



**HAL**  
open science

# La non-prescription en consultation de médecine générale : pourquoi et comment : étude qualitative à partir de 3 focus group

Zoé Osadtchy-Urvoas

## ► To cite this version:

Zoé Osadtchy-Urvoas. La non-prescription en consultation de médecine générale : pourquoi et comment : étude qualitative à partir de 3 focus group. Sciences du Vivant [q-bio]. 2016. dumas-01746879

**HAL Id: dumas-01746879**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01746879>**

Submitted on 5 Jun 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.



THÈSE D'EXERCICE / UNIVERSITÉ DE RENNES 1  
FACULTÉ DE MEDECINE  
*Sous le sceau de l'Université Européenne de Bretagne*

THÈSE EN VUE DU  
DIPLOME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée par  
**Zoé OSADTCHY - URVOAS**

Née le 25 Décembre 1986 à MEULAN (78)

---

La non-prescription en  
consultation de médecine  
générale : pourquoi et  
comment.  
Étude qualitative à partir  
de 3 focus group.

**Thèse soutenue à RENNES  
le 17 Juin 2016**

devant le jury composé de :

**Patrick JEGO**

PUPH service de Médecine Interne du CHU de  
Rennes/ *président*

**Jacques BOUGET**

PUPH service des Urgences du CHU de Rennes /  
*Juge*

**Françoise TATTEVIN**

MCU Médecine Générale du CHU de Rennes /  
*Juge*

**Thierry SERVILLAT**

Psychiatre libérale, Nantes / *directeur de thèse*



THÈSE D'EXERCICE / UNIVERSITÉ DE RENNES 1  
FACULTÉ DE MEDECINE  
*Sous le sceau de l'Université Européenne de Bretagne*

THÈSE EN VUE DU  
DIPLOME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée par  
**Zoé OSADTCHY - URVOAS**

Née le 25 Décembre 1986 à MEULAN (78)

---

La non-prescription en  
consultation de médecine  
générale : pourquoi et  
comment.  
Étude qualitative à partir  
de 3 focus group.

**Thèse soutenue à RENNES  
le 17 Juin 2016**

devant le jury composé de :

**Patrick JEGO**

PUPH service de Médecine Interne du CHU de  
Rennes/ *président*

**Jacques BOUGET**

PUPH service des Urgences du CHU de Rennes /  
*Juge*

**Françoise TATTEVIN**

MCU Médecine Générale du CHU de Rennes /  
*Juge*

**Thierry SERVILLAT**

Psychiatre libérale, Nantes / *directeur de thèse*

## LISTE DES PROFESSEURS UNIVERSITAIRES ET PRATICIENS HOSPITALIERS

ANNE-GALIBERT Marie Dominique	Biochimie et biologie moléculaire
BELAUD-ROTUREAU Marc-Antoine	Histologie; embryologie et cytogénétique
BELLISSANT Eric	Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique; addictologie
BELLOU Abdelouahab	Thérapeutique; médecine d'urgence; addictologie
BELOEIL Hélène	Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence
BENDAVID Claude	Biochimie et biologie moléculaire
BENSALAH Karim	Urologie
BEUCHEE Alain	Pédiatrie
BONAN Isabelle	Médecine physique et de réadaptation
BONNET Fabrice	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques; gynécologie médicale
BOUDJEMA Karim	Chirurgie générale
BOUGET Jacques	Thérapeutique; médecine d'urgence; addictologie
BOURGUET Patrick Professeur des Universités en surnombre	Biophysique et médecine nucléaire
BRASSIER Gilles	Neurochirurgie
BRETAGNE Jean-François	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
BRISOT Pierre Professeur des Universités en surnombre	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
CARRE François	Physiologie
CATROS Véronique	Biologie cellulaire
CHALES Gérard Professeur des Universités émérite	Rhumatologie
CORBINEAU Hervé	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
CUGGIA Marc	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
DARNAULT Pierre	Anatomie

DAUBERT Jean-Claude Professeur des Universités émérite	Cardiologie
DAVID Véronique	Biochimie et biologie moléculaire
DAYAN Jacques Professeur des Universités associé	Pédopsychiatrie; addictologie
DE CREVOISIER Renaud	Cancérologie; radiothérapie
DECAUX Olivier	Médecine interne; gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
DELAVAL Philippe	Pneumologie; addictologie
DESRUES Benoît	Pneumologie; addictologie
DEUGNIER Yves Professeur des Universités en surnombre	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
DONAL Erwan	Cardiologie
DRAPIER Dominique	Psychiatrie d'adultes; addictologie
DUPUY Alain	Dermato-vénéréologie
ECOFFEY Claude	Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence
EDAN Gilles	Neurologie
FERRE Jean Christophe	Radiologie et imagerie Médecine
FEST Thierry	Hématologie; transfusion
FLECHER Erwan	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
FREMOND Benjamin	Chirurgie infantile
GANDEMER Virginie	Pédiatrie
GANDON Yves	Radiologie et imagerie Médecine
GANGNEUX Jean-Pierre	Parasitologie et mycologie
GARIN Etienne	Biophysique et médecine nucléaire
GAUVRIT Jean-Yves	Radiologie et imagerie Médecine
GODEY Benoit	Oto-rhino-laryngologie
GUGGENBUHL Pascal	Rhumatologie

GUIGUEN Claude Professeur des Universités émérite	Parasitologie et mycologie
GUILLÉ François	Urologie
GUYADER Dominique	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
HOUOT Roch	Hématologie; transfusion
HUGÉ Sandrine Professeur des Universités associé	Médecine générale
HUSSON Jean-Louis Professeur des Universités en surnombre	Chirurgie orthopédique et traumatologique
JEGO Patrick	Médecine interne; gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
JEGOUX Franck	Oto-rhino-laryngologie
JOUNEAU Stéphane	Pneumologie; addictologie
KAYAL Samer	Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière
KERBRAT Pierre	Cancérologie; radiothérapie
LAMY DE LA CHAPELLE Thierry	Hématologie; transfusion
LAVIOLLE Bruno	Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique; addictologie
LAVOUE Vincent	Gynécologie-obstétrique; gynécologie médicale
LE BRETON Hervé	Cardiologie
LE GUEUT Maryannick	Médecine légale et droit de la santé
LE TULZO Yves	Réanimation; médecine d'urgence
LECLERCQ Christophe	Cardiologie
LEGUERRIER Alain	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
LEJEUNE Florence	Biophysique et médecine nucléaire
LEVEQUE Jean	Gynécologie-obstétrique; gynécologie médicale
LIEVRE Astrid	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
MABO Philippe	Cardiologie
MALLEDANT Yannick	Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence

MEUNIER Bernard	Chirurgie digestive
MICHELET Christian	Maladies infectieuses; maladies tropicales
MOIRAND Romain	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
MORANDI Xavier	Anatomie
MORTEMOUSQUE Bruno	Ophthalmologie
MOSSER Jean	Biochimie et biologie moléculaire
MOULINOX Jacques	Biologie cellulaire
MOURIAUX Frédéric	Ophthalmologie
ODENT Sylvie	Génétique
OGER Emmanuel	Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique; addictologie
PERDRIGER Aleth	Rhumatologie
PLADYS Patrick	Pédiatrie
POULAIN Patrice	Gynécologie-obstétrique; gynécologie médicale
RAVEL Célia	Histologie; embryologie et cytogénétique
RIFFAUD Laurent	Neurochirurgie
RIOUX-LECLERCQ Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
ROBERT-GANGNEUX Florence	Parasitologie et mycologie
SAINT-JALMES Hervé	Biophysique et médecine nucléaire
SEGUIN Philippe	Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence
SEMANA Gilbert	Immunologie
SIPROUDHIS Laurent	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
SOMME Dominique	Médecine interne; gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
SULPICE Laurent	Chirurgie générale
TARTE Karin	Immunologie

TATTEVIN Pierre	Maladies infectieuses; maladies tropicales
THIBAUT Ronan	Nutrition
THIBAUT Vincent	Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière
THOMAZEAU Hervé	Chirurgie orthopédique et traumatologique
TORDJMAN Sylvie	Pédopsychiatrie; addictologie
VERGER Christian Professeur des Universités émérite	Médecine et santé au travail
VERHOYE Jean-Philippe	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
VERIN Marc	Neurologie
VIEL Jean-François	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
VIGNEAU Cécile	Néphrologie
VIOLAS Philippe	Chirurgie infantile
WATIER Eric	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique; brûlologie
WODEY Eric	Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence

## LISTE DES MAITRES DE CONFERENCES UNIVERSITAIRES ET PRATICIENS HOSPITALIERS

AME-THOMAS Patricia	Immunologie
AMIOT Laurence	Hématologie; transfusion
BARDOU-JACQUET Edouard	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
BEGUE Jean-Marc	Physiologie
BOUSSEMART Lise	Dermato-vénérologie
CABILLIC Florian	Biologie cellulaire
CAUBET Alain	Médecine et santé au travail
DAMERON Olivier	Informatique
DE TAYRAC Marie	Biochimie et biologie moléculaire
DEGEILH Brigitte	Parasitologie et mycologie
DUBOURG Christèle	Biochimie et biologie moléculaire
DUGAY Frédéric	Histologie; embryologie et cytogénétique
EDELINE Julien	Cancérologie; radiothérapie
GALLAND Françoise	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques; gynécologie médicale
GARLANTEZEC Ronan	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GUILLET Benoit	Hématologie; transfusion
HAEGELEN Claire	Anatomie
JAILLARD Sylvie	Histologie; embryologie et cytogénétique
LAVENU Audrey	Sciences physico-chimiques et technologies pharmaceutiques
LE GALL François	Anatomie et cytologie pathologiques
LE RUMEUR Elisabeth	Physiologie
MAHÉ Guillaume	Chirurgie vasculaire; médecine vasculaire

MARTINS Raphaël	Cardiologie
MASSART Catherine	Biochimie et biologie moléculaire
MATHIEU-SANQUER Romain	Urologie
MENARD Cédric	Immunologie
MENER Eric	Médecine générale
MILON Joëlle	Anatomie
MOREAU Caroline	Biochimie et biologie moléculaire
MOUSSOUNI Fouzia	Informatique
MYHIE Didier	Médecine générale
PANGAULT Céline	Hématologie; transfusion
RENAUT Pierric	Médecine générale
RIOU Françoise	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
ROBERT Gabriel	Psychiatrie d'adultes; addictologie
ROPARS Mickaël	Anatomie
SAULEAU Paul	Physiologie
TADIÉ Jean-Marc	Réanimation; médecine d'urgence
TATTEVIN-FABLET Françoise	Médecine générale
TURLIN Bruno	Anatomie et cytologie pathologiques
VERDIER Marie-Clémence	Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique; addictologie
VINCENT Pascal	Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière

## REMERCIEMENTS

Monsieur le Professeur Patrick JEGO, vous m'avez fait l'honneur d'avoir accepté la présidence de mon jury de thèse, pour cela je vous suis reconnaissante, merci.

Monsieur le Professeur Jacques BOUGET, vous avez très tôt montré de l'intérêt pour mon travail. Merci d'avoir accepté d'être membre de mon jury de thèse.

Madame le Docteur Françoise TATTEVIN, lors de mon semestre chez le praticien, vous nous avez guidés à travers les groupes de paroles. C'est inspiré de ces groupes que ce sujet de thèse m'est venu. Il est naturel de vous avoir demandé d'être membre de mon jury. Merci d'avoir accepté.

Monsieur le Docteur Thierry SERVILLAT, parce que la médecine a de multiples facettes et façon d'être exercée, parce que la vôtre me semble particulièrement raisonnée et judicieuse, je vous ai demandé d'être mon directeur de thèse. Merci d'avoir accepté.

À Édith, Annaig et Caroline S, vous avez accepté d'être mes yeux pendant ces débats animés, merci pour votre aide précieuse.

À mes très chers parents pour toutes ces années de repas à heures fixes, de moutons et de mauvaises humeurs. Merci pour votre patience, vos apéros de 19h (qu'on adore tous les trois, c'est rituel!), bref votre aide sans laquelle je n'aurais probablement pas passé ma thèse aujourd'hui.

À mon grand frère et à ma grande sœur, parce que ça y est, maintenant je suis vraiment et définitivement une adulte.

À mes correctrices Anaëlle, Anne-Claire, Clara (encore), et Sarah. Merci pour ce temps passé pour moi, qui aura rendu ce papier un peu plus lisible et compréhensible. Les lecteurs vous en seront reconnaissants !!!

À Caro O, parce que sans relire ma thèse tu auras quand même su participé à l'étoffer un peu ! Et surtout merci pour ton éternelle gentillesse pleine d'humour et de piquant... Que notre amitié dure encore et encore.

À mon Mickaël, mon Amour, mon pilier. Aucune phrase ne traduira ce que j'ai sur le cœur pour te remercier de tout ce que tu m'apportes depuis toutes ces années. Merci pour Tout.

À Paul, ce petit bout de bonheur, qui m'a permis de prendre du recul sur ce travail et me ramener régulièrement à l'essence même de la vie.

# TABLE DES MATIÈRES

<b>INTRODUCTION</b>	<b>-13-</b>
<b>I. MÉTHODE</b>	<b>-14-</b>
<b>II. RÉSULTATS</b>	<b>-15-</b>
A. Caractéristiques de la population interrogée	-15-
B. Résultats de l'analyse qualitative des données des focus groups	-16-
1. Autoreprésentation du Médecin.	-16-
2. La Prescription : définition, difficultés, rôle de l'ordonnance.	-17-
3. Attentes des patients de leur consultation, supposées par les médecins.	-17-
4. Pourquoi ne pas prescrire de médicaments.	-18-
5. Alternatives à la non-prescription.	-18-
6. Difficultés de la non-prescription.	-23-
7. Facteurs extrinsèques à la consultation pouvant influencer la non-prescription.	-24-
<b>III. ANALYSES</b>	<b>-25-</b>
A. Résultats principaux de l'étude	-25-
B. Discussion autour des résultats	-26-
1. Relation soignant-soigné	-26-
2. Les Thérapeutiques Non Médicamenteuses	-28-
3. Les déterminants de la prescription... et de la non-prescription	-28-
4. Conclusion	-30-
C. Biais de l'étude	-31-
<b>CONCLUSION GÉNÉRALE</b>	<b>-32-</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE</b>	<b>-34-</b>
<b>ANNEXES</b>	<b>-37-</b>

## LISTE DES DOCUMENTS ANNEXES

<u>ANNEXE N°1 : Pistes de recrutements</u>	<u>-38-</u>
<u>ANNEXE N°2 : Mail type adressé lors du recrutement</u>	<u>-39-</u>
<u>ANNEXE N°3 : Réalisation de chaque focus group</u>	<u>-40-</u>
<u>ANNEXE N°4 : Questionnaire animateur</u>	<u>-41-</u>
<u>ANNEXE N°5 : Questionnaire de fin de séance</u>	<u>-42-</u>
<u>ANNEXE N°6 : Méthode d'analyse N'VIVO</u>	<u>-43-</u>
<u>ANNEXE N°7 : Tableau des caractéristiques qualitatives de l'ensemble de participants à l'étude.</u>	<u>-44-</u>
<u>ANNEXE N°8 : Analyse quantitative de chaque groupe</u>	<u>-45-</u>
<u>ANNEXE N°9 : Proportion de chaque nœud</u>	<u>-46-</u>
<u>ANNEXE N°10 : Encodage par nœuds</u>	<u>-47-</u>
<u>ANNEXE N°11 : Liste des citations</u>	<u>-48-</u>
<u>ANNEXE N°12 : Tableau comparatif France / Pays Bas</u>	<u>-60-</u>

## LISTE DES ILLUSTRATIONS

Tableau 1 : Guide d'entretien -14-

Tableau 2 : Caractéristiques quantitatives de l'ensemble des participants. -15-

Figure 1 : Proportions rapportées à une surface, de chaque sous-thème évoqué dans le thème  
« Alternatives à la Non-Prescription ». -19-

## INTRODUCTION

La consultation de médecine générale française a pour particularité de se terminer, dans 78% des cas, par une prescription médicamenteuse (43,8% aux Pays Bas) (1). Ce constat classe les Français parmi les premiers consommateurs de médicaments par habitants avec une équation « consultation = ordonnance = médicaments » plus forte en France qu'ailleurs (2). Ce phénomène de surprescription française est responsable d'un surcoût non négligeable pour la société (dépenses pharmaceutiques estimées à 34,7 milliards d'euros en 2011, 5<sup>ème</sup> rang mondial, 2<sup>ème</sup> rang européen), sans parler des nombreux effets ressentis comme indésirables par les patients (concerne 18,7% des prescriptions en médecine générale) (3).

Ce réflexe quasi-systématique de rédiger une ordonnance en fin de consultation est à associer au fait que 46% des médecins déclarent faire l'objet de pression de la part de leurs patients. Du côté des patients, 8 sur 10 souscrivent au principe d'une consultation qui se terminerait sans ordonnance et 86% déclarent qu'ils auraient confiance dans un médecin qui ne leur prescrirait aucun médicament à la fin de la consultation (1). Il y a donc un décalage entre les attentes réelles du patient et les attentes supposées du patient par le médecin. Ce sentiment de pression de prescription produit des effets qui autoalimentent le système de surconsommation de médicaments.

Une décision de non-prescription peut être envisagée par le médecin en fin de consultation, et il semblerait qu'un recentrage de la consultation française autour de la parole et de l'écoute serait l'une des solutions pour sortir du « tout-médicament ». **Il existe de nombreux freins à la non-prescription, responsables de situations cliniques où elle est envisagée par le médecin généraliste mais n'aboutit pas. Pourquoi ? Comment se gère une consultation qui se conclut sans ordonnance médicamenteuse ? Tout en rassurant le patient, quelles sont les solutions qui permettraient aux médecins généralistes de réussir à ne prescrire aucun médicament lorsque ni la situation clinique ni la science ne le justifieraient ?**

Le premier objectif de ce travail, traité en étude qualitative, est de mettre en lumière les différents moyens pour réussir une non-prescription. L'objectif secondaire de ce travail est d'améliorer la qualité des prises en charge médicales en prenant conscience qu'avec une attitude ou des mots bien choisis, les patients peuvent réellement sentir un soulagement, sans iatrogénie et sans le coût pour la société d'une prescription injustifiée.

