



HAL
open science

La consultation sans prescription médicamenteuse : perceptions des médecins généralistes, obstacles à la non-prescription, et conditions pour une évolution des pratiques

Laurie Bourbon

► To cite this version:

Laurie Bourbon. La consultation sans prescription médicamenteuse : perceptions des médecins généralistes, obstacles à la non-prescription, et conditions pour une évolution des pratiques. Sciences du Vivant [q-bio]. 2016. dumas-01754068

HAL Id: dumas-01754068

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01754068v1>

Submitted on 6 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.

N° d'ordre :

ANNÉE 2016



THÈSE D'EXERCICE / UNIVERSITÉ DE RENNES 1
FACULTÉ DE MEDECINE

Sous le sceau de l'Université Européenne de Bretagne

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

Présentée par

Laurie BOURBON

Née le 1^{er} Février 1987 à Clamart

**La consultation sans prescription
médicamenteuse :**

**Perceptions des médecins
généralistes, obstacles à la non-
prescription, et conditions pour une
évolution des pratiques.**

**Thèse soutenue à RENNES
le 2 juin 2016 à 17h30**

devant le jury composé de :

Olivier DECAUX
PU-PH, CHU Rennes, Président

Ronan GARLANTEZEC
MCU-PH, CHU Rennes, Juge

Pierric RENAUT
MCA, CHU Rennes, Juge

Jean-Yves BARON
Médecin généraliste, Directeur de thèse

N° d'ordre :

ANNÉE 2016



**THÈSE D'EXERCICE / UNIVERSITÉ DE RENNES 1
FACULTÉ DE MEDECINE**

Sous le sceau de l'Université Européenne de Bretagne

**THÈSE EN VUE DU
DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MEDECINE**

Présentée par

Laurie BOURBON

Née le 1^{er} Février 1987 à Clamart

**La consultation sans prescription
médicamenteuse :**

**Perceptions des médecins
généralistes, obstacles à la non-
prescription, et conditions pour une
évolution des pratiques.**

**Thèse soutenue à RENNES
le 2 juin 2016 à 17h30**

devant le jury composé de :

Olivier DECAUX
PU-PH, CHU Rennes, Président

Ronan GARLANTEZEC
MCU-PH, CHU Rennes, Juge

Pierric RENAUT
MCA, CHU Rennes, Juge

Jean-Yves BARON
Médecin généraliste, Directeur de thèse

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Nom Prénom	Affectation
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	Biophysique et médecine nucléaire
BRASSIER Gilles	Neurochirurgie
BRETAGNE Jean-François	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
BRISSOT Pierre	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
CARRE François	Physiologie
CATROS Véronique	Biologie cellulaire
CHALES Gérard	Rhumatologie
CORBINEAU Hervé	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
CUGGIA Marc	Biostatistique, informatique médicale et technologies de communication
DARNAULT Pierre	Anatomie
DAUBERT Jean-Claude	Cardiologie
DAVID Véronique	Biochimie et biologie moléculaire
DAYAN Jacques	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	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	Parasitologie et mycologie
GUILLÉ François	Urologie
GUYADER Dominique	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
HOUOT Roch	Hématologie; transfusion
HUGÉ Sandrine	Médecine générale
HUSSON Jean-Louis	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	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

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Nom Prénom	Affectation
AME-THOMAS Patricia	Immunologie
AMIOT Laurence	Hématologie; transfusion
BARDOU-JACQUET Edouard	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
BEGUE Jean-Marc	Physiologie
BOUSSEMART Lise	Dermato-vénéréologie
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
EDELIN 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

A Monsieur le Professeur Olivier DECAUX,

Pour l'honneur que vous me faites de présider le jury de cette thèse. Merci pour la rapidité et la gentillesse avec laquelle vous avez accepté ma demande.

A Monsieur le Docteur Ronan GARLANTEZEC,

Pour l'honneur que vous me faites de faire partie de ce jury et de juger mon travail. Merci pour l'enthousiasme avec lequel vous avez accepté ma demande.

A Monsieur le Docteur Pierric RENAUT,

Pour l'honneur que tu me fais d'avoir accepté de faire partie de ce jury et de juger mon travail. Merci pour tes conseils amicaux et pour ce moment de partage que nous avons pu connaître le temps d'une formation.

A Monsieur le Docteur Jean-Yves BARON,

Pour avoir si gentiment cédé à ma pression pour devenir mon directeur de thèse, pour l'investissement que tu as mis dans mon travail, pour tous les mardis soirs supplémentaires que je t'ai fait faire. Merci pour ta passion pour mon sujet et ton regard de « sage » médecin généraliste qui m'a été très précieux.

A mon cher Sylvain, si complice et attentionné, pour ta présence chaque jour à mes côtés, pour supporter mes humeurs, pour m'avoir soutenu par tes paroles rassurantes et ta tendre épaule. Ton amour est une des choses les plus précieuses que j'ai en moi.

A mes chers petits parents, qui ont toujours tout donné pour moi et pour me porter jusqu'à la fin de ces études. Votre présence à mes cotés et votre amour me sont indispensables, tout au long de l'année et plus particulièrement pour des jours comme celui-ci. Merci pour vos relectures attentives, curieuses et intelligentes de mon travail, et à papa pour l'aide technique ☺

A René et Josette, toujours prêts à aider et à donner de votre temps, pour votre enthousiasme à m'accompagner dans la réalisation de ce dernier diplôme. A Erwan, pour son soutien à distance et en pensée.

A Sidonie et Alice, pour leur amitié fidèle, depuis de si nombreuses années. Merci à toutes les deux pour l'affection indéfectible que vous me témoignez à chaque instant. Elle m'est précieuse pour continuer à franchir les étapes de la vie et j'espère de tout cœur que vous serez présentes pour chacune d'entre elles. Merci à Hom et Adrien d'être des maris attentionnés et prévenants aux côtés de mes chères amies.

A mon médecin traitant, le Docteur Marc Priez. Depuis toujours j'ai le souvenir de la petite fille souhaitant devenir comme son médecin, aussi attentionnée, aussi rassurante, aussi présente pour ses patients. Merci de m'avoir montré la voie de ce beau métier et d'avoir été là pour les membres de ma famille.

A tous les médecins participants qui ont donné de leur temps, pour me livrer leur vision enrichissante de leur pratique. Merci à **François** pour avoir été mon maître de stage, puis mon tuteur et d'avoir enfin accepté de participer à mon étude. Un grand merci à **Anne**, pour ton amitié et pour les confidences autour d'un bon thé ☺

Un grand merci à mes collègues et participantes, **Christine, Sandrine et Hélène**, pour me faire une place parmi vous au cabinet, pour être là au quotidien à partager les hauts et les bas de notre activité professionnelle. Merci pour vos conseils précieux de relecture.

Merci à **Mélanie** pour ses conseils lors de la réalisation de cette thèse et le prêt indispensable du dictaphone !

A mes chers amis, Charline maillon indiscutable du bonheur de mon couple, et Arnaud à ses côtés. Anaïs et sa bonne humeur lors de nos études à Paris, Morgane pour tous les souvenirs de ces années parisiennes. Marie-Cécile et Julian, Fred et Anne-Gaëlle pour leur grande amitié. Merci à Vincent, Caroline, Sarah, mes premiers co-internes.

A ma famille, toujours dans mon cœur, Soso, Christiane, Serge, ma chère petite Manou, et Mamie.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION.....	11
METHODES	13
1. Sélection des participants	13
2. Recueil des informations	13
3. Analyse des données	14
RESULTATS	15
1. La CSP dans le quotidien du médecin généraliste.....	16
1.1. Définition, fréquence.....	16
1.2. Ressentis des médecins par rapport aux CSP	16
1.3. Motivations du médecin à réaliser des CSP	17
2. Déterminants de la CSP : obstacles et éléments favorisants	17
2.1. En lien avec le médecin.....	17
2.2. En lien avec l'organisation du médecin.....	20
2.3. En lien avec le cadre de la consultation.....	21
2.4. En lien avec le patient.....	22
2.5. En lien avec l'organisation du territoire de soins	24
3. Les ressources mobilisées pour dépasser ces obstacles.....	25
3.1. Déjà mises en œuvre par le médecin généraliste	25
3.2. Attentes et propositions pour une évolution des pratiques	26
DISCUSSION	28
1. Limites de l'étude.....	28
2. Interprétation des résultats.....	28
2.1. Le médecin et son organisation	29
2.2. Le patient et le cadre de la consultation	31
2.3. La relation médecin-malade	33
CONCLUSION	35
BIBLIOGRAPHIE	1
GLOSSAIRE	39
ANNEXE 1 – Grille d'analyse : Thèmes et sous-thèmes.....	40
ANNEXE 2 - Freins et éléments favorisants la NP.....	42

INTRODUCTION

La consommation médicamenteuse en France est importante et supérieure à celle de la plupart de ses voisins Européens * (1,2). La population française déclare avoir pris en moyenne, au cours des sept derniers jours, près de deux médicaments (1.9), contre 1.6 en Allemagne, 1.4 en Espagne et 1.3 aux Pays-Bas (3).

Beaucoup de ces médicaments achetés en pharmacie émanent de prescriptions faites par les médecins généralistes (1) ; là encore, l'écart est creusé entre les différents pays Européens (3).

Plusieurs enquêtes ont révélé que 78 à 90 % des consultations donnent lieu à la prescription d'au moins un médicament en France, contre 43 % environ aux Pays-Bas (2-4).

Cette spécificité française soulève la question de la représentation du médicament dans l'esprit de la population et du rôle du prescripteur.

Selon la sociologue Sylvie Fainzang, le rapport au médicament se construit en fonction du milieu social, politique et des différentes origines culturelles et religieuses dans lesquels la personne évolue (5,6).

Dans son étude, la sociologue Sophia Rosman a mis en exergue les différences de pratiques entre les médecins généralistes Français et Hollandais et distingue deux logiques. Le modèle français est décrit comme suivant une logique de « réparation », basée sur le recours immédiat au médicament et son utilisation optimiste par les médecins français. La culture calviniste des Hollandais les pousse au contraire vers une logique de « restriction », limitant l'usage des médicaments, rejoignant leur volonté de maîtrise des dépenses et d'autonomie vis-à-vis d'un médicament qui n'est plus l'outil central d'une conduite thérapeutique (7).

