



HAL
open science

Quelle est la perception et la stratégie de réponse des médecins généralistes de la région bayonnaise face à l'intervention du patient dans la rédaction de l'ordonnance ?

Simon Emmanuel

► To cite this version:

Simon Emmanuel. Quelle est la perception et la stratégie de réponse des médecins généralistes de la région bayonnaise face à l'intervention du patient dans la rédaction de l'ordonnance ?. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-02520531

HAL Id: dumas-02520531

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02520531>

Submitted on 26 Mar 2020

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

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

Université de Bordeaux
U. F. R DES SCIENCES MEDICALES

Année 2020

Thèse n°2

Thèse pour l'obtention du
DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 23 janvier 2020

Par Simon EMMANUEL

Né le 26 février 1988 à Saint-Malo (35)

**Quelle est la perception et la stratégie de réponse des médecins généralistes de la région
Bayonnaise face à l'intervention du patient dans la rédaction de l'ordonnance ?**

Sous la direction de Monsieur le Docteur Baptiste LUACES

Membres du jury :

Monsieur le Professeur Jean-Philippe JOSEPH (président)
Monsieur le Docteur Yves MONTARIOL (rapporteur)
Monsieur le Professeur Fabrice BONNET
Madame le Docteur Elisa PIERRARD
Monsieur le Docteur Baptiste LUACES

REMERCIEMENTS

J'adresse mes remerciements à ceux qui m'ont aidé dans la rédaction de ce travail mais aussi à tous ceux qui m'ont accompagné sur ce long parcours de vie qu'est l'apprentissage de la médecine.

À notre Président du jury,

Monsieur le Professeur Jean-Philippe JOSEPH,

Professeur des Universités

Coordonnateur du DES de Médecine Générale.

Vous me faites l'honneur de présider ce jury de thèse.

Votre investissement dans la formation des médecins généralistes est un exemple.

Soyez assuré de mon profond respect.

À nos juges,

Monsieur le Docteur Yves MONTARIOL

Docteur en Médecine Générale

Maître de Conférences.

Vous me faites l'honneur de rapporter et d'évaluer cette thèse.

Je vous remercie pour votre dévouement dans la formation des jeunes médecins généralistes de la Faculté de Bordeaux.

Soyez assuré de mon profond respect.

Monsieur le Professeur Fabrice BONNET

Professeur des Universités

Praticien Hospitalier

Chef de service de Médecine Interne – Maladies Infectieuses du CHU Saint André de Bordeaux

Vous me faites l'honneur de juger cette thèse.

Je vous remercie pour la pédagogie que vous transmettez aux internes et le temps que vous leur consacrez lors de vos visites dans votre service. J'ai beaucoup appris à vos côtés, par votre sens clinique, votre raisonnement scientifique mais aussi par l'humanité que vous représentez.

Soyez assuré de mon profond respect.

Madame le Docteur Elisa PIERRARD

Docteur en Médecine Générale.

Tu me fais l'honneur de juger cette thèse.

Je te remercie d'apporter ton point de vue et ton sens critique sur ce travail. J'apprécie ton esprit perfectionniste toujours teinté d'humour.

Sois assurée de mon profond respect.

Monsieur le Docteur Baptiste LUACES

Docteur en Médecine Générale

Maître de Conférences.

Je te remercie profondément d'avoir accepté de diriger ce travail et de la confiance que tu m'as témoignée. Je te suis reconnaissant pour le temps que tu y as consacré, pour ton investissement, pour les remarques pertinentes que tu as apporté à cette étude. Merci pour ton enseignement de la médecine générale et ton implication auprès des étudiants.

Sois assuré de mon profond respect.

À ceux qui ont accompagné mon parcours médical,

À mes Maîtres de stage, pour leur bienveillance et leur belle pratique de la Médecine. Ce fut une riche et belle expérience que de partager la Médecine Générale à vos côtés.

Aux participants des entretiens, pour avoir accepté avec plaisir de contribuer à ce travail de recherche. Sans vous, cela n'aurait pas été possible.

Aux Docteurs Dutin et Larreguin du Centre d'Oncologie de Bayonne qui m'ont appris l'approche psychologique et rassurante que l'on doit avoir avec les patients.