## I. METHODE

Le choix s'est porté sur une étude qualitative en focus group associée à la théorisation ancrée (4). Tout médecin généraliste thésé ou non thésé, ayant au moins validé son stage chez le praticien, pouvait participer volontairement à l'étude.

Le recrutement s'est essentiellement déroulé par l'envoi de mails (groupes de pairs, associations de médecins, Facebook) et le bouche à oreille, sur une période de 5 mois allant de novembre 2014 à avril 2015 (Annexe 1 p.38 et 2 p.39). Trois focus group ont pu être réalisés, réunissant un total de 19 participants. Un groupe d'essai préalable a permis de réajuster le guide d'entretien et la façon de mixer les participants. L'homogénéisation sociale des focus group a été abordée en limitant une trop grande mixité entre jeunes médecins et médecins expérimentés. Il est apparu lors du groupe d'essai que cette mixité était néfaste pour la dynamique du groupe, les jeunes médecins avaient tendance à s'effacer au profit des médecins plus expérimentés. Les groupes ont donc été formés en prenant en compte les expériences professionnelles de chacun.

La diversification au sein de ces groupes a été obtenue en mixant :

- différents milieux démographiques d'exercice,
- différentes pratiques de leur métier (diplômes d'État, formation médicale continue, maîtres de stage universitaire, groupes de pairs).

Chaque focus group a été réalisé en un lieu différent, avec un animateur commun mais un observateur différent (Annexe 3 p.40). Deux magnétophones ont systématiquement été utilisés pour chaque focus group. L'animateur suivait un guide d'entretien qui abordait cinq thèmes (figurant dans le Tableau 1 p.14) par des questions ouvertes, modifiées en fonction des données recueillies (Annexe 4 p.41). Le débat se terminait par un questionnaire qui permettait de renseigner les caractéristiques des participants (Annexe 5 p.42). L'anonymat y était respecté.

Le recrutement a été arrêté devant une redondance des propos tenus pendant les débats, n'apportant plus aucun nouvel élément à l'analyse qualitative.

- |   |
|---|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Représentation d'une non-prescription.</li> <li>2. Attentes des patients d'une consultation de médecine générale.</li> <li>3. Méthode de réassurance au cours de la consultation. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Par l'attitude ou le comportement.</li> <li>• Par l'information délivrée : orale ou écrite.</li> </ul> </li> <li>4. Autres alternatives thérapeutiques.</li> <li>5. Facteurs extrinsèques. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Formations médicales.</li> <li>• Système de santé français.</li> <li>• Influence des laboratoires pharmaceutiques.</li> <li>• Expérience professionnelle.</li> </ul> </li> </ol> |
|---|

Tableau 1. Guide d'entretien.

Les transcriptions ont été réalisées sur simple écoute enregistrées sur le logiciel de traitement de texte Word. Elles ont été analysées par codage ouvert avec le logiciel N'Vivo, permettant une analyse rapide et fiable (Annexe 6 p.43). Le questionnaire de fin de séance a été analysé avec le logiciel Excel afin de définir une description de l'ensemble des participants.

## II. RESULTATS :

### A. Caractéristiques de la population totale interrogée :

Trois focus group ont été réalisés avec respectivement 5, 7 et 7 participants pour un total de 19 médecins. La durée moyenne était de 1h36, la moyenne d'âge de 32,38 ans et la médiane de 30 ans.

Le tableau 2 résume les caractéristiques quantitatives des trois focus group (le groupe d'essai qui comportait 8 participants n'apparaît pas dans ce tableau).

Répartition des participants	Groupe 1	Groupe 2	Groupe 3	TOTAL
<b>SEXE</b>				
<b>Homme</b>	1	0	1	<b>2</b>
<b>Femme</b>	4	7	6	<b>17</b>
<b>TYPE D'EXERCICE</b>				
<b>Installé</b>	0	0	7	<b>7</b>
<b>Remplaçant</b>	5	7	0	<b>12</b>
<b>LIEU D'EXERCICE</b>				
<b>Ville</b>	2	1	1	<b>4</b>
<b>Semi-rural</b>	1	1	3	<b>5</b>
<b>Rural</b>	1	0	3	<b>4</b>
<b>Mixte</b>	1	5	0	<b>6</b>
<b>PRATIQUES MEDICALES</b>				
<b>Groupes de pairs</b>	0	0	3	<b>3</b>
<b>Formation médicale continue</b>	1	0	7	<b>8</b>
<b>Lecteur de revues médicales</b>	4	4	4	<b>12</b>
<b>Maîtres de stage universitaire</b>	0	0	2	<b>2</b>
<b>Autres</b>	3	0	4	<b>7</b>
<b>MOYENNE D'AGE (années)</b>	29	29,29	38,86	<b>32,38</b>

Tableau 2. Caractéristiques quantitatives de l'ensemble des participants.

Les formations médicales continues suivies étaient pour l'essentiel des diplômes universitaires, et le CHEM (Collège des Hautes Études en Médecine) (Annexe 7 p.44). Les revues médicales lues étaient Prescrire (7 participants), La Revue du Praticien (2 participants), Médecine (1 participant) et Le Concours Médical (1 participant). Les autres pratiques médicales étaient l'hypnose (2 participants), centre de vaccination international (2 participants), régulation au centre 15 et planning familial (1 participant), Médecin du Monde (1 participant). L'annexe 8 p.45 résume la comparaison quantitative des différents groupes.

## **B. Résultats de l'analyse qualitative des données des focus groups.**

Sept principaux thèmes ont été retrouvés dans les trois focus group. Par ordre, du thème le plus évoqué lors des entretiens au moins récurrent (Annexe 9 p.46):

- Alternatives à la non-prescription.
- Facteurs extrinsèques à la consultation pouvant influencer une non-prescription.
- Difficultés de la non-prescription.
- Attentes des patients.
- Pourquoi ne pas prescrire.
- La prescription.
- Autoreprésentation du médecin.

(Remarque : l'éducation thérapeutique a été le sous-thème le plus mentionné durant les trois débats (Annexe 10 p.47).

Ce chapitre détaille ces thèmes dans l'ordre avec lequel ils ont été abordés dans les débats. L'annexe 11 p.48 regroupe les principales citations de chaque thème et sous-thème.

### **1. Autoreprésentation du Médecin.**

La question n'était jamais abordée directement, mais les participants resituaient régulièrement le médecin dans la relation soignant-soigné. Son statut avait beaucoup évolué au cours du dernier siècle : moins paternaliste, « *moins impressionnant qu'avant* ». Il y avait un nouvel équilibre relationnel entre lui et son patient. Bien qu'il soit le principal détenteur du Savoir, le médecin avait plus tendance à réduire les inégalités de rapport en partageant son savoir avec le patient. « *On le partage ! [...] On n'est plus le médecin d'avant qui dit « C'est comme ça » et [...] on est plus dans l'échange et la relation qui est égale...* ». Sa prescription restait « *un ordre, c'est un truc à faire* », elle méritait le respect. Le médecin avait un rôle essentiel de coordinateur. C'était lui le point d'ancrage des autres professionnels de santé, c'était le pivot autour duquel le soin du patient s'articulait.

## 2. La prescription : définition, difficultés, rôles.

- La prescription était définie par l'ensemble des participants des trois groupes comme étant un conseil de tout ordre, oral ou écrit, délivré par le médecin au patient au cours d'une consultation de médecine. « *C'est ce qu'on donne au patient quand il repart de sa consultation [...] des médicaments, des conseils, allez voir le spécialiste...* » « *Ce n'est pas que médicamenteux.* »
- Elle présentait plusieurs difficultés :
  - Responsabilité : « *Mon gros problème c'est avant tout ne pas lui nuire* ». Le bien-être du patient primait avant toute chose, les effets secondaires ou interactions médicamenteuses étaient toujours à prendre en compte.
  - Justification : « *Si je prescrivais il fallait que je le justifie scientifiquement et pas que je fasse courir un risque au patient si c'était un médicament qui ne servait à rien.* »
  - Ne pas tomber dans la facilité : « *C'est plus facile de donner l'ordonnance même si tu n'as pas envie de le prescrire, plutôt que d'essayer d'expliquer etc...* »
- Le rôle de l'ordonnance était systématiquement demandé. Elle était la conclusion de la consultation («*Tu donnes l'ordonnance, voilà, le chapitre est clos.* »), une forme de monnaie d'échange («*Une sorte de commerce, un deal* » «*C'est la carte bleue contre l'ordonnance* »), parfois un dû, un trophée ou encore un cadeau («*Maintenant on est dans une logique de consommation, donc les gens ils achètent un truc !* »).

## 3. Attentes des patients de leur consultation, supposées par les médecins.

Il était directement demandé aux médecins ce que, selon eux, les patients attendaient d'une consultation. Globalement, 5 causes étaient redondantes : être rassuré, être accompagné dans sa souffrance, être guéri le plus vite possible, obtenir une ordonnance ou autre papier administratif, et enfin consulter à titre systématique. « *Il y en a qui attendent juste une ordonnance, du ZOLPIDEM. Point.* ». « *Ils veulent ressortir avec des choses sur l'ordonnance pour aller mieux et vite* ». Cette attente n'était pas toujours bien cernée, en lien avec la complexité de la relation soignant-soigné.

## 4. Pourquoi préférer ne pas prescrire de médicaments.

La déontologie et l'éthique médicale étaient les arguments qui rassemblaient tous les médecins. « *Il s'agit de savoir bien faire son travail aussi, hein, il y a la notion de Science-Conscience-*

*Bon sens ! ». Primum non nocere. L'éducation thérapeutique venait en deuxième position : ne rien prescrire nécessitait de faire preuve de pédagogie. « Tu dois justifier ta prescription quand tu dois prescrire, mais tu dois aussi justifier pourquoi tu ne prescris pas. Donc c'est là que tu dois expliquer aux gens pourquoi, c'est hyper important. ». C'était aussi une façon de rassurer le patient dans le sens d'un accompagnement plus personnalisé, en lui proposant un autre type de prise en charge. Enfin, cela pouvait parfois éviter un surcoût financier au patient et à la société.*

## 5. Alternatives à la non-prescription.

C'est le thème qui a pris le plus de temps dans les trois débats. Le relationnel médecin-patient était la réponse majoritaire à la non-prescription. L'effet médecin, l'information délivrée et les médecines alternatives étaient les trois éléments les plus mentionnés pour réussir une non-prescription (Figure 1 p.19).

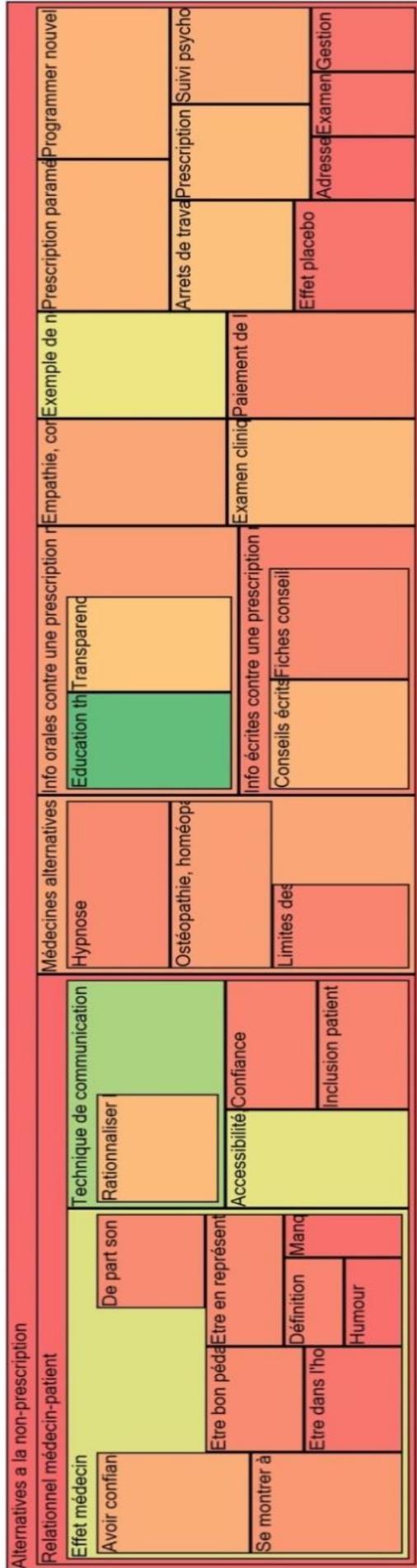


Figure 1. Proportions rapportées à une surface de chaque sous-thème évoqué du thème « Alternatives à la non-prescription ».

- Relationnel médecin-patient : l'effet médecin.

- Définition.

« Une sorte d'effet placebo qui est dû au médecin ». « Rien que de vous avoir vu Docteur, ça allait mieux... ». L'effet médecin était la traduction même de la volonté du soignant d'aboutir à une guérison chez son patient. « On aime la relation, on aime le lien, on aime convaincre et on aime apporter des choses. Et sans ça on n'est pas médecin généraliste. ». Le but ultime était de renforcer le lien thérapeutique avec le patient.

- Qualités humaines requises :

- 1) **Avoir confiance en soi** pour que le patient ait confiance en nous. « C'est croire en toi-même ! ». « Il faut être convaincu de ce que tu fais ! On sait très bien que si tu prescris un truc en te disant que ça ne servira à rien ça va bien moins marcher ! ». Tel un effet miroir, la confiance en soi du médecin se transmettait au patient et renforçait alors l'alliance thérapeutique.
- 2) **Être bon pédagogue** était un moyen de rassurer son patient. « Je leur explique ce que c'est en fait, les risques de ça c'est cette complication en fait donc c'est pour ça que j'ai cherché ça et puis on est rassuré ! [...] On sent que toute l'anxiété est partie !! ».
- 3) **Être dans l'honnêteté**. « Quand j'ai un doute ben je le dis, je le dis que je ne sais pas, que j'hésite, je le dis franchement que je suis inquiète [...] le patient il apprécie aussi ».
- 4) **Être disponible et à leur écoute**. « On est ouvert et ouvert à tous, « revenez si jamais ça ne va pas » », le médecin était là en cas de problème ou de doute du patient. Il s'agissait aussi d'être abordable pour faciliter l'échange, pour aider le patient à se confier, en étant d'égal à égal. « En fait l'écoute, au départ quand ils arrivent, leur laisser le temps d'expliquer ce qu'ils ont, leur poser des questions ouvertes, enfin prendre un peu son temps au départ c'est assez important ».
- 5) **Être dans l'empathie** apparaissait comme fondamental. « C'est pour ça qu'il y a aussi des gens que tu n'arrives pas à soigner, car tu n'arrives pas toujours à être dans l'empathie ! ». Bien comprendre la demande du malade et son vécu de sa maladie permettait d'adapter au mieux son comportement de soignant et son choix thérapeutique face à ce vécu. « Qu'est-ce qui vous inquiète ? ».
- 6) **Être en représentation**. Ceci faisait l'objet de discorde entre les médecins de chaque groupe. Certains reconnaissaient complètement cet aspect où le médecin rentrait en représentation à

partir du moment où il se glissait dans son habit. C'était alors comme prendre une attitude particulière qui facilitait la prise en charge du patient, quitte même à utiliser parfois des accessoires pour cela (baguette magique, Streptatest etc.)... Il s'agissait entre autres d'être moteur pour servir de repère sur lequel le patient pouvait s'appuyer, de transmettre au patient l'énergie de se guérir, de se rassurer. « *Si tu n'es pas moteur, les gens ils ne vont pas avancer*. D'autres refusaient de se dire qu'un médecin puisse jouer un rôle d'acteur devant son patient, ils préféraient être tels qu'ils sont dans la vie de tous les jours.

- 7) **L'humour** aidait à dédramatiser une situation en la tournant en dérision, pour permettre au patient de prendre un peu de recul sur sa plainte et éventuellement avancer vis-à-vis d'elle. « *Je sors [la baguette magique rose] et je fais « hop-là abracadabri abracadabra et ça va bien !!! » [...] Pour montrer que ben voilà je ne suis pas magicienne et je ne peux pas tout faire !!! [...] (Rires !!!). Mais ça allait déjà bien mieux !!! ».*

- Moyens techniques :

- **Des techniques de communication** aidèrent à la non-prescription : rationaliser le discours pour recadrer une situation, se raccrocher au concret, rester dans le réel et non dans l'hypothétique, s'appuyer sur des explications scientifiques pour se justifier auprès du patient. « *Je fais référence aux trucs scientifiques, je leur dis que ce n'est pas moi qui l'invente, ce n'est pas une idéologie* ». La transparence du discours semblait aussi très appréciée des patients. Cela restait dans l'idée du partage du Savoir, de la réduction des inégalités entre soignant-soigné, et permettait de solidifier le lien thérapeutique.

Le médecin [α] mentionnait aussi le recours à la technique PNL : Programmation NeuroLinguistique. Cela consistait à reformuler des phrases en n'utilisant que des mots positifs, ayant un impact tout à fait différent sur le patient. « *Il y a les mots qu'on dit et il y a les mots qu'on reçoit. Et c'est clair qu'en utilisant des mots positifs, on n'a pas du tout le même ressenti et le même résultat à la fin de la consultation* ».

- **Un examen clinique** plus poussé permettait de « *rassurer, montrer qu'on va jusqu'au bout des choses* ». Il s'agissait d'utiliser les données objectives voire scientifiques (Streptatest), qui réalisaient une photo de la santé du malade. En détaillant cette photo, le médecin prouvait ses compétences médicales et justifiait sa décision thérapeutique. « *C'est la preuve, il le voit !!!* ». Cela s'associait à une transparence et une rationalisation de discours, « *recentrer l'importance des choses sur la clinique* ».