La place importante du médicament en France pourrait être expliquée par cette représentation optimiste et une tradition positiviste du progrès médical. Selon Anne Vega, une autre sociologue, le médicament a une place « roi » car il permet au généraliste d'atténuer le sentiment d'incertitude ou d'impuissance qu'il peut éprouver face à des pathologies au diagnostic flou ou mal étiquetées (8,9).

D'autres analyses ont avancé que le malade, lorsqu'il vient consulter, a besoin d'aide et le médicament est le signe de la capacité de prise en charge et d'intervention du médecin (10).

* La consommation totale de médicaments en ville, en 2014, s'élevait à 33.9 milliards d'euros, soit 17.8 % de la dépense totale relative aux soins et aux biens médicaux. En termes de volume par habitant, la France est toujours en 2013 l'un des tous premiers consommateurs européens de médicaments (comparaison entre huit pays Européens), loin devant les Pays-Bas, le Royaume-Uni, l'Italie et la Norvège (1).

La consommation de médicaments en France serait donc à mettre en lien avec une demande et des habitudes des patients qui sont entretenues et dépendantes du comportement des médecins (11).

Les pratiques des médecins généralistes ont fait l'objet de nombreuses études quantitatives, s'attachant à identifier les déterminants de la prescription (2,3,10,12). Les profils de prescription des médecins varieraient, entre autres, en fonction de l'âge, du sexe, du niveau d'activité, et de la formation initiale et continue des médecins.

D'autres études se sont intéressées de près aux mécanismes de prescription de certaines classes de médicaments, comme la prescription d'antibiotiques pour les pathologies infectieuses bénignes (13–15).

L'étude des situations de non-prescription a son importance, dans la mesure où dans de nombreux cas, le médicament n'apporte rien dans le processus de guérison du patient. Soit il existe une alternative non-médicamenteuse pour répondre aux besoins de la personne venue en consultation, soit le motif de recours à la consultation n'appelle pas une prescription médicamenteuse (16).

L'absence de prescription de médicament relève alors d'une décision médicale (2).

La non-prescription (NP) apparaît rare en France, laissant supposer que les médecins généralistes rencontrent des obstacles à réaliser des consultations sans prescription médicamenteuse.

Cet abord sous l'angle de la décision de non-prescription a bénéficié de travaux peu nombreux (11,17). Il paraissait indispensable de poursuivre cette approche afin d'en préciser la compréhension par le recueil et l'analyse des comportements des généralistes face à une situation ne requérant aucune prescription.

L'objectif principal de cette étude était d'explorer les perceptions des médecins généralistes, de connaître les déterminants de la consultation sans prescription médicamenteuse (CSP) et de mettre à jour les obstacles à la non-prescription. L'objectif secondaire était d'identifier les ressources mobilisées par les médecins généralistes pour faire face à ces obstacles, et d'envisager avec eux les pistes d'amélioration pour faire évoluer les pratiques.

METHODES

Une étude qualitative a été menée auprès de médecins généralistes du Sud de l'Ille-et-Vilaine.

Il s'agissait d'étudier le processus de non-prescription et de recueillir les obstacles rencontrés par les médecins généralistes. Le choix de cette méthode paraissait indispensable pour faire émerger les raisonnements, parfois inconscients, des médecins généralistes menant à une prescription ou à une non-prescription. En effet, la recherche qualitative permet d'étudier les phénomènes complexes dans leur « milieu naturel », cette compréhension approfondie ne pouvant se faire hors du contexte dans lequel ils s'inscrivent (18).

Pour cela, des entretiens semi-directifs ont été réalisés auprès de médecins généralistes par l'investigatrice, elle-même médecin généraliste remplaçante, permettant d'établir un climat de confiance et de partage interprofessionnel.

1. Sélection des participants

Le choix des participants s'est fait en variation maximale grâce aux connaissances professionnelles de l'investigatrice, l'objectif étant de recruter des profils de prescripteurs diversifiés. Les critères choisis ont donc été l'âge, le sexe, l'ancienneté d'installation, le mode d'exercice (en groupe ou seul), et le nombre moyen de patients vus par jour, de précédentes études quantitatives ayant démontré ces critères comme étant déterminants dans le processus de prescription (2,12,13).

Les participants ont été contactés par courrier électronique, puis un rendez-vous a été convenu pour réaliser l'entretien, au domicile ou au cabinet du médecin.

2. Recueil des informations

Le nombre d'entretien n'a pas été fixé au préalable, ils ont été conduits jusqu'à ce qu'aucune donnée nouvelle n'émerge. Enregistrés avec l'accord des participants, leurs propos ont ensuite été anonymisés. Un guide d'entretien a été élaboré à partir d'entretiens exploratoires et des données de la littérature (19), puis modifié au fur et à mesure de la collecte des données pour permettre de cibler les informations utiles.

Il était d'abord demandé aux participants d'aborder leur expérience personnelle des consultations sans prescription médicamenteuse, afin de préciser la fréquence, l'importance, et les situations de NP.

Puis leurs ressentis, positifs ou négatifs, par rapport à ces consultations étaient interrogés, avant d'explorer les obstacles rencontrés lors d'une NP.

Enfin, ils étaient questionnés sur les moyens employés pour contourner ces freins et sur leurs attentes pour une évolution des pratiques (**Tableau I**).

Tableau I. Guide d'entretien.

Je m'intéresse à votre raisonnement, votre façon de prescrire, à travers l'angle des consultations qui se terminent sans prescription médicamenteuse. J'aimerais connaître votre opinion et vos pratiques par rapport à ces consultations.

I- PRATIQUES : état des lieux

Quelles sont les circonstances où vous envisagez de ne pas prescrire de médicament en fin de consultation ?
Dans votre expérience personnelle, quelle place prennent les consultations sans prescription médicamenteuse ?

II- PERCEPTIONS : ressentis par rapport à la CSP

Que pensez-vous d'une consultation qui se termine sans prescription médicamenteuse ?
Quels sont, pour vous, les avantages et les inconvénients d'une CSP ?

III- ATTITUDES : stratégies de NP

Quels moyens utilisez-vous pour optimiser votre prescription en général ? En alternative au médicament ?

IV- PROPOSITIONS

Quelles seraient vos suggestions d'amélioration, dans votre quotidien ou de manière plus générale pour que le nombre de consultations sans prescription médicamenteuse soit plus important ?

3. Analyse des données

L'intégralité des enregistrements a été retranscrite, puis relue à plusieurs reprises. L'analyse s'est faite au fur et à mesure pendant le recueil des données, grâce à une méthode de codage manuelle (20). Les verbatims étaient identifiés en unités de sens. Après quelques entretiens, une grille d'analyse a été construite, permettant de dégager des thèmes et des sous-thèmes et de procéder à une classification (**Annexe 1**). Cette grille a permis l'analyse de l'ensemble des entretiens.

RESULTATS

Neuf entretiens ont été réalisés auprès de médecins généralistes entre mai 2015 et février 2016. Les caractéristiques des médecins sont représentées dans le **tableau II**.

La variété des profils y est observée pour la majorité des caractéristiques. Cette diversité n'a pu être obtenue pour le lieu d'exercice, exclusivement rural ou semi-rural, et pour le mode d'exercice des médecins, principalement groupé, reflétant une tendance actuellement majoritaire.

La durée des entretiens enregistrés a dépassé fréquemment les quarante minutes.

Tableau II. Caractéristiques des participants.

Medecin	Genre	Tranche d'âge (ans)	Années d'installation	Mode d'exercice	Nombre de patients vu par jour en moyenne	Maître de stage universitaire	Durée de l'entretien
M1	F	30/40	3	Groupé, 3 médecins	20-25	Non	35 min
M2	F	40/50	17	Groupé, 3 médecins	20-25	Oui	27 min
M3	F	30/40	8	Groupé, 3 médecins	20-25	Oui	40 min
M4	F	30/40	4	Groupé, 5 médecins	25-30	Non	71 min
M5	M	50/60	20	Groupé, 6 médecins	30-35	Oui	50 min
M6	M	+ de 60	32	Seul	25-30	Non	72 min
M7	M	30/40	6	Groupé, 5 médecins	25-30	Oui	47 min
M8	M	50/60	26	Groupé, 7 médecins	35-40	Oui	21 min
M9	M	50/60	23	Groupé, 3 médecins	35-40	Oui	35 min

Cette étude a permis de faire émerger plusieurs thèmes d'analyse. Nous en présentons ici les principaux résultats.

1. La CSP dans le quotidien du médecin généraliste

1.1. Définition, fréquence

Pour les médecins interrogés, la définition d'une consultation sans prescription médicamenteuse était variable. Pour certains, il s'agissait d'une consultation excluant toute rédaction d'ordonnance, se terminant par la remise d'un certificat, d'un arrêt de travail, ou par une transmission orale de conseils ou une écoute dans le cadre d'un suivi psychologique par exemple.

D'autres médecins la voyaient comme une consultation non centrée uniquement autour du médicament « thérapeutique », donnant lieu à la rédaction d'une ordonnance de médicaments de prévention, ou de conseils. Les consultations de pédiatrie et pour les pathologies infectieuses bénignes étaient les plus fréquemment citées dans ce cadre là.

Les médecins portaient différents degrés d'importance à leur prescription médicamenteuse, certaines prescriptions de médicaments antalgiques courants, par exemple, n'étant pas considérées comme de « vraies » prescriptions. *« Y'a prescription médicamenteuse, et non médicamenteuse. Après, est-ce que le paracétamol c'est un médicament ? Pour moi, la prescription médicamenteuse, c'est les antibiotiques ! Mais paracétamol, c'est à la limite du médicament ! », M4.*

Spontanément, ils ont évoqué plusieurs motifs de consultation se terminant difficilement sans prescription médicamenteuse. Les plus cités étaient les suivis de pathologies chroniques ou psychiatriques, les pathologies « fonctionnelles » avec recours fréquent aux antalgiques, et pour certains, les troubles du sommeil.

Tous les médecins interrogés étaient d'accord pour reconnaître réaliser une fréquence faible de CSP, n'atteignant pas plus de deux ou trois par jour.

1.2 Ressentis des médecins par rapport aux CSP

La CSP était perçue en théorie, pour la plupart des médecins interrogés comme positive, car elle tend pour eux vers un souci d'efficacité médicale, un idéal pour éviter les effets secondaires des médicaments, les traitements inutiles, et génère donc une réelle satisfaction personnelle du médecin à « faire le mieux » pour son patient, quand elle est aboutie.