À toute l'équipe médicale et paramédicale de l'unité 23 de Saint André où nous avons été aidés par une équipe solidaire, motivée et souriante.

Aux urgences de Bayonne, où la formation est d'excellente et où l'on ne se sent jamais seul en cas de difficultés.

À l'équipe de Pédiatrie du Centre Hospitalier de Polynésie Française à Tahiti, où j'ai appris une autre approche de la médecine. L'équipe paramédicale a été formidable de même que les polynésiens qui vivent avec le sourire collé aux lèvres. Merci à toi Franck pour nos fous rires et nos longues discussions.

À mes amis,

À Hugo, Boul et aux trois Frères. Merci pour les innombrables moments passés ensemble, à pied, à vélo, en mobylette, puis en voiture. On a grandi ensemble sans jamais se quitter, on a vécu des moments magiques qui resteront gravés.

À toi mon Chen's, le pur-sang toujours prêt pour une virée nocturne bien entouré.

À la Nev et Jehan, pour nos escapades dans des contrées lointaines en Twingo, et pour ta capacité à t'endormir le temps d'une sonnette.

À Guigui et Goret, toujours motivés pour s'ambiancer en soirée et envoyer du son.

À Tom, le cousin qui a toujours une blague sous le coude et avec qui on est assuré de rigoler.

À el taco et à Manu, pour être des supporters fidèles du stade rennais. Merci à toi le tac pour tes découvertes filmographiques impressionnantes dans votre espace privé entre frangins.

À Aurélie, Milette, Alice, Justine, Maëlle pour tous ces moments passés ensemble, nos premières soirées, nos premières boomerangs et vous voilà pour certaines mamans.

À Bouz, pour nos soirées rennaises improbables et nos échappées en titine à la découverte des beaux paysages et des bars de la côte bretonne.

À Yannou, pour nos grosses soirées et nos virées en bateau.

À la sebance et à Ju pour les JVF en bike à Saint Malo.

À Jean, qu'on n'oubliera jamais, tu seras toujours à nos côtés, dans nos cœurs et dans nos pensées.

Merci à vous tous les corsaires malouins, on forme une belle famille. C'est toujours agréable de vous retrouver, ce sont des fous rires garantis.

Aux colocs rennais, Fanch et Guirec : on a passé des moments géniaux ensemble ! Les moments douloureux des examens comme les fins de partiels fêtés toujours dignement.

À toute la troupe rennaise, Chargeur, Gus, Chander, P-M, Bousquet, Hélène, Rico, Vic, et encore Fanch. Merci pour tous ces moments de joies à la BU, en stage, aux soccers et en soirées.

À Pierrot, Charlo, Choutre et La Chantre, pour nos parties de pétanques sur la vilaine, les matchs du stade rennais, nos week-ends à la Trin' et nos parties de squash qui ont réveillé la salle à tout jamais.

À Clément et Adner, pour avoir découvert l'internat en étant bien accompagné. Ces supers moments de partage allant du stress de la garde à nos moments de folie passés à Bergerac. Désolé Cyprien.

À Thomas, pour notre découverte du pays basque, de la Polynésie et aux moments de fous rires nerveux en stage. Les ponctions pleurales n'ont plus de secret pour nous. Je vous souhaite plein de bonheur à vous deux, avec Marion.

Aux copains bordelais, Laura et Mathieu, Annabelle et Guillaume, Elisa et Thomas, Juliette, pour ces moments de détente dans cette belle région qu'est le Sud-Ouest.

Aux copains de Tahiti, Thomas et Marion, Yassine et Andrée-Anne avec qui nous avons eu la chance de profiter des merveilles de la Polynésie Française.

Aux copains du Pays Basque : Mathi et Anaïs, à Cécile pour nos groupes de « perles » très sérieux, Jérémie, Val et François et à l'équipe des grimpeurs.

À ma famille,

À Mamie Odette, pour tous ce tu as fait pour nous. Un grand merci à toi.

À Maman, pour toutes les valeurs que tu nous as inculquées. Tu nous as permis de faire nos propres choix et tu as toujours cru en nous.

