d'examen de radiologie.

Les 2 patients ont utilisé la prescription en respectant son caractère différé (une échographie réno-vésicale pour des cystites récidivantes et une radiographie du rachis pour une lombosciatique).

c) Utilisation des PD de soins

3 patients avaient reçu une prescription de kinésithérapie différée pour la prise en charge de douleurs du rachis.

2 patients ont utilisé la prescription en respectant son caractère différé. La patiente se plaignant de cervicalgies et lombalgies a immédiatement suivi les séances de kinésithérapie.

d) Orientation différée vers d'autres spécialistes

Le patient ayant reçu une PD pour aller consulter un dermatologue en l'absence d'amélioration clinique a utilisé l'ordonnance selon les conditions fixées par le médecin.

V. Ce que les patients retiennent d'une PD

A. Que pensent les patients (n=45) des motivations du médecin ?

D'après les patients, les médecins rédigeaient des PD pour trois raisons principales : **1) Eviter une consultation supplémentaire** (56% des patients), **2) Anticiper l'évolution clinique** (53% des patients), **3) Limiter la prescription d'antibiotiques** (47% des patients).

Le fait de consulter la **veille d'un week-end ou d'un départ en vacances** était relevé par 18% des patients (8 patients).

7 des 48 patients (soit 16% des patients) estimaient que le fait d'être impliqué dans la prise de décision médicale permettait de renforcer la **relation entre soignant et soigné**.

L'avis des patients sur la motivation des médecins était globalement comparable quel que soit le sexe, comme le montre le *tableau 10*.

Motivations du MG d'après le patient	Nombre de patients (n=45)					
			Hommes (n=14)		Femmes (n=31)	
Pour vous éviter une consultation supplémentaire	25	56%	7	50%	18	58%
Au cas où votre état s'aggraverait	24	53%	8	57%	16	52%
Pour limiter la prescription d'ATB	21	47%	7	50%	14	45%
Car vous l'avez consulté la veille d'un week-end ou d'un départ en vacances	8	18%	3	21%	5	16%
Par mesure d'économie	7	15%	4	28%	3	10%
Pour préserver une relation de qualité avec vous	7	15%	3	21%	4	13%
Parce que vous étiez inquiets	5	11%	2	14%	3	10%
Par incertitude de son diagnostic	4	9%	1	7%	3	10%
Parce que l'accès à une permanence de soins vous est limité	2	4%	0	0%	2	6%
Parce que vous avez insisté	0	0%	0	0%	0	0%

Tableau 10 : Motivations du médecin, d'après le patient et selon leur sexe

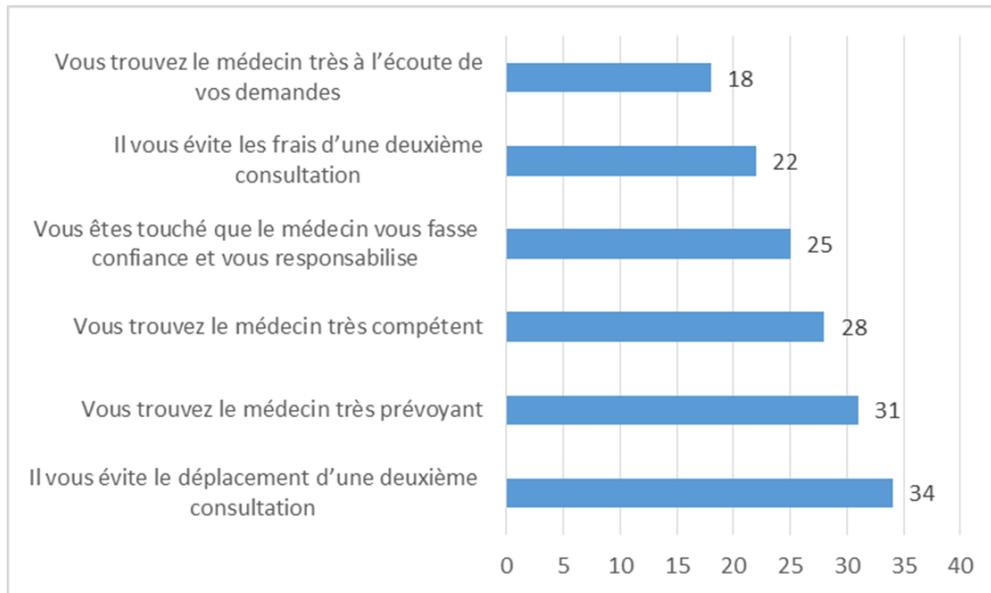
B. Que pensent les patients (n=44) de ce mode de prescription ?

a) Patients satisfaits

43 patients interrogés étaient **satisfaits** par cette démarche de la part de leur médecin.

3 d'entre eux se disaient aussi **étonnés**, parce que c'était la première fois qu'ils recevaient une telle prescription.

Le *graphique 9* présente ce que les patients appréciaient en recevant une PD.



Graphique 9 : Raisons de la satisfaction des patients qui reçoivent une PD

La satisfaction provenait principalement du fait que la PD **évite au patient le déplacement** pour une consultation supplémentaire : en effet, 34 des 43 patients citaient cette raison.

En partageant la décision médicale, le médecin apparaissait aux yeux du patient comme **prévoyant** (cité par 31 patients) et **compétent** (cité par 28 patients). La satisfaction de **se sentir responsabilisé** était relevé par 25 patients de l'étude.

Les **frais liés à une consultation supplémentaire** étaient pris en compte par de 22 patients.

Les *tableaux 11 et 12* présentent les raisons de la satisfaction des patients en fonction de leur âge et de leur sexe.

Raisons de la satisfaction du patient	Nombre de patients (n=43)					
			Hommes (n=12)		Femmes (n=31)	
Vous trouvez le médecin très prévoyant	31	72%	9	75%	22	70%
Vos trouvez le médecins très compétent	28	65%	8	67%	20	64%
Vous trouvez le médecin très à l'écoute de vos demandes	18	42%	5	42%	13	42%
Il vous évite les frais d'une deuxième consultation	22	51%	6	50%	16	52%
Il vous évite le déplacement d'une deuxième consultation	34	79%	10	83%	24	77%
Vous êtes touchés que le médecin vous fasse confiance et vous responsabilise.	25	58%	9	75%	16	52%

Tableau 11 : Raisons de la satisfaction des patients qui reçoivent une PD, en fonction du sexe.

Raisons de la satisfaction du patient	Nombre de patients (n=43)					
	0-2 ans (n=2)	3-15 ans (n=6)	16-24 ans (n=3)	25-49 ans (n=18)	50-65 ans (n=6)	>65 ans (n=8)
Vous trouvez le médecin très prévoyant (n=31)	1	6	2	14	3	5
Vous trouvez le médecin très compétent (n=28)	1	6	2	11	3	5
Vous trouvez le médecin très à l'écoute de vos demandes (n=18)	0	4	2	5	3	4
Il vous évite les frais d'une deuxième consultation (n=22)	0	4	2	10	2	4
Il vous évite le déplacement d'une deuxième consultation (n=34)	1	5	3	16	5	4
Vous êtes touché que le médecin vous fasse confiance et vous responsabilise (n=25)	1	3	2	10	3	6

Tableau 12 : Raisons de la satisfaction des patients, par tranche d'âge

Sur notre petit échantillon, le sexe des patients ne paraissait pas avoir d'influence sur leur satisfaction.

De plus, les raisons de la satisfaction des patients ne semblaient pas varier significativement selon l'âge. On peut seulement relever un élément : les patients de plus de 65 ans se disaient très satisfaits d'éviter le déplacement pour une consultation supplémentaire ($p=0,04$).

b) Patients non satisfaits

1 patient s'est dit **mécontent** de cette pratique : il avait consulté un médecin qu'il ne connaissait pas, pour une prostatite aiguë. Il avait reçu des prescriptions immédiates d'ECBU et d'échographie réno-vésico-prostatique ainsi qu'une PDA. Il a trouvé qu'il recevait trop de prescriptions.

5) DISCUSSION

I. Limites de notre étude

A. Les petits échantillons

Notre projet de thèse ayant été pensé pour deux internes de médecine générale, nos objectifs initiaux d'inclusion de médecins et de patients étaient deux fois plus importants. Malgré une période d'inclusion volontairement plus longue, nous n'avons pas pu inclure davantage de participants. Pourtant, nous avons décidé de ne pas modifier nos questionnaires et d'en conserver l'ensemble des items.