- **L'inclusion du patient** dans la décision thérapeutique solidifiait son adhésion à sa prise en charge. « *Oui ils sont acteurs. Souvent à la fin de la consulte on récapitule on dit « on fait comme ça ? » et on attend la réponse du patient « oui on est d'accord » « OK alors c'est bon ». C'est important... ».*

- **Programmation d'une nouvelle consultation.** « *On se revoit dans 48 heures pour vérifier que tout va bien* ». Surtout en pédiatrie ou devant les syndromes anxio-dépressifs, elle présentait l'avantage de rassurer le patient en se montrant disponible en cas de problème.

- Qualité de l'information délivrée.

L'éducation thérapeutique était la note fondamentale de la non-prescription. Orale et/ou écrite, elle avait pour avantage de rassurer le patient qui, comprenant mieux l'origine de sa plainte et son traitement, en maîtrisait mieux la gestion. « *On craint ce qu'on ne connaît pas, en général, eux ils n'ont pas notre formation !!! [...] c'est sûr que si on ne leur fait pas la traduction de tout ça...* ». Du côté du soignant, cela permettait de réduire les inégalités de savoir entre soignant-soigné, justifier la décision thérapeutique et enfin limiter les consultations pour des motifs minimes. « *Ils reviennent beaucoup moins d'ailleurs (rires) parce qu'ils se gèrent et finalement viennent plus que quand il y a besoin !* ». Selon certains médecins : « *Fractionner les repas et compagnie, c'est quelque chose qui a beaucoup plus d'importance que certains médicaments...* ». Pédagogie (vocabulaire adapté, ne pas délivrer trop de messages au même moment) et prendre son temps étaient les secrets d'une bonne éducation.

L'information orale était la plus facile à mettre en place, elle devait être systématique et répétitive, elle se réalisait tout au long de la consultation, et pouvait concerner un autre motif que celui de la consultation.

L'information écrite semblait se développer de plus en plus avec les jeunes générations de médecins. Il s'agissait de conseils qui pouvaient prendre l'aspect d'une ordonnance, avec signature et tampon en fin d'écrit. « *Ça fait sourire et en plus c'est bon pour l'alliance [thérapeutique].* » Contre-indications particulières, régimes alimentaires, hygiène de vie, rendez-vous à prendre etc., le fait de l'écrire présentait l'avantage que les patients pouvaient le relire chez eux et laissait une traçabilité du message passé. Des fiches conseils pré-remplies étaient parfois utilisées, pratiques car elles délivraient beaucoup d'informations et étaient un gain de temps pour le médecin. Attention toutefois à être sûr de sa source.

- Autres prescriptions.

Donner une autre prescription non médicamenteuse présentait l'avantage de donner une solution au patient par un échange matériel : arrêt de travail (importance du repos, de la convalescence), prescription paramédicale, prescription médicamenteuse anticipée, courrier pour le spécialiste, « *On est content d'avoir autre chose à donner, [...] un truc papier qui remplacerait une ordonnance quoi...* ».

Les médecines alternatives divisaient les participants. « *Médecines de charlatan* », voie de secours en cas d'impasse thérapeutique, les participants se disaient tous enclin à les tolérer tant que le patient restait adhérent au suivi du médecin généraliste. « *Je ne vais pas les empêcher d'aller les voir si moi j'arrive à cadrer ce que j'ai envie de cadrer* ». « *Même si on n'y croit pas, même si on n'a pas les preuves scientifiques. On accepte qu'ils aillent faire ça et ça fait aussi partie du soin. Je suis même des fois à proposer des choses...* ». Certains la considéraient comme une médecine d'accompagnement, ou « *complémentaire* », qui pouvait même être proposée en première intention. « *Elles sont une autre approche, et permettent d'avoir quelque chose à proposer qui ne soit pas des médicaments.* » Ils reconnaissaient que leur médecine présentait ses propres limites et acceptaient une autre façon de soigner. Ils regrettaient leur formation initiale qui dénigrerait complètement ces formes de prise en charge. « *C'était tabou* ». Sans nécessairement être persuadé de la réelle efficacité thérapeutique, ils jouaient parfois sur l'effet placebo de ces médecines et veillaient à une coordination maintenue entre l'utilisation de ces médecines et la leur.

L'hypnose était beaucoup évoquée, elle pouvait constituer une véritable arme thérapeutique supplémentaire.

Les médecins mentionnaient aussi quelques limites à ces médecines alternatives :

- Risque pour le patient de s'écarter complètement du suivi du médecin généraliste et de prendre seul des décisions à risque pour sa santé.
- Nécessité pour le médecin de bien connaître le professionnel à qui on adresse le patient.
- Ces pratiques restent malheureusement peu connues de la population de médecins et peu reconnues par l'État.

Le suivi psychologique avait toute sa place dans la non-prescription, mais représentait malheureusement une grande difficulté pour la plupart des participants. Manque de formation, manque de communication avec les psychologues du réseau : la facilité allait aux traitements médicamenteux là où des médecines alternatives étaient pourtant efficaces.

## 6. Difficultés de la non-prescription.

- **Conflit** : Refus de paiement en fin de consultation, agressivité, insultes, menaces, manque de respect. C'était la principale crainte de tous les médecins lors de la non-prescription. Situation fréquemment rencontrée, elle engageait un stress et une lassitude chez le médecin avec le risque d'une rupture de l'alliance thérapeutique. Le conflit, entraîné par une inadéquation entre les attentes du patient et la réponse du médecin, pouvait créer une situation de « *surprescription* » : le médecin tentait d'éviter le désaccord en se pliant au désir du patient. « *Il y a des patients très agressifs, euh là au bout d'un moment tu fais oui bon d'accord... Parce que tu peux avoir des pressions physiques aussi quand même hein...* ».

- **Labeur et fatigue.** « *C'est plus facile de donner l'ordonnance même si tu n'as pas envie de le prescrire, plutôt que d'essayer d'expliquer* ». Cela imposait de trouver d'autres solutions non médicamenteuses au patient, parfois plus contraignantes. Cela faisait appel à ses propres ressources, moins systématiques qu'une simple prescription médicamenteuse. « *La non-prescription médicamenteuse nous impose d'aller chercher autre chose* ».
- **Manque de temps.** Le rythme des consultations imposait un temps limité à chaque patient. Si la gestion du temps au cours de la consultation était mal équilibrée, les médecins expliquaient être amenés à ne pas prendre celui de l'explication ni de l'éducation thérapeutique, et la prescription permettait de rattraper du temps. « *Le rythme des consultations fait que tu ne prends pas forcément le temps, en général je prescris* ». En cas de retard important, le médecin [T] expliquait même prescrire pour « s'excuser de son retard », par culpabilité.
- **Différence de discours avec le pharmacien,** qui parfois proposait des traitements dont la prescription avait été refusée et même déconseillée par le médecin.

## 7. Facteurs extrinsèques à la consultation pouvant influencer la non-prescription.

- **Concernant l'exercice en lui-même,** il y avait une carence de communication entre les différents professionnels de santé (médecins, pharmaciens, autres professionnels soignants). « *En connaissant mieux nos interlocuteurs, nos collègues de travail, au final on arrivera à mieux soigner les patients et justement sans prescrire.* ». L'expérience professionnelle pouvait avoir un impact sur la non-prescription. Les jeunes médecins étaient moins sensibles à l'influence des laboratoires, mais le manque de confiance et de connaissance de la patientèle (pour les remplaçants) rendait la non-prescription plus difficile. Même si elle s'améliorait avec les années, la formation initiale manquait d'enseignement sur la psychologie médicale et la relation soignant-soigné. « *La communication est absente de nos études et on passe notre vie professionnelle à faire de la communication.* ». Elle était cependant adaptée au contexte économique actuel. « *On a été formé à peu prescrire mais prescrire juste* ».
- **Concernant la politique de santé,** le système français avantageait la non-prescription par ses campagnes de prévention, le déremboursement des médicaments, les systèmes de pharmacovigilance et les recommandations officielles. Les soins paramédicaux non remboursés, le manque de réactivité face à la démographie médicale actuelle et la tarification à l'acte (qui pouvait inciter à faire du chiffre d'affaire et donc passer moins de temps par

patient) désavantageaient la non-prescription. « *Salariez-nous !!! Mais à la hauteur de nos compétences, de nos horaires [...] et à la hauteur de notre ancienneté ! Salariez-nous !* ». L'industrie pharmaceutique était longuement critiquée et très remise en question par l'ensemble des participants. Du laboratoire au visiteur médical en passant par le pharmacien, il semblait que la santé ne puisse être associée au commerce. « *Ils sortent un peu de leurs compétences* ». Formations très accessibles mais influencées, publicités florissantes et dangereuses, l'industrie pharmaceutique allait dans la direction opposée à celle de la non-prescription.

- **Concernant la culture française**, les participants précisait que le Français avait un rapport particulier avec sa santé : intolérant vis à vis de son mal-être et impatient, « *il boulotte des médicaments* » pour aller mieux et vite. Il avait donc pour habitude de recevoir des prescriptions médicamenteuses. Les médecins se sentaient aussi moins respectés dans leur statut, plus facilement jugés et attaquables. Cela portait parfois préjudice dans la qualité des prescriptions. « *Il y a une autre chose qui peut nous aider à moins prescrire, c'est les procès [...] et les enquêtes de pharmacovigilance.* ». D'ailleurs, le Français était très sensible et influencé par les médias. Scandales pharmaceutiques, publicités pharmaceutiques, reportages télévisés qui délivrent (ou non) la bonne information, les médias donnaient un nouvel accès à l'information médicale et modifiaient les habitudes de consommation médicamenteuse.

### III. ANALYSES

#### A. Principaux résultats de l'étude – Réponse à la problématique.

Après avoir réfléchi sur le rapport soignant-soigné, le rôle de l'ordonnance, les attentes réelles du patient qui vient consulter, les premières réponses à la problématique sont apparues.

La déontologie, l'éthique médicale, l'éducation thérapeutique, la réassurance, le coût financier d'un traitement médicamenteux : voici les principaux arguments qui doivent pousser à maintenir une non-prescription.

Pour y parvenir, l'effet médecin semble être un élément clé, basé sur des qualités humaines certaines et des moyens techniques précis. La qualité de l'information délivrée (orale et/ou écrite) a son importance. D'autres prescriptions non médicamenteuses peuvent être utilisées. Il semblerait que les médecines alternatives offrent aussi dans certaines situations une solution non négligeable.

Ces alternatives peuvent parfois engendrer des conflits avec les patients. Elles sont aussi souvent perçues par les médecins comme étant chronophages et laborieuses, d'où un risque d'échec de la non-prescription.

Certains facteurs extrinsèques à la consultation peuvent influencer la réalisation de la non-prescription. Parmi les plus mentionnés : le manque de communication entre les différents protagonistes du soin, un manque de formation initiale autour de la relation soignant-soigné, une politique de santé peu réactive et inadaptée à la non-prescription, une industrie pharmaceutique omniprésente, et même la mentalité française qui serait beaucoup trop habituée à consommer des médicaments.

## **B. Discussion autour des résultats – comparaison à la littérature :**

### **1. Relation soignant-soigné.**

L'effet médecin semblait rassembler les participants de cette étude autour d'une même idée : tous reconnaissent son importance dans la gestion d'une consultation, tous l'utilisent (souvent inconsciemment), mais aucun n'affirmait en maîtriser les rouages. Ils étaient pourtant tous convaincus de l'efficacité thérapeutique de la relation médecin-malade.

Mickael BALINT (6) fut l'un des premiers à évoquer l'effet médecin. Son ouvrage « *Le médecin son malade la maladie* » est voué à découvrir la « pharmacologie » du remède médecin. En partant du principe que le médicament le plus utilisé en médecine générale est le médecin lui-même, il a décortiqué ce « traitement » par le biais de groupes de parole où des médecins échangeaient autour de la relation soignant-soigné. Il a retrouvé deux composantes essentielles au remède médecin : conseiller et rassurer. Selon lui, au moins un quart du travail du praticien consiste en de la psychothérapie pure et simple, mais la formation initiale actuelle (en 1957, année de la première édition du livre) du praticien ne lui permet pas de réaliser correctement ce travail. Pourtant, même si celui-ci est de longue haleine, il permettrait de gagner du temps sur des consultations ultérieures. Le médecin, face à ses propres ressources, se voit alors réduit à prescrire quelques placebos, donne des conseils ou tente de rassurer. Découvrir le véritable problème du patient est essentiel avant de mettre en place le processus de la réassurance, et exige une excellente capacité d'écoute de la part du médecin.

Alain MOREAU en 2005 (7) réalise une revue de littérature autour de l'efficacité thérapeutique de l'effet médecin. Plusieurs études quantitatives randomisées ont prouvé cette efficacité sur des critères cliniques objectifs. Celle-ci reposerait sur :

- Une attitude émotionnelle (ou soin émotionnel) : attention, empathie, écoute active, réconfort et réassurance.
- Une démarche explicative (ou soin cognitif) : explications orales ou écrites sur le diagnostic, le traitement, des conseils adaptés.
- Une capacité de suggestion de changements comportementaux et psycho-affectifs (ou soin cognitivo-émotionnel) : communication non verbale incitant à poser des questions, à exprimer des émotions, prise en compte des attentes et des

représentations ou croyances. Cette communication peut transmettre de façon efficace attente et espoir de guérison.

Trois points sont particulièrement importants : rassurer, conseiller et expliquer. Rassurer diminue en particulier l'angoisse du patient, améliore l'observance thérapeutique, diminue sa demande de médicaments, réduit le recours aux examens paracliniques (8) (9).

Marc BROCHARD (10) dans sa thèse évoque très bien les éléments rassurants pour les parents au cours d'une consultation pour de la fièvre chez leur enfant. L'annonce du diagnostic a été l'élément le plus cité (72 % des parents rassurés), puis l'examen clinique de l'enfant (36 %), l'écoute et l'interrogatoire du parent (21 %) et enfin la remise d'une ordonnance (6 %).

La communication est primordiale dans la relation soignant-soigné : pour échanger autour d'une situation, pour créer une relation de confiance, pour transmettre le bon message au patient, pour qu'il adhère à ce message.

Les participants à cette étude regrettaient tous le manque de formation initiale ou continue autour de la communication. Et pourquoi ne pas enseigner aussi à ne pas prescrire ? Un essai clinique randomisé (11) a montré que si les médecins avaient une meilleure formation initiale sur la communication, les patients en étaient plus satisfaits. Par contre, (12) l'expérience professionnelle n'améliorerait pas forcément les problèmes de communication du médecin.

Le non-verbal peut concerner le ton de la voix, le contact visuel, l'expression faciale, le sourire, le toucher, les gestes, la posture, les habits du médecin, la distance entre le médecin et le malade, et même les caractéristiques du cabinet médical. L'examen clinique en fait partie, avec la notion de « toucher-relai » (13) : examiner précautionneusement le patient lui permet de le rassurer et de montrer qu'on ne nie pas la réalité du symptôme. Le toucher-relai lui montre qu'on le saisit, qu'on va prendre soin de lui, qu'on est là. Avoir aussi une attitude positive peut être bien plus efficace qu'un traitement médicamenteux au service médical rendu insuffisant (14).

Il faut donc être pourvu de qualités humaines certaines pour parvenir à ce que le patient adhère à une non-prescription. Le malade qui consulte a besoin d'être reconnu en tant que tel. Cette reconnaissance ne passe pas forcément par le biais d'une prescription médicamenteuse, il faut savoir user de soi pour lui montrer qu'on entend sa plainte et qu'on la considère.

Une des principales causes d'échec de la non-prescription réside dans le risque de conflit avec le patient. Échec de la communication entre le médecin et le malade, le conflit peut ruiner toute leur relation. Carole SARRAZIN (15) a effectué une étude qualitative sur la gestion des conflits en médecine générale. Une meilleure communication avec le patient, ainsi que la négociation et la décision partagée devraient être favorisées pour limiter ce risque. Partagé entre céder ou rester sur sa position, il vaut mieux rechercher le compromis, voire même apprendre à dire non en restant calme mais ferme, ne pas s'égarer. Et même pourquoi ne pas utiliser la *méthode du disque rayé* (répéter les choses calmement autant de fois que nécessaire)? Si le médecin cède, est-ce pour préserver cette relation de confiance, ou bien pour s'assurer de la fidélité ultérieure de son patient (démagogie)? En

cas d'accord impossible, la rupture complète de cette relation serait souhaitable plutôt qu'une abdication du côté soignant.

## 2. Les Thérapeutiques Non Médicamenteuses (TNM).

Les TNM sont en plein essor (16) et peuvent aussi aider une non-prescription médicamenteuse. Alors que 39 % des français déclarent avoir déjà eu recours aux médecines « naturelles » dans l'année 2007, ces médecines alternatives constituent 15 millions de consultations par an (17). Pourtant, bon nombre de médecins restent réfractaires à leur utilisation.

Actuellement en France, ces TNM sont surtout utilisées en oncologie. En 2007, une équipe a interrogé 244 malades en cours de chimiothérapie (18), sur la prise de traitements complémentaires et alternatifs. Près d'un tiers (28 %) en consommaient, en majorité de l'homéopathie (60 %). Le but était de mieux supporter le traitement anti-cancéreux (85 %), de renforcer les défenses de l'organisme (78,5 %), et de traiter la maladie en elle-même (27,5 %). Le traitement était instauré dans la plupart des cas par des médecins. L'ensemble des patients consommateurs se disait satisfait de ces traitements et aucun effet secondaire notable n'avait été répertorié.

Le Conseil National de l'Ordre des Médecins autorise quatre médecines alternatives : l'ostéopathie, l'homéopathie, la mésothérapie et l'acupuncture. L'HAS (19) a analysé le développement français de leur prescription en effectuant un état des lieux, une revue de la littérature, puis en travaillant sur des pistes d'amélioration :

- Mettre en place de nouveaux mécanismes notamment en matière de rémunération, pour inciter les médecins à consacrer plus de temps à ce type de prescription ;
- Créer de nouveaux moyens d'information destinés aux professionnels de santé et aux patients : brochures d'information, plus d'études fiables, plus d'accord d'experts ;
- Organiser plus de rencontres interdisciplinaires, créer plus de réseaux et/ou de maisons pluri-professionnelles ;
- Améliorer l'accès à l'offre : équilibrer les professionnels sur l'ensemble du territoire, garantir une accessibilité financière à l'égard de ces thérapeutiques ;
- « Officialiser » la prescription des TNM en rendant systématique leur inscription sur l'ordonnance.