À Pitch, le grand frère, toujours de bons conseils, un fonceur qui dévaste tout sur son passage, l'incarnation de la joie de vivre. Merci pour nos fous rires et nos moments partagés pendant notre enfance, notre adolescence et notre vie d'adulte.

À Lili qui crée son chemin, à son rythme, de manière réfléchie et progressive. Tu me surprends tous les jours ma Lili, continue. Tu vas faire de belles choses. Je suis très fier de toi.

À Domi, Guy et Damien, pour m'avoir accueilli avec gentillesse et générosité dans votre famille, pour tous vos conseils dans la vie de tous les jours. Merci d'avoir fait d'Anne-Sophie, la femme qu'elle est aujourd'hui.

À Anne-Sophie

À Anne-Sophie, pour m'accompagner au quotidien et m'inonder de bonheur. J'ai eu beaucoup de chance de te rencontrer. La vie à tes côtés est douce et joyeuse. Un grand merci pour m'avoir aidé dans ce travail. Tu as été du début à la fin de très bons conseils. Tu as toujours le sourire, tu es dynamique, courageuse, généreuse et très drôle .

ABREVIATIONS

HAS : Haute Autorité de Santé

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ECG : Electrocardiogramme

IRM : Imagerie par Résonance Magnétique

EBM : Evidence-Based-Medicine

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	15
QUESTION DE RECHERCHE ET OBJECTIFS	17
MATERIELS ET METHODES	18
RESULTATS	19
1. Echantillon obtenu	19
Récapitulatif des caractéristiques des participants aux entretiens	20
2. Analyse	22
A. Un ressenti variable.....	22
A-1. L'intervention du patient est positive, elle aide le médecin pour la majorité des participants.....	22
A-1-a. Le patient alerte le médecin.....	22
A-1-b. L'intervention accroît la connaissance du patient	22
A-1-c. L'intervention améliore la qualité des soins.....	23
A-1-d. L'intervention entraîne une remise en question du praticien	23
A-1-e . La participation du patient améliore l'observance	23
A-2. L'intervention du patient est aussi négative et gêne les prescriptions.....	24
A-2-a. Les commentaires du patient sont négatifs si le patient est fermé à la discussion .	24
A-2-b. Les remarques et discussions incessantes sont négatives.....	24
A-2-c . La liste de course	24
A-2-d. Les patients ne doivent pas intervenir dans les prescriptions.....	24
A-2-e. Une demande injustifiée est négative	25
A-3. L'exaspération des médecins face aux exigences des patients.....	25
A-3-a. Les personnes hautaines gênent les participants.....	25
A-3-b. L' autorité des patients	25
A-3-c. Une guérison rapide.....	26
A-4. Le patient joue un rôle prépondérant sur les prescriptions de kinésithérapie.....	26
A-5. Les demandes de bilan sanguin	26
A-6. Les demandes d'imageries.....	27
A-6-a. Une imagerie pour chaque traumatisme	27
A-6-b. Les lombalgies communes	27
A-6-c. L'influence des radiologues.....	27
A-6-d. Le pouvoir de l'imagerie	28
A-7. Le rôle du patient sur les prescriptions d'antibiotiques	28
A-7-a. La pression des patients	28
A-7-b. Le rôle des médecins	28
A-7-c. La stratégie des participants	29