Ainsi, nos échantillons sont petits, mais le nombre de résultats est important.

a) L'échantillon de médecins

36 MG ont participé à notre travail.

Dans le groupe PD NON, les perdus de vue ont été très nombreux (10 MG sur 18). Les médecins se sont probablement sentis moins concernés par notre sujet, étant peu familier avec cette pratique.

Dans le groupe PD OUI, 40% des MG n'ont pas inclus de patient. Il est certain que la PD est un mode de prescription qui n'est pas utilisé très fréquemment. De plus, il est possible que les MG aient effectué des PD en oubliant d'inclure leurs patients. Sur les 17 médecins ayant effectivement inclus des patients, 8 ont inclus 70% de nos patients.

Les résultats de notre travail reposent donc en réalité sur la pratique de peu de MG, ce qui rend nos résultats moins représentatifs.

b) L'échantillon de patients

Lors de l'hiver 2015-2016, l'épidémie de grippe a commencé tardivement. De plus, l'épidémie de gastro-entérites aiguës était moins forte que l'année précédente. Or, notre travail ainsi que les publications internationales montrent bien que les pathologies infectieuses sont les premières pourvoyeuses de PD. Ainsi, la réalisation de PD était moins fréquente et les inclusions de patients plus rares, particulièrement chez les enfants.

Dès lors qu'une tierce personne intervient entre le médecin et le patient, faire participer le patient à une enquête s'avère plus difficile. Cela explique aussi le faible nombre d'enfants inclus dans notre travail.

On observe une **sur-représentation des patients entre 25 et 65 ans**, en rapport avec le profil des patients à qui peut s'adresser une PD : 22 patients entre 25 et 49 ans, et 11 patients entre 50 et 65 ans, soit 62% de notre échantillon total de patients. Premièrement, il s'agit souvent de patients ayant peu de comorbidités. Deuxièmement, ce sont pour la plupart des patients autonomes. Il n'y a donc pas d'intermédiaire entre le médecin et le patient, au cours de la consultation. Dans ce contexte, l'idée de partager les décisions médicales semble plus réaliste et la participation du patient à une enquête plus simple.

B. Les données non exploitées

Plusieurs données de nos questionnaires n'ont pu être exploitées faute de mauvaise formulation ou de difficultés de compréhension.

a) Renseignements erronés et manque de concordance : les CSP

Pour les patients âgés de moins de 16 ans, la CSP a été inégalement renseignée : pour certains, il était noté « sans emploi » et pour d'autres la CSP était celle de la personne répondant au

questionnaire. L'interprétation des données était donc difficile par la suite, l'objectif de cet item étant de connaître le statut social de la personne qui renseigne le questionnaire.

Nous avons pu comparer les CSP déclarées par les médecins et les patients pour 43 dossiers. Pour près d'un patient sur trois, les données ne coïncident pas, ce qui est cohérent avec les études actuelles sur les inégalités sociales de santé. Il est clair que connaître le statut social et le mode de prise en charge impacte sur notre prise en charge globale. On peut se demander si cela a également une influence sur la pratique des PD.

b) Formulations imprécises

Pour savoir si la PD faisait l'objet d'une ordonnance séparée, notre formulation était imprécise : « Ordonnance commune » ou « ordonnance spécifique ». Lorsque la consultation ne donnait lieu qu'à une seule ordonnance (la PD), certains médecins ont noté « Ordonnance commune » et d'autres « Ordonnance spécifique ». Pour les 3 patients de 16-24 ans, les médecins disaient ne pas rédiger la PD sur une ordonnance spécifique ($p=0,007$). En réalité, étant donné la tranche d'âge et les motifs de consultation (rhinopharyngite, sinusite aigue maxillaire et cystite), on peut penser que la PD était la seule prescription de la consultation.

Dans le questionnaire « Patient », pour évaluer l'utilisation de la PD, nous avons employé les expressions suivantes : « Vous les achetez selon les conditions fixées par le médecin », « Vous les consommez selon les conditions fixées par le médecin », « Vous les réalisez selon les conditions fixées par le médecin ». L'interprétation possible était variable : ne pas consommer le traitement ou ne pas réaliser la PD était une manière de respecter les conditions fixées par le médecin. Les résultats pour cet item-là sont donc à lire en tenant compte de cette imprécision.

c) Items manquants

Au sein des différents types de PD (médicaments, biologie, imagerie, ...) nous n'avons pas individualisé la notion d'avis médical différé : c'est-à-dire le fait d'orienter le patient vers un

autre spécialiste sous certaines conditions (en lui remettant dès maintenant le courrier). Pourtant, c'est une entité qui ressort de certaines publications.

Un médecin de notre étude a inclus un patient sur ce mode-là, en le précisant dans les commentaires. En rendant visible ce type de PD dans notre questionnaire, nous aurions sans doute inclus quelques autres patients. Ainsi, dans notre étude, on ne peut pas tenir compte de la proportion des PD réalisées pour une orientation vers un autre spécialiste.

C. La méthodologie : les auto-questionnaires

Nous avons choisi d'interroger médecins et patients au moyen d'auto-questionnaires. Etant donné les objectifs de notre travail, cette méthodologie nous est apparue comme la plus adaptée et réaliste pour une thèse de médecine générale.

En revanche, cela impliquait **des perdus de vue et des données manquantes**. Sur les 63 MG ayant donné leur accord téléphonique pour participer, 27 n'ont pas renvoyé le questionnaire en ligne. Pour 10 des patients inclus, il manquait un des deux questionnaires.

De plus, nous avons été parfois confrontés à un **manque de clarté pour certaines réponses**, ce qui aurait pu être évité en interrogeant directement les participants.

II. Forces de notre étude

A. Un travail original

En France, très peu d'études sont réalisées sur les PD. Les seuls travaux disponibles concernent l'antibiothérapie différée et considèrent seulement le point de vue des médecins.

Notre thèse est un des premiers éléments de réflexion autour de la PD en général : prescription de médicaments (antibiothérapie et autres classes médicamenteuses), d'examen paraclinique, de soins. Dans notre étude, près d'une PD sur 4 ne concernait pas une prescription médicamenteuse. Les PD paraissent donc utilisées par les MG dans un champ plus large que celui présenté par les publications internationales.

Nous nous sommes aussi intéressés à l'observance des consignes données par le MG et au devenir des médicaments achetés. Le respect du caractère différé est, en effet, un enjeu pour que ce mode de prescription conserve tout son sens ainsi que ses éventuels bénéfices.

B. Une étude bilatérale

Conçu initialement pour deux internes de médecine générale sur deux régions différentes, notre travail s'intéressait au regard des médecins et de leurs patients sur les PD. L'idée était de croiser nos données pour comparer les pratiques de deux régions et discuter la concordance des comportements entre médecin et patient.

Après la rupture du binôme, nous avons finalement choisi de ne pas croiser les comportements des médecins et des patients par référence, étant donné le nombre déjà important de résultats à analyser.

Pour autant, notre étude reste une étude bilatérale qui s'intéresse conjointement au regard des médecins et des patients. Aucune des études ou thèses françaises parues n'avait étudié les PD sous cet angle-là.

C. La représentativité de nos populations

a) La population des médecins

L'échantillon de MG ayant participé à notre travail semble globalement représentatif des MG libéraux exerçant en Lorraine. En effet, en 2013, le Conseil National de l'Ordre avait publié une étude de la démographie médicale en Lorraine (58). Parmi les MG, on trouvait 71% d'hommes et 29% de femmes. L'âge moyen était de 53 ans. Dans notre étude, on trouvait 56% d'hommes et 44% de femmes. L'âge moyen était de 52,8 ans.

b) La population des patients

Concernant notre population de patients, la sur-représentation de la tranche d'âge 25-65 ans (cf. I-A-b) est en réalité le reflet d'une plus grande faisabilité des PD pour des patients autonomes et en bonne santé. Levinson et son équipe relevaient que la volonté d'implication du patient dans les décisions médicales concernait principalement les adultes jeunes, et diminuait après 45 ans (10). De même, dans notre échantillon, près de la moitié des patients inclus ont entre 25 et 49 ans.

Sur l'ensemble de nos patients, toutes les CSP sont représentées, exceptées les Agriculteurs (lié au fait que notre enquête a été menée en milieu urbain). La capacité de compréhension nécessaire évoquée par les médecins ne dépend donc pas tant du niveau d'études des patients. Mais elle est plutôt influencée par la confiance du patient vis-à-vis du médecin.