## 3. Les déterminants de la prescription... et de la non-prescription.

La décision de prescription ou de non-prescription est une grande responsabilité pour le médecin. Avec une formation initiale semblable pour l'ensemble des médecins français, il est étonnant de voir les différences de pratiques. Qu'est ce qui détermine la démarche de prescrire ou de ne pas prescrire, en dehors de la situation clinique du patient ?

Anne VEGA (20) a essayé de comprendre les multiples influences (autres que les connaissances médicales) qui pèsent sur les orientations des pratiques et des décisions médicales. Elle présente les facteurs suivant : le paiement à l'acte, le poids des firmes pharmaceutiques, l'absence de coordination entre les soins (notamment les spécialistes qui délèguent le suivi aux médecins traitants, les médecins traitants qui partagent peu leur décision), et enfin des sensibilités et peurs culturelles importantes (en particulier concernant les affections respiratoires bénignes). Selon elle, les médecins les plus prescripteurs ont un rapport compliqué avec l'atteinte et le patient. Des limites relationnelles associées à une fatigue professionnelle les incitent à se surprotéger, permettant un certain confort dans leur travail. Ils ont donc recours à l'ordonnance pour se rassurer. Nicky BRITTEN (21) ira même plus loin en disant que la prescription pourrait être un outil de défense pour le médecin généraliste afin de maintenir son autonomie clinique. Les médecins les moins prescripteurs auraient une motivation soignante majeure. En prenant conscience du « réflexe médicament-ordonnance », ils partagent plus leurs décisions et leurs responsabilités, ils développent donc des compétences et des alternatives thérapeutiques.

C'est finalement ce qui est retrouvé dans cette étude : les médecins installés participants semblaient tous avoir une grande motivation soignante : la plupart travaillaient en maison médicale avec un échange d'information intense autour des patients dans les moments de doute, certains étaient formés à l'hypnose ou à l'homéopathie. Et leur participation à cette étude est encore une preuve de leur bon-vouloir.

Plusieurs études mettent en évidence le fait que les attentes réelles des patients ne correspondent pas du tout à celles supposées par les médecins (22) (23). Les médecins rédigent une ordonnance de médicaments en supposant répondre à la demande du patient alors que bien souvent celui-ci ne souhaite pas forcément de médicaments. Caroline ORIVEL dans sa thèse sur les représentations des patients face aux antibiotiques montre justement que 70 % des patients souhaitent en réalité être soulagés des symptômes, 41 % souhaitent être rassurés, 30 % souhaitent comprendre leur pathologie, et seuls 4 % attendent la prescription d'antibiotiques (24). La prise en considération des attentes réelles des patients apparaît comme une des composantes essentielles de la prescription médicamenteuse. Les pressions de prescription (23,7 % des consultations de médecine générale) sont aussi problématiques : les demandes explicites de médicaments (17,3 % des demandes de prescription) par les patients sont réelles et impactent fortement l'ordonnance définitive (25). Les croyances erronées des médecins les entraînent à « surprescrire » malgré ce conflit intérieur qui les anime : prescrire alors que la raison ne le conseille pas, prescrire car c'est ce que souhaite le patient. Mieux communiquer, se faire confiance, croire en sa relation avec son patient, croire en la confiance du patient : une simplicité d'action qui favoriserait la non-prescription médicamenteuse.

Sophia ROSMAN (26) a comparé les pratiques de prescription entre la France et les Pays-Bas. Les dépenses de santé en France sont en moyenne 80 % plus élevées avec une rédaction d'ordonnance bien plus fréquente. À travers une étude sociologique qualitative où elle s'est

entretenu avec 26 médecins français et 27 médecins néerlandais, elle a identifié deux grandes logiques de prescription : prescription « restrictive » et prescription « réparatrice ». La première consiste à centrer la consultation sur le patient, le médicament n'est pas le seul outil de traitement, l'éducation, le réconfort et la réassurance sont d'autres options à envisager. Cette façon de faire serait majoritairement utilisée par les médecins néerlandais. La deuxième solution consiste à considérer le médicament comme principal outil pour répondre à la plainte du patient, elle est donc l'inverse de la première et est celle majoritairement utilisée par les médecins français. Cette deuxième solution serait justifiée par les contraintes liées aux conditions d'exercices : la nécessité d'instaurer et de maintenir la relation avec le patient, le besoin de légitimité et la gestion de la consultation. Cette variabilité entre les deux pays s'expliquerait par des différences sur le rapport à la maladie du patient, sur l'organisation de la médecine générale (annexe 12 p.60), sur l'attitude du médecin au cours de la consultation (restrictif ou réparateur), sur l'attitude et les attentes du patient (le patient français attend ses médicaments) et enfin sur la manière de clore une consultation (à l'initiative du médecin néerlandais et du patient français qui ne donne son chèque qu'après avoir approuvé l'ordonnance).

Même si un seul groupe a évoqué le problème, il semble que la rémunération à l'acte constitue un sérieux frein à la non-prescription (17, 18, 20, 27). En effet, elle signifie aux médecins que pour augmenter leurs revenus, ils doivent augmenter le nombre des actes qu'ils effectuent (28). Ce nombre impacte sur le temps qu'ils attribuent à chaque patient et donc sur la qualité de la consultation. Si on doit rajouter le temps de l'explication à l'interrogatoire et à l'examen clinique, la durée de la consultation rallonge, celle-ci devient « non rentable ». Une des dérives serait celle du consumérisme (29) où le médecin démagogique gèrerait sa patientèle comme une clientèle qu'il faut satisfaire, fidéliser et exploiter. Le médecin devient alors un prestataire de service, l'acte médical devient un dû contre un échange monétaire. Le temps est compté, l'argent aussi, l'explication chronophage n'a plus sa place, la prescription de médicament devient la facilité. L'information du patient prend du temps, mais n'est-ce pas du temps gagné sur les prochaines consultations ? Transmettre notre Savoir, éduquer le patient n'est malheureusement pas valorisé à l'heure actuelle, c'est pourtant la meilleure réponse à l'amélioration de la santé de nos malades. À ce jour, il est dommage de constater que les médecins libéraux français n'ont pas la possibilité d'exercer leur métier dans le strict respect de leur éthique médicale.

#### 4. Conclusion

Cette étude corrobore les données de la littérature et apporte une réflexion autour de la pratique de prescription. L'effet médecin semble être une des solutions à la non-prescription mais les médecins ne s'y sentent pas formés. La communication soignant-soigné est sous-estimée dans les études médicales et l'impact en est majeur.

### **C. Biais de l'étude.**

Le principal biais de l'étude est le mode de recrutement des participants.

Le bouche à oreille ayant été la source essentielle, les participants pouvaient se connaître et donc entraîner une forme de communication non-verbale, parfois non transcribable.

Suite à un recrutement difficile, il y avait beaucoup plus de jeunes médecins que de médecins expérimentés. Cela a pu modifier les pistes de réflexions pendant les débats puisque l'expérience professionnelle peut avoir son importance dans la gestion d'une non-prescription. Il aurait été souhaitable d'avoir autant de groupes de jeunes médecins que de groupes de participants expérimentés, sans forcément les mélanger entre eux puisque l'expérience du groupe d'essai a confirmé qu'en les mixant, les jeunes médecins s'effaçaient au profit des plus expérimentés.

La méthode de la théorisation est une méthode flexible à plusieurs niveaux, qui présente l'avantage de s'assurer d'une bonne compréhension commune de la question posée, de contrôler l'interaction entre les participants, et d'obtenir des résultats riches et rapides (5). Cette méthode a permis de compenser le faible nombre de participants, bien que celui-ci ne soit pas dérangeant puisque le but était d'établir des hypothèses et non de généraliser les résultats sur une population entière. Il faut noter que le premier focus group ne contenait que 5 participants (après 2 désistements de dernière minute), ceci n'a pas été gênant devant une excellente dynamique de groupe qui a rendu le débat très riche.

## CONCLUSION GÉNÉRALE

La non-prescription médicamenteuse est un sujet qui atteint tous les médecins. Si elle est bien souvent considérée comme une difficulté, cette dernière devrait être dépassée afin de rester le plus proche des convictions médicales du médecin.

Dans cette étude, chaque médecin a proposé des façons différentes de gérer une non-prescription, et la relation médecin-malade semble être au cœur de la solution. Pour réussir une non-prescription - c'est-à-dire pour que le patient sorte du cabinet médical sans médicament et pourtant satisfait de la consultation - l'effet médecin est déterminant. Cela nous ramène (avant tout) à l'essentiel du métier de médecin : être humain. En se rappelant que les attentes du patient ne sont pas forcément celles que l'on croit, en se positionnant comme « le rassurant », « le comprenant », mais aussi celui qui détient le Savoir, et en déployant ses qualités humaines pour communiquer et réconforter, face à cela le patient ne peut qu'en être reconnaissant. Peut-être qu'un soupçon de confiance en soi et qu'une goutte de confiance dans le patient serait le duo gagnant qui générerait en toute simplicité une médecine saine et sans ambiguïté.

Cette étude apporte une réflexion autour de la non-prescription médicamenteuse mais aussi autour de la pratique du métier de médecin. Rémunération à l'acte, densité médicale irrégulière, firmes pharmaceutiques oppressantes, mentalité française consommatrice : voici les bémols freinant la non-prescription. Le strict respect de celle-ci semble être une utopie. La non-prescription est plus qu'une difficulté passagère : c'est un choix d'exercice, une vision idéalisée du soin.

Pour la favoriser – et donc permettre une médecine plus juste - il serait intéressant de réfléchir à une conception différente du système de soin. Un système où le médecin généraliste serait reconsidéré, le patient autonomisé et responsabilisé, où santé rimerait avec prévention et non avec traitement médicamenteux. Une meilleure formation initiale autour de la non-prescription et de la communication, ainsi qu'une meilleure ouverture aux médecines alternatives serait judicieuse. Le médecin a la responsabilité de la bonne santé de ses patients. Il lui faudrait de l'aide pour atteindre cet objectif dans les meilleures conditions, sans quoi cette profession pourrait continuer de se déshumaniser. Avoir le sens de l'humanité est pourtant la base du métier de soignant, aucun médicament ne pourra jamais la remplacer.

# PERMIS D'IMPRIMER

Imprimé n° 4



Scolarité médecine 3<sup>ème</sup> cycle  
2 avenue Professeur Léon Bernard  
35043 RENNES Cedex

## FACULTE DE MEDECINE

**NOM et Prénom :** OSADYCHY - URVOAS Zoé

### TITRE DE LA THESE d'EXERCICE

(Ce document sera à insérer dans les thèses définitives)

Titre :

La Non-Prescription : Pourquoi et Comment. Etude Qualitative à partir de 3 focus group.

Rennes, le

28/04/16

Le Directeur de thèse

Rennes, le

25.05.2016

Le Président de jury

### Vu et permis d'imprimer

Rennes, le

- 9 MAI 2016



Le Président de l'Université  
de Rennes1

D. ALIS

## BIBLIOGRAPHIE

1. Caisse Nationale d'Assurance Maladie. Quel est le rapport des Français et des Européens à l'ordonnance et aux médicaments ? Etude IPSOS. Février 2005.
2. Amalric F, Looock J. Caractériser le « modèle français de prescription ». Evaluation critique des indicateurs utilisés. Étude réalisée pour le LEEM. Septembre 2008. Disponible sur: <http://www.leem.org/sites/default/files/1430.pdf>
3. Legal R, Pilorge C. Coût de l'ordonnance des médecins généralistes : une analyse sur les données de l'EPPM. Revue de l'Institut d'Economie Publique. 2012, n°28-29 – 2012/1-2. Disponible sur: <http://economiepublique.revues.org/8926?file=1>
4. Duchesne S, Haegel F. L'enquête et ses méthodes – L'entretien collectif. Ed Armand Colin, 2013.
5. L.Srauss A. La trame de la négociation – Sociologie qualitative et interactionnisme. Ed L'Harmattan, 1992.
6. Balint M. Le médecin, son malade et la maladie. 3<sup>ème</sup> Ed Payot. 1996.
7. Moreau A, Boussageon R, Girier P, Figon S. Efficacité thérapeutique de « l'effet médecin » en soins primaires. La Presse Médicale, 2006 ; tome 35 : 967-73.
8. Egbert LD, Battit GE, Welch CE, Bartlett MK. Reduction of postoperative pain by encouragement and instruction of patients. A study of doctor-patient rapport. N Engl J Med. 1964 Apr 16; 270:825-7.
9. Hubert P. Rassurer le malade : un acte thérapeutique. Médecine et Hygiène. 1993, vol. 51, n°1981, pp. 1504-1509.
10. Brochard M. Analyse en médecine générale de « l'effet médecin » sur l'anxiété parentale au sujet de la fièvre aiguë de l'enfant âgé de 3mois à 6ans [Thèse d'exercice]. Université de Médecine de Rennes, Juin 2012.
11. Smith RC, Mettler JA, Stöffelmayr BE, Lyles JS, Marshall AA, Van Egeren LF, et al. Improving residents' confidence in using psychosocial skills. J Gen Intern Med. 1995 Jun;10(6):315-20. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7562122>
12. Fallowfield L, Jenkins V, Farewell V, Saul J, Duffy A, Eves R. Efficacy of a Cancer Research UK communication skills training model for oncologists: a randomised controlled trial. Lancet. Février 2002. 23;359(9307):650-6. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11879860>
13. Gallois P, Vallée JP, Le Noc Y, Société Française de Documentation et de Recherche en Médecine Générale. La consultation du généraliste en 2010. Pour une médecine centrée sur le patient. Médecine, Volume 6, Mai 2010, Numéro 5, 221-7. Disponible sur: <http://www.jle.com/fr/revues/medecine/med/e-docs/00/04/58/CB/article.phtml>
14. Thomas KB. General practice consultations: is there any point in being positive? Br Med J (Ed Clin Res) 1987;294:1200. Disponible sur: <http://www.bmj.com/content/294/6581/1200?variant=abstract>

15. Sarrazin C. Gestion des relations médecin-patient conflictuelles en médecine générale [Thèse d'exercice]. Université de Médecine de Poitiers, Septembre 2012.
16. Graz B, Rodondi PY, Bonvin E. Existe-t-il des données scientifiques sur l'efficacité clinique des médecines complémentaires? Unité de recherche et d'enseignement sur les médecines complémentaires, Département Formation et Recherche, Lausanne. Forum Med Suisse 2011;11(45):808–813. Disponible sur: [http://www.unil.ch/files/live/sites/fbm/files/shared/donnees-scientifiques\\_sur\\_les\\_MC\\_-\\_Forum\\_2011.pdf](http://www.unil.ch/files/live/sites/fbm/files/shared/donnees-scientifiques_sur_les_MC_-_Forum_2011.pdf)
17. Dos Santos G, Lewino F. Les autres médecines qui marchent. Le Point. Octobre 2010.
18. Simon L, Prebay D, Beretz A, Bagot JL, Lobstein A, Rubinstein I, et al. Médecines complémentaires et alternatives suivies par les patients cancéreux en France. Bulletin du Cancer. Volume 94, n°5, Mai 2007, p483-8.
19. Haute Autorité de Santé. Développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses validées. Avril 2011. Disponible sur: [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-06/developpement\\_de\\_la\\_prescription\\_de\\_therapeutiques\\_non\\_medicamenteuses\\_synthese.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-06/developpement_de_la_prescription_de_therapeutiques_non_medicamenteuses_synthese.pdf)
20. Vega. A, Fainzang S. Le partage des responsabilités en médecine, une approche socio-anthropologique des pratiques soignantes. Aout 2011. Disponible sur [http://www.formindep.org/IMG/pdf/rapport\\_final3.pdf](http://www.formindep.org/IMG/pdf/rapport_final3.pdf)
21. Britten N. Prescribing and the defence of clinical autonomy. Sociology of Health & Illness Vol. 23, n°4, 2001 ISSN 0141-9889, pp. 478-496. Disponible sur: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1467-9566.00261/epdf>
22. Stevenson FA, Greenfield SM, Jones M, Nayak A, Bradley CP. GPs' perceptions of patient influence on prescribing. Oxford Journals, Medicine & Health, Family Practice, Volume 16, Issue 3, p. 255-261. Disponible sur : <http://fampra.oxfordjournals.org/content/16/3/255.short>
23. Little P, Dorward M, Warner G, Stephens K, Senior J, Moore M. Importance of patient pressure and perceived pressure and perceived medical need for investigations, referral, and prescribing in primary care: nested observational study. BMJ 2004;328:444. Disponible sur: <http://www.bmj.com/content/328/7437/444?linkType=FULL&journalCode=bmj&resid=328/7437/444>
24. Orivel C. Description des représentations des patients concernant la consommation d'antibiotiques et de leurs attentes d'information [Thèse d'exercice]. Université de Rennes. Avril 2016.
25. Delga C, Megnin Y, Oustric S, Laurent C, Pauly L, Verger JP, et al. Pression de prescription : étude pilote en médecine générale. Thérapie 2003 Novembre-Décembre; 58 (6):513-517. Disponible sur: [http://www.journal-therapie.org/index.php?Itemid=129&option=com\\_article&access=dkey&dkey=10.2515/therapie:2003083&lang=fr](http://www.journal-therapie.org/index.php?Itemid=129&option=com_article&access=dkey&dkey=10.2515/therapie:2003083&lang=fr)

26. Rosman S. Dans : Bloy G, Schweyer FX. Singuliers généralistes. Ed Presses de l'EHESP ; 2010. P117-131.
27. Cauchois C. Les déterminants des consultations sans prescription médicamenteuse et des prescriptions contre le gré des médecins généralistes en France : étude auprès de 631 médecins généralistes en France [Thèse d'exercice]. Université de Nice-Sophia Antipolis; 2009.
28. Dormont B, Samson AL. Les effets multiformes du paiement à l'acte sur les revenus des généralistes. Revue française des affaires sociales. 2011, 2. Disponible sur Disponible sur: <https://basepub.dauphine.fr/handle/123456789/8387>
29. Lejoyeux M. Contenus de la relation médecin-malade : place des modèles psychologiques. Bulletin de l'académie nationale de médecine, 2011, 195, n°7, 1477-1490, séance du 04/10/2011. Disponible sur: <http://www.academie-medecine.fr/publication100036366/>

## ANNEXES

## ANNEXE 1

Liste des pistes de recrutement explorées :

- Groupes de pairs, groupes de formation continue, association de médecins. (ont été contactés par téléphone et par e-mail : Apimed de Pays de la Loire et de Bretagne, Groupe Balint, Emergence Rennes, Société Française de Médecine Générale, MG Form Pays de la Loire et Bretagne, CHEM Bretagne, FMC ActioN Bretagne).
- Département de Médecine Générale Nantes et Rennes.
- Conseil de l'Ordre Départemental Nantes et Rennes.
- Mailing-liste des médecins de la région de Quimperlé et du Morbihan.
- Facebook : Groupe de discussion « Remplacements Médecine Générale » Morbihan, Finistère et Pays de la Loire.
- Bouche-à-oreille.