A-7-d. L'aide de la campagne TV	29
A-7-e. La lassitude des participants	29
A-8. Les arrêts de travail, un sujet à controverse.....	30
A-8-a. Certains ont des difficultés à arrêter les patients	30
A-8-b. D'autres se sentent pris en otage	30
A-8-c. Le rôle du médecin conseil.....	31
A-8-d. Le nomadisme médical.....	31
A-8-e. Une réponse à un désarroi	31
A-9. Les psychotropes, difficiles à donner et à sevrer	32
A-9-a. Une forte demande des patients.....	32
A-9-b. Un sevrage difficile	32
A-9-c. Une méfiance envers les antidépresseurs	32
A-9-d. Un conflit intérieur	33
A-10. Une prescription sous influence.....	33
A-10-a. L'influence des patients.....	33
A-10-b. L'influence des professions paramédicales	33
A-10-c. L'influence d'internet et des médias	34
A-10-d. L'influence de l'entourage	35
A-11. L'intervention du patient est conditionnée par les anciennes pratiques des médecins	35
A-12. L'intervention du patient est chronophage	35
A-13. Les vaccins, un sujet compliqué	36
A-14. La résistance des patients aux génériques et les demandes d'homéopathie	36
A-15. Les participants se sentent obligés de freiner les patients sur les antalgiques.....	36
B. L'attitude des participants	37
B-1. L'argumentation est devenue très importante.....	37
B-1-a. Une argumentation plus consistante actuellement.....	37
B-1-b. La prise en compte du profil psychologique	37
B-1-c. Causes et objectifs de l'argumentation	37
B-1-c-1. L'information du patient.....	37
B-1-c-2. La limitation des antibiotiques	38
B-1-c-3. La limitation des contestations des patients	38
B-1-c-4. La limitation des examens complémentaires.....	38
B-1-d. Le contenu de l'argumentation	39
B-1-e. Une argumentation diplomate.....	39
B-1-f. Un discours positif	39
B-1-g. La nécessité de prendre le temps	39
B-2. Les participants sont à l'écoute et cherchent à comprendre les raisons de l'intervention.	40

B-2-a. Accueillir l'intervention.....	40
B-2-b. Comprendre l'origine de l'intervention.....	40
B-3. Des participants ont une attitude souple	40
B-3-a. La difficulté à dire non.....	40
B-3-b. Certains suivent la stratégie du patient.....	41
B-3-c. Des participants s'adaptent au contexte.....	41
B-3-d. L'attitude est variable selon l'insistance du patient.....	41
B-3-e. L'attitude dépend de l'aspect social.....	41
B-3-f. Chaque médecin a des points de fixation.....	42
B-4. D'autres ont une attitude directive.....	42
B-4-a. Pas de difficulté à dire non	42
B-5. L'intervention du patient majore l'anxiété du médecin ce qui a des répercussions sur son attitude.....	42
B-5-a. La crainte de passer à côté de quelque chose.....	42
B-5-b. Le vécu du médecin.....	43
B-5-c. L'obstacle médico-légal.....	43
B-5-d. Un déficit de confiance.....	43
B-6. La notoriété publique et l'image du médecin est quelque chose d'important	44
B-6-a. La réputation des médecins.....	44
B-6-b. La propre image des médecins	44
B-6-c. La disponibilité constitue l'image du médecin.....	44
B-7. La santé du médecin influence la stratégie de réponse.....	45
B-8. Le changement de médecin comme réponse à l'intervention.....	45
B-9. Le lien commercial exerce un rôle dans l'attitude du médecin	46
B-10. La démographie médicale est présente dans la tête des médecins.....	46
B-11. L'expérience du médecin influence son attitude	46
B-12. La formation du médecin modifie son attitude.....	47
B-13. L'orientation vers le spécialiste permet parfois de répondre à l'intervention	47
B-14. La prescription différée.....	48
B-15. Responsabiliser le patient	48
B-16. Le travail en groupe influence l'attitude du praticien.....	48
C. Perception de la relation avec le patient.....	49
C-1. La recherche de l'alliance thérapeutique	49
C-1-a. Le patient acteur de sa prescription	49
C-1-b. La communication avec le patient.....	49
C-2. Les difficultés du médecin.....	50
C-2-a. Limiter les aides sociales	50
C-2-b. Changer les habitudes.....	50
C-2-c. Demandes en début de consultation.....	50