III. Le groupe PD NON

29% des MG recrutés, c'est-à-dire ayant donné leur accord téléphonique pour participer à l'étude, ont dit ne jamais effectuer de PD. En raison d'un nombre important de perdus de vue, nos données analysables pour ce groupe sont peu nombreuses.

Est-ce la réalité de la pratique de ces MG ou est-ce leur souhait? Les médecins font-ils toujours ce qu'ils pensent faire ?

Pour autant, aucun des MG de ce groupe n'a effectué de PD, éventuellement entraîné par « l'effet-étude »

La principale raison, évoquée par les médecins, pour ne pas utiliser cette pratique est le **danger d'une mauvaise utilisation de la prescription.**

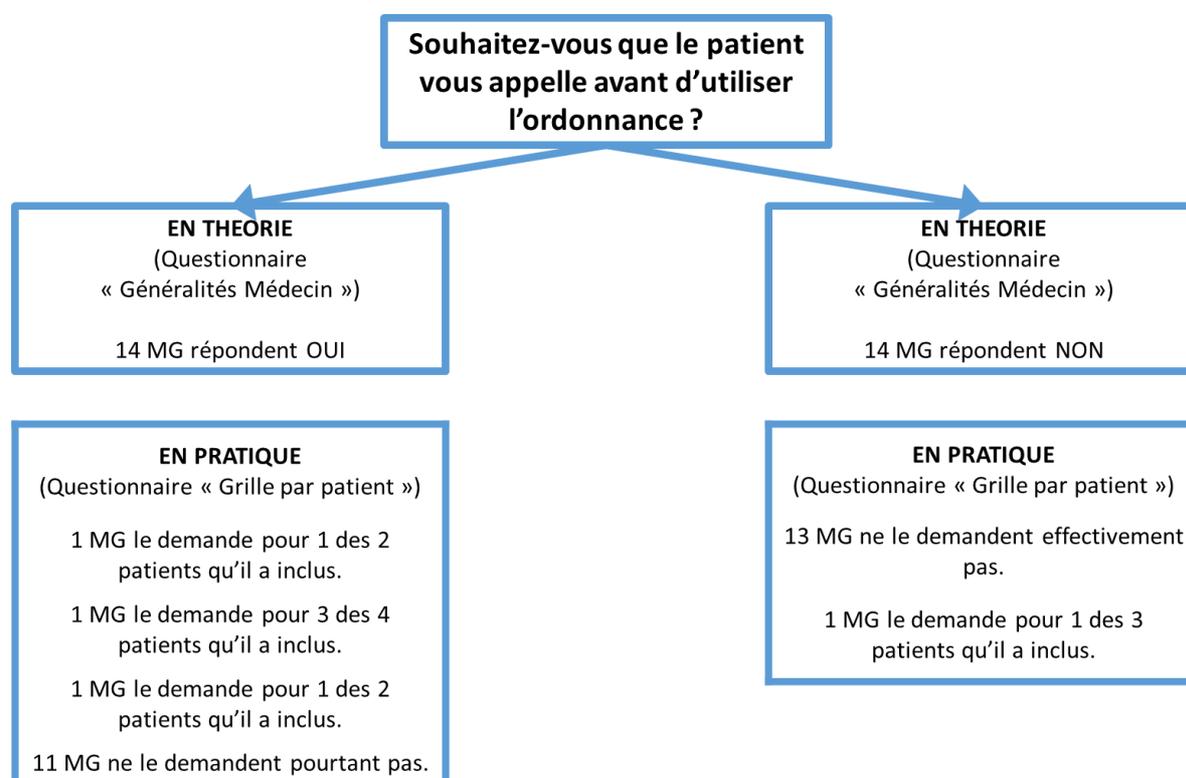
Dangers d'un mésusage, en cas de mauvaise évaluation clinique initiale. Et danger de l'automédication, puisque le patient peut conserver la prescription ou le traitement pour une prochaine fois, et l'utiliser sans avis médical préalable.

Pour les MG partisans des PD, ce danger est considéré comme un risque inhérent à la pratique (53,55). Et le risque pourrait être limité en utilisant ce mode de prescriptions chez des patients ayant un profil adapté.

Pour aucun des MG interrogés, le fait de ne pas réaliser de PD vient d'un **manque de maîtrise de cette pratique**. Maîtrise qui passe nécessairement par des compétences pour mener un bon dialogue, afin de partager de manière éclairée la prise de décisions médicales. Pourtant, plusieurs études ont identifié le manque de formation à la communication comme un frein à la mise en place de la DMP (13,14). Une formation à la communication pourrait donner à ces MG plus d'assurance dans le dialogue avec leurs patients et les faire évoluer dans leurs pratiques.

IV. La disponibilité des MG et des patients pour la pratique des PD

A. La disponibilité horaire du MG



Graphique 10 : Accord téléphonique du médecin avant utilisation de la PD par le patient, répartition des MG et des patients.

Dans notre étude, la moitié des MG souhaitaient en théorie donner leur **accord téléphonique avant utilisation de la PD**. Pourtant, il a été demandé pour seulement 6 patients, sans concordance entre médecins.

On peut soulever deux hypothèses.

- Premièrement, la problématique liée au manque de temps des MG. Le travail des Dr Ghez et Marc l'évoquait également : la disponibilité téléphonique pour donner leur accord avant utilisation de la PD semblait importante pour les MG, mais très chronophage (53).
- Deuxièmement, la problématique liée à la discordance entre ce que les MG pensent et font. Dans la réalité, les MG accordent-ils moins d'importance à leur disponibilité téléphonique que ce qu'ils pensent ? On touche du doigt la différence entre le bon exercice de la profession et la pratique médicale réelle.

Les études s'accordent pour dire que le partage des décisions médicales entre le médecin et son patient est un processus qui nécessite du temps. La disponibilité nécessaire et le manque de temps du MG sont d'ailleurs identifiés comme un frein à la mise en place de toute DMP (3,11,13,15). La pratique des PD se heurte ainsi à cette même problématique.

Pour certains auteurs, le fait de remettre une PD nécessite également une plus grande disponibilité en cas de complication ou de non compréhension de l'ordonnance (53,55).

Ainsi, ce mode de prescription exigerait du MG d'être plus disponible avant et après utilisation de la prescription.

B. La disponibilité physique du patient pour se déplacer

Sur notre petit échantillon, les données concernant la disponibilité physique du patient pour se déplacer sont les seuls résultats significatifs.

D'une part, les femmes MG pensent rédiger d'autant plus de PD lorsqu'elles connaissent les difficultés de déplacement de leurs patients ($p=0,019$). D'autre part, les patients de plus de 65

ans sont très satisfaits d'éviter un nouveau déplacement, grâce à la pratique des PD par leur MG ($p=0,04$).

Ainsi, l'idée d'éviter le déplacement du patient intervient à la fois dans les motivations du MG et dans la satisfaction du patient, lorsque l'on parle de PD.

Si l'on considère le manque de temps des MG et leurs difficultés organisationnelles, ainsi que la satisfaction du patient qui se déplace le moins possible pour sa santé, sans la négliger pour autant, on peut s'interroger sur l'évolution de notre profession future : l'avenir est-il à davantage de PD ? A des avis médicaux et des prescriptions par téléphone ? Ce sont des exemples qui s'intègrent dans la démarche de DMP.

C. Un gain de temps pour médecins et patients

71% de nos MG pensaient faire des PD pour éviter une consultation supplémentaire. En pratique, 50% des patients ont été inclus par le MG pour cette raison. Certaines études montrent en effet que les PD permettent d'éviter une consultation de réévaluation clinique systématique (54).

Ce gain de temps paraît d'autant plus appréciable lorsque la consultation a lieu la veille d'un week-end ou d'un départ en vacances (53). Les MG étaient très nombreux à penser aux PD dans ces circonstances (79% des MG du groupe PD OUI). Et près d'un patient sur quatre a été inclus dans ce contexte.

Cette stratégie de prescription pourrait donc faire gagner du temps au MG. Une condition est en revanche indispensable pour ne pas compromettre ce gain de temps : bien déterminer le profil de patients auquel peut s'appliquer ce type de prescription.

Ainsi, le MG éviterait une consultation de réévaluation et le patient n'aurait pas de difficulté concernant l'utilisation de l'ordonnance.