## ANNEXE 2

Exemple de mail adressé aux médecins au moment du recrutement

Bonjour,

Je m'appelle Zoé OSADTCHY, je suis jeune remplaçante en Médecine Générale. Je réalise actuellement mon travail de thèse sur la non-prescription : « **Comment rassurer le patient en médecine générale sans passer par une prescription médicamenteuse non justifiée ?** ».

Pour cela, j'organise des groupes de débats appelés « focus group », regroupant 6 à 8 personnes, qui permettront pendant une durée de 1h30 d'échanger tous ensemble autour de ce sujet. Des thèmes abordés seraient notamment les représentations de la non-prescription, les attentes réelles des patients ainsi que les moyens mis en place par les uns et les autres pour éviter une prescription inutile. J'espère ainsi recueillir vos avis et méthodes afin de faire progresser par mon travail de thèse la conception et la réalisation de la non-prescription.

Un magnétophone sera utilisé afin de me faciliter le travail d'analyse des idées échangées. L'ensemble des informations recueillies restera évidemment anonyme.

Le prochain débat s'effectuera à **20h le 24 Février 2015**, au CH de QUIMPERLE.  
Collation pendant le débat offerte évidemment.

Pour me contacter si vous êtes intéressé : [zoeosadtchy@yahoo.fr](mailto:zoeosadtchy@yahoo.fr) ou au 06 65 30 20 60.  
Vous pourrez alors me mentionner *votre nom, votre âge, ainsi que votre numéro de téléphone.*

Je vous remercie par avance de l'intérêt que vous pourrez porter à mon étude, et sur votre disponibilité pour venir échanger sur le sujet.

Cordialement,

Zoé OSADTCHY.

## ANNEXE 3

Description des focus group

GROUPE	MODE DE PRISE DE CONTACT	LIEU DE L'ENTRETIEN COLLECTIF	DATE
Groupe d'essai	Bouche-à-oreille	Nantes – Centre City 44	27/01/2015
1 <sup>er</sup> Focus Group	Facebook	Nantes – Centre City 44	03/03/2015
2 <sup>eme</sup> Focus Group	Bouche-à-oreille	Lorient – Centre Hospitalier	19/05/2015
3 <sup>eme</sup> Focus Group	Mailing-liste Médecins Quimperlé	Quimperlé – Centre Hospitalier	28/05/2015

## ANNEXE 4

Questionnaire de référence - animateur.

QUESTIONNAIRE DE L'ANIMATEUR	
1.	<p><u>REPRESENTATION D'UNE NON-PRESCRIPTION.</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● <i>Définition.</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Avez-vous déjà vécu au sein de votre cabinet une situation où vous avez prescrit des médicaments alors que vous saviez la prescription injustifiée ?</li> <li>- Avez-vous des exemples de Non-Prescription dans votre pratique quotidienne ?</li> <li>- Que représente la prescription selon vous ?</li> </ul> </li> <li>● <i>Satisfaction ou inconfort ?</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Que ressentez-vous dans le fait de ne réussir à ne rien prescrire quand la situation le permet ?</li> <li>- Quelles sont les conséquences d'une non-prescription sur votre image de Médecin et sur le déroulement de la consultation ?</li> </ul> </li> <li>● <i>Pourquoi ne pas prescrire.</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Quelles sont les raisons qui aboutissent ou devraient aboutir à une absence de prescription ?</li> <li>- Quelles sont les raisons qui aboutissent à une prescription contre votre gré ?</li> </ul> </li> </ul>
2.	<p><u>ATTENTES DES PATIENTS.</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Selon vous, qu'attendent réellement les patients de la consultation ?</li> <li>- Et d'une ordonnance ?</li> <li>- Que pensez-vous que le patient se dise sur vous et sur sa maladie lorsqu'il ressort de votre cabinet sans prescription ?</li> <li>- Quelle représentation pourrait avoir l'ordonnance pour les patients ?</li> </ul>
3.	<p><u>REASSURANCE AU COURS DE LA CONSULTATION.</u></p> <p>Comment vous y prenez-vous pour être le plus rassurant possible avec votre patient ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● <i>Par l'attitude ou le comportement.</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Comment adaptez-vous votre comportement relationnel si vous vous orientez vers une absence de prescription ?</li> </ul> </li> <li>● <i>Par l'information délivrée : orale ou écrite.</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Quel type d'information pourrait faciliter une non-prescription ?</li> </ul> </li> </ul>
4.	<p><u>AUTRES ALTERNATIVES THERAPEUTIQUES.</u></p> <p>Y a-t-il d'autres alternatives que vous utilisez à la place d'une prescription médicamenteuse non justifiée ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● <i>Médecines complémentaires (hypnose).</i></li> <li>● <i>Soins paramédicaux (IDE, Kiné, diet, psy...)</i></li> <li>● <i>Arrêt de travail.</i></li> <li>● <i>Examens complémentaires.</i></li> <li>● <i>Consultation spécialisée.</i></li> <li>● <i>Surveillance consultation.</i></li> <li>● <i>Prescription différée.</i></li> <li>● <i>Conseils non médicamenteux.</i></li> </ul>
5.	<p><u>FACTEURS EXTRINSEQUES.</u></p> <p>Sur le plan plus général, quelles solutions pourriez-vous proposer pour limiter les prescriptions non justifiées ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● <i>Formations médicales.</i></li> <li>● <i>Système de santé français.</i></li> <li>● <i>Influence des laboratoires pharmaceutiques.</i></li> <li>● <i>Expérience professionnelle.</i></li> </ul>

## ANNEXE 5

Questionnaire de fin de séance

## QUESTIONNAIRE DE FORMALITES SOCIOLOGIQUES :

- Age :
- Sexe :
- Lieu d'exercice (entourer la réponse) :
  - Campagne
  - Ville (entourer la réponse) :
    - Quartier défavorisé
    - Quartier aisé
    - Ni l'un ni l'autre
  - Semi-rural
- Participez-vous à un Groupe Qualité ?  
Si oui lequel ?
- Participez-vous à une formation continue ?  
Si oui laquelle ?
- Etes-vous abonné à une revue médicale ?  
Si oui laquelle ?
- Etes-vous maitre de stage universitaire ?
- Avez-vous un autre type d'exercice que la médecine libérale ?  
Si oui laquelle ?
- Avez-vous une remarque à faire quant au débat réalisé ?

## ANNEXE 6

Explication de la méthode d'analyse par codage ouvert avec le logiciel n'vivo

1. D'abord la constitution de « nœuds » : le principe était de regrouper par idée les différentes phrases qui ont pu être citées pendant les focus group en faisant attention à ne pas les dénaturer, garder leur contexte. Chaque nœud correspondait donc à une idée, il regroupait toutes les citations en rapport avec cette idée.
2. Classification des nœuds : ces idées ont ensuite été triées par thèmes et sous thèmes, permettant de faire ressortir les grands axes de résultats et de réponses. Un thème est donc composé de plusieurs sous-thèmes lui-même composés de plusieurs nœuds.
3. Analyse de chaque nœud. Un « mémo » a été rédigé pour chaque nœud afin d'en faire ressortir la coloration principale. Ce sont ces mémos qui apparaîtront dans le chapitre « Résultats ».

## ANNEXE 7

Groupes	Participant	Age (années)	Sexe	Type d'exercice	Lieu d'exercice	Participe à un GP?	Suit une FMC?	Lecteur de revue(s) médicale(s)?	MSU?	Autre pratique que la médecine générale?
1	I	27	F	Remplaçante	Ville	non	non	oui, Prescrire	non	non
	J	28	F	Remplaçante	Campagne	non	non	oui, Prescrire	non	Médecin du monde
	K	29	H	Remplaçante	Ville	non	non	non	non	SSR St Nazaire
	L	32	F	Remplaçante	Semi-rural	non	oui, Boite à FMC	oui, Prescrire	non	non
	M	29	F	Remplaçante	Mixte	non	non	oui	non	Centre de vaccination international
2	O	28	F	Remplaçante	Mixte	non	non	oui, Le praticien, Le Concours Médical	non	non
	P	29	F	Remplaçante	Mixte	non	non	non	non	non
	Q	26	F	Remplaçante	Mixte	non	non	non	non	non
	R	28	F	Remplaçante	Ville	non	non	oui, Prescrire	non	non
	S	30	F	Remplaçante	Semi Rural	non	non	oui, La Revue du Praticien	non	non
	T	31	F	Remplaçante	Mixte	non	non	oui, La Revue du Praticien	non	non
	U	33	F	Remplaçante	Mixte	non	non	oui	non	non
3	V	33	F	Installée	campagne	oui, à Rospenden	DPC /DU Gynéco	oui, Prescrire	non	non
	W	33	F	Installée	campagne	oui, à Rospenden	CHEM	oui, Médecine	oui	Hypnose
	X	50	F	Installée	Semi Rural	non	DU Nutrition	non	non	Régulation centre 15+ Planning Familial
	Y	28	F	Installée	campagne	oui, à Rospenden	DPC	oui, Prescrire	oui	non
	Z	33	F	Installée	Semi Rural	non	CHEM	oui, Prescrire	non	non
	Alpha	52	F	Installée	Ville	non	CHEM	non	non	Centre de vaccination international
	Béta	43	H	Installé	Semi Rural	non	congrès annuel	non	non	Hypnose
		<b>30</b>								

Tableau des caractéristiques qualitatives de l'ensemble des participants.

GP = Groupes de Pairs

FMC = Formation Médicale Continue

MSU = Maître de Stage Universitaire

## ANNEXE 8

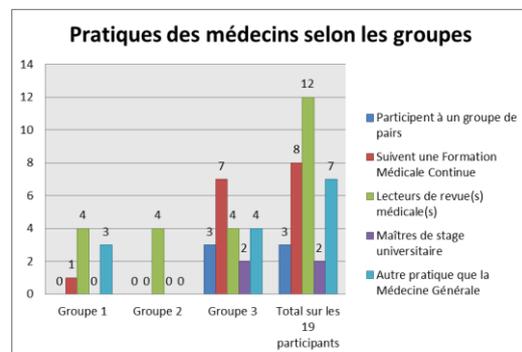
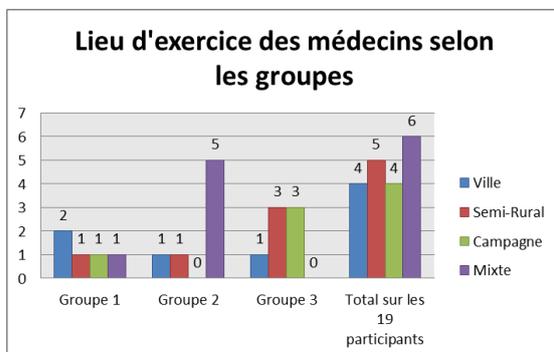
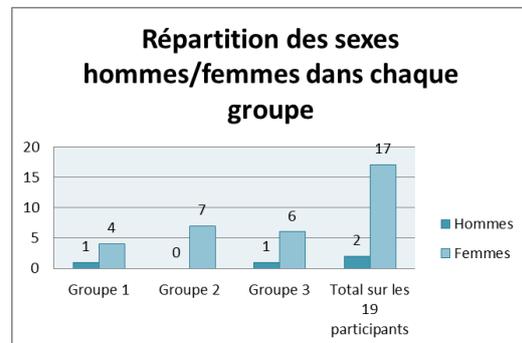
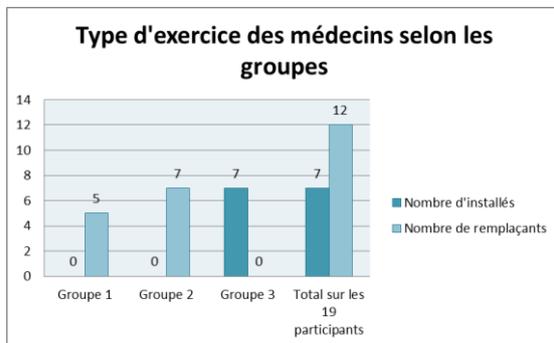
Brève analyse quantitative de chaque groupe :

Nette prédominance de femmes comparée aux hommes.

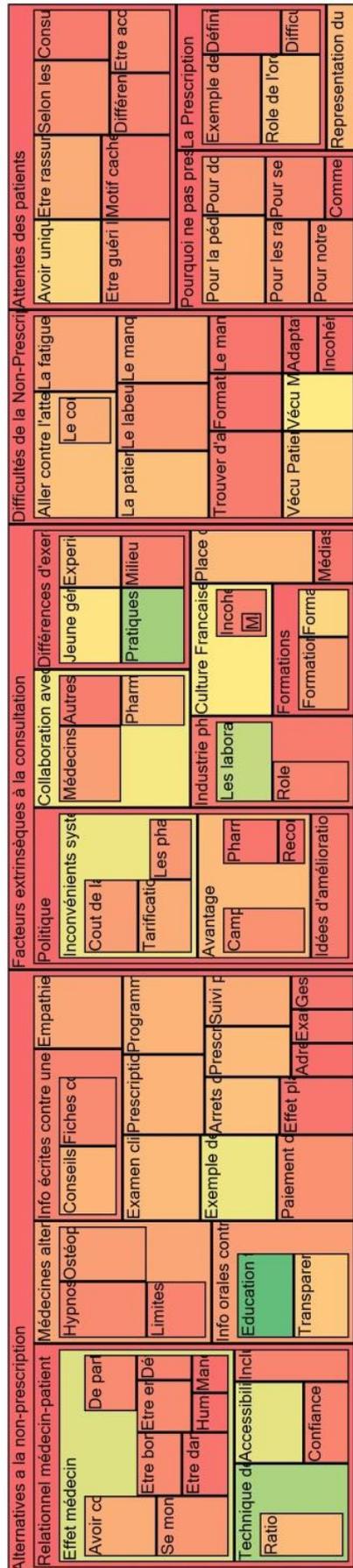
Les deux premiers groupes étaient intégralement constitués de médecins remplaçants alors que le dernier n'était composé que de médecins installés.

Sur les 3 groupes, une bonne mixité de lieu d'exercice était retrouvée.

Sur l'ensemble des participants, plus de la moitié des médecins étaient des lecteurs de revues médicales. Moins de la moitié suivaient une formation médicale continue, moins de la moitié participaient à un groupe de pairs. 2 médecins étaient des maîtres de stage universitaire. 7 avaient une autre pratique que celle de la médecine générale en cabinet.



ANNEXE 9



Proportion rapporté à une surface de chaque thème et sous-thème.