C-2-d. Le traitement des syndromes anxio-dépressifs.....	51
C-2-e. Observance des mesures hygiéno-diététiques.....	51
C-2-f. Faire venir les patients en consultation	51
C-2-g. Une sensation d'isolement.....	52
C-2-h. Faire preuve d'autorité.....	52
C-2-i. Le patient-médecin	52
C-3. La méfiance des patients.....	52
C-4. Les attentes du médecin.....	53
C-5. L'observance du patient.....	53
C-6. Un lien commercial.....	54
C-7. Les attentes et les croyances des patients	54
C-7-a. Une écoute et une discussion avec le médecin	54
C-7-b. L'honnêteté du clinicien	54
C-7-c. La disponibilité	55
C-7-d. Capacité à répondre à leur demande.....	55
C-7-e. Une attitude rassurante du médecin.....	55
C-8. Des différences de relation entre la campagne et la ville.....	55
C-9. Le sexe du médecin influe sur la relation	56
C-10. La gestion des conflits	56
DISCUSSION.....	57
I. Méthodologie.....	57
A. Le choix de la méthode qualitative	57
B. La sélection de notre échantillon.....	57
C. Les entretiens individuels semi-structurés	58
D. Le codage.....	58
II. Analyse.....	59
A. Un ressenti variable.....	59
A-1. Une intervention positive.....	59
A-2. Une intervention négative.....	60
A-3. Les demandes de bilans sanguins	62
A-4. Les demandes d'imageries.....	62
A-5. Les prescriptions d'antibiotiques.....	63
A-6. Les prescriptions d'arrêt de travail	64
A-7. Les prescriptions de psychotropes	64
A-8. Une prescription sous influence.....	65
B. Attitude et stratégie de réponse	67
B-1. Une argumentation devenue importante	67
B-2. La difficulté à dire non.....	67

B-3. Stratégie de réponse	69
C. Perception de la relation médecin-patient actuelle.....	71
C-1. Les attentes des patients.....	71
C-2. La place de la communication	72
C-3. La négociation.....	73
CONCLUSION.....	75
BIBLIOGRAPHIE.....	77
ANNEXE.....	84
Guide d'entretien	84

INTRODUCTION

1) Généralités :

La relation médecin-patient est une interaction complexe, singulière et riche. Elle est avant tout une rencontre entre deux personnes et deux êtres par définition uniques, avec des personnalités, des profils psychologiques, des histoires de vie, des croyances et des attentes différentes.

Celle-ci a évolué au fur et à mesure de l'histoire. Si l'on se réfère à son sens étymologique, le terme patient vient du latin « *patiens* » ce qui signifie personne « qui souffre, qui endure ». Celui de médecin vient de « *médicus* » en latin, soit « qui soigne, qui guérit ». Celui de docteur vient du latin « *docere* », soit « qui enseigne ».

Pour mieux comprendre cette relation médecin-patient actuelle, nous allons essayer de décrire les racines historiques de sa transformation.

Dans l'Antiquité, Hippocrate disait : « *L'art de la médecine se joue en trois termes : la maladie, le malade, le médecin. Le médecin est le serviteur de l'art, il est indispensable que le malade aidé par le médecin, s'oppose à la maladie.* » (1)

Considéré comme un des pères de la médecine, Hippocrate privilégie l'observation clinique de la maladie. Le rôle du médecin est d'observer, de donner un pronostic et de constituer un allié du malade dans son combat contre la maladie. Il apporte son secours par son savoir, son dévouement, son sens du dialogue et sa compréhension. (1)

La médecine pré-scientifique repose sur la constitution d'un savoir propre sur la maladie, réuni dans le corpus hippocratique, tandis-que les obligations éthiques forment le serment d'Hippocrate.(2)

Dans la seconde moitié du XVIIIème siècle, la méthode anatomo-clinique se développe par la force de la chirurgie. Le corps du patient devient le lieu d'investigations et d'actes thérapeutiques, c'est l'avènement de la médecine expérimentale. Au XXème siècle, le médecin développe ses connaissances et devient un expert scientifique avec l'essor de la biomédecine. (2)

La médecine a été portée par la compassion et la charité des religieux qui ont créé les premiers hôpitaux. Elle s'est ensuite institutionnalisée avec la création des universités au XIIIème siècle. Le développement des laboratoires, des technologies, des essais thérapeutiques, d'un modèle médico-industriel avec un enjeu économique de la santé et son intégration dans une politique capitaliste l'éloigne peu à peu de son modèle originel et humaniste.