Ce sentiment de réussite était d'autant plus fort que la proposition thérapeutique déclenchait chez le patient une satisfaction perceptible par le médecin.

En revanche, en pratique quotidienne, ils exprimaient spontanément des réticences et des difficultés à terminer une consultation sans prescription de médicament, mettant à jour un certain nombre d'obstacles.

Si la consultation aboutissait à une prescription médicamenteuse non voulue initialement, les positions étaient partagées. Certains médecins témoignaient d'une frustration, d'une sensation d'échec ; d'autres temporaient en minimisant cette prescription, le médicament étant utilisé comme compromis ou pour son effet placebo. Une minorité de praticiens justifiait la prescription médicamenteuse par la recherche du confort du patient, valorisant l'effet positif du médicament et banalisant son utilisation.

1.3 Motivations du médecin à réaliser des CSP

Les principales motivations des médecins à réaliser des consultations sans prescription médicamenteuse, étaient de limiter la iatrogénie, de participer à éduquer la patientèle et d'améliorer la relation médecin-malade. La prise en compte du coût des soins était plutôt secondaire.

2. Déterminants de la CSP : obstacles et éléments favorisants

2.1. En lien avec le médecin

L'influence de l'âge du médecin et de la formation initiale reçue à des époques différentes était reconnue par la majorité des médecins interrogés. Les plus âgés reconnaissaient être plus facilement prescripteurs que leurs collègues plus jeunes. Un médecin parlait de son vécu à une période où les traitements symptomatiques étaient plus nombreux, expliquant ainsi ses prescriptions actuelles.

Les médecins plus jeunes pensaient être mieux sensibilisés dans leurs études à la NP, ce qu'admettait facilement un médecin plus âgé : « *Quand je suis sorti de la fac, c'était évident qu'on était dans un mode prescription ! Une consultation, devait être une consultation prescrite, de manière allopathique !* », M5.

Leurs pratiques évoluaient au fil du temps et grâce à des lectures, ou à des formations, les amenant vers une façon d'exercer différemment, en utilisant moins le médicament.

Un des médecins expliquait que sa formation aux techniques hypnotiques avait modifié sa façon de voir une consultation. « *C'est juste le changement de paradigme, le simple fait de les renvoyer à eux mêmes, ça permet d'éviter de prescrire !* », M5.

De nombreux médecins insistaient sur l'importance de l'expérience professionnelle pour arriver plus facilement à la non-prescription. L'accumulation de savoirs et le recul nécessaire par rapport aux situations pathologiques les aidaient dans ce sens. « *Avec le temps, on finit par un peu aller de l'autre*

côté du bureau, on a plus de connaissances et d'expérience ! Et du coup je pense qu'on est meilleur ! On prend plus le temps, et on arrive à l'objectif ! », M7.

L'assurance évoluant avec le temps, les médecins concédaient avoir plus de difficultés à faire des CSP au début de leur exercice, par manque de confiance.

« Au départ, je ne faisais pas de non-prescription. Les gens repartaient toujours avec une ordonnance. Après, plus ça va, plus j'arrive à ne pas prescrire d'ordonnance, spontanément. Je prends confiance en moi. [...] Maintenant, j'arrive à compenser que par paracétamol ! Mais le premier hiver où je me suis installée, c'était paracétamol, ibuprofène, et....Hélicidine®. Ou Toplexil®. », M4.

L'histoire personnelle des médecins, leurs propres expériences par rapport à la maladie, ou celles de membres de leur famille étaient déterminantes dans le processus de prescription. Un médecin rapportait que cela pouvait le décider à prescrire, en s'identifiant aux symptômes d'inconfort de ses patients. *« En fonction de ta vie...je sais ce que c'est quand les parents disent qu'ils sont fatigués, qu'ils peuvent pas dormir ! J'ai testé chez mes enfants et quand t'as un sirop anti-tussif, et puis que tout le monde dors bien c'est très bien ! [Rires] », M2.*

A l'inverse, un autre médecin constatait que d'avoir appris à gérer ses propres symptômes sans médicament, l'aidait à accompagner ses patients différemment. *« Comme je vais sur le « lower is better », personnellement [Rires], du coup, pour mes patients aussi ! », M4.*

Cet accompagnement des patients était facilité s'il s'agissait d'une patientèle bien connue, comme l'explique ce médecin : *« Quand c'est ta clientèle, tu peux imposer tes choses ! Quand tu travailles pour un médecin qui prescrit à tout bout de champ, tu peux difficilement faire différemment ! T'es obligée de prendre un peu le profil du médecin que tu remplaces ! », M2.*

Un autre médecin expliquait le phénomène de « sélection naturelle » des patients à l'image du médecin : *« Les patients vous ressemblent un petit peu, et je pense qu'au bout de quelques années, ils ont un peu compris, qu'ils n'obtiendraient pas comme ça, de traitement ! Donc finalement y'a un certain tri des patients ! », M7.* Cette reconnaissance mutuelle favorisait avec le temps une meilleure communication dans la relation médecin-malade.

Cette relation de longue durée avec les patients pouvait cependant être un obstacle pour certains. Un médecin témoignait d'un sentiment de devoir lorsqu'il soignait ses patients, qui pouvait le pousser à la prescription, davantage que lorsque qu'il était confronté à des patients « inconnus ». *« C'est vrai que dans le cadre de la permanence des soins, [...] je trouve qu'on travaille de façon plus libre, et détachée par rapport aux demandes des patients ! On ne travaille pas forcément sur une patientèle, mais sur un panel de patients plus large. Et c'est plus facile, dans ce cadre là, d'affirmer des choses. », M8.*

Dans cette interaction entre le patient et le médecin, la représentation que se faisait celui-ci de son rôle auprès du patient semblait importante pour beaucoup d'entre eux. Le besoin du médecin de se sentir « utile » pouvait ainsi être un frein à la CSP, car il se traduisait parfois par la rédaction d'une ordonnance médicamenteuse, par souci d'offrir une réponse « concrète » à l'attente qu'il pouvait percevoir chez son patient.

« Souvent il y a un support médicamenteux qui va apporter cinquante pour cent de la confiance au patient [...]! Donc j'utilise le moyen de la prescription médicamenteuse pour asseoir le diagnostic, pour asseoir ma confiance et asseoir surtout le fait que le patient quand il sort il aille mieux, ou en tout cas qu'il ait obtenu une partie de ce qu'il venait chercher. C'est ça notre but, quand même, c'est de répondre à la demande du patient. [...] Faut pas qu'il parte avec une sensation de manque ! Et réciproquement, pour moi aussi ! Il faut que la consultation soit pleine et confiante ! », M8.

D'autres matérialisaient cet échange par une ordonnance non-médicamenteuse, ce support gardant toute son importance. *« Pour moi l'ordonnance, elle a lieu d'être. Que ça soit, soit médicament, soit conseil, j'imagine que pour le patient de ressortir avec une ordonnance, c'est important, même si y'a pas de prescription, ils ressortent avec quelque chose. », M1.*

La réflexion autour de ces mécanismes de prescription a permis aux médecins interrogés de déceler d'autres obstacles à la NP.

Un médecin a ainsi pointé l'influence des « habitudes de prescription », rentrant dans la séquence répétitive : examen du patient, retour au bureau de consultation, et rédaction d'une ordonnance automatique.

D'autres ont convenus souvent aboutir à des « prescriptions par anticipation », notamment pour des traitements symptomatiques, même lorsque ce n'est pas explicitement demandé par le patient, afin de donner au patient une solution de recours en cas de besoin.

« Je m'arrange toujours pour qu'il y ait du paracétamol sur une ordonnance pour que les gens ils puissent avoir des boîtes chez eux, et qu'ils puissent le prendre. Et de l'ibuprofène, quand ça peut être recommandé, pour qu'ils puissent gérer au départ avec eux-mêmes ! », M4.

Un médecin expliquait que cette rédaction d'ordonnance était motivée par le besoin de sécurité qu'il percevait chez ses patients. *« L'ordonnance que t'as dit « c'est pour dans deux trois jours ! » ils [les parents] la donnent pas ! En fait ils ont leur sécurité, j'ai l'impression, ils ont l'ordonnance, au cas où, et donc ils sont contents, y'a la sécurité. », M3.*

Certaines prescriptions médicamenteuses de prévention pouvaient être prescrites lors de consultations qui initialement ne nécessitaient pas de prescription. *« Quand on a des situations où [l'on n'a rien à prescrire], c'est vrai que moi je mets facilement de la prévention. « Est-ce que votre vaccin est fait ? »*

Alors, en hiver, ça peut se solder, quand même, par une ordonnance, mais peut-être plus en prévention. », M7.

La consultation sans prescription médicamenteuse était parfois rendue difficile par la crainte du médecin généraliste de l'évolution défavorable de certaines pathologies, préférant prescrire par protection. *« Je sais, scientifiquement, que j'ai pas besoin de mettre un antibio ! Mais je vais quand même en mettre un ! Parce que je vais mettre un corticoïde à un gamin, donc je me dis, un corticoïde, sans antibio... je suis pas à l'aise ! Donc par automatisme, je vais mettre un antibio pour couvrir ! Y'a pas grand-chose de rationnel. », M5.*

La prescription médicamenteuse en fin de consultation était parfois motivée par une volonté de « compromis » du médecin généraliste, cherchant à trouver le médicament le moins nocif, tout en répondant à une demande directe du patient, ainsi *« le médicament peut endosser un autre rôle que son effet pharmacologique. C'est un outil au sens large ! », M7.*

Un médecin justifiait cette prescription comme le moyen pour lui de signifier au patient la bénignité des symptômes. *« Si je donne des gouttes dans le nez, c'est juste un accompagnement thérapeutique. Ça sera juste pour souligner le fait que c'est rien et que ça va se passer ! », M5.*

L'utilisation de l' « outil médicament » ou de l'« ordonnance support » était reconnue par plusieurs médecins, également pour mettre un terme à la consultation. *« Y'en a certains qui resteraient longtemps à t'écouter, et le fait de remettre l'ordonnance, tu signales aussi au patient que voilà, t'as fini, et puis c'est comme ça. », M1.*

2.2. En lien avec l'organisation du médecin

Concernant leur cadre d'exercice, les généralistes reconnaissaient l'influence des choix organisationnels qu'ils pouvaient faire.