V. Les facteurs humains et psychologiques face à la PD

A. L'anxiété du patient

Pour certains auteurs, la PD, comme toute prescription médicale, est un moyen de répondre à **l'anxiété des patients, ressentie ou exprimée** lors d'une consultation (36,44).

Dans notre enquête, 5 patients ont reconnu être inquiets de leur état de santé et ont pensé que le médecin leur remettait une PD pour répondre à cette anxiété. 2 d'entre eux ont utilisé la prescription immédiatement. La proportion de patients ayant respecté le caractère différé est donc beaucoup plus faible chez les patients anxieux (60%) que dans la population totale des patients (92%).

Ainsi, bien que non significatif en raison de nos échantillons trop faibles ($p=0,06$), il semblerait que lorsqu'on remet une PD à un patient pour tenir compte de son anxiété, il a plus tendance à l'utiliser immédiatement.

Alors que la décision de prescrire du médecin peut à juste titre être influencée par un patient inquiet de son état de santé, il ne semble pas que le caractère différé de la prescription (par opposition à une prescription immédiate) apporte un bénéfice supplémentaire. Dans ce contexte-là, la PD doit-elle avoir une place ?

B. La pression de prescription ressentie par le médecin

5 MG du groupe PD OUI pensaient réaliser des PD en réponse à cette pression de prescription. Ils ont inclus 4 patients pour cette raison. Pourtant, aucun patient de l'étude n'a eu l'impression d'insister auprès du MG pour recevoir une prescription.

Il existe donc un décalage entre l'impression globale du médecin lors de la consultation et le comportement que le patient pense avoir. On peut toutefois imaginer que le patient n'est pas fier d'insister auprès de son MG pour obtenir quelque chose, et que cela a influencé sa façon de remplir le questionnaire « patient ».

Cette inadéquation au cœur de la relation médicale pose un réel problème, d'autant plus lorsque cela entraîne des prescriptions inadaptées ou excessives (54,44,57). Les difficultés de communication verbale et non verbale en sont souvent à l'origine. Comme pour toute démarche de DMP, une meilleure formation des médecins à la communication avec leurs patients semble une piste intéressante (1,14,25). Elle pourrait permettre de réduire ce décalage en insistant sur l'importance du dialogue et de l'écoute attentive.

C. La responsabilisation du patient

La pratique des PD sous-entend la responsabilisation du patient et le respect de son autonomie (56). Dans notre étude, les patients étaient nombreux (25 sur 44) à se dire satisfaits d'avoir reçu une PD pour cette raison : « Vous êtes touché que le médecin vous fasse confiance et vous responsabilise » (cf. Annexe 3 question 15).

Lorsque le patient est réceptif à ce type de pratique, les PD apparaissent donc comme un moyen de renforcer la relation médecin-patient, dans la même idée que la démarche de DMP pour les patients demandeurs de s'impliquer.

VI. L'antibiothérapie différée

A. Les indications des PDA dans notre étude et dans la littérature

Dans notre travail, les pathologies infectieuses apparaissaient comme la première indication pour réaliser des PD, citées par 93% des MG du groupe PD OUI. De plus, les PDA représentaient 65% des PD reçues par nos patients. Nos résultats allaient ainsi dans le même sens que les publications internationales : la pratique des PD semble très majoritairement utilisée dans le domaine de l'antibiothérapie. Même si elle ne l'est pas exclusivement, comme le montre notre enquête.

Les indications des PDA dans notre échantillon étaient comparables à celles des recommandations de la BAPCOG et du NICE.

On peut cependant **discuter l'indication de la PDA dans l'angine**. En effet, 3 patientes entre 25 et 49 ans ont reçu une PDA après diagnostic d'angine. Les MG prescripteurs étaient des hommes âgés respectivement de 51, 56 et 64 ans. Dans les recommandations françaises actuelles, il n'existe pas de justification à cette pratique (59). On peut donc se demander ce qui a motivé les médecins à utiliser ce mode de prescription.

Actuellement en France, il n'est recommandé de ne prescrire un ATB que lorsqu'il est nécessaire immédiatement et de prévoir selon les indications une réévaluation à H48 (particulièrement dans les infections ORL, VAS et VAI). Or, notre pays reste considéré comme un pays européen à forte consommation d'ATB (60), malgré les plans nationaux pour préserver les antibiotiques. Il apparaît donc nécessaire de réfléchir à d'autres stratégies efficaces pour diminuer notre prescription et notre consommation d'ATB. La pratique des PD est-elle un élément de réponse à cette problématique ?

B. La préservation de l'écologie bactérienne : une réalité ?

La moitié des médecins du groupe PD OUI pensaient rédiger des PD dans le but de préserver l'écologie bactérienne. Ils ont d'ailleurs inclus 16 patients pour cette raison. En interrogeant les patients sur les motivations du médecin à réaliser des PD, ils sont 21 à avoir évoqué l'item « pour préserver l'écologie bactérienne » (Annexe 3, question 14).

Dans une certaine mesure, on peut parler d'une épargne ATB. Sur notre petit échantillon, la pratique de PD a permis d'éviter la consommation de l'ATB pour l'épisode actuel dans 49% des cas. C'est donc que l'évolution clinique a été spontanément favorable pour près de la moitié des consultations. On peut penser que les PDA permettent principalement une épargne sur les prescriptions inappropriées d'ATB (55).

D'un autre côté, la PD reste une prescription d'ATB. Et de plus, une prescription sur laquelle le médecin perd le contrôle. En 2013, la revue de la littérature publiée par la Cochrane montrait de manière significative que la consommation d'ATB en PD était plus faible qu'en prescription immédiate, mais plus importante que la non prescription d'ATB avec réévaluation clinique (50). L'écologie bactérienne ne semble donc pas totalement préservée d'autant que le devenir des ATB achetés mais non consommés est incertain.

C. Le devenir des ATB achetés mais non consommés

6 Patients de l'étude ont acheté l'ATB prescrit mais ne l'ont pas consommé pour l'épisode actuel. Par notre travail, nous avons essayé de préciser le devenir de ces médicaments : 3 patients l'ont gardé pour la prochaine fois, 2 patients l'ont rapporté à la pharmacie, 1 patient l'a jeté à la poubelle.

L'automédication par les ATB est un risque réel impliqué par les PD, lorsque le patient conserve l'ATB non consommé dans sa pharmacie personnelle. Il peut décider de l'utiliser à tort pour un autre épisode infectieux. Il compromet aussi l'écologie bactérienne et la lutte contre les résistances aux antibiotiques. Pour discuter de la pertinence de la pratique des PD, on peut se poser la question de la balance entre les risques liés à l'automédication d'un côté et l'épargne antibiotique sur les prescriptions inappropriées de l'autre.

Lorsque l'ATB est jeté, se pose le problème des molécules chimiques actives potentiellement **dangereuses pour l'environnement**, qui sont contenues dans le médicament.

Enfin, les ATB rapportés à la pharmacie sont collectés par **l'association Cyclamed** (61). Comme tout médicament, ils sont éliminés dans le respect des règles environnementales à des fins de valorisation énergétique et pour préserver la sécurité sanitaire domestique (intoxication chez les enfants et confusion de traitements chez les seniors).

Ainsi, pour limiter les risques liés aux traitements achetés mais non consommés, c'est bien le médecin qui occupe une place majeure : il peut inciter le patient à ne pas acheter le traitement immédiatement, à le rapporter à la pharmacie, et bien sûr à ne pas l'utiliser ultérieurement sans avis médical.

VII. Les autres PD de notre étude (autre que les PDA)

Certains MG utilisent les PD dans d'autres domaines que l'antibiothérapie. La comparaison avec d'autres publications étrangères est difficile, mais la réflexion autour de ces PD est intéressante.