Cette évolution a été nécessaire et a permis une amélioration de la qualité des soins mais elle doit nous interroger sur la finalité de la médecine scientifique, dont « *le péril est de déplacer le centre de gravité du savoir-faire vers le savoir, du soin de la personne vers la maîtrise de l'objet de laboratoire* » prévient le philosophe Paul Ricœur. (2)

Dans l'histoire de la médecine, le patient a été longtemps enfoui sous sa maladie. Plusieurs modèles composent le lien entre le médecin et son patient. Le modèle « paternaliste », où le médecin revêt une autorité médicale de décideur pour le patient, de ce qui est le mieux pour sa santé, a été pendant de nombreuses années le modèle de référence. La loi du 4 mars 2002, a permis de bousculer ce modèle, en introduisant la relation médecin-patient dans le domaine du droit. Le patient a le droit à l'information, au consentement éclairé et donc à la prise de décision. Le patient est désormais actif

dans sa prise en charge et les décisions doivent être partagées avec le médecin. Certains parlent de « démocratie sanitaire ». (1)

2) contexte de l'étude

Depuis les années 2002, la relation médecin patient a clairement évolué au profit d'une décision partagée où le patient a dorénavant une place centrale et active dans la prise de décision médicale. Le patient est désormais acteur de sa santé. Notre rôle, en tant que médecins généralistes, est de les écouter, de recueillir leurs attentes et de les amener, par l'intermédiaire de la communication et de nos connaissances théoriques, à la meilleure prise en charge possible.

Qu'en est-il alors des interventions des patients dans les prescriptions des médecins généralistes ?

Lors de mon activité de remplacement, j'ai été surpris par la participation active du patient dans la rédaction de son ordonnance, ce que je n'avais pas remarqué lors de mon internat dans les hôpitaux. Bien souvent, le patient arrive en consultation avec ses croyances, ses peurs, ses attentes, son vécu de la maladie, une idée sur sa pathologie et éventuellement des traitements. Parfois, il s'est renseigné au préalable sur internet ou vient nous voir après avoir eu des conseils de son entourage ou de personnels paramédicaux.

J'ai donc été au départ étonné mais agréablement surpris de le considérer comme une personne ressource et de former une alliance thérapeutique avec lui.

Néanmoins, je me suis aussi senti en difficulté face à des demandes de prescription. J'ai ressenti parfois une pression de la part de certains patients occasionnant dans ma pratique certains écarts aux recommandations.

Je me suis en effet souvent demandé au cours de mon expérience professionnelle en tant qu'interne et remplaçant en médecine générale, comment réagir face à des patients demandeurs de prescription. Je ressentais face à cette demande, un sentiment de malaise que je n'arrivais pas à identifier. C'est donc tout naturellement que m'est venue cette idée de thèse. En tant que remplaçant, nous voyons des patients de façon ponctuelle sans qu'une relation de confiance n'aie pu s'établir. Je voulais donc étudier si mon ressenti personnel pouvait être identifié chez d'autres médecins généralistes installés et de quelle façon ils s'y prenaient pour gérer ces situations. J'ai choisi une population de médecins généralistes au pays basque, endroit où je me suis établi après mon internat.

QUESTION DE RECHERCHE ET OBJECTIFS

Notre question de recherche principale était la suivante : « Quelle est la perception et la stratégie de réponse des médecins généralistes de la région Bayonnaise sur l'intervention du patient dans la rédaction de l'ordonnance ? »

L'objectif principal est d'explorer le ressenti et la stratégie de réponse des médecins généralistes de la région Bayonnaise sur l'intervention du patient dans la rédaction de l'ordonnance.

Nous avons essayé de déterminer certains objectifs secondaires. Par des entretiens individuels, nous avons cherché à établir un panorama des différences de perception et de stratégie de réponse des médecins généralistes de l'étude.

Plus largement, nous avons tenté de recueillir leur opinion sur la relation médecin-patient actuelle.

MATERIELS ET METHODES

Nous avons retenu la méthode qualitative comme la plus adaptée à ce travail de recherche. Pour cela, nous avons réalisé des entretiens individuels ouverts sur un échantillonnage de médecins généralistes de la région Bayonnaise. La région Bayonnaise a été définie par un rayon de 30 km de Bayonne. Ils ont été recrutés de proche en proche selon la technique « boule de neige ».