Leur environnement professionnel semblait important, car l'influence de collègues plus ou moins prescripteurs au sein du même cabinet, se répercutait sur leur pratique. Ils étaient tous d'accord pour dire qu'un travail isolé, ne favorisait pas la NP. Les échanges de pratique, informels ou lors de « groupes qualité », les poussaient à s'interroger et favorisaient une réduction de prescription.

« Je t'avoue que si j'étais dans un cabinet où y avait une cadence à tenir, avec des gens qui prescrivent beaucoup, certainement que je ferais comme eux ! », M3.

Parfois, les prescriptions faites par d'autres confrères ou spécialistes constituaient un obstacle à la NP. Le généraliste n'étant pas sur la même ligne de conduite, il était alors en difficulté pour renouveler ces traitements. *« Prolonger des traitements que j'ai pas envie de prolonger, qu'ont pas forcément été*

prescrits par moi, des fois, c'est compliqué. Je pense aux médicaments pour la maladie d'Alzheimer, je pense à certains anticoagulants, qui émanent de prescriptions, là, plus de spécialistes ! », M7.

Le fait de recevoir des étudiants, internes ou externes, était, selon plusieurs médecins maîtres de stage, un élément les amenant à des échanges, une réflexion sur leur pratique, les poussant vers plus de CSP. *« Parce que sous l'influence de votre passage, je prescris beaucoup moins de collutoires qu'avant ! Je mets sérum phy et ça marche très bien ! [...] Donc le fait de recevoir des internes, ça oblige forcément, même si y a pas de remise en cause de l'interne, tu te dis bon, faut peut être que je change ça ! Ça permet de dialoguer. », M5.*

La question de l'influence des visiteurs médicaux de laboratoires était spontanément abordée. Les médecins les plus enclins à reconnaître cet élément comme pouvant peser sur leurs prescriptions, étaient ceux qui n'en recevaient pas ou plus. D'autres doutaient de l'influence des visiteurs sur leurs prescriptions, se défendant de rester libres dans le choix du traitement proposé.

« On a voulu faire croire qu'il y a une collusion avec les laboratoires et donc que les médecins qui rencontraient les délégués médicaux faisaient plus de prescription de médicaments ! Je ne crois pas. Moi je ne prescris pas plus de médicaments ! Sur les antihypertenseurs par exemple, il y en a tellement, que tu vas privilégier, dans la catégorie des sartans, les deux trois que tu vois, et pas les autres ! Mais le patient il n'est pas lésé là-dedans ! », M9.

Peu de médecins ont pu parler de l'aspect financier de la médecine libérale. Ils avouaient que rentabiliser leur activité et faire face à leurs charges restait une préoccupation, et pensaient que cela pouvait rentrer en jeu dans leur façon d'exercer, en privilégiant parfois le gain de temps à l'explication d'une non-prescription.

Cette question financière pouvait entraîner des réactions tranchées : *« Parce que c'est des consultations beaucoup trop lourdes [consultations pour les suivis chroniques] ! Pour le temps qu'on peut y passer ! Ou alors, on fait le choix de faire une médecine très lente, et pas rémunérée ! Mais moi, je refuse. A un moment donné, tant que ces consultations là ne sont pas rémunérées à leur juste prix, je vais pas forcément, être au taquet, d'emblée ! », M5.*

2.3. En lien avec le cadre de la consultation

La difficulté à ne pas prescrire en fin de consultation était parfois dictée par des éléments liés au contexte de la consultation.

Quasiment tous les médecins ont témoigné trouver plus difficile de réaliser des CSP dans des conditions de fatigue, et de manque de temps. *« Quand on accumule les consultations qui se répètent*

dans les périodes infectieuses, parfois c'est vrai qu'on a moins la patience, on est plus fatigués, on a moins envie d'expliquer. », M1.

Ils étaient tous d'accord pour dire que les explications entourant une NP étaient plus longues. « *C'est beaucoup plus long, à ne pas prescrire, qu'à prescrire !* », M6. Ce constat les menait à admettre faire parfois des prescriptions non voulues, par découragement ou par facilité. « *Quand t'es en forme pour aller au travail, tu te dis bon allez, on va bien faire les choses, on va aller jusqu'au bout, on va faire de la prévention, on va éviter de prescrire ça, et d'autres fois où t'es crevée....pff. Allez ! C'est facile ! C'est quand même vachement plus simple d'en mettre plein sur l'ordonnance !* », M3.

Lors des périodes hivernales, ils déploraient avoir peu de disponibilité pour revoir les patients à court terme, ce qui pouvait entraîner des prescriptions médicamenteuses d'anticipation, notamment d'antibiotiques à prendre en cas de persistance des symptômes.

La saison de l'année était déterminante. Plusieurs médecins parlaient de leurs plus grandes difficultés à réaliser des NP devant des pathologies infectieuses isolées, plutôt que s'inscrivant dans un contexte épidémique répétitif. « *Quand on peut pas renseigner les gens sur le profil évolutif et l'évolution naturelle du virus qu'ils ont, on va prescrire davantage je pense ! En début d'épidémie grippale, je prescris plus ! En fin d'épidémie grippale mon ordonnance elle s'allège !* », M4.

2.4. En lien avec le patient

La représentation que se faisaient les médecins des attentes des patients semblait beaucoup influencer la décision de prescription ou de NP.

Selon eux, certains patients venaient en premier lieu avec une demande de traitement médicamenteux, de confort, ou pour un soulagement. Mais ils notaient que de plus en plus de patients semblaient sensibles à la limitation des prescriptions médicamenteuses, surtout parmi les générations plus jeunes, chez qui ils percevaient une attente de réassurance, d'explications sur leur pathologie, et de conseils afin de gérer eux-mêmes les situations. Une méfiance chez certains patients, notamment par rapport aux vaccinations, était notée et critiquée par les médecins.

Un médecin rappelait que la pratique de la médecine nécessitait la prise en compte de la globalité de la personne assise en face de lui, et pouvait être à ce titre éloignée du cadre théorique de la pathologie enseignée dans les références professionnelles.

« Tu sais que les recommandations, bien souvent, de part ton expérience, tu t'es aperçu qu'il leur manquait une ou deux lignes ! Et que le patient, bah, il ne va pas bien du tout ! Et pourtant, tu as suivi les recommandations ! », M9.

La relation médecin-malade était ainsi au centre de la décision de prescription ou de NP des médecins. C'est ce lien particulier entre le généraliste et son patient qui pouvait générer chez certains un sentiment d'obligation de service envers le patient. *« C'est pour ça que les spécialistes, en général, sont beaucoup moins aimables que nous ! Parce qu'ils peuvent se le permettre ! Parce que de toute façon, ils n'ont pas de patientèle vraiment, ils n'ont pas de relations forcément longues, avec un patient. Nous on est dans le cadre plus familial, plus à long terme, plus de proximité ! », M8.*

La remise de l'ordonnance médicamenteuse symbolisait cette relation, et valorisait la démarche du patient venant consulter, apportant une preuve de prise en compte de sa plainte par le médecin.

A l'inverse, un médecin soulignait que la confiance que pouvait lui porter ses patients, l'incitait à proposer des méthodes non-médicamenteuses. *« Ils sont d'autant moins dans le refus, que je suis leur médecin, et qu'ils se disent, bah tiens, si il me propose, c'est que ça doit être quand même utile, ils ont confiance ! », M5.*

La satisfaction des patients perçue par les médecins en réaction à la conduite à tenir proposée, semblait beaucoup les influencer. *« Si je vois que le patient, il ressort fâché, parce qu'il n'a pas d'ordonnance, en général, je l'ai ressenti avant donc...il peut partir avec paracétamol, Hélicidine®, puis « conseils pour éviter la transmission » sur l'ordonnance. », M4.*

Cette crainte de ne pas satisfaire pouvait aller jusqu'à la peur d'engendrer une « mauvaise réputation ». *« Il y a l'anxiété, que si je fais pas ce qu'il faut, ils puissent devenir agressifs, ou qu'ils puissent raconter dans le village que je fais des conneries, ou que je fais pas ce qu'il faut, parce que ça, ça existe ! », M6.*

Quelques médecins, minoritaires, n'hésitaient pas à affirmer leur décision, quelque soit la réaction du patient. *« Non, en général, quand ça fonctionne pas avec les patients, moi je leur dis que je travaille comme ça, et puis si ils sont pas d'accord ils peuvent voir d'autres médecins ! », M2.*

Les médecins ont été nombreux à faire part de leurs difficultés lorsque le patient exprimait une résistance, ou était hermétique au discours de NP. *« Quelques fois, quand tu veux pas prescrire faut se battre ! Contre les préjugés ! Comme quoi il faut absolument un médicament pour guérir ! [...] Des fois tu te heurtes à un mur et tu sais très bien qu'ils iront voir ailleurs ! Ils sont complètement fermés. », M3.*

La pression perçue de la part de patients demandeurs semblait les gêner dans leur décision de NP. *« Parfois je me sens contrainte de prescrire quelque chose à la demande du patient. Mais c'est pas une pression forcément « dite », c'est le sentiment, le ressenti, lors de la consultation. On a l'impression qu'ils attendent vraiment quelque chose et qu'ils demandent. », M1.*

D'autres pointaient les obstacles dus à la patientèle gériatrique, où la réalisation de CSP était plus difficile du fait des poly pathologies rencontrées, et de leurs habitudes générationnelles à recevoir plus facilement un traitement médicamenteux. « *La population un peu plus âgée, [...] c'est les populations qu'ont vécu beaucoup la surconsommation médicamenteuse* », M3. « *Le risque c'est qu'ils disent « bah, c'est gentil, mais ça fait vingt ans que vous me donnez le même traitement, pourquoi tout d'un coup il devient inutile ?* », M5.

Enfin, l'environnement dans lequel évoluait le patient était pris en compte par les médecins, adaptant leurs prescriptions en fonction. « *Ça m'arrive de temps en temps quand, sur une otite chez un gamin, où je me dis que certaines fois c'est pas forcément justifié l'antibio, mais il va partir en vacances chez les grands parents, et qu'ils vont être complètement paniqués, je mets... dans ce cadre là !* », M3.

2.5. En lien avec l'organisation du territoire de soins

La question du remboursement des médicaments et du paiement à l'acte était aussi abordée.