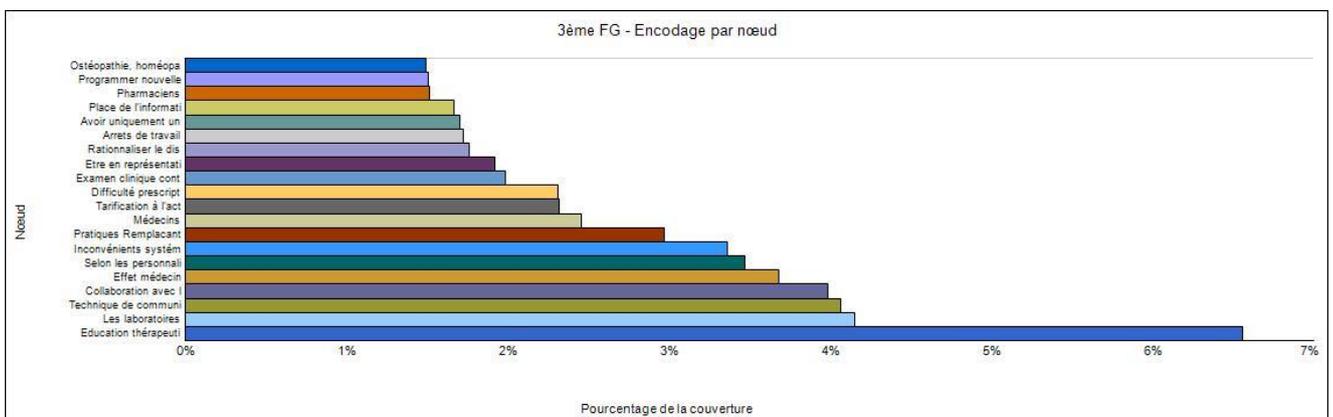
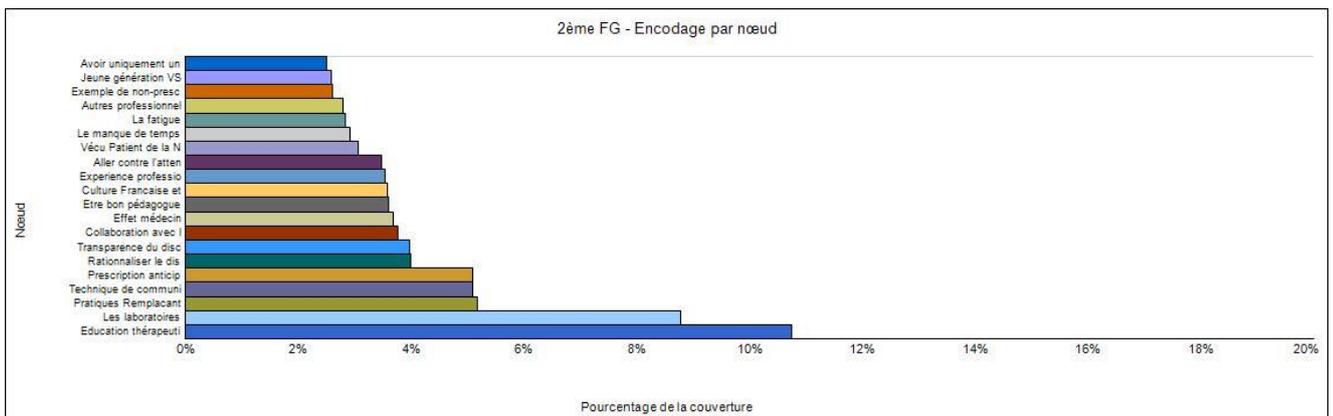
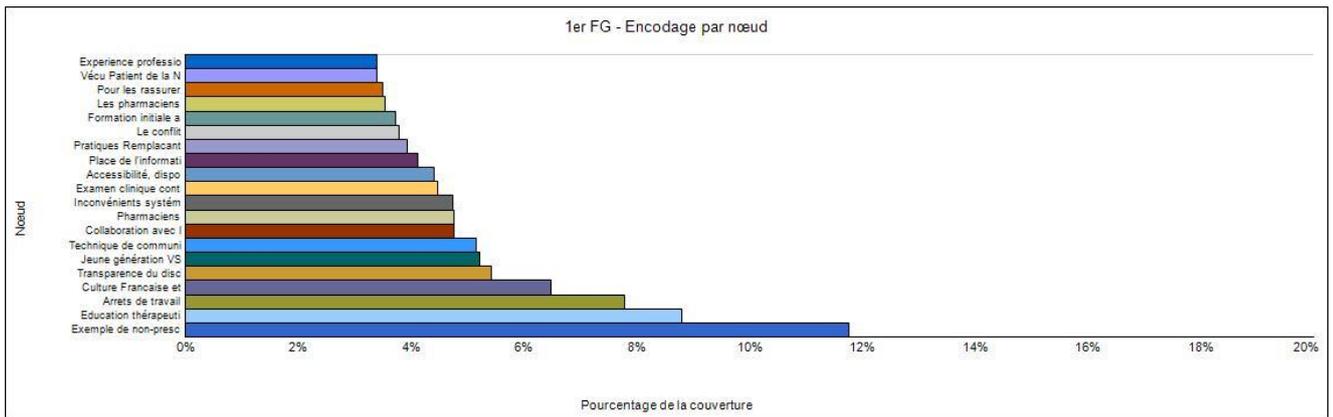
Le schéma précédent compare la proportion globale (les 3 entretiens collectifs additionnés) de chaque idée évoquée. Il positionne donc entre eux les sept thèmes et les sous-thèmes en les associant à une surface proportionnelle au nombre de citation dans chaque thème et nœuds. Le thème « alternative thérapeutique » est le plus évoqué, secondé par le thème « Facteurs extrinsèques à la consultation ».

## ANNEXE 10

Encodage par nœuds.

Quantité de citations autour de la même idée (ou nœud) selon chaque focus group. Seuls les 20 nœuds contenant le plus de citations apparaissent.

Dans les trois groupes, « l'éducation thérapeutique » est le nœud qui contient le plus de citations. Elle est effectivement restée le principal argument autour duquel se sont organisés les débats.



## ANNEXE 11

Liste des principales citations selon chaque thème et sous thème

- Autoreprésentation du médecin

[K] : « c'est LE médecin qui fait une ordonnance avec « c'est un ORDRE, c'est un truc à faire, c'est comme ça que je vais te guérir ».

[K] : « On n'est plus vraiment dans l'aspect où il n'y a que le médecin qui va savoir donc il faut absolument aller le voir ! Euh... C'est aussi gérer en amont une certaine situation, c'est de l'éducation et c'est de la thérapie aussi... »

[M] : « Et puis ce n'est plus le côté détenir le savoir... »

[K] : « On le partage ! »

[J] : « Je pense qu'on n'est pas aussi impressionnant qu'on pouvait l'être avant »

[K] : « On n'est plus le médecin d'avant qui dit « C'est comme ça » et [...] on est plus dans l'échange et la relation qui est égale... »

[K] : « Finalement on est un peu obligé de coordonner et puis de proposer autre chose de différent. Les gens sont rassurés aussi de voir qu'on n'est pas opposé à ça... C'est paradoxal, ils attendent des médicaments des trucs supers de médecine allopathique etc. Et ils attendent aussi qu'on leur propose des choses alternatives et qu'on les accompagne dans ces choses. »

[T] : « Ça veut dire qu'on les sent capables de comprendre. [...] Il y avait ceux qui disaient « Le médecin est celui qui avait le savoir et le patient doit tout accepter », là on les met entre guillemets à un certain niveau de connaissance. Je pense que psychologiquement, on les met à un niveau égalitaire et je pense qu'ils acceptent mieux ! »

- La prescription
  - Définition

[X] : « Si tu lui as bien expliqué pourquoi, et ce qu'il a à faire, effectivement les prescriptions de réhydratation de pause alimentaire etc... C'est une prescription ! C'est que les patients n'ont pas notion que ce qu'ils paient ce n'est pas l'ordonnance, c'est notre savoir. Et ça il faut leur rappeler en permanence ! « Ce que je vous ai donné là, c'est énorme ! ». En plus si tu leurs parles d'alimentation, de gestion pour le sommeil, etc... C'est quand même du temps que tu as passé et c'est une prescription ! »

[Animateur à I] : « C'est quoi pour toi une prescription ? »

[I] : « Alors ben justement pour moi c'est ce qu'on donne au patient quand il repart de sa consultation. »

[Animateur] : « D'accord... qu'on donne ? »

[I] : « Ben des médicaments, des conseils, aller voir le spécialiste... »

[M] : « Oui je suis d'accord ce n'est pas que médicamenteux. »

- Difficultés

[B] : « Moi j'ai l'impression d'avoir été une génération un peu charnière. Euh quand j'étais interne et que je commençais à remplacer, les gens il fallait euh se battre pour ne pas leur donner d'antibio. Et maintenant j'ai l'impression avec les patients jeunes, tu es des fois obligé de te battre pour en donner, avec des patients qui te disent « Ouais non je n'ai pas trop envie... » Et c'est là que tu es obligé de te justifier, et c'est vachement intéressant comme renversement de situation ! »

[W] : « Si je prescrivais il fallait que je le justifie scientifiquement et pas que je fasse courir un risque au patient si c'était un médicament qui ne servait à rien. Donc c'est vrai que pour moi c'était quelque chose d'important. »

[X] : « Mon gros problème c'est avant tout ne pas lui nuire. »

[X] : « A nous aussi de faire gaffe quand tu es installé depuis un moment à ne pas tomber dans des travers, parce que des fois c'est aussi la facilité ! Mais euh je pense que quand tu dois tomber dans la facilité comme ça euh et ne pas donner les bons médicaments, et ben euh... il faut arrêter ! Il faut arrêter ! [...] C'est plus facile de donner l'ordonnance même si tu n'as pas envie de le prescrire, plutôt que d'essayer d'expliquer etc... »

- Rôle

[B] : « Si tu veux maintenant on est dans une logique de consommation, donc les gens ils achètent un truc ! »

[X] : « Comme un caddie ! »

[U] : « Mais c'est vrai qu'il y a aussi, il y a les sous au bout d'un certain temps. Le fait que les gens te paient à la fin de la consulte, je ne sais pas tu as l'impression que les gens, que ça se monnaie quoi... Les conseils euh bon euh... quand tu ne donnes pas de papiers... »

[P] : « Ben c'est la carte bleue contre l'ordonnance hein... »

[K] : « Ils peuvent vérifier sur internet, ils connaissent les médicaments, la majorité ne sont plus remboursés donc ils savent qu'ils peuvent quand même se procurer des médicaments, hein le paracétamol on en prescrit mais ils peuvent très bien se l'acheter ça coûte 2 euros... mais ça reste quand même un dû en fait. »

[V] : « Alors que j'ai remplacé avant et les patients me disait « Hé mais oh ! Docteur qu'est-ce que tu me donnes, elle est où l'ordonnance parce que là je ne vais pas bien hein !!!! » »

[B] : « Je paye, j'ai le droit à un cadeau !!!! » »

[Animateur] : « Donc ça donne quel symbole à l'ordonnance ? »

[V] : « Ben ça peut être la fin de la consultation effectivement. Tu donnes l'ordonnance, voilà, le chapitre est clos. »

[I] : « J'ai l'impression qu'il y a comme euh c'est comme un échange, c'est horrible parce qu'on est tous d'accord pourtant que ça ne marche pas comme ça mais en gros le patient donne sa carte et règle et nous en échange on donne l'ordonnance, comme si c'était le... une sorte de commerce, un deal alors que finalement euh ce n'est pas ça une consultation... »

[K] : « On en vient au symbole de l'ordonnance qui est finalement l'aboutissement de la consultation en fait, c'est repartir avec un trophée, repartir sans rien dans notre pays avec notre culture c'est un truc impensable... »

- Attentes des patients

- Avoir uniquement un médicament, un papier

[Animateur] : « Alors qu'est-ce qu'ils aiment les patients, qu'est-ce qu'ils attendent d'une consultation ? »

[Q] : « [...] il y en a qui attendent juste une ordonnance, du ZOLPIDEM. Point. »

[α] : « Les gens ils viennent avec leur liste !!! Même les jeunes !!!! Doliprane pour les petits etc. ! « Je n'ai plus de doliprane !! » Ca ça me... »

[β] : « Alors dans ces cas-là je mets mon crayon sur l'oreille et je leur dis « et avec ceci ? » »

[J] : « Des fois tu as l'impression d'être le stylo du patient quoi, et ça c'est un petit peu frustrant quoi. »

[R] : « Ils arrivent, ils s'assoient, « je suis malade, j'ai ça, je viens chercher des antibiotiques ! » Hooooo !!!!! Ça va être compliqué ça !!! (Rires) »

[α] : « Alors je pense qu'il y a aussi dans le motif de consultation des gens, la demande d'une ordonnance pour être remboursé !!! Plutôt que d'aller à la pharmacie et avoir des médicaments qui ne le sont pas. »

[α] : « Moi j'en ai déjà vu qui venaient, ils avaient déjà été voir le kiné, ils avaient déjà leur rdv pour la radio, et ils venaient chercher [...] l'ordonnance qu'ils s'étaient prescrit, les actes de kiné qu'ils s'étaient déjà prescrit !!! Il faut le faire quand même !! Ils sont repartis sans rien et je pense que je ne les reverrais pas ! « Si vous savez déjà ce qu'il vous faut je pense que vous n'avez pas besoin de moi !!! » Ils n'ont pas compris ! »

- Consultation à titre systématique

[V] : « J'ai revu récemment un homme de 47ans qui venait pour la 3ème récurrence de ses lombalgies, il a eu ses premiers médicaments la première fois, il aurait pu les reprendre quand il a eu les signes la deuxième fois, non ! Il faut qu'il revienne me voir à chaque fois et pourtant il n'y avait pas eu d'arrêt de travail, pas de signe de gravité, pas de nécessité de... Non il a besoin de me voir pour que je lui re-prescrive exactement la même chose alors qu'il aurait pu rester à la maison ! Il vient pour autre chose ! Pour être rassuré ! Certainement ! Alors que certains tu les revois pour autre chose et il te dit « ben oui j'ai fait d'autres récurrences depuis mais avec les médicaments que vous m'avez donné la première fois c'est rentré dans l'ordre je n'ai pas eu besoin de vous reconsulter ». »

[J] : « Une fois j'avais une jeune fille genre 23 ans qui n'avait aucun problème de santé et qui vient pour un rhume. Je vois qu'elle vient à chaque fois pour des rhumes... Je regarde et je lui dis euh « mais qu'est-ce qui vous inquiète ? » et elle me dit « ah mais je ne suis pas du tout inquiète !! C'est juste que je pensais qu'il fallait venir chez le docteur pour un rhume !! ». « Ben ce n'est pas la peine » ! Et elle m'a répondu « ah ben j'avais remarqué qu'on ne me donnait que du doliprane » (rires) « je pensais qu'il fallait quand même venir ! » (Rires)[...] Et avec des parents plusieurs fois on m'a dit « ah bah je pensais qu'il fallait consulter le plus tôt possible pour fièvre » je dis « ben pas forcément, si votre enfant va bien, vous avez le temps de consulter ou éventuellement ne pas consulter... » Des fois c'est par méconnaissance de ce qui peut arriver... »

### ○ Etre accompagné

[I] : « Je me suis retrouvée justement dans la situation opposée, à voir des gens en consultation parfois même de façon régulière puis à la fin de la consultation il n'y avait pas d'ordonnance ou alors euh pfffff ridicule ou son traitement de fond habituel enfin rien de plus et pfffff je me disais mais ça servait à quoi cette consultation mais euh pfffff pourquoi il vient ? Et revient ! Puis on passe un quart d'heure ! Puis du coup on débriefait avec le maître de stage puis euh j'ai toujours sa voix en tête qui me disait mais tu sais des fois on fait de l'accompagnement (rires)... Mais en fait c'était ça ! Pour le coup ces patients là ils n'attendent pas du tout l'ordonnance en fait, ils ne viennent pas du tout pour ça ! Voilà ils viennent euh... pour parler... je ne sais pas trop des fois... »

[M] : « Faut réussir à le déceler pendant la consulte parce qu'euh au début on ne sait jamais trop à qui on a affaire surtout en tant que remplaçant. »

[K] : « C'est paradoxal, ils attendent des médicaments des trucs super de médecine allopathique etc. et ils attendent aussi qu'on leur propose des choses alternatives et qu'on les accompagne dans ces choses. »

[I] : « Oui, moi j'ai un monsieur là que je suis, mais au départ les 15 premiers jours je l'ai vu tous les jours ! En fait c'est un monsieur qui est en sevrage alcoolique, et c'était la première fois qu'il arrêtrait comme ça et en fait le fait de venir tous les jours chez le médecin, c'était un jour de plus de gagné sans alcool. Et du coup, là on est à un mois donc on espace les visites ! Mais en fait il ne se passe pas grand-chose ! Alors après on reparle un peu de... d'introspection par rapport à l'alcool et tout mais en fait euh initialement c'était uniquement cocher J1 J2 J3 sans alcool. Et ce monsieur là c'est pareil, bon si de temps en temps on redonnait du SERESTA mais il ne venait pas pour avoir une prescription de médicaments ! »

### ○ Etre guéri le plus vite possible

[O] : « D'un autre côté le gars de 30ans qui travaille, qui a un rhume depuis 2 jours mais il travaille, il est fatigué donc ça ne va pas, qui a essayé le doliprane, qui est hyper exigeant, qui arrive en disant « je veux des antibiotiques ». Et baaah ça ne va pas être la même... Tu sais qu'avec lui tu vas batailler, et que même en bataillant ce n'est pas dit qu'à la fin je ne finisse pas par céder... »

[K] : « Surtout en ce moment avec les épidémies de gripes et les pathologies virales, c'est typiquement le genre de période où ils veulent ressortir avec des choses sur l'ordonnance pour aller mieux et vite. »

[V] : « Les adultes ils viennent pour être bien, [...] compétition de skate demain, le voyage le machin... Ils viennent des fois chercher des solutions miracles. »

[L] : « [...] Aujourd'hui on a une société de consommation. Maintenant hein, c'est maintenant il faut guérir »

[M] : « et puis moi j'ai du boulot, j'ai mon patron derrière... »

[L] : « C'est ça hein, ils te le matraquent hein ! »

### ○ Etre rassuré

[M] : « C'est au cours de la consulte des fois tu te rends compte qu'en fait, finalement, elle n'attend rien puisqu'on peut être amené à proposer des choses verbalement, en reparler après puis en fait on se rend compte que il n'y a pas forcément besoin, non parce que en fait..., et ça se ressent un peu dans la consulte et dans ces cas moi je trouve qu'on est quand même plus à l'aise par ce qu'on se dit « ok là j'ai carte blanche » parce qu'on sent que la personne n'est pas forcément là pour avoir un médicament. »

[M] : « Ouais bien sûr bien sûr ! Mais on ressent quand même qu'il y a des gens qui ont besoin de juste être rassuré hein ! Et... c'est tout aussi gratifiant pour nous hein !