11 Patients ont reçu une PD de médicaments, autre que des ATB. On retrouvait :

- 1 PD de **Zolpidem** pour des troubles du sommeil chez une patiente de 50-65 ans. Les raisons du médecin étaient « par mesure d'économie ». Nous sommes limités par notre méthodologie et manquons de renseignement sur l'ensemble de la consultation. Si elle est l'occasion pour le médecin de faire de l'éducation thérapeutique autour de l'hygiène du sommeil, l'idée de remettre une PD d'hypnotique dans le but de rassurer le patient et lui donner confiance pour mettre en pratique ces mesures hygiéno-diététiques peut effectivement se discuter.
- 1 PD d'**Acétate de nomégestrol** pour des troubles de la ménopause chez une femme de 50-65 ans. Les raisons du médecin étaient : « par mesure d'économie » et « dans un but pédagogique à l'égard du patient ».
- 1 PD de **Racécadotril** pour des diarrhées aiguës chez un nourrisson. Les raisons du médecin étaient : « par mesure d'économie », « par volonté d'anticiper l'évolution clinique » et « dans un but pédagogique à l'égard du patient ».
- 1 PD d'**Oméprazole** pour un pyrosis chez une patiente de 25-49 ans. Les raisons du médecin étaient : « par volonté d'anticiper l'évolution clinique ».
- 7 PD de **corticoïdes** pour des infections ORL/des VAS ou des VAI chez des patients de moins de 65 ans, dont 5 étaient associées à une PDA. Ces prescriptions n'étaient pas accompagnées d'un IPP (ou autre mesure associée à une corticothérapie). Sauf antécédent gastrique du patient non précisé, les médecins prescripteurs ont donc respecté les recommandations concernant les mesures associées à la corticothérapie (62).

8 Patients ont reçu une PD d'examen paraclinique. On retrouvait :

- 5 **PD d'ECBU** après diagnostic de cystite (à réaliser en cas de non amélioration clinique ou d'apparition de nouveaux symptômes dans un délai précis). Dans notre questionnaire, nous n'avions pas différencié cystite aigue simple ou compliquée (Annexe 2, question 7). En considérant le cas de la cystite aigue simple, après traitement de première intention, la PD d'un ECBU en cas de mauvaise évolution clinique à 72h ou de récurrence dans les 15 jours respecte les recommandations en vigueur (63).

- 1 adolescent a reçu une **PD d'un bilan biologique** pour un syndrome fébrile. Les raisons du médecin étaient : « dans le but d'anticiper l'évolution clinique ».
- 1 **PD de radiologie du rachis lombaire** pour une lombo-sciatalgie chez une patiente de 50-65 ans. Les raisons du médecin étaient : « pour éviter une consultation supplémentaire ».
- 1 **PD d'échographie réno-vésicale** chez une patiente de 50-65ans présentant des cystites récidivantes. Les raisons du médecin étaient : « pour éviter une consultation supplémentaire ».

Des séances de **kinésithérapie différées** ont été proposées à 3 patients, pour la prise en charge de leurs douleurs du rachis (cervicalgies et lombalgies). Le caractère aigu, subaigu ou chronique des douleurs n'était pas renseigné. La prescription de kinésithérapie différée dans la prise en charge des lombalgies chroniques respecte les recommandations actuelles.

A travers plusieurs situations de notre étude, il semble que les MG respectent les recommandations en vigueur dans la prise en charge de certaines pathologies, tout en utilisant des PD : troubles du sommeil et PD d'hypnotique, cystite aigue simple et PD d'ECBU, lombalgies chroniques et prescription de kinésithérapie différée.

On pourrait discuter l'intérêt d'ajouter la pratique des PD aux textes officiels dans certaines indications, pour en exploiter tous les enjeux.

VIII. Le rôle du pharmacien

Au cours de notre enquête, nous avons cherché à connaître tous les intervenants autour d'une PD. Nous avons donc demandé aux patients qui leur a expliqué l'ordonnance différée (cf. Annexe 3, question 9). Dans le cadre d'une prescription médicamenteuse, un seul patient a reçu des explications de la part du pharmacien.

Notre question a-t-elle été mal comprise par les participants ? Ou les pharmaciens n'ont-ils effectivement expliqué l'ordonnance à aucun des patients, sauf un ? Pourtant, selon l'Ordre National des Pharmaciens, les professionnels sont tenus aux missions suivantes : « Assure[r] la dispensation et le bon usage du médicament à usage humain et vétérinaire ; S'assure[r] de

la bonne compréhension du traitement par le patient ; Propose[r] au patient un suivi pharmaceutique (Dossier Pharmaceutique) » (64).

On peut s'interroger sur les raisons qui amènent les pharmaciens à ne pas expliquer la prescription au patient.

La recherche de la rentabilité influence volontiers la pratique réelle des professionnels en officine, ce qui peut aller à l'encontre du bon exercice. Cette rentabilité est potentiellement mise à mal lorsque le patient présente au pharmacien une PD. D'une part, le pharmacien doit inciter le patient à ne pas acheter le traitement immédiatement et à respecter le caractère différé : ce qui prend donc du temps. D'autre part, cela implique que le patient puisse ne pas revenir acheter le traitement.

Si le pharmacien n'est pas formé à ce nouveau mode de prescription, il peut se sentir en difficulté et ne pas saisir cette occasion de dialogue.

L'amélioration de la collaboration entre médecin et pharmacien d'une part, et entre pharmacien et patient d'autre part, permettrait de limiter les risques inhérents aux PD et de promouvoir le recyclage des médicaments. De plus, une formation des pharmaciens à la pratique des PD et à ses enjeux pourrait favoriser sa bonne utilisation.

IX. Le but pédagogique des PD ?

5 MG pensent que la PD est, en théorie, l'occasion de l'éducation du patient. Mais ce ne sont pas ces médecins qui l'ont mis en pratique auprès des 3 patients inclus pour cette raison-là.

Il est certain que cette discordance est largement causée par la faiblesse de notre échantillon de patients.

2 patients, qui ont respecté le caractère différé de la prescription, ont aussi évoqué le but pédagogique, mais sans concordance médecin/patient.

Un des enjeux de la PD est **l'éducation thérapeutique du patient (ETP)**. En remettant une PD, le médecin crée une occasion de dialogue privilégié avec son patient. Cette communication entre soignant et soigné permet alors d'aborder les règles hygiéno-diététiques (cf. PD

d'hypnotique et troubles du sommeil), de rompre les automatismes ancrés dans les mentalités (concernant les ATB (44) ou la triade Consultation / Prescription / Médicaments), ...

Depuis 2009, par son intégration à la loi Hôpital Patient Santé Territoires (HPST), l'ETP fait partie des priorités de santé publique en termes de prévention en soins primaires (65). On peut donc se demander pourquoi les MG de notre étude relèvent si peu le but pédagogique de la PD ? Malgré le manque de temps et de formation continue des professionnels de santé, le développement de l'ETP est encouragé par l'intérêt manifesté par les médecins et la satisfaction des patients. On retrouve ici les caractéristiques d'une démarche de DMP. Imaginer des formations pour mettre en lien ETP et PD pourrait permettre d'optimiser le développement de ces pratiques.

6) CONCLUSION

Malgré l'absence de recommandations françaises, la PD est une pratique utilisée par certains MG. Elle concerne non seulement l'antibiothérapie, mais aussi d'autres classes de médicaments et d'autres types de prescriptions non médicamenteuses. Le caractère différé semble bien respecté par les patients, contrairement à ce que craignent certains médecins. Dès lors que le praticien s'adresse à des patients volontaires pour s'impliquer dans les décisions médicales, leur satisfaction est presque unanime.

Les enjeux de la PD sont multiples. Elle s'intègre tout d'abord dans une démarche d'éducation thérapeutique. En remettant une PD au patient, le médecin crée une occasion privilégiée de dialogue, ce qui participe à la mission d'ETP. Comme pour toute démarche de DMP, la PD implique le patient dans les décisions de soins et le place au cœur de la relation soignant/soigné. C'est l'occasion pour le médecin de proposer au patient de s'investir dans la prise en charge de sa santé. Certains patients apprécient de plus en plus la responsabilisation et l'autonomie qui découlent de cette pratique. Le caractère différé de la prescription vise aussi à limiter les prescriptions inappropriées, en particulier dans le domaine de l'antibiothérapie pour diminuer le développement des résistances bactériennes. S'il est vrai que la PD peut permettre d'éviter une consultation supplémentaire et un déplacement au patient, elle implique aussi une disponibilité du médecin avant et après l'utilisation de l'ordonnance.

La méfiance des médecins dans la capacité des patients à comprendre et appliquer une prescription limite aujourd'hui le développement de cette pratique. La PD se heurte-t-elle aussi à la méfiance des patients de ne pas guérir lorsqu'ils ne font pas parfaitement confiance à leur médecin ?