La monétisation de l'acte médical semblait intervenir dans la relation médecin-malade et créer des obstacles à la NP. Plusieurs médecins témoignaient que le paiement à l'acte pouvait générer un sentiment de « rendu », de « devoir quelque chose » au patient. « *Les gens sont venus me voir, ils vont me faire un chèque de 23 euros, faut quand même bien que je leur donne une ordonnance !* », M4.

Et pouvait le faire hésiter à faire revenir son patient. « *L'idéal ça serait de leur dire ba revenez, si ça va pas mieux ! Effectivement, oui, étant donné qu'ils payent, c'est un frein.* », M4.

Ce médecin reconnaissait ainsi un avantage à la future pratique du tiers payant pour limiter ses prescriptions médicamenteuses. « *Avec le tiers payant, je pense que ça pourrait faire baisser ma prescription d'antibiotiques. Je pense que je multiplierais les consultations pour conseils, ou par exemple une otite, je dirais, vous revenez me voir dans 48 heures ! Je ferais pas d'ordonnance.* », M4.

L'absence de remboursement de certaines techniques non-médicamenteuses (psychologue, hypnothérapie) était mentionnée comme frein supplémentaire pour ne pas orienter les patients vers ces solutions. Le remboursement de certains médicaments également en vente libre, pouvait à l'inverse générer des ordonnances, par demande des patients.

Nombreux ont été les médecins généralistes à pointer du doigt le biais de la formation initiale hospitalière qu'ils avaient reçue. Ils critiquaient le manque de préparation à la médecine « de ville » et déploraient ne pas être formés à répondre aux petites pathologies de médecine générale.

Ils reconnaissaient que cette inadéquation entre les profils des patients qu'ils voyaient en consultation et l'enseignement de la faculté pouvait générer une sur-prescription dès le départ de leur exercice, difficile à rectifier par la suite. « *On prend en charge 99 % des patients qui ne mettrons jamais les*

pieds au CHU. Ce qui est une difficulté quand on est interne, et qu'on arrive dans le monde libéral, en médecine de ville, c'est à dire que c'est une inadéquation totale entre ce que les gens apportent en consultation, et ce qu'on a appris à la fac ! », M5.

Les médecins semblaient avoir conscience de l'exception française en matière de prescription. La dimension culturelle d'une société centrée principalement sur la solution thérapeutique médicamenteuse ne leur échappait pas et ils admettaient y prendre part. Ils impliquaient également les pharmaciens dans cette tendance. De part leurs obligations commerciales, ils les jugeaient pousser fréquemment les patients à ce recours au médicament.

3. Les ressources mobilisées pour dépasser ces obstacles

3.1. Déjà mises en œuvre par le médecin généraliste

Les médecins qui avaient le plus abouti leur réflexion sur leurs pratiques de la NP, avaient développé spontanément des moyens pour contourner leurs freins aux CSP.

Grace à leur attitude en consultation, ils évitaient la prescription médicamenteuse en recourant à l'écoute attentive de leurs patients, et surtout à l'explication des pathologies, et de l'évolution naturelle de celles-ci. Ils mettaient en avant la discussion et l'échange avec les patients, afin de recueillir leur adhésion à une NP, et d'éduquer leur patientèle au fil du temps.

« Ça peut m'arriver d'accepter en ayant un discours autour, et puis retravailler la question sur plusieurs prises en charge, pour au final, induire, une sorte d'ambiance de non-prescription sur le temps ! », M7.

La présentation de la balance bénéfice-risque du traitement permettait aux médecins de placer au second plan le médicament, mettant en avant une prise en charge globale du patient. *« On remet [le médicament] dans la place qu'il a à tenir qui n'est pas 90 % de la prise en charge. », M7.*

Cette démarche était utilisée et valorisée par plusieurs médecins pour remonter à l'origine de la plainte du patient, sans s'arrêter au traitement de son symptôme.

Ils n'hésitaient pas à adapter leur emploi du temps pour garder une disponibilité, pour un rendez-vous ultérieur ou au téléphone, ou pour un temps d'écoute.

« Les consultations un peu psy, je les mets juste avant la pause ! Parce que je sais que du coup j'ai du temps, ou alors je les mets en dernier, le dernier rendez-vous de la journée ! Pour avoir cet effet positif « temps », je suis pas trop stressé. », M7.

Cette qualité d'adaptation pouvait se traduire par une gestuelle et un langage choisi du médecin, comme un examen clinique appuyé, afin de remporter l'adhésion du patient et d'éviter une prescription médicamenteuse.

« Si je vois que j'ai envie de ne rien prescrire, l'examen clinique, c'est essentiel ! Si tu ne prescribes rien, mais qu'en plus, tu ne les examines pas, ça, tu ne peux pas faire ! Ce que j'utilise aussi, au niveau langage, je dis aux gens : « oh, ba je suis rassurée, chez vous, on va pouvoir s'en sortir sans antibiotiques ! ». Ça c'est une de mes phrases préférées pour les antibios. Quand je sens qu'il y a une petite résistance. », M4.

En matière de langage, un autre médecin expliquait pratiquer la suggestion positive, pour valoriser le patient sans avoir recours au médicament. *« Je vais plus dans la réassurance ! À partir du moment où il y a un vrai lien thérapeutique, ça a du sens ! Notre pouvoir de prescription... par la suggestion. Dans la suggestion, tu fais qu'ils vont aller mieux... je leur dis, d'ailleurs, que c'est un pouvoir ! Ils le savent qu'ils sont capables de gérer certaines situations ! », M5.*

L'alternative concrète proposée au patient en remplacement du médicament se traduisait souvent par la délivrance d'une ordonnance de conseils, ou bien l'orientation vers une thérapeutique non-médicamenteuse, qu'elle soit ou non pratiquée par le médecin qui la proposait.

« Je suis dans beaucoup de situations quasiment sûr que je ferais pas mieux avec des médicaments. Que le conseil a plus de poids. Donc j'ai envie de conclure une consultation avec ça ! », M7.

Le support de l'ordonnance était important pour la majorité d'entre eux, permettant de personnaliser les conseils, d'en permettre la transmission à l'entourage du patient, et d'en assurer la pérennité. *« Moi c'est ça qui m'a aidé à prescrire moins de médicaments, c'est que sur l'ordonnance je mets « conseil » et par exemple, « gastro » je mets « s'hydrater » voilà. », M4.*

3.2. Attentes et propositions pour une évolution des pratiques

Quelques médecins posaient les conditions d'une évolution des pratiques de prescription. Trois grands axes de propositions ressortaient.

L'attente d'une revalorisation financière du temps médical était au premier plan, pour supprimer la pression de l'emploi du temps à remplir, avoir plus de temps en consultation, et valoriser l'investissement auprès d'une patientèle chronique dont le praticien en est le médecin traitant.

« On peut garder une part de paiement à l'acte ! Mais je pense que la base de notre activité en tant que médecin traitant d'une patientèle, et donc d'administration, de gestion d'une patientèle de proximité, ça pourrait être tout à fait, un forfait ! », M8.

Certains médecins souhaitaient une limitation de l'influence pharmaceutique. Ils considéraient la publicité médicamenteuse comme de la « désinformation », les contrant dans leur démarche visant à

« *désacraliser* » le médicament auprès du patient. Ils étaient demandeurs de la multiplication des campagnes de sensibilisation à destination du public. La suppression des visites de délégués médicaux de laboratoire était parfois évoquée.

Ils proposaient également d'insister sur la formation initiale des futurs médecins généralistes, ou sur la formation continue des médecins déjà en exercice, en proposant des formations plus nombreuses pour sensibiliser aux techniques non-médicamenteuses. L'apprentissage d'autres manières de conduire la discussion avec le patient, comme l'enseignement des techniques d'entretien motivationnel, étaient suggérées.

Enfin, un médecin reconnaissait un avantage à bénéficier d'une analyse objective de sa pratique, déjà apportée par les « rémunérations sur objectifs de santé publique » (ROSP) instaurées par l'assurance maladie, pour remettre en question ses pratiques.

DISCUSSION

Cette étude a permis de révéler les multiples questionnements auxquels sont exposés consciemment ou inconsciemment les médecins généralistes, dans les situations où la consultation pourrait se terminer par une NP.

Elle présente toutefois quelques limites qu'il convient de souligner.

1. Limites de l'étude

Les médecins participants appartenaient tous à un milieu d'exercice de type rural ou semi-rural, ce qui n'a pas permis d'explorer les réactions de médecins exerçant une médecine plus urbaine. Cependant, la densité médicale de la zone d'emploi du médecin ne semble pas significativement influencer ses prescriptions, selon l'étude de la Drees (2).

Le nombre d'entretiens assez restreint peut être expliqué par un nombre important de réponses négatives ou d'absence de réponse aux sollicitations de rendez-vous, eut égard au temps imparti pour réaliser cette étude. Les derniers entretiens ont tout de même permis d'observer une redondance des idées. La durée des entretiens, dépassant fréquemment les 40 minutes, est également à souligner.

La population de l'étude aurait pu être enrichie de médecins exerçant seuls.

Concernant l'enquêtrice, sa qualité de médecin généraliste remplaçante a pu induire un biais en influençant les réponses des médecins, face à une consœur. Toutefois, cela a pu permettre d'établir un climat de confiance, une connivence, profitable à l'auto-analyse de comportements parfois inconscients.

La réalisation d'entretiens semi-directifs nécessite une expérience dans la formulation et la posture de l'enquêteur (19). La maîtrise performante de cette technique a pu être partielle, notamment au début du travail.

2. Interprétation des résultats

La lecture des différents déterminants de la non-prescription laisse une impression de complexité.

La consultation de médecine générale se construit autour de plusieurs éléments : le médecin et sa personnalité, ses choix organisationnels et son parcours professionnel ; le patient et son contexte personnel ; le cadre de la consultation, temporel, spatial, s'inscrivant dans une organisation des soins propre à chaque pays (9,21,22).

Ces ensembles viennent installer, influencer et prendre part à la relation qui se construit entre un patient et son médecin. Cette relation médecin-malade est au centre de la décision de prescription, l'ordonnance venant symboliser cet échange (22).

Les médecins de cette étude confirment la rareté des situations de NP retrouvée dans la littérature, comme dans le travail de la DREES qui ne comptabilisait que 14 % de consultations ne s'accompagnant ni d'actes thérapeutiques ni de prescriptions (2), ou dans celui de la SFMG, qui ne retrouvait que 17 % des consultations n'étant suivies d'aucune prescription médicamenteuse. (4).