[M] : « [...] Elle est là pour être écoutée la plupart du temps hein et pour être rassurée surtout... Alors il y a des patients qui vont se sentir rassuré parce qu'ils vont sortir avec un médicament mais ce n'est pas le cas de tous les patients il faut quand même être franc ! Il y en a qui ont juste besoin d'être rassuré parce qu'ils sont face à quelqu'un de... de savant pour eux ou j'en sais rien ! »

[α] : « Ben des fois il y a des gens qui viennent nous demander des avis sur euh je ne sais pas euh un petit euh, le bébé qui a un petit truc au sein là, il a l'impression qu'il va avoir une tumeur alors que nous on sait que c'est rien ! Il y a quand même un certain nombre de consultations –alors pas toutes quand même mais– où les gens viennent pour être rassurés !!!! Pas forcément pour avoir une ordonnance. Et de ce fait dans ces cas-là ça arrive régulièrement de ne pas prescrire ! Dans ces circonstances là on n'est pas forcément là pour prescrire quelque chose ! »

### ○ Motif caché

[X] : « Alors le problème aussi c'est que des fois les gens qui consultent viennent pour dire qu'ils ont mal à la gorge, mais si tu prends un peu le temps dans ta consultation et que tu commences à tirer sur le fil en fait ce n'était pas du tout pour ça. Si tu racles, le mal de gorge, en fait

*il s'avère que derrière il s'agit d'un syndrome anxieux ou des problèmes familiaux et... Et là tu repars dans autre chose. Complètement. Alors le motif de la consultation... Moi je me pose toujours la question : est-ce que je tire sur le fil ou pas ? »*

*[I] : « Qu'est-ce que vous venez chercher en fait ? » Des fois ça les surprend... Et souvent ça se termine par « ben je ne sais pas » « ben moi non plus je ne sais pas... » (Rires)... « Ben vous revenez quand vous saurez alors !! » (Rires !!).*

### ○ Différences adultes et enfants

*[Q] : « Moi je trouve qu'il y a une différence entre ne pas prescrire à l'enfant et ne pas prescrire à l'adulte ! Parce que les parents ils viennent juste pour se rassurer donc ils sont contents quand ils repartent avec rien, alors que l'adulte qui vient consulter pour un truc débile genre un rhume ou de la toux, depuis 2 jours (... Rires), cet adulte-là veut un traitement, veut un médicament, veut passer à la pharmacie. Moi j'avoue que un adulte qui vient pour de la gnognotte, j'ai du mal à ne rien lui prescrire. Alors que l'enfant heu... je suis contente de rassurer les parents et ils sont contents aussi. »*

*[S] : « Je pense que [Q] elle a raison, les parents, ils sont viennent chercher de la réassurance et du coup... »*

*[R] : « Parce qu'au-delà de 6ans c'est plus compliqué quand même ! C'est vraiment les bébés jusqu'à 2-3 ans que les parents acceptent facilement... »*

### ○ Selon les personnalités

*[α] : « J'avais fait une formation sur la personnalité des soignants et du soigné. [...]En fait ça dépend bien sûr de notre tempérament, et du tempérament de la personne qui est en face de nous. Donc il y avait 4 personnalités qui pouvaient s'imbriquer. Il y avait le promoteur, il y avait le conciliateur, il y avait l'auditeur et il y avait le superviseur. Chez les patients et chez les médecins. Le promoteur c'était le patient « oh docteur je vous vois je vais déjà mieux !! » le gars jovial, content « de toute façon je vais guérir ». Chez le médecin c'était le médecin un peu exubérant etc. Il y avait le conciliateur, qui négocie, le médecin qui négocie un peu son ordonnance qui discute, le patient qui a ses idées, qui discute. Voilà tout le monde se met un petit peu d'accord. La personnalité auditeur, c'est le patient qui arrive avec la liste de tous les maux qu'il a depuis 3 semaines un mois... voilà... Ce que je trouve moi un peu insupportable... Et ben il semblerait que certains les supportent... Et le superviseur c'était euh... je me rappelle de la personnalité de l'enseignant qui était superviseur, qui disait « écoutez, moi je suis malade, il faut me soigner que je guérisse vite, voilà ce que je crois savoir ». Voilà et le superviseur médecin c'était le médecin qui a la science, la grande science et qui ne discute pas et qui... C'était LE médecin qui était respecté. Et donc toutes ces personnalités pouvaient être soit l'un des quatre soit un mélange, moi j'étais promoteur –conciliateur en l'occurrence et donc les patients qui me correspondaient, ils avaient la même personnalité que moi. Et donc c'est pour ça quand tu demandes les patients ce qu'ils veulent etc. ben en fait on n'a pas les mêmes patients, et n'aura pas le même comportement en fait. »*

## ● Pourquoi préférer ne pas prescrire

### ○ Pour la pédagogie et l'éducation thérapeutique

*[I] : « C'est une prescription non médicamenteuse, « donnez-lui à boire », « fractionnez les repas » et compagnie, c'est quelque chose qui a beaucoup plus d'importance que certains médicaments... »*

*[L] : « Et là pour le coup tu n'es pas obligé de mettre des médicaments ! »*

*[I] : « Oui puis les gens repartent quand même avec leur petit papier, c'est écrit tout ce qu'il faut respecter... »*

*[J] : « Certains me disaient que la fiche ils l'avaient punaisé à côté de la table à l'anger et qu'ils la regardaient tous les jours !! »*

*[Q] : « J'ai l'impression d'avoir occupé – c'est un peu bête je sais mais – j'ai l'impression d'avoir occupé le temps et de leur avoir appris quelque chose. »*

*[T] : « je pense que ça les aide à mieux accepter la non-prescription quand on, quand on leur a expliqué les choses ! [...] Moi quand je vais faire réparer ma voiture, je suis contente quand le garagiste m'explique les choses, je me sens moins niaise et j'ai plus confiance en ce qu'il m'a dit, en ce qu'il aura fait sur ma voiture s'il m'explique pourquoi. Si jamais il ne m'explique pas euh... ben de toute façon il l'aura réparé quand même mais j'aurais moins confiance. Et s'il me dit « ben pour ceci j'ai rien fait », ben j'accepterais mieux si jamais il m'avait bien expliqué pourquoi. »*

*[X] : « Alors la technique c'est de noter sur un papier les choses dites pendant la consultation. « Je vous ai parlé d'alimentation, je vous ai parlé de sommeil, d'exercices physiques... » Et ça effectivement ça peut être une prescription. Alors là on parle de prescription médicamenteuse. Et là je pense qu'il faut que le grand public sache que c'est CA qu'ils viennent chercher chez nous, et non pas le médicament. Et c'est tout un travail ! »*

[T] : « Je pense que ça les aide à mieux accepter la non-prescription quand on, quand on leur a expliqué les choses ! »

- Pour la déontologie et l'éthique médicale

[I] : « [...] Quand on sait très bien que les médicaments ça ne sert à rien du tout, à part être iatrogènes, [...] euh moi c'est le côté qui m'a beaucoup plu de l'hypnose ! »

[M] : « [...] Pouvoir apporter quand même quelque chose au patient sans passer par quelque chose qui ne nous motive pas plus que ça »

[X] : « [...] Il s'agit de savoir bien faire son travail aussi hein il y a la notion de Science Conscience Bon sens ! »\*

- Pour trouver une solution plus adéquate

[K] : « Et du coup ces médecines « alternatives » sont plutôt « complémentaires » moi je dirais, elles sont une autre approche, et permettent d'avoir quelque chose à proposer qui ne soit pas des médicaments. »

[X] : « Voilà c'est ça c'est que la non-prescription médicamenteuse nous impose d'aller chercher autre chose. Comme moyen d'aider la personne. »

- Pour une solution à moindre coût financier.

[α] : « Des fois je leur dis que ce n'est pas remboursé et là ils sont honnêtes, nous disent ah ben non je ne le prendrai pas... »

- Pour rassurer le patient

[I] : « Expliquer ce qu'on fait et ce qu'on cherche ! Ce qu'on n'a pas trouvé... [...] Je suis surprise de la réaction des gens simplement parce que je leur dis ce que je fais, je leur explique ce que c'est en fait les risques de ça c'est cette complication en fait donc c'est pour ça que je j'ai cherché ça et puis on est rassuré ! « Ah bon ??? Mais on ne me l'avait jamais dit !!! » Et puis euh... On sent que toute l'anxiété est partie !! »

[K] : « Finalement on est un peu obligé de coordonner et puis de proposer autre chose de différent. Les gens sont rassurés aussi de voir qu'on n'est pas opposé à ça... C'est paradoxal, ils attendent des médicaments des trucs super de médecine allopathique etc. et ils attendent aussi qu'on leur propose des choses alternatives et qu'on les accompagne dans ces choses. »

- Alternatives à la non-prescription

- Relationnel médecin-patient : l'effet médecin

- Définition

[Z] : « une sorte d'effet placebo qui est dû au médecin quoi ! »

[β] : « En tout cas tous ne l'utilisent pas consciemment. Car en fait on fait tous ce qu'on appelle de l'hypnose conversationnelle par exemple. »

- Qualités humaines requises

[α] : « Je crois qu'on n'est pas médecins généralistes par hasard et que en fait tous là, on doit aimer communiquer avec les gens. [...] On aime la relation, on aime le lien, on aime convaincre et on aime apporter des choses. Et sans ça on n'est pas médecin généraliste. Je pense qu'on est ailleurs qu'en médecine. »

[X] : « Mais ça veut dire qu'on ramène notre métier à autre chose qu'uniquement la maladie et la santé ! »

[α] : « Oui, on le ramène à la Relation avec les gens. »

- Avoir confiance en soi

[Y] : « Ce n'est pas juste la réassurance quoi, ce n'est pas juste le voir le rassurer et lui dire « bon ben voilà tout va bien ». »

[X] : « Ben c'est croire en toi-même ! »

[X] : « Bah voilà il faut être convaincu de ce que tu fais ! On sait très bien que si tu prescris un truc en te disant que ça ne servira à rien ça va bien moins marcher ! »

[V] : « Et tu peux aussi t'utiliser avec la conviction que tu y mets ! Tu vois il y a des fois des consultations tu n'es pas très sûre de toi et on le ressent tout de suite hein. Et puis d'autre fois, on est beaucoup plus sûre de soi, t'es convaincue, ça joue forcément ! »

[Z] : « Et tu parlais de confiance et je trouve que justement ça c'est important pour que le patient... enfin... pour qu'il y ait une confiance entre les deux quoi ! »

[Y] : « C'est vrai que c'est plus facile quand on est installé je pense. Avec les patients il y a plus de confiance. »

[B] : « Ben oui, il y a une alliance thérapeutique ! »

- Etre bon pédagogue

[I] : « Je suis surprise de la réaction des gens simplement parce que je leur dis ce que je fais, je leur explique ce que c'est en fait les risques de ça c'est cette complication en fait donc c'est pour ça que je j'ai cherché ça et puis on est rassuré ! « Ah bon ??? Mais on ne me l'avait jamais dit !!! » Et puis euh... On sent que toute l'anxiété est partie !! »

[T] : « Je pense que ça les aide à mieux accepter la non-prescription quand on, quand on leur a expliqué les choses ! Je suis assez d'accord ! »

- Etre dans l'honnêteté

[K] : « La franchise, et dire les choses et de montrer aussi qu'on est ouvert et ouvert à tout, et qu'on est plus le médecin d'avant qui dit « c'est comme ça » et qu'on est plus dans l'échange et la relation qui est égale... »

[X] : « Quand j'ai un doute ben je le dis, je le dis que je ne sais pas, que j'hésite, je le dis franchement que je suis inquiète et dans ces cas-là il va aux urgences ou j'appelle etc. Moi quand j'ai un doute je le dis et je le montre parce que je pense que le patient il apprécie aussi qu'on puisse lui dire « ben je ne sais pas tout ! Je n'ai pas réponse à tout ! » Il attend souvent qu'on lui dise « ben vous avez ça ! » Et moi je ne suis pas toujours capable de lui dire « ben vous avez ça ! ». « Soit c'est ça soit c'est ça, on va faire des examens, on va attendre... » Voilà. »

- Etre disponible, ouvert

[J] : « On leur dit toujours hein "si quelque chose vous inquiète et que... ben venez hein !" »

[K] : « Montrer aussi qu'on est ouvert et ouvert à tous, et qu'on est plus le médecin d'avant qui dit « c'est comme ça » et qu'on est plus dans l'échange et la relation qui est égale... [...] Leur proposer, leur dire revenez si jamais ça ne va pas, des choses comme ça... »

[U] : « En fait l'écoute, au départ quand ils arrivent, leur laisser le temps d'expliquer ce qu'ils ont, leur poser des questions ouvertes, enfin prendre un peu son temps au départ c'est assez important. »

- Avoir de l'empathie

[I] : « C'est une bonne question de leur demander « qu'est-ce qui vous inquiète » ? »

[J] : « Leur dire que j'ai entendu que c'était pénible, j'ai entendu que leur gosse il ne dormait pas, mais ça ne changeait pas le truc. Et pour leur dire aussi voilà c'est sûre que ce n'est pas drôle, il faut beaucoup de patience... »

[B] : « Il faut être dans l'empathie ! »

[X] : « Et c'est pour ça qu'il y a aussi des gens que tu n'arrives pas à soigner, car tu n'arrives pas toujours à être dans l'empathie ! »

- Etre en représentation

[O] : « T'es en représentation toute la journée parce que tu n'es pas la même personne chez toi et au travail, tu es forcément un acteur »

[X] : « Ah bah de toute façon ça c'est vrai que la façon avec laquelle tu abordes ta consultation ça leur fait du bien !!! Déjà hein !!! T'a intérêt d'être en forme en consultation hein ! »

[W] : « Ah ben c'est un miroir hein !! »

[B] : « Oui, si tu n'es pas moteur, les gens ils ne vont pas avancer. »

[X] : « Acteur non parce qu'il faut aussi dire ce qu'on pense et pas tout le temps justement être dans l'affirmatif en disant... etc... »

- Humour

[X] : « Des fois effectivement quand tu n'as rien à prescrire et tout ça ben je sors [la baguette magique rose] et je fais « hop-là abracadabri abracadabra et ça va bien !!! » [...] Pour montrer que ben voilà je ne suis pas magicienne et je ne peux pas tout faire !!! [...] J'ai essayé de faire disparaître les gens quand il était tard dans la salle d'attente en faisant « Tadaaaaam ! Abracadabra vous êtes tous guéris ! » Mais ils sont tous restés... (Rires !!!) »

[B] : « Mais ça allait déjà bien mieux !!! »

- Moyens techniques

[J] : « Souvent à la fin de la consulte on récapitule on dit « on fait comme ça ? » et on attend la réponse du patient « oui on est d'accord » « OK alors c'est bon ». C'est important... »

[W] : « Ce qui est important c'est de mettre des noms aussi, les gens ils ont besoin de savoir ce qu'ils ont. C'est super angoissant pour eux. Tu leur dis c'est une douleur pariétale. C'est tout ! Ça leur fait du bien de savoir. »

[α] : « Programmation Neurolinguistique. C'est de la reformulation. Par exemple « ce n'est pas grave » il ne faut surtout pas dire ça... « il n'y a pas de soucis » qu'on entend à longueur de temps, alors là c'est une catastrophe, parce que le mot « soucis » tu te le prends en plein dans la tête. « Ne vous inquiétez pas », « ça ne va pas faire mal »... [...], parce qu'il y a les mots qu'on dit et il y a les mots qu'on reçoit. Et c'est clair qu'en utilisant des mots positifs, on n'a pas du tout le même ressenti et le même résultat à la fin de la consultation. C'est une évidence ».

[V] : « Moi j'utilise les études, je suis peut-être trop lectrice de Prescrire enfin je ne sais pas mais du coup quand je me souviens d'avoir lu des articles ça m'aide ».

[L] : « Demander aussi comment ils gèrent et ce qui leur pose problème, parce que du coup on peut vraiment leur répondre en s'adaptant ! Cibler vraiment leur demande quoi »

[X] : « On peut dire aux gens « je suis là la semaine prochaine, on peut se revoir » enfin on peut toujours dire « on est disponible, on pourra vous voir entre deux si vraiment ça ne va pas mieux » »

[K] : « Il y a des gens on va les examiner un peu plus et euh un peu plus consciencieusement [...] faire un TDR juste pour leur dire « non pas besoin d'antibiotiques » alors que un TDR sur 2 on sait d'avance « ah ben non tien c'est négatif ! ». »

[M] : « Oui pour appuyer vraiment, et puis pour les rassurer, montrer qu'on va jusqu'au bout des choses quoi »

[J] : « C'est un petit test qui fait très scientifique ! »

[M] : « on ausculte, [...] « bah écoutez je n'entends rien, rien de particulier tout va bien », [...] dire que « tout va bien » faire par étape et effectivement expliquer que plus l'examen clinique avance, plus on voit que les choses vont bien ! Etre transparent. Ouais je pense qu'il faut parler quoi ! »

[K] : « Recentrer l'importance des choses sur la clinique, et la réalité des choses plus que d'un papier qui va tout sauver quoi... »

- Qualité de l'information délivrée

[L] : « On craint ce qu'on ne connaît pas, en général, eux ils n'ont pas notre formation !!![...] c'est sûr que si on ne leur fait pas la traduction de tout ça... »

[M] : « il y a beaucoup de messages délivrés et finalement on dit bien que faut donner aller 2-3 messages par consulte hein sinon tu t'y perds ils vont retenir la moitié de ce que tu as dit... »

[W] : « ils reviennent beaucoup moins d'ailleurs (rires) parce qu'ils se gèrent et finalement viennent plus que quand il y a besoin ! En tout cas cet hiver ça m'a fait ça ! En deux ans je me suis rendue compte que ben finalement j'avais une baisse de consultation en période d'épidémie ! »

[M] : « Au moins à la maison ils auront le papier sous le nez ils le reverront le reliront... »

[I] : « C'est une prescription non médicamenteuse, « donnez-lui à boire », « fractionnez les repas » et compagnie, c'est quelque chose qui a beaucoup plus d'importance que certains médicaments... »

[B] : « Ca m'est déjà arrivé de donner une ordonnance et là-dessus je marquais « il faut vous reposer, rester tranquille » et voilà je donne ça comme papier, voilà, ça fait sourire et en plus c'est bon pour l'alliance. »

[X] : « La technique c'est de noter sur un papier les choses dites pendant la consultation. »

### ○ Autres prescriptions

#### ▪ Arrêts de travail.

[J] : « On est content d'avoir autre chose à donner, comme euh un courrier pour le spécialiste ou un arrêt de travail, ou euh je ne sais pas moi enfin... un truc papier qui remplacerait une ordonnance quoi... Et ça passe mieux, je ne sais pas c'est... quand il y a autre chose à donner ... Ouais il y a besoin de donner quelque chose quoi. »

[X] : « je dis souvent qu'on oublie le mot « convalescence ». Dans notre société. C'est vraiment important le repos quand même ».