Cette pratique suscite un intérêt certain chez les MG et les patients, bien qu'elle ne soit pas encore très développée. D'autres études pourraient permettre d'affiner les résultats de notre travail. Tout d'abord, il serait intéressant d'étudier la PD en dehors de l'infectiologie : par exemple la kinésithérapie différée dans les lombalgies chroniques ou la PD d'hypnotiques

dans les troubles du sommeil. Ensuite, il faudrait envisager d'approfondir notre travail auprès des patients par des études qualitatives. Enfin, la PD est actuellement utilisée pour certaines pathologies dans le respect des recommandations en vigueur. On pourrait donc interroger les professionnels qui rédigent ces recommandations et leur proposer de réfléchir de manière plus systématique à la place de la PD.

7) BIBLIOGRAPHIE

- 1- Charles C, Gafni A, Whelan T : Decision-making in the physician-patient encounter : Revisiting the shared treatment decision-making model. Soc Sci Med. 1999 sept ; 49(5): 651-61
- 2- Consentement aux soins et décision partagée. Revue Prescrire. Août 2002 ; 32(346) : 568-70
- 3- Patient et professionnels de santé : décider ensemble. HAS Octobre 2013
- 4- Batifoulier P, Domin JP, Gadreau M : Mutation du patient et construction d'un marché de la santé : l'expérience française. Revue française de la Socio-Economie.2008 ; 1 :27-46
- 5- Moumjid N, Durif-Bruckert C, Denois-Reignier V, Roux P, Soum-Pouyalet F : Shared-decision making in the physician-patient encounter in France : a general overview in 2011. ZEFQ. 2011 apr 16 ; 105 : 259-62
- 6- Moumjid N, Gafni A, Bremond A, Carrère MO. Shared decision making in the medical encounter : Are we all talking about the same thing ? Med Decis Making. 2007 sept-oct ; 27(5) :539-46
- 7- Charles C, Gafni A, Whelan T : Shared Treatment decision making : What does it mean to physicians ? Journal of Clinical Oncology. 2003 ; 5(21): 932-6
- 8- Eddy D : Clinical decision making : From theorie to practice - Anatomy of a decision. JAMA. 1990 jan 19 ; 263(3) : 441-3
- 9- Charles C, Gafni A, Whelant T : Shared decision making in the medical encounter : what does it mean ? (Or it takes at least two to tango). Soc Sci Med. 1997 march ; 44(5) : 681-92
- 10- Levinson W, Kao A, Kuby A : Not all patient want to participate in Decision making : a national study of public preferences. J Gen Intern Med. 2005 ; 20 : 531-5
- 11- Pollard S, Bansback N, Bryan S : Physician attitudes toward shared decision making : a systematic review. Patient Education and Counseling. 2015 ; 98 : 1046-57
- 12- Do patients want to participate in medical decision making. JAMA. 1984 dec 7 ; 252(21) : 2990-4
- 13- Chewning B, Bylund CL, Shah B : Patient preferences for shared decisions : a systematic review. Patient Education and counseling. 2012 ; 86 : 9-18

- 14- Towle A, Godolphin W, Grams G : Putting informed and shared decision making into practice. *Health Expectations*. 2006 ; 9 : 321-32
- 15- Sacchi L, Rubrichi S, Rognoni C : From decision to shared-decision : Introducing patient's preferences into clinical decision analysis. *Artificial Intelligence in Medicine*. 2015 ; 65 : 19-28
- 16- Xie B, Wang M, Feldman R, Zhou L : Exploring older and younger adults' preferences for health information and participation in decision making using the Health Information Wants Questionnaire. *Health Expectations*. 2012 ; 17 : 795-808
- 17- Robinson A, Thomson R : Variability in patient preferences for participating in medical decision making : Implication for the use of decision support tools. *Quality in Health Care*. 2001 ; 10(Suppl 1) : 34-8
- 18- Camerini AL, Schulz PJ : Patient's need for information provision and perceived participation in decision making in doctor-patient consultation : Micro-cultural differences between French- and Italian- speaking Switzerland ; Patient education and counseling. 2015 nov ; 99(3)
- 19- Deber R : Physicians in Health care management. 8. The patient-physician partnership : decision making, problem solving and the desire to participate. *Can Med Assoc J*. 1994 ; 151(4) : 423-7
- 20- Deber R : The patient-physician partnership : 7. Changing roles, and the desire for information. *Can Med Assoc J*. 1994 ; 151(4) : 171-6
- 21- Ende J, Kazis L, Ash A, Moskowitz MA : Measuring patients' desire for autonomy : decision making and information-seeking preferences among medical patients. *J Gen Intern Med*. 1989 jan-feb ; (1) : 23-30
- 22- Arora NK, McHorney CA : Patient preferences for medical decision making : who really want to participate ? *Med Care*. 2000 march ; 38(3) : 335-41
- 23- Mansell D, Poses RM, Kazis L : Clinical factors that influence patients' desire for participation in decision about illness. *Arch Intern Med*. 2000 oct 23 ; 160 : 2991-96
- 24- Deber R, Kretschmer N, Irvine J : What role do patients wish to play in treatment decision-making ? *Arch Intern Med*. 1996 july ; 156(13) : 1414-20
- 25- Legaré F, Labrecque M, Cauhon M et al : Training family physicians in shared decision-making to reduce the overuse of antibiotics in acute respiratory infections : a cluster randomized trial. *CMAJ*. 2012 sept 18 ; 184(13) : 726-34

- 26- Prise de décision partagée : moins de prescriptions d'antibiotiques ? Minerva. 2013 ; 12 (4) : 47-8
- 27- Joosten EA, De Fuentes-Merrilas L, de Weert GH : Systematic review of the effects of shared decision-making on patient satisfaction, treatment adherence and health status. Psychotherapy and Psychosomatics. 2008 ; 77(4) : 219-26
- 28- Dictionnaire français Larousse. <http://www.larousse.fr/dictionnaire/francais-monolingue>
- 29- CNRTL. Centre National de Ressources Textuelles et Lexiales. <http://www.cnrtl.fr/>
- 30- Amar E, Pereira C : Les prescriptions des médecins généralistes et leurs déterminants. Etudes et Résultats, DREES. Nov 2005 ; 440
- 31- La prescription des généralistes et ses déterminants. Bibliomed. 5 janv 2006 ; 408
- 32- IPSOS Santé pour la CNAMTS : Le rapport des français et des européens à l'ordonnance et aux médicaments. Oct 2005
- 33- Charra E : Représentation et vécu des patients à propos de la non prescription médicale. Thèse med. Université Claude Bernanrd Lyon 1. 22 mai 2012
- 34- Cockburn J, Pit S : Prescribing behaviour in clinical practice : patients'expectations and doctors'perceptions of patients'expectations – a questionnaire study. BMJ. 1997 ; 315 : 520-3
- 35- Himmel W, Lipert-Urbanke E, Kochen MM : Are patients more satisfied when they receive a prescription ?The effect of patient expectations in general practice. Scand J Prim Health Care. 1997 sept ; 15 (3) : 118-22
- 36- Webb S, Lloyd M : Prescribing and referral in general practice : a study of patients'expectations and doctors'actions. Br J Gen Pract. 1994 apr ; 44(381) : 165-9
- 37- Britten N, Ukoumunne O : The influence of patients'hopes of receiving a prescription on doctors'perceptions and the decision to prescribe : a questionnaire survey. BMJ. 1997 ; 315 : 1506-10
- 38- Mauraizin G : La prescription médicamenteuse en médecine générale : attentes des patients, perceptions des médecins et comportements associés. Thèse méd. Toulouse 3. 2007 ; 1036
- 39- Lado E, Vacariza M, Fernandez-Gonzalez C, Gestal-Otero JJ, Figueiras A : Influence exerted on drug prescribing by patients'attitudes and expectations and by doctors'perception of such expectations : a cohort and nested case-control study. Journal of Evaluation in Clinical Practice. 2008 jun ; 14(3) : 453-9