Le recueil de données s'est fait par le biais d'entretiens individuels ouverts avec un guide d'entretien situé en annexe. Au préalable, nous avons cherché à obtenir plusieurs informations sur la manière de travailler des médecins, qu'ils m'ont donné oralement. Celles-ci étaient leur sexe, leur âge, leur type d'activité (urbain/semi-rural), en groupe/ seul, le nombre de patients qu'ils voyaient par jour, s'ils étaient maîtres de stage ou non.

Ils étaient informés du sujet la veille pour qu'ils puissent y réfléchir. Nous introduisions l'entretien par des questions sur leur manière de travailler. Puis ensuite je leur répétais le sujet de recherche et et leur demandais ce qu'ils en pensaient. Les différents échanges étaient enregistrés par dictaphone puis retranscrit le soir même, en totalité, de la manière la plus rigoureuse possible en n'oubliant pas les aspects non-verbaux afin de constituer des verbatims. La retransmission ne figure pas en annexe mais pourra être fournie au jury à sa demande.

Le codage des données a permis de traiter la richesse des données qualitatives et de conduire à une analyse systématique des données. Pour cela, nous avons utilisé le logiciel NVIVO®12. Les verbatims étaient des phrases dont leur but était de retranscrire de la manière la plus complète possible les conversations. Chaque verbatim était codé en fonction de son occurrence. Nous avons effectué un double codage par deux personnes différentes pour aboutir à une triangulation des données. Le deuxième codeur était un médecin généraliste remplaçante. L'analyse portait sur le verbal, le non-verbal et l'émotionnel. Elle était centrée sur la problématique posée.

Les codeurs ont mis en commun leurs « codes » afin de créer un premier livre de codes, complété au fur et à mesure de l'avancée du travail. Ce livre de code a permis de classer les données en thèmes. Nous avons inclus les médecins généralistes jusqu'à saturation des données.

Notre analyse est basée sur la « grounded theory » ou « théorie ancrée ». Il s'agit d'une méthode spécifique développé par Glaser et Strauss en 1967 qui a pour but de construire la théorie à partir des données recueillies. Notre théorie s'est donc construite à partir de données empiriques venant du terrain.

RESULTATS

1. Echantillon obtenu

15 médecins ont été interrogés, contactés par téléphone, de la région bayonnaise, définie par une distance de 30 km de Bayonne.

Les entretiens semi directifs ont duré entre 10 et 45 minutes. Ils ont eu lieu entre le 30 avril et le 20 juin 2019. Les entretiens se sont déroulés dans le cabinet du médecin interrogé.

Les retranscriptions des entretiens ne sont pas intégrées dans la thèse mais peuvent être fournies sur simple demande.

Nous nous sommes aidés d'un guide d'entretien apporté lors des interviews.

Récapitulatif des caractéristiques des participants aux entretiens

	Sexe	Age (en années)	Lieu d'exercice	Type d'exercice	Maître de stage ?	Nombre de patient/jour
Participant 1	femme	31	semi-rural	en groupe	non	25/jr
Participant 2	homme	30	semi-rural	en groupe	non	20/jr
Participant 3	homme	31	semi-rural	seul	non	25/jr
Participant 4	homme	67	semi-rural	seul	oui	35/jr
Participant 5	homme	45	semi-rural	en groupe	oui	25/jr
Participant 6	homme	66	urbain	en groupe	non	35/jr
Participant 7	homme	58	semi-rural	seul	non	35/jr
Participant 8	femme	41	urbain	en groupe	non	20/jr
Participant 9	homme	58	urbain	en groupe	non	30/jr
Participant 10	femme	35	semi- rural	en groupe	non	25/jr
Participant 11	femme	58	urbain	seul	non	20/jr
Participant 12	femme	54	urbain	en groupe	non	20/jr

Participant 13	homme	54	urbain	en groupe	non	20/jr
Participant 14	femme	33	urbain	seul	non	20/jr
Participant 15	homme	51	urbain	en groupe	oui	25/jr

2. Analyse

L'analyse a été réalisée en séparant les verbatims de chaque participant. L'analyse des verbatims des derniers participants n'a pas apporté d'idée nouvelle.