#### ▪ Prescriptions anticipées

[S] : « Ça dépend des gens, il y a des gens qui sont suffisamment cortiqués et voilà... je fais des prescriptions anticipées »

[X] : « Quand j'ai vraiment bien confiance aux gens »

[α] : « ça rassure par contre. Oui. Ils guérissent parce que les parents sont rassurés. »

#### ▪ Prescription paramédicale.

[M] : « Il y a peut-être moins de réticence à prescrire un examen complémentaire qu'une prescription médicamenteuse... je ne sais pas... »

[K] : « C'est une stratégie de non prescription médicamenteuse dans certains cas... [...] Quand c'est chronique, souvent on leur met plus que la kiné parce que de toute façon les traitements ains ils n'ont plus d'estomac, le traitement paracétamol ils nous disent « de toute façon ça ne me fait plus rien », donc voilà on ne va pas les mettre sous morphine non plus ! Ça peut être la solution après... »

[α] : « Je ne prescris pas de la kiné aux jeunes moi justement. On n'est pas là pour médicaliser la fainéantise ! »

[Y] : « Le mal de dos par exemple parfois je m'en sors avec une séance de kiné pour ne rien prescrire ! »

#### ▪ Médecines alternatives

[K] : « Ces médecines « alternatives » sont plutôt « complémentaires » moi je dirais, elles sont une autre approche, et permettent d'avoir quelques chose à proposer qui ne soit pas des médicaments. »

[M] : « Ça nous arrange que ces médecines existent aussi. « Vous allez aller voir l'ostéo, vous allez aller voir l'hypnothérapeute ou quoi que ce soit » ben ça permet de nous dégager nous, « ok j'ai proposé un truc parce que je ne sais pas quoi faire et ça m'arrange ». »

[K] : « On a une formation très pharmaco, très protocole et machin. [...] On a été formé à peu prescrire mais prescrire juste. Par contre tout ce qui est alternatif ou différent c'était tabou ou de la merde, si je puis m'exprimer comme ça. »

[M] : « Moi je leur dis que je n'y connais rien mais je ne vais pas les empêcher d'aller les voir si moi j'arrive à cadrer ce que j'ai envie de cadrer. »

[U] : « Alors par contre ce que je ne fais pas du tout c'est la médecine douce. Ça j'ai énormément de mal. Quand les patients me demandent s'ils peuvent y aller je leur dis ben oui ! Si ça leur fais du bien... »

[T] : « Pour les zona ou les verrues, je leur dis « ben si vous connaissez un guérisseur ou un bruleur ben allez-y ! » [...] Un guérisseur qui ne leur fais pas mettre de choses bizarre sur la peau, je leur demande de sélectionner et voilà, juste euh, qui va juste barrer. Je leur dis de faire ça. En Bretagne, ça marche pas mal. »

[K] : « On est leur médecin traitant, leur médecin référent, il faut essayer de connaître un peu tout. Même si on n'y croit pas, même si on n'a pas les preuves scientifiques. On accepte qu'ils aillent faire ça et ça fait aussi partie du soin. Je suis même des fois à proposer des choses... J'ai même renouvelé des prescriptions d'homéopathie alors que je n'y crois absolument pas quoi. »

[O] : « je pense qu'il faut quand même connaître la personne chez qui tu orientes parce que bon il y a parfois des dérives ! »

[W] : « Je n'y crois pas mais ça marche ! »

[X] : « Mais pourquoi tu n'y crois pas ? »

[W] : « Parce que je pense que c'est l'effet placebo ».

[X] : « Ben et si ça suffit... »

[W] : « Exactement, c'est génial !! »

[B] : « On fait tous ce qu'on appelle de l'hypnose conversationnelle, [...] tu envoies des suggestions alors que tu discutes avec quelqu'un et mine de rien ça fait son chemin dans sa tête... »

## ▪ Suivi psychologique

[L] : « ce n'est pas structuré ! Tu le fais à l'instinct tu le fais avec ce que tu es mais quand tu as une formation à la communication ou à l'écoute active ou je ne sais pas quoi, l'entretien motivationnel, c'est quand même autre chose ! »

### • Difficultés de la non-prescription

#### ○ Conflit.

[J] : « On sent qu'il y a vraiment un conflit sous-jacent avec les personnes... »

[L] : « Il y a des patients très agressifs euh là au bout d'un moment tu fais oui bon d'accord... Parce que tu peux avoir des pressions physiques aussi quand même hein... »

[M] : « Le mécontentement de quelqu'un ne doit pas me faire changer d'avis. »

[L] : « L'agressivité des gens c'est quand même difficile à gérer hein... »

[K] : « Tu sais qu'avec lui tu vas batailler, et que même en bataillant ce n'est pas dit qu'à la fin je ne finisse pas par céder... »

#### ○ Labeur et fatigue

[W] : « c'est plus facile de donner l'ordonnance même si tu n'as pas envie de le prescrire, plutôt que d'essayer d'expliquer etc... Voilà tu donnes le papier, le chapitre est clos. »

[W] : « Les études ont montré qu'on prescrivait plus d'antibiotiques à 18h qu'à 10h du matin hein ! [...] A un moment donné tu es fatigué vers les 18-19h et tu auras moins le courage d'argumenter à 19h... »

[L] : « C'est certain la lassitude ça joue pour beaucoup... Là sur la période de grippe euh quand on a vu 30 grippés euh il y a des personnes qui entendent bien que c'est viral et ça passe comme une lettre à la poste et d'autres euh... »

[α] : « Quand on a tout dit, tout expliqué, il n'y a rien à faire, pas de bilan à faire, ou même quand le bilan a été fait et qu'il n'y a rien... euh...le patient est quand même en demande ben... pas évident. »

[X] : « Voilà c'est ça c'est que la non-prescription médicamenteuse nous impose d'aller chercher autre chose. Comme moyen d'aider la personne. »

[T] : « je trouve plus difficile en tant que remplaçante et qu'ils ont un médecin qui d'habitude donne du sirop, enfin moi j'ai l'impression de devoir plus batailler pour ne pas mettre le sirop auquel je ne crois pas »

### ○ Manque de temps

[P] : « le rythme des consultations fait que tu ne prends pas forcément le temps, en général je prescris »

[T] : « Je culpabilisais d'être en retard... j'ai eu l'impression de compenser, c'est après que je me suis dit ça, des prescriptions inhabituelles pour compenser mon retard. »

[U] : « le problème de la non-prescription, le corolaire, c'est qu'il faut passer du temps à expliquer. »

[V] : « C'est une question d'éducation mais aussi de temps de consultation !!! C'est-à-dire entre prescrire qui va vite et expliquer pourquoi et de montrer que tu as bien fais ton examen clinique, qu'il n'y a pas de signe de gravité, qu'il n'y a pas de raison de mettre quelque chose, c'est plus difficile. Et c'est vrai que des fois quand tu as moins le temps... ben tant pis... »

### ○ Incohérence avec discours pharmacien

[W] : « Ce qui était difficile c'est que toi tu expliques pourquoi tu ne mets pas tel médicament parce que il est dangereux, eux ils arrivent à la pharmacie et ils les ont en libre-service et le pharmacien lui le vend puisque c'est dans son intérêt. »

### ○ Vécu médecin et patient.

[J] : « En fait on a ce sentiment quand on ne donne pas parfois ce qu'attendent les gens, de les punir, [...] »

[K] : « C'est presque de la trahison... »

[S] : « Je fais de plus en plus de consultation sans prescrire, [...] des fois ils te renvoient un peu le sentiment que tu es un mauvais médecin, un stagiaire. »

[W] : « Après je pense il y a une culpabilité chez le patient si on ne lui donne pas d'ordonnance. « Je suis venue pour rien, je n'aurais pas dû, je vous ai dérangé » ».

## ● Facteurs extrinsèques à la consultation

### ○ L'exercice en lui-même

#### ▪ Collaboration avec les autres professionnels de santé.

[U] : « Finalement les médecins ben ils ne se serrent pas les coudes entre eux quoi ! Chacun fait à sa sauce ! Si tu as un médecin à côté qui dit « amen » à tout, ben au final... »

[T] : « Il y a quand même cet esprit de clientélisme, avec des médecins qui prescrivent pour être le médecin complaisant quoi, le médecin sympa...»

[O] : « je pense qu'en connaissant mieux nos interlocuteurs nos collègues de travail au final on arrivera à mieux soigner les patients et justement sans prescrire quoi. »

[W] : « Toi tu expliques pourquoi tu ne mets pas tel médicament parce que il est dangereux, eux ils arrivent à la pharmacie et ils les ont en libre-service et le pharmacien lui le vend puisque c'est dans son intérêt. Donc des fois on a un discours qui n'est pas cohérent avec le pharmacien et c'est là où il faut travailler. »

#### ▪ Différences de pratique.

[S] : « je fais de plus en plus de consultation sans prescrire, que je m'assume plus [...]. Des fois ils te renvoient un peu le sentiment que tu es un mauvais médecin, un stagiaire. Mais au final je trouve qu'avec le temps je trouve plus d'assurance »

[R] : « Mais après ces médecins-là qui ont un peu de bouteille et qui ont vécu [...] certains [...] sont encore plus sévères que nous et qui prescrivent encore moins que nous ! »

[Q] : « le vieux médecin qui a toujours fait ça avec ses patients, qui se tutoient, qui sont copains presque, il va moins facilement dire « euh ben non c'est vrai que d'habitude je te donne du sirop mais là non je n'ai pas envie quoi... » »

[S] : « Faire des non-prescriptions quand nous on s'installera, ça sera plus facile ! Et de dire « ben écoutez, je ne suis pas votre supermarché, allez voir ailleurs ! » Parce que tu sais que tu auras toujours des patients, que tu pourras toujours manger à la fin du mois ! »

[W] : « Je pense que les jeunes médecins sont moins sensibles aux paroles des laboratoires que les plus expérimentés. »

[T] : « Je trouve plus difficile en tant que remplaçante et qu'ils ont un médecin qui d'habitude donne du sirop, enfin moi j'ai l'impression de devoir plus batailler pour ne pas mettre le sirop auquel je ne crois pas »

#### ▪ Formations

[K] : « on a une formation très pharmaco, très protocole et machin. Et paradoxalement justement on a été formés à peu prescrire mais prescrire juste. Par contre tout ce qui est alternatif ou différent c'était tabou »

[Alpha] : « La médecine a évolué, les connaissances ont évolué, et la politique médicale a évolué en politique économique [...] Moi dans ma formation médicale, on ne nous a jamais parlé d'argent et économie !!! Et quelque part on vous a formés à gérer la prescription de façon rationnelle beaucoup plus que nous. »

[V] : « La communication est absente de nos études et on passe notre vie professionnelle à faire de la communication. »

[K] : « Mais il y a quand même 90% des formations médicales continues qui sont faites par les labos... »

[M] : « et ça on ne peut pas y couper quoi... C'est difficile... »

[K] : « les formations on ne sait jamais ça peut influencer inconsciemment nos prescriptions... »

[W] : « On devrait être formés de façon honnête et transparente mais pas par un laboratoire ! »

#### ▪ Place de l'informatique.

[K] : « J'ai eu des médecins ils avaient leur ordonnance rhume leur ordonnance machin et il y avait juste à cliquer !! [...] C'est limite il y avait des corticoïdes ou des antibiotiques qui étaient déjà dessus donc il fallait les enlever mais c'est tentant quoi !! [...] Et il y en a qui cèdent à la facilité pour des trucs monoblocs qui ne sont pas adaptés au patient, les antiinflammatoires par exemples, il y en a qui tac prescrivent, euh... sans se poser la question ! [...] Alors que quand on le fait à la main, là c'est plus long et c'est difficile ! [...] Il y a des outils internet qui peuvent nous aider à faire attention à ce qu'on prescrit ou à moins prescrire. »

### ○ La politique de santé

[X] : « je pense que ce sont des campagnes comme ça, et puis là il y a eu une campagne sur le rhume etc... Ça c'est une bonne démarche, quelque chose de pédagogique pour les gens. »

[I] : « Des fois je leur dis que ce n'est pas remboursé et là ils sont honnêtes nous disent ah ben non je ne le prendrai pas... »

[J] : « Oui le travail avec le pharmacien, [...] ils pourraient être des acteurs de l'éducation thérapeutique. Qu'ils soient rémunérés pour ça et pas uniquement au nombre de boîtes vendues ! »

[V] : « Ben c'est peut être aussi le problème de la rémunération des pharmaciens ! »

[β] : « Ben oui le problème c'est qu'ils ont la double casquette un peu ! »

[V] : « C'est un pharmacien commerçant ! »

[α] : « Salariez-nous !!! Mais à la hauteur de nos compétences, de nos horaires - puisqu'il n'y a guère que nous qui ne comptons pas nos heures hein !- et à la hauteur de notre ancienneté ! Salariez-nous ! »

[V] : « On nous empêche de prescrire certaines statines les plus chers, pourquoi on n'a pas imposé des prix de marché aux laboratoires !!!! »

[β] : « Après les labos ils sont quand même nécessaires dans le système ! S'il n'y a plus de labo il n'y a plus de médicaments ! »

[X] : « Oui mais le problème c'est qu'ils sortent un peu de leur compétence »

[T] : « Moi je ne les reçois pas parce que s'ils viennent me voir et qu'ils me parlent d'un médicament je vais me braquer et ne vais surtout pas prescrire CE médicament (rires). »

[Z] : « Les jeunes médecins sont moins sensibles aux paroles des laboratoires que les plus expérimentés. »

[X] : « Ah bah nous aussi [les plus expérimentés] on l'est beaucoup moins qu'avant hein ! Moi je leur dis, on apprend ailleurs ! »

[α] : « Les labos n'ont pas fait que faire de la pub etc. Si il n'y avait pas eu les laboratoires il n'y aurait pas eu de recherche dans plein de domaines et il y aurait eu plein de formations que moi je n'aurais jamais faites. »

[β] : « Et pourquoi ils développent les médicaments pour les troubles de l'érection ? Ben parce que ça rapporte vachement tu vois alors que combien de gens qui meurent du Palu tous les ans et ça ça rapporte zéro donc moi les labos... »

### ○ Le peuple français

[K] : « C'est culturel aussi hein, on est dans une société où les labos, où le « tout médicamenteux » euh... [...] Ça fait partie de la culture en France, on boulotte des médicaments ! On est les premiers consommateurs dans les études de psychotropes et machins... [...]La mentalité française peut changer ! [...] Je pense que les gens ils sont plus sensibilisés maintenant aux scandales des médicaments, aux effets indésirables, aux dangers des médicaments. Donc peut être que dans les années à venir on aura moins de difficultés à moins prescrire. »

[U] : « Il y a une autre chose qui peut nous aider à moins prescrire, c'est les procès. Et le Médiateur a beaucoup aidé. Non seulement le Médiateur mais aussi toutes les enquêtes de pharmacovigilance. »

[R] : « Il y a eu un reportage sur le DOLIPRANE et nous disant « au secours ce n'est pas bien », [...] j'ai vu arriver des parents en me disant « ben on n'a pas donné du DOLIPRANE, on a donné de l'ADVIL » ben.... Moi j'aurais préféré le DOLIPRANE !! (Rires) [...] Des fois ce n'est pas aidant ! ».

## ANNEXE 12

Principales différences de l'organisation de la médecine générale en France et aux Pays Bas en 2010.

France	Pays-Bas
1 généraliste pour 1 111 habitants	1 généraliste pour 2 000 habitants
Libre accès au spécialiste	Généraliste <i>gate keeper</i> pour accès au spécialiste
Libre choix du médecin	Patients inscrits sur liste auprès du médecin
Paiement à l'acte et règlement direct par le patient au médecin à la fin de la consultation	Rémunération mixte: à l'acte et au forfait en fonction du type d'assurance du patient mais pas de paiement direct par le patient au médecin
Revenus nets libéraux moyens en 2005 : 64 000 € (Legendre, 2007)	Revenus nets 2005 : 96 000 € (www.lhv.nl)
Seuil de consultation bas: accès direct au médecin, les patients pouvant consulter pour des symptômes sans gravité	Seuil de consultation élevé car avant l'accès au médecin, l'assistante fait un « tri » visant à éviter les consultations pour des symptômes sans gravité
Pas de délégation des tâches de soins et de consultations	Délégation des tâches de soins et de prescriptions aux assistantes médicales, infirmières et <i>nurse practitioners</i> au sein du cabinet (suivi des malades chroniques, consultations pour affections courantes)

U.F.R. DE MEDECINE DE RENNES

N°

**OSADTCHY- URVOAS Zoé – La Non-Prescription : Pourquoi et Comment.****Étude qualitative à partir de 3 focus group.**

60 feuilles, 4 illustrations, 1 graphique, 3 tableaux.

Thèse : Médecine ; Rennes 1; 2011 ; N° .

La France est le pays européen le plus consommateur de médicament avec 78% des consultations chez le médecin généraliste qui se terminent par une prescription médicamenteuse. Certaines de ces prescriptions sont celles réalisées pour de mauvaises raisons, elles pourraient être évitées. La non-prescription est une difficulté quotidienne du médecin généraliste. **Comment répondre aux attentes du patient sans passer par une prescription médicamenteuse non justifiée par la clinique ni par la science ?**

Trois focus group ont été réalisés réunissant un total de 19 médecins généralistes.

Au nom de l'éthique médicale, une meilleure éducation thérapeutique des patients serait en faveur de la non-prescription. La relation soignant-soigné semble fondamentale pour y parvenir, notamment l'effet médecin mais aussi l'art de la communication sous toutes ses formes. Savoir doser soin relationnel et soin technique, user de ses qualités humaines pour rassurer son patient. D'autres prescriptions non médicamenteuses peuvent aussi être utilisées telles que les médecines alternatives qui semblent progressivement retrouver leur place.

Erreurs de perception des attentes des patients, firmes pharmaceutiques omniprésentes, manque de formation initiale, fatigue professionnelle et temps de consultation minutés sont les principaux arguments qui freinent la non-prescription. Les médecins devraient avoir plus confiance en eux mais aussi dans le patient. Une nouvelle organisation du système de santé orienté vers une médecine plus humaine pourrait les aider à exercer dans le strict respect de leur éthique médicale.

Rubrique de classement : MEDECINE GENERALE

Mots-clés : Non-prescription, relation soignant-soigné, effet médecin, réassurance.

Mots-clés anglais MeSH : Prescription, doctor patient relation, doctor effect, reinsurance.

Président : Monsieur Patrick JEGO

JURY : Assesseurs : Monsieur Thierry SERVILLAT [directeur de thèse]

Monsieur Jacques BOUGET

Madame Françoise TATTEVIN