- 40- Quand le patient et le médecin ont des attentes différentes... Minerva. Juin 2011 ; 10(5)
- 41- Bizouarn P : Le médecin, le malade et la confiance. Ethique et Santé. 2008 ; 5 : 165-72
- 42- Thom DH et al : Physicians behaviors that predict patient trust. The Journal of Family Practice. 2001 apr ; 50 : 323-8
- 43- Little P, Dorward M, Warner G : Importance of patient pressure and perceived pressure and perceived medical need for investigations, referral, and prescribing in primary care : nested observational study. BMJ. 2004 feb 13 ; 328 (7437) : 444-8
- 44- Guide Belge des traitements anti-infectieux en pratique ambulatoire. BAPCOC. Troisième édition. 2012
- 45- Chevalier P : Prise différée d'antibiotique. Minerva. Oct 2009 ; 8(8)
- 46- Arroll B, Kenealy T, Kerse N : Do delayed prescriptions reduce the use of antibiotics for the common cold ? A single-blind controlled trial. J Fam Pract. 2002 apr ; 51 : 324-8
- 47- Hoyer S, Frich JC, Lindbaek M : Use and feasibility of delayed prescribing for respiratory tract infections : a questionnaire survey. BMC Fam Pract. 2011 may ; 18 : 12-34
- 48- Spiro DM, Tay KY, Arnold DH, Dziura JD, Baker MD, Shapiro ED : Wait-and-see prescription for the treatment of acute otitis media : a randomized controlled trial. JAMA. 2006 sept ; 296 (10) : 1235-41
- 49- Arroll B, Kenealy T, Kerse N : Do delayed prescriptions reduce antibiotic use in respiratory tract infections ? A systematic review. British Journal of General Practice. 2003 nov ; 53 : 871-7
- 50- Spurling GKP, Del Mar CB, Dooley L, Foxlee R, Farley R : Delayed antibiotics for respiratory infections. *Cochrane Database of Systematic Reviews 2013*, Issue 4. Art. No.: CD004417. DOI: 10.1002/14651858.CD004417.pub4.
- 51- Attali C, Amade-Escot C, Ghadi V et al : Infections respiratoires présumées virales. Comment prescrire moins d'antibiotiques ? Résultats de l'étude PAAIR. La revue du Praticien, Médecine générale. 2003 ; 17 (601) : 155-60
- 52- Attali C, Rola S, Renard V et al : Les situations cliniques à risque de prescription non conforme aux recommandations et stratégies pour y faire face dans les infections respiratoires présumées virales. Exercer. 2008 ; 82 : 66-72
- 53- Marc J, Ghez A: Analyse qualitative de la PDA par les médecins généralistes. Thèse med. Grenoble 6 Nov 2013

- 54- Hoyer S, Frich J, Lindbaek M : Delayed prescribing for upper respiratory tract infections : a qualitative study of GP's views and experiences. British Journal of General Practice. 2010 dec ; 60 (581) : 907-12,
- 55- Arroll B, Gooyear-Smith F, Thomas DR, Kerse N : Delayed antibiotic prescriptions : What are the experiences and attitudes of physicians and patients ? J Fam Pract 51. 2002 nov ; 51(11) : 954-959
- 56- Matthys J, De Meyere : Prescription différée d'antibiotiques en cas d'infection aiguë des voies respiratoires ? Minerva. Mai 2015 ; 14 (4)
- 57- Aubert JP : Six outils pour réduire la prescription des antibiotiques. La Revue du Praticien, Médecine Générale. Nov 2004 ; 18 (668/669) : 1267-71
- 58- Le Breton-Lerouillois G. La démographie médicale en région lorraine, Situation en 2013. Consulté le 08 /09/2016.
Disponible : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/lorraine_2013.pdf
- 59- SPILF, SFP, GPIP. Antibiothérapie par voie générale en pratique courante dans les infections respiratoires hautes de l'adulte et de l'enfant. Recommandations de bonnes pratiques. Novembre 2011
- 60- ANSM : L'évolution des consommations d'antibiotiques en France entre 2000 et 2013. Novembre 2014
- 61- Cyclamed : www.cyclamed.org
- 62- Le site d'information sur la cortisone et la corticothérapie : www.cortisone-info.fr
- 63- SPILF. Diagnostic et antibiothérapie des infections urinaires bactériennes communautaires de l'adulte. 2014
- 64- Ordre National des Pharmaciens. Pharmacien titulaire en officine. Juillet 2015. Consulté le 22/09/2016. Disponible : <http://www.ordre.pharmacien.fr/Le-pharmacien/Le-metier-du-pharmacien/Fiches-metiers/Pharmacie/Pharmacien-titulaire-d-officine>
- 65- Cécile Fournier, Claude Attali . Éducation (thérapeutique) du patient en médecine générale. Médecine. 2012 ; 8(3): 123-128

ANNEXE 1 : QUESTIONNAIRE GENERALITES MEDECIN

1) Quelle référence vous a été attribuée ?

2) Sexe : H F

3) Quel est votre âge :

4) Dans quel type de cabinet
exercez-vous ? Seul En groupe

5) Depuis combien d'années
exercez-vous ?

6) Vous êtes installé : Secteur 1 Secteur 2

Lorsqu'un patient vient vous voir avec des symptômes présents au moment de la consultation, il peut arriver que vous lui remettiez une ordonnance à utiliser sous certaines conditions. Cela correspond à une prescription différée.

(A la différence d'une prescription anticipée, réalisée en présence d'un patient non symptomatique, ayant un terrain à risque)

7) Vous arrive-t-il de faire des prescriptions différées ?

Oui (questions 7 à 10)

Non (question 11)

Il vous arrive de réaliser des prescriptions différées :

8) A qui ?

Patients de passage

Niveau de compréhension suffisant

Patients anxieux

Comorbidités

0-2 ans 3-16 ans Adulte

Impossibilité pour le patient de revenir:

Manque de temps

Manque de moyen financier

Difficulté de déplacements

9) Comment ?

- Ordonnance spécifique pour la prescription différée
- Ordonnance commune au reste de vos prescriptions
- A utiliser par le patient après accord téléphonique de votre part
- A utiliser par le patient spontanément
- Vous prévoyez un suivi lors de la prochaine consultation

10) Pourquoi ?

- Pour préserver l'écologie bactérienne
- Par économie de santé
- Pour préserver une relation de qualité avec les patients
- Patients demandeurs
- Pour éviter une consultation supplémentaire
- Par volonté d'anticiper l'évolution de l'état clinique
- Par sentiment de lassitude
- Par incertitude de votre diagnostic
- Dans un but pédagogique à l'égard des patients
- Parce que l'accès à une permanence de soins est limité
- Car veille d'un week-end ou d'un départ en voyage
- Autre (précisez) :

11) Quand ?

- Infections ORL et des VAS
 - Angine
 - Rhinopharyngite
 - Otite moyenne aiguë
 - Otite congestive
 - Sinusite aiguë maxillaire
 - Sinusite aiguë frontale
- Infection pulmonaire et des VAI
 - Bronchite aiguë
 - Exacerbation d'asthme
 - Exacerbation de BPCO
 - Trachéite
 - Pneumopathie
- Infection digestive
- Autre infection (précisez) :
- Infection cutanée
 - Impétigo
 - Panaris
 - Morsure ou griffure d'animal
 - Plaie souillée
 - Furoncle
 - Folliculite
- Infection urinaire ou génitale
 - Colonisation urinaire
 - Cystite
 - Urétrite non compliquée
 - Vaginite
 - Cervicite non compliquée
- Douleur
- Fatigue
- Traumatologie

12) Vous ne réalisez jamais de prescription différée : pourquoi ?

- Vous ne maîtrisez pas cette pratique
- Ce type de prescription vous semble dangereux
- Vous préférez revoir le patient
- Vous pensez que le patient ne comprendra pas les consignes
- Vous pensez que le patient utilisera l'ordonnance immédiatement, cela engendrerait un surcoût pour la sécurité sociale
- Autre (précisez) :

ANNEXE 2 : QUESTIONNAIRE GRILLE PAR PATIENT

1) Quelle était la référence inscrite sur l'enveloppe que vous avez remise au patient ?

2) Sexe du patient Homme Femme

3) Age du patient

- 0-2 ans
- 3-15 ans
- 16-24 ans
- 25-49 ans
- 50-65 ans
- > 65 ans

4) Catégorie Socio Professionnelle du patient

- Agriculteur
- Artisan, Commerçant et chef d'entreprise
- Cadre et profession supérieure
- Profession intermédiaire
- Employé
- Ouvrier
- Retraité
- Sans emploi

5) Quel type de prescription avez-vous effectué ?

- Médicaments
- Biologie
- Imagerie
- Soins (kinésithérapie, ...)

6) Quelles sont les modalités de votre prescription ?

- Ordonnance spécifique pour la prescription différée
- Ordonnance commune avec les autres prescriptions
- Respect d'un délai précis
- Si nouveaux symptômes
- Si pas d'amélioration des signes cliniques
- Si aggravation des signes cliniques
- Utilisation de l'ordonnance après votre accord téléphonique
- Autre (précisez) :

7) Quelle était l'indication de votre prescription ?