Certains médecins sont prêts à une évolution des pratiques de prescription, en théorie, et notent une sensibilisation dans ce sens chez leurs patients les plus jeunes. Selon l'enquête IPSOS réalisée à la demande de l'assurance-maladie, les patients seraient en effet presque unanimes pour dire que des attitudes de non-prescription valoriseraient l'image qu'ils ont de leur médecin. Toujours selon cette étude, les praticiens seraient également majoritaires à penser que le fait de donner « plus de conseils » et « moins de médicaments » à leurs patients serait de nature à conforter leur image (3).

D'autres médecins ne sont pas arrivés à ce stade de réflexion. La réalisation de plus de CSP en pratique, semble encore difficile.

La synthèse des thèmes qui ressortent de notre étude permet de mettre en lumière trois entités jouant un rôle primordial dans l'équation de la NP, et éclairant les difficultés rencontrées par les médecins généralistes à aboutir une consultation sans prescription de médicament.

2.1. Le médecin et son organisation

Le médecin, sa personne, son organisation, est une première entité influençant la décision de ne pas prescrire.

Le manque d'assurance semble gêner les plus jeunes médecins de cette étude, tandis que des habitudes de prescription ancrées au fur et à mesure des années d'exercice entraînent parfois les plus âgés à plus de prescriptions. Ces derniers soulignent pourtant l'assurance et le recul apporté par l'expérience professionnelle, comme favorisant la non-prescription.

L'influence de l'âge du médecin sur ses prescriptions a été étudiée à de nombreuses reprises dans la littérature. Pour expliquer cette corrélation, Sophia Rosman notait dans son étude une difficulté des médecins plus âgés à changer leurs pratiques de prescription une fois le rituel de l'ordonnance installé auprès de leur patientèle (7).

D'autres études ont relevé une majoration des prescriptions médicamenteuses en rapport avec un degré important d'incertitude diagnostique, ces situations étant fréquemment observées chez des jeunes médecins en début de carrière (2,8,23,24).

L'âge plus avancé du médecin apparaît donc tantôt allant à l'encontre de la NP, tantôt les favorisant par l'expérience accumulée.

La facilité à réaliser une NP ne serait donc pas directement corrélée à l'âge du médecin, mais plutôt reliée à son expérience, son parcours professionnel, d'autant plus si celui-ci est enrichi de réflexions quant à sa pratique de prescription.

Un élément supplémentaire relevé dans les propos des participants de notre étude, et peu évoqué dans la littérature, est l'impact du vécu de situations de maladies personnelles ou familiales du médecin. Ces vécus viennent alimenter l'expérience du généraliste sous un autre angle, et influencer ses prescriptions.

La capacité du médecin à s'interroger sur ses propres pratiques est en partie dépendante de son environnement professionnel.

Les médecins de notre étude reconnaissent facilement l'influence de leurs collègues sur leurs prescriptions, dans un sens comme dans l'autre. La participation aux échanges entre pairs et l'accueil d'étudiants favorise la remise en question des pratiques. Le rapport du généraliste au médecin d'une autre spécialité peut engendrer à l'inverse une sur-prescription.

Anne Vega met en avant dans son travail que le mode d'organisation du travail médical en France est un facteur de sur-prescription, car favorisant peu la communication entre prescripteurs (9).

Comparé à d'autres pays comme les Pays-Bas, le modèle français est moins porté sur l'incitation aux échanges interprofessionnels, à la communication entre généralistes et autres spécialistes. Une autre tradition hexagonale est la valorisation de l'autonomie dans le travail. Les médecins, très indépendants, ne souhaitent pas imposer quoi que ce soit à leurs confrères. Certains médecins généralistes se jugent également moins compétents que les autres spécialistes pour remettre en question leurs traitements (9).

Une tendance pour un regroupement des professionnels semble être à l'œuvre avec la création des maisons de santé pluridisciplinaires. Il est sûr que de favoriser ces échanges pourrait permettre de meilleures pratiques de prescription. La création d'un « contrôle social », grâce à la mise en place de groupes de prescripteurs se côtoyant régulièrement favoriserait l'harmonisation des pratiques. Ce fonctionnement existe déjà aux Pays-Bas à l'échelle nationale, pays européen où la prescription médicamenteuse est dans les plus basses (7).

Le poids de l'industrie pharmaceutique dans le cheminement intellectuel du médecin semble encore mésestimé ou nié par certains praticiens. Pourtant, le rôle des stratégies commerciales des laboratoires est largement reconnu (25).

Les médecins sont en demande d'information constante sur les évolutions médicales. Mais cette information médicale est peu indépendante de toute publicité médicamenteuse (9,26).

Des progrès sont à faire pour permettre au médecin de s'informer tout en gardant le recul nécessaire et en exerçant son esprit critique.

Un autre aspect influençant la réflexion du médecin sur ses pratiques est celui de la formation initiale qu'il a reçue.

Les médecins notent ici la discordance qu'il peut y avoir entre une formation principalement hospitalière, et la réalité de leur pratique d'une médecine de « ville », requérant une pluralité des compétences à laquelle ils ne se sentent pas toujours bien préparés.

Plusieurs auteurs ont établi dans leurs travaux ce lien entre inadéquation de la formation du médecin généraliste et prescriptions inappropriées. D'un côté, la formation hospitalière y est reconnue comme « *une école prescriptrice, souvent loin des problématiques liées à la symptomatologie bénigne pouvant faire envisager la non-prescription* » (11,27), et d'un autre côté, l'insuffisance d'enseignement d'alternatives thérapeutiques ou de connaissances en sciences humaines, est en partie responsable de la rareté des NP (9).

Les médecins de notre étude ont proposé le développement d'enseignements universitaires allant vers les thérapeutiques non-médicamenteuses. Nous pourrions aller encore plus loin et proposer que la formation des futurs médecins généralistes soit davantage centrée sur les particularités de ce métier. Des apprentissages plus approfondis, et en situation pratique, sur les pathologies rencontrées en médecine générale, ainsi que sur leurs prises en charge thérapeutiques spécifiques, seraient profitables. Par ailleurs, favoriser pour les étudiants en médecine une meilleure connaissance des autres professions de santé serait bénéfique, comme cela a déjà été démontré (28).

Ces interventions pourraient réduire l'utilisation du médicament par les praticiens pour pallier l'incertitude diagnostique, pour se prémunir des risques supposés, redoutés ou éprouvés (23,24,29).

Ces évolutions semblent amorcées grâce à la généralisation des DMG depuis les années 90, et la création de la filière universitaire de médecine générale depuis les années 2000, permettant la reconnaissance de cette spécialité et proposant un enseignement prodigué par les médecins généralistes eux-mêmes (30).

2.2. Le patient et le cadre de la consultation

Le patient assis en face du médecin, et le cadre de la consultation composent une deuxième entité formant un ensemble de pressions extérieures sur le prescripteur.

Le motif de consultation semble curieusement assez absent du discours des participants de cette étude. Pourtant, selon l'étude de la DREES, le nombre de médicaments prescrits varie selon le diagnostic établi (2).

L'enjeu principal de cette étude était l'analyse d'une situation de non-prescription, expliquant peut-être cette absence de la pathologie dans les propos des médecins, les participants se projetant alors dans l'imagination de pathologies bénignes, ne requérant pas un traitement indispensable à leur guérison. Ils n'ont semblé avoir aucune difficulté à imaginer ces situations, ce qui laisse penser qu'elles pourraient être bien plus fréquentes.

Les médecins de cette étude ressentent parfois une pression de la part de leurs patients en demande d'un traitement médicamenteux. Comme le décrivent les auteurs de l'enquête IPSOS santé, « *si la pression concoure évidemment directement à des réflexes de prescription, elle rend également très difficile d'envisager l'idée de la non-prescription.* » (3). Pourtant, il a été à de nombreuses fois rapporté dans des études réalisées auprès de patients, que les attentes de ces derniers étaient souvent mal estimées par le médecin (3,21,26).

Quelle est la réalité de ces pressions rapportées par les médecins ? Ne sont-t-elles pas plutôt l'expression pour le patient d'une plainte insuffisamment écoutée, ou non prise en compte par le médecin ?

Les pressions relatives au cadre de la consultation, telles que la charge d'un emploi du temps entraînant fatigue, manque de temps et de disponibilité du médecin, ainsi que la pression financière d'une activité libérale qu'il faut malgré tout « rentabiliser », sont largement abordées par les médecins de notre étude, et font écho aux nombreux écrits qui ont relaté ces difficultés (8,21,29).

La prescription médicamenteuse serait ainsi un révélateur important de l'état de fatigue ou d'épuisement professionnel des praticiens (7).

La pression du paiement à l'acte est très bien décrite par Sophia Rosman dans son étude comparative des pratiques des médecins français et hollandais. Les observations de consultation ont permis selon elle, de se rendre compte que « *le patient français domine la fin de la consultation en retenant son règlement si ses besoins n'ont pas été satisfaits, faisant émerger chez le praticien un sentiment qui oscille entre la culpabilité et le remerciement* » (7).

Ce mode de paiement des soins incite à des consultations courtes, et moins centrées sur le patient dans sa globalité (21). Une réflexion sur la rémunération de l'acte médical est fortement demandée par les participants de notre étude. Ils critiquent également la difficulté d'accès aux thérapeutiques non-médicamenteuses, ainsi que l'absence de remboursement de celles-ci.

Ceci peut nous amener à une réflexion plus globale sur notre système de soin. Les influences socioculturelles françaises observées dans la littérature (8,9), sont aussi notées par les médecins qui perçoivent les demandes des patients comme centrées sur la réparation de leurs symptômes. Même si

les attentes des patients sont mal interprétées par les praticiens, ces derniers disent ressentir cette représentation optimiste du médicament, favorisée par la promotion de la publicité médicamenteuse.

Comment faire tomber ces pressions extérieures dans l'esprit du médecin au moment où il décide de ne pas prescrire ? Comment élargir le cadre contraignant de la consultation en médecine libérale ?

En dehors des propositions déjà abordées, continuer à optimiser le fonctionnement quotidien du généraliste paraît une priorité, notamment pour ce qui est des tâches administratives.

Le bénéfice certain d'une meilleure sensibilisation et éducation thérapeutique des patients n'est plus à prouver.

2.3. La relation médecin-malade

La troisième entité venant influencer le praticien, et sûrement la plus importante, est la dimension relationnelle qui existe entre le médecin et son patient. Là s'exprime une complexité de sentiments difficiles à analyser pour le médecin. Et pourtant c'est peut-être là que réside l'explication la plus importante des obstacles à la NP.

L'exercice de la médecine libérale prend parfois une dimension « commerciale », avec un enjeu de séduction, une nécessité pour le médecin de plaire, car choisi pour ses compétences, mais aussi pour la relation qu'il instaure avec son patient (8). Certains médecins de notre étude sont venus corroborer ces observations par leurs propos.

Ainsi, connaître sa patientèle, instaurer avec ses patients une relation de longue durée entraîne parfois le médecin dans une relation de service qui peut le mener aux prescriptions médicamenteuses. A l'inverse, comme le retrouve dans son travail Anne Vega, avoir une patientèle façonnée à l'image du médecin, et partageant sa vision de la place du médicament, est primordial pour pouvoir exercer librement (7).

Le désir du médecin de contenter son patient, d'être « utile », correspond autant à sa position d'expert en santé, qu'à une volonté plus narcissique de valoriser par là sa compétence.

Le besoin de valorisation et de légitimation professionnelle semble fort et peut être mis en relation avec une perception dévalorisée du travail de médecin généraliste par les médecins eux-mêmes qui se plaignent parfois de faire de la « bobologie » (7,24).

L'utilisation du médicament comme support de communication (pour rassurer, mettre fin à une consultation, faire un compromis) et de valorisation, est probablement le fruit de ces sentiments complexes (22). L'ordonnance devient la preuve matérialisée de la capacité du médecin à poser un diagnostic et à trouver un traitement (7).

La compréhension de cette relation rend compte de la singularité du métier de généraliste et facilite la compréhension de l'impact qu'elle peut avoir sur ses décisions de prescription ou de NP.

La modification des comportements de prescription devra forcément tenir compte de cette spécificité.

CONCLUSION

L'idée qu'une meilleure santé ne signifie pas toujours plus de médicaments fait son chemin dans l'opinion des médecins et des patients. Il devrait être possible de pouvoir construire en consultation un dialogue qui serait compris comme un véritable acte médical : écouter, examiner, expliquer, rassurer sont aussi des actions ayant leur propre valeur thérapeutique.

La non-prescription n'en reste pas moins une équation complexe à plusieurs paramètres, et la question de la consultation sans prescription ne peut finalement pas être abordée en faisant l'économie d'une réflexion plus large sur le métier de médecin généraliste et l'importance de la relation médecin-malade, au centre de cette équation.

Pour mieux apprécier les tenants et les aboutissants de cette relation, l'approfondissement de travaux auprès des patients, explorant leurs perceptions est indispensable, ainsi que la nécessité d'une compréhension toujours plus fine des raisonnements auxquels sont exposés les médecins généralistes en médecine libérale aujourd'hui.

Ces analyses pourraient permettre d'explorer plus attentivement les attentes et les propositions des médecins afin de mettre en place des actions concrètes pour encourager ce changement naissant des pratiques de prescription.

Imprimé n° 4



Scolarité médecine 3^{ème} cycle
2 avenue Professeur Léon Bernard
35043 RENNES Cedex

FACULTE DE MEDECINE

NOM et Prénom : BOURBON Laurie

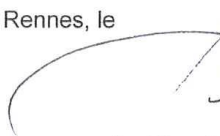
TITRE DE LA THESE D'EXERCICE

(Ce document sera à insérer dans les thèses définitives)

Titre :

La consultation sans prescription médicamenteuse : Perceptions des médecins généralistes, obstacles à la non-prescription, et conditions pour une évolution des pratiques.

Rennes, le


Docteur Jean Yves BARON
N° AM : 351038385
@ BPPS : 10002644655

Le Directeur de thèse

Rennes, le


Professeur O. DECAUX
Service de Médecine Interne
CHU Rennes - Hôpital Sud
Tél.: 02 99 26 71 28 - Fax : 02 99 26 71

Le Président de jury

Vu et permis d'imprimer

Rennes, le

25 AVR. 2016

Le Président de l'Université
de Rennes1




D. ALIS

BIBLIOGRAPHIE

1. Beffy M, Roussel R, Solard J, Mikou M, Bouvet M, Soual H. Les dépenses de Santé en 2014 : Résultats des Comptes de la santé. DREES; 2015. [En ligne]. Disponible sur : http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_cns_2015_commission.pdf. [Consulté le 29 mars 2016].
2. Amar E, Pereira C. Les prescriptions des médecins généralistes et leurs déterminants. DREES. nov 2005;(440):12. [En ligne]. Disponible sur: <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er440.pdf> [Consulté le 28 févr 2013].
3. IPSOS santé pour la CNAM. Les Européens, les médicaments et le rapport à l'ordonnance : synthèse générale. 2005 févr. [En ligne]. Disponible sur: http://ars.sante.fr/fileadmin/MIDI-PYRENEES/2_BON_USAGE/Fichiers/ANTIBIOS_Etudeeuropeensetmedicaments.pdf [Consulté le 16 avr 2014].
4. SFMG Kandel O, Duhot D, Very G, Lemasson J-F, Boissault P. Existe-t-il une typologie des actes effectués en médecine générale? Rev Prat Médecin Générale. 7 juin 2004;tome 18(656/657):781-4. [En ligne]. Disponible sur : http://www.sfm.org/data/generateur/generateur_categorie/2/fichier_article_typo_rdpf2cc3.pdf [Consulté le 22 mars 2016].
5. Fainzang S. Les médecins, les malades et les médicaments: un obscur objet de désir? [En ligne]. Disponible sur : https://www.canal-u.tv/video/universite_de_bordeaux/les_medecins_les_malades_et_les_medicaments_un_obscur_objet_de_desir.7853 [Consulté le 24 avr 2016].
6. Saillant F. Sylvie Fainzang, Médicaments et société. Le patient, le médecin et l'ordonnance. Paris, Presses Universitaires de France, Collection Ethnologie Controverses, 2001, 156 p., bibliogr. *Anthropol Sociétés*. 2003;27(2):207. [En ligne]. Disponible sur : <http://id.erudit.org/iderudit/007454ar> [Consulté le 5 mars 2014].
7. Rosman S. Les pratiques de prescription des médecins généralistes. Une étude sociologique comparative entre la France et les Pays-Bas. Dans : *Singuliers Généralistes, sociologie de la médecine générale*. Presses de l'EHESP. 2010. p. 423. (Schweyer F-X. *Métiers Santé Social*).
8. Vega A. Médecins et médicaments. Un regard sociologique. *Médecine*. 1 mars 2009;5(3):133-6. [En ligne]. Disponible sur: <http://www.jle.com/fr/revues/medecine/med/e-docs/00/04/48/E4/resume.phtml> [Consulté le 16 avr 2014].
9. Vega A. Prescription du médicament en médecine générale. Première partie : déterminants culturels de la prescription chez les médecins français. *Concepts Outils*. avr 2012;169:73. [En ligne]. Disponible sur: http://www.jle.com/download/med-292580-prescription_du_medicament_en_medecine_generale_premiere_partie_determinants_culturels_d_e_la_prescription_chez_les_medecins_francais--Vxyazn8AAQEAAGZQCc0AAAAP-a.pdf [Consulté le 16 avr 2014].
10. Paris V, Lancry P-J. Âge, temps et normes : une analyse de la prescription pharmaceutique. *Économie Prévision*. 129(3):173-87. [En ligne]. Disponible sur : http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/ecop_0249-4744_1997_num_129_3_5871 [Consulté le 18 mars 2014].
11. Hauvespre B. La non-prescription : représentations et vécu des médecins généralistes : étude qualitative à partir de 13 entretiens [Thèse d'exercice]. Lyon, France : Université Claude Bernard; 2012.

12. Legal R, Pilorge C. Variabilité des pratiques de prescription des médecins généralistes et ajustement au risque. [En ligne]. Disponible sur : http://www.ces-asso.org/sites/default/files/Legal_Pilorge_0.pdf [Consulté le 18 mars 2014].
13. Institut de recherche et documentation en économie de la santé (France) M Julien, Renaud T, Scemama O. Variabilité des pratiques médicales en médecine générale : la prescription d'antibiotiques dans la rhinopharyngite aiguë. Paris: CREDES; 2003.
14. Naudin F, Sermet C. La prescription de médicaments à service médical rendu insuffisant en 2001. IRDES; 2004. [En ligne]. Disponible sur : <http://www.irdes.fr/Publications/Rapports2004/rap1527.pdf> [Consulté le 8 avr 2014].
15. Grandfils N, Sermet C. La prescription d'antibiotiques chez les généralistes, Evolution 1992-2002. Bull Inf En Économie Santé. déc 2004;(87).
16. Amalric F, Looock J. Caractériser le « modèle français de prescription ». Une évaluation critique des indicateurs utilisés. IMS Health; 2008. [En ligne]. Disponible sur : <http://www.leem.org/sites/default/files/1430.pdf>
17. Deleplanque D, Hennion-Gasrel F, Diblanc-Stamm A, Rochoy M, Messaadi N. Consultations sans prescription médicamenteuse: ressentis des médecins et des patients. Exercer. 2015;26(117):13-21.
18. Côte L, Turgeon J. Comment lire de façon critique les articles de recherche qualitative en médecine. Pédagogie Médicale. mai 2002;3(2):81-90. Disponible sur : <http://www.pedagogie-medicale.org/10.1051/pmed:2002018> [Consulté le 21 mars 2016].
19. KAUFMANN J-C, de Singly F. L'entretien compréhensif. 3ème édition. Paris : Armand Colin; 2011. 127 p. (128; vol. L'enquête et ses méthodes).
20. Blanchet A, Gotman A. L'entretien. 2ème édition. Paris : Armand Colin; 2007. 126 p. (128; vol. L'enquête et ses méthodes).
21. Gallois P, Vallée J-P, Le Noc Y. La consultation du généraliste en 2010. Pour une médecine centrée sur le patient. Médecine. 2010;6(5):221–227. [En ligne]. Disponible sur : <http://www.jle.com/fr/revues/medecine/med/e-docs/00/04/58/CB/resume.phtml> [Consulté le 8 avr 2014].
22. Collin J. Rationalité et irrationalité à l'origine du mésusage des médicaments. Actual Doss En Santé Publique. 1999;27:55–58. [En ligne]. Disponible sur : <http://www.hcsp.fr/hcspi/explore.cgi/ad275558.pdf> [Consulté le 27 janv 2015].
23. Gallois P. Gérer l'incertitude de la pratique médicale. Médecine. 2010;6(3):124–126. [En ligne]. Disponible sur : http://www.jle.com/fr/revues/med/e-docs/gerer_1_incertainite_de_la_pratique_medicale_284248/article.phtml [Consulté le 19 avr 2016].
24. Bloy G. L'incertitude en médecine générale : sources, formes et accommodements possibles. Sci Soc Santé. 1 mars 2008;26(1):67-91. [En ligne]. Disponible sur : http://www.cairn.info/resume.php?ID_ARTICLE=SSS_261_0067 [Consulté le 19 avr 2016].
25. Vega A. Les surprescriptions de médicaments en France : le vrai méchant loup de l'industrie pharmaceutique. Formindep. 2011. [En ligne]. Disponible sur : <http://www.formindep.org/Les-surprescriptions-de.html> [Consulté le 26 avr 2016].