- Infection ORL ou des Voies Aériennes Supérieures
 - Angine
 - Rhinopharyngite
 - Otite Moyenne Aigue
 - Otite congestive
 - Sinusite aigue maxillaire
 - Sinusite aigue frontale

- Infection pulmonaire ou des Voies Aériennes Inférieures
 - Bronchite
 - Exacerbation d'asthme
 - Exacerbation de BPCO
 - Trachéite
 - Pneumopathie

- Infection digestive
- Traumatologie
- Fatigue
- Douleur

- Infection urinaire ou génitale
 - Colonisation urinaire
 - Cystite
 - Urétrite non compliquée

- Vaginite
- Cervicite non compliquée

- Infection cutanée
 - Impétigo
 - Panaris
 - Morsure ou griffure d'animal
 - Plaie souillée
 - Furoncle
 - Folliculite

- Pathologie cutanée non infectieuse (eczéma, mycose, ...)

- Autres infections
- Autre (précisez) :

8) Quelles sont vos motivations dans cette situation clinique précise ?

- Préserver la relation médecin – patient
- Par économie de santé
- Patient demandeur
- Eviter une consultation supplémentaire
- Incertitude diagnostique
- Sentiment de lassitude
- Difficulté d'accessibilité à la permanence des soins
- Volonté d'anticiper l'évolution clinique
- But pédagogique à l'égard du patient
- Veille de week-end ou de départ en vacances
- Préserver l'écologie bactérienne
- Autre (précisez) :

9) Selon vous, quelle sera l'attitude de votre patient avec cette ordonnance ?

- Réalisation immédiate de la prescription
- Réalisation de la prescription selon les conditions fixées
- Non utilisation de l'ordonnance

ANNEXE 3 : QUESTIONNAIRE PATIENT

1. Sexe

H

F

2. Age

0-2 ans

3-15 ans

16-24 ans

25-49 ans

50-65 ans

> 65 ans

3. Profession :

Agriculteur

Artisan, commerçant et chef d'entreprise

Cadre et profession intellectuelle supérieure

Profession intermédiaire

Employé

Ouvrier

Retraité

Sans emploi

4. Vous avez consulté :

auprès de votre médecin traitant

auprès d'un autre médecin connu

auprès d'un autre médecin non connu

5. Quel diagnostic le médecin vous a-t-il donné ?

6. La prescription différée est-elle rédigée ?

Sur une ordonnance séparée

Sur la même ordonnance que vos autres prescriptions

7. Quelles consignes le médecin vous a-t-il données pour utiliser cette ordonnance particulière ?

- Utiliser l'ordonnance en l'absence d'amélioration dans un délai précis
- Utiliser l'ordonnance si apparition de nouveaux symptômes
- Utiliser l'ordonnance si aggravation de votre état clinique
- Utiliser l'ordonnance après avoir demandé au médecin son accord, par téléphone
- Vous n'avez pas besoin d'appeler le médecin avant d'utiliser l'ordonnance
- Lors d'une prochaine consultation, vous tiendrez le médecin informé de l'utilisation de l'ordonnance

8. Qui vous a expliqué l'ordonnance ?

- Le médecin
- Le pharmacien
- Une autre personne
- Personne

9. S'il s'agit d'une prescription de médicaments

- Vous les achetez **immédiatement**
 - Vous les consommez tout de suite
 - Vous les consommez en respectant la prescription
 - Vous les gardez pour une prochaine fois
 - Vous les jetez
 - Vous les rapportez à la pharmacie
- Vous les achetez **selon les conditions fixées par le médecin**
 - Vous les consommez selon les conditions
 - Vous les jetez
 - Vous les rapportez à la pharmacie
 - Vous les gardez pour la prochaine fois
- Vous ne les achetez **pas car**
 - Votre état s'est bien amélioré
 - Votre état ne s'est pas encore amélioré mais les explications du médecin vous ont convaincu que vous n'en aviez pas besoin

10. S'il s'agit d'une prescription d'examens d'imagerie :

- Vous les réalisez immédiatement
- Vous les réalisez selon les conditions fixées par le médecin
- Vous ne les réalisez pas

11. S'il s'agit d'une prescription d'examens de laboratoire :

- Vous les réalisez immédiatement
- Vous les réalisez selon les conditions fixées par le médecin
- Vous ne les réalisez pas

**12. S'il s'agit d'une prescription de soins
(kinésithérapie, ...) :**

- Vous les réalisez immédiatement
- Vous les réalisez selon les conditions fixées par le médecin
- Vous ne les réalisez pas

13. Selon vous, pourquoi votre médecin vous a-t-il fait ce type de prescription ?

- Pour limiter la prescription d'antibiotiques
- Par mesure d'économie
- Pour préserver une relation de qualité avec vous
- Parce que vous étiez très inquiet de votre état physique
- Pour vous éviter une consultation supplémentaire
- Au cas où votre état s'aggraverait
- Parce que vous avez insisté
- Par incertitude de son diagnostic
- Parce que l'accès à une permanence de soins vous est limité
- Car vous l'avez consulté la veille d'un week end ou d'un départ en voyage
- Autre (précisez) :

14. Que pensez-vous de cette façon de prescrire ?

Vous êtes **satisfait**

- Vous trouvez le médecin très prévoyant
- Vous trouvez le médecin très compétent
- Vous trouvez le médecin très à l'écoute de vos demandes
- Il vous évite les frais d'une deuxième consultation
- Il vous évite le déplacement d'une deuxième consultation
- Vous êtes touché que le médecin vous fasse confiance et vous responsabilise
- Autre (précisez) :

Vous êtes **étonné**

- C'est la première fois qu'on vous remet une ordonnance que vous décidez seul d'utiliser
- Vous êtes surpris que le médecin vous responsabilise autant face à votre santé, alors que vous n'appartenez pas au domaine médical
- Autre (précisez) :

Vous êtes **inquiet**

- Vous trouvez le médecin peu sûr de lui
- Vous estimez que le médecin vous implique trop dans la prise en charge
- Autre (précisez) :

Vous êtes **mécontent**

- Vous trouvez le médecin incompetent
- Vous avez l'impression que le médecin n'ose pas prendre de décision
- Vous avez l'impression que le médecin ne veut surtout pas vous revoir
- Autre (précisez) :

Titre : Regard croisé des médecins généralistes et des patients sur les prescriptions différées, comme exemple de décision médicale partagée.

Résumé :

Introduction: Les prescriptions différées font partie de l'évolution actuelle de la médecine vers la notion de Décision Médicale Partagée. Contrairement à d'autres pays, cette pratique ne fait pas l'objet de recommandations nationales, alors qu'elle est utilisée par certains médecins généralistes. L'objectif de ce travail était d'évaluer l'expérience des médecins généralistes concernant les prescriptions différées et de comprendre le ressenti de leurs patients.

Matériel et Méthode : Etude prospective quantitative. Les médecins étaient inclus après contact téléphonique (deux groupes étaient constitués, selon qu'ils disaient faire ou non des prescriptions différées). Les médecins incluaient leurs patients. Les données étaient recueillies par des questionnaires en ligne ou par courrier. L'analyse statistique a été réalisée via le logiciel R.

Résultats : 36 médecins généralistes (28 OUI et 8 NON) et 53 patients ont été inclus, entre le 10 septembre 2015 et le 10 avril 2016, en Lorraine. Les pathologies infectieuses étaient les principales pourvoyeuses de prescriptions différées. Près d'une ordonnance sur quatre ne comportait pas d'antibiothérapie. Le caractère différé de la prescription a été respecté par 92% des patients. Ils étaient d'autant plus satisfaits lorsqu'ils étaient demandeurs de participer aux prises de décisions médicales.

Conclusion : Les prescriptions différées sont utilisées par certains médecins généralistes dans différents domaines. Elles s'intègrent dans une démarche d'éducation thérapeutique auprès de patients qui souhaitent s'impliquer dans les décisions médicales. L'existence d'un cadre légal permettrait de limiter les risques inhérents à la pratique.

Mots clés : Prescription différée, Décision médicale partagée, Evaluation, Bénéfices

Université Paris Descartes
Faculté de Médecine Paris Descartes
15, rue de l'Ecole de Médecine
75270 Paris cedex 06