26. Gallois P, Vallée J-P, Noc YL. Prescription médicamenteuse : un acte sous influences. *Médecine*. 1 déc 2007;3(10):456-61. [En ligne]. Disponible sur : <http://www.jle.com/fr/revues/medecine/med/e-docs/00/04/38/B5/resume.phtml> [Consulté le 14 févr 2014].
27. Gallois P. *Médecine au quotidien...Prendre soin et soigner : le malade autant que la maladie*. UnaformeC. 2010.
28. Fiquet L, Hugué S, Annezo F, Chapron A, Allory E, Renaut P. Une formation inter professionnelle pour apprendre à travailler ensemble. La perception des étudiants en santé. *Pédagogie Médicale*. mai 2015;16(2):105-17. [En ligne]. Disponible sur : <http://www.pedagogie-medicale.org/10.1051/pmed/2015018> [Consulté le 21 mars 2016].
29. Vega A. Prescription du médicament en médecine générale Deuxième partie : Paradoxes et propositions. *Médecine*. 1 mai 2012;8(5):223-6. [En ligne]. Disponible sur : <http://www.jle.com/fr/revues/medecine/med/e-docs/00/04/80/74/resume.phtml> [Consulté le 16 avr 2014].
30. Delahaye-Guillaucheu V, Jeannet A, Vernerey M, Mallet F, Pittoors J-P, et al. Création de la filière universitaire de médecine générale. Inspection générale de l'administration de l'éducation nationale et de la recherche Inspection générale des affaires sociales; 2007 mars; p. 74. [En ligne]. Disponible sur : http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/074000231/index.shtml#book_sommaire [Consulté le 26 avr 2016].

GLOSSAIRE

NP : Non-Prescription

CSP : Consultation Sans Prescription médicamenteuse

DREES : Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques

ROSP : Rémunération sur Objectifs de Santé Publique

DMG : Département de Médecine Générale

MG : Médecin Généraliste

SFMG : Société Française de Médecine Générale

ANNEXE 1 – Grille d'analyse : Thèmes et sous-thèmes

Pratiques, état des lieux des CSP

Définitions, fréquence

Situations où la NP est difficile

Ressentis des médecins par rapport aux CSP

Motivations du médecin à réaliser des CSP

Déterminants de la CSP : obstacles et éléments favorisants

➤ *En lien avec le médecin*

Question générationnelle, formation initiale

Cheminement intellectuel

Evolution avec le temps, expérience professionnelle, assurance

Expérience personnelle de la maladie, histoire personnelle

Statut : indépendance professionnelle, avoir sa propre patientèle, sélection

Besoin de valorisation du médecin, sentiment d'utilité, culpabilité de ne rien donner

Prescriptions automatiques, habitudes de prescription

Prescriptions par anticipation, au cas où

Prescriptions de prévention

Prescriptions de protection médicale

Utilisation de l'effet placebo ou thérapeutique de compromis

Se débarrasser de la consultation, y mettre un terme

➤ *En lien avec l'organisation du médecin*

Environnement professionnel, échanges de pratiques, prescriptions faites par d'autres

Etre maître de stage

Laboratoires, visiteurs médicaux

➤ *En lien avec le cadre de la consultation*

Manque de temps, fatigue, découragement

Indisponibilité pour revoir

Contexte épidémique, saison, pathologies isolées

➤ ***En lien avec le patient***

Relation médecin-malade, satisfaction du patient
 Valorisation du patient, preuve de prise en compte
 Confiance du patient
 Crainte du conflit, mauvaise réputation, prescriptions de protection
 Patients résistants, incompréhension du discours de NP
 Pression des patients, patients demandeurs
 Patientèle formatée, âge de la patientèle
 Contexte, environnement du patient

➤ ***En lien avec l'organisation du territoire de soin***

Paieement à l'acte, tiers payant, aspect financier pour le patient
 Remboursement des médicaments
 Type de formation initiale : biais d'une formation hospitalière
 Déterminants culturels, société de consommation

Attitudes, stratégies des médecins généralistes

➤ ***Stratégies personnelles du médecin***

Expliquer, renseigner, éduquer, balance bénéfice-risque, échange, adhésion
 Prise en charge globale, médicament remis à sa place, trouver l'origine du symptôme
 Organiser son emploi du temps, disponibilité téléphonique
 Utilisation d'une gestuelle, un langage, accentuer l'examen clinique
 Support de l'ordonnance

➤ ***Alternatives proposées au patient***

Un conseil
 Des fiches-informations
 Thérapeutiques non-médicamenteuses

Propositions du médecin pour un changement

Revalorisation financière
 Plus de temps, plus de disponibilité
 Limiter les publicités médicamenteuses, campagnes de sensibilisation
 Interdire les visiteurs médicaux
 Actions sur la formation initiale, continue, accueil d'étudiants
 Evaluation objective de la pratique

ANNEXE 2 - Freins et éléments favorisant la NP

Influence variable		FREINS à la NP	FAVORISE la NP
Médecin			Médecin
<ul style="list-style-type: none"> • Génération plus âgée • Manque d'assurance du MG, diagnostic incertain • Besoin de se sentir « utile » • Routine d'exercice / habitudes de prescription • Mécanismes d'anticipation • Ordonnances de prévention • Utilisation du médicament comme outil (compromis, minimisation de la pathologie, mettre un terme à la consultation) 	<i>Expérience personnelle</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Jeune âge du médecin (sensibilisation à la NP) • Expérience professionnelle - - - - - - 	
	<i>Patientèle habituelle</i>		
Choix organisationnels			Choix organisationnels
<ul style="list-style-type: none"> • Accueil des visiteurs des laboratoires • Aspect financier 	<i>Environnement professionnel</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Maître de stage - 	
Cadre de la consultation			Cadre de la consultation
<ul style="list-style-type: none"> • Contexte de la consultation (temps, disponibilité, épidémie) • Facteur humain : médecin découragé, fatigué 		<ul style="list-style-type: none"> - - - 	
Patient			Patient
<ul style="list-style-type: none"> • Contexte du patient • Pression, résistance du patient • Patients gériatriques 	<i>Satisfaction du patient perçue par le médecin</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Confiance du patient - - 	
Facteurs extérieurs / système de soins			Facteurs extérieurs / système de soins
<ul style="list-style-type: none"> • Monétisation de l'acte médical • Non-remboursement, indisponibilité techniques non-médicamenteuses • Formation initiale • Facteurs culturels 		<ul style="list-style-type: none"> - - - - 	

■ implique la relation médecin-malade

U.F.R. DE MEDECINE DE RENNES		N°
<p>BOURBON, Laurie. La consultation sans prescription médicamenteuse : Perceptions des médecins généralistes, obstacles à la non-prescription, et conditions pour une évolution des pratiques.</p> <p>42 feuilles, 0 illustrations, 0 graphiques, 2 tableaux, 30cm. Thèse Médecine ; Rennes 1; 2016.</p>		
<p>Introduction: La majorité des consultations en France donnent lieu à la prescription d'au moins un médicament. La non-prescription (NP) apparaît rare, laissant supposer que les médecins généralistes rencontrent des obstacles à réaliser des consultations sans prescription médicamenteuse (CSP). Objectif : L'objectif principal de cette étude était d'explorer les perceptions des médecins généralistes, de connaître les déterminants de la CSP et de mettre à jour les obstacles à la NP. L'objectif secondaire était de connaître les ressources mobilisées par les médecins généralistes pour faire face à ces obstacles, et d'envisager avec eux les pistes d'amélioration pour faire évoluer les pratiques. Méthodes : Une étude qualitative par entretiens semi-directifs a été menée auprès de médecins généralistes du Sud de l'Ille-et-Vilaine. Une analyse thématique avec codage manuel a été réalisée afin de dégager des thèmes et sous-thèmes d'analyse. Résultats : 9 entretiens ont été réalisés. De nombreux freins à la NP sont liés au médecin, au patient et au cadre de la consultation. Le temps dont dispose le médecin, la demande du patient, le manque d'assurance sont des obstacles. La complexité de l'équation de la NP apparaît surtout dans l'existence de la relation médecin-malade. Les raisonnements du généraliste sont conditionnés par la complexité de cette relation, et le médicament devient un outil de compromis, de réassurance, de preuve de l'utilité du médecin auprès du patient. Pour lever ces freins, les médecins proposent une action sur la formation initiale et continue, sur la rémunération du temps médical, et sur les campagnes de sensibilisation. Conclusion : La NP est une équation complexe à plusieurs paramètres, au centre de laquelle se trouve la relation médecin-malade. Les médecins sont prêts en théorie à plus de CSP. La réalisation pratique semble également possible, mais celle-ci passe par la compréhension plus fine des raisonnements auxquels sont exposés les médecins généralistes en médecine libérale aujourd'hui.</p>		
Rubrique de classement :	MEDECINE GENERALE	
Mots-clés :	Médecine Générale – Consultation médicale – Médicament - - Prescription – Thérapeutique non médicamenteuse – relations médecin-patient – Sociologie de la santé.	
Mots-clés anglais MeSH :	Family Practice – Office Visits – Drugs - - Prescribing – Physician-Patient Relations – Sociology, Médical.	
JURY :	Président :	Monsieur le Professeur Olivier DECAUX
	Assesseurs :	Monsieur le Docteur Jean-Yves BARON Monsieur le Docteur Ronan GARLANTEZEC Monsieur le Docteur Pierric RENAUT