Nous avons mis en évidence trois grandes thématiques.

A. Un ressenti variable

A-1. L'intervention du patient est positive, elle aide le médecin pour la majorité des participants

A-1-a. Le patient alerte le médecin

L'aide du patient a été jugée utile notamment dans le **signalement des effets indésirables** des médicaments. Il peut aussi par une proposition, contribuer à **l'élaboration d'un diagnostic** que le praticien n'avait pas détecté.

D'autre part, les médecins ont avoué ne pas penser à tout et commettre des oublis, que le patient peut compenser par sa participation, notamment sur le **dépistage**.

Pour un participant, le patient reste **expert de son corps** et se connaît mieux que quiconque.

L'intervention a donc été jugée précieuse par la majorité des participants.

. P 4 : « *ils m'ont fait penser à des interactions, effets indésirables ou contre-indications auxquels je n'avais pas pensé, ils m'ont fait penser à des diagnostics auxquels je n'avais pas pensé. Ils ont que leur cas, donc ils ont tout le loisir d'affiner.* »

A-1-b. L'intervention accroît la connaissance du patient

Les remarques du patient permettent au médecin de **mieux connaître son malade** et donc de **personnaliser le soin**. Le fait de bien connaître le patient et son environnement entraîne une compréhension de son fonctionnement et de son vécu de la maladie.

D'autre part, une bonne connaissance du patient nourrit l'**intuition** du médecin qui détecte plus rapidement un problème de santé.

. P 8 « *ça permet de mieux connaître le patient et son vécu, pour mieux l'accompagner dans les moments difficiles de sa vie.* »

. P 4 « *ça aide beaucoup de bien connaître les gens. Quand il vient pour quelque chose d'à priori très banal, et puis finalement, tiens là, il y a un truc.* »

A-1-c. L'intervention améliore la qualité des soins

Les participants préfèrent que les **patients participent** aux prescriptions et qu'ils soient **acteurs** de leur santé.

Le médecin ne doit pas oublier que **le patient n'est pas un professionnel de santé**. Le patient ne doit pas chercher à minimiser ses questions, il doit être valorisé car il ne sait pas si sa question est juste, si elle va embêter le médecin ou si au contraire, elle aura permis une **amélioration de la qualité des soins**.

. P 12 « *le patient ne peut pas savoir ce qui est important, pas important, donc s'il a la crainte de causer, il va pas te dire un truc, ça va peut-être être pas important et puis la chose importante, il ne va pas te le dire, pour moi, c'est indispensable. Si le patient se sent à l'aise avec toi, il te dira mieux les choses et tu pourras mieux le soigner* »

. P 13 : « *L'intervention du patient me paraît indispensable. Il faut donner du crédit à sa remarque. Je n'aime pas la crédulité des patients. Parce que les patients qui gobent tout et qui te disent amen, je n'aime pas ça. Moi, je préfère qu'un patient discute, voir même fêraille avec un traitement quitte à ce qu'il gagne à la fin.* »

A-1-d. L'intervention entraîne une remise en question du praticien

La remarque d'un patient fait **réfléchir le prescripteur** dans son explication et **limite le risque d'erreur** pour les participants.

Pour un médecin interrogé, un commentaire d'un patient soulève une réflexion chez le praticien, qui adapte son explication en fonction. L'explication devient ainsi plus appropriée à la situation et aux attentes de la personne.

La majorité des participants ont confiés être ouvert à la discussion et à la contestation des personnes si les arguments sont entendables et acceptables.

Un médecin interviewé estime que la participation du patient engendre une plus grande attention et diminue le risque d'erreur du prescripteur.

. P 15 « *c'est positif dans le sens où peut-être que cela va me faire plus réfléchir sur l'argumentation, pour le faire accepter.* »

. P 13 « *la critique est favorable si elle est raisonnée et logique. Elle est même nécessaire pour qu'on ne fasse pas de bêtise.* »

A-1-e. La participation du patient améliore l'observance

Pour un médecin interrogé, la prise en compte des remarques des patients permet **d'améliorer l'observance**. Notamment en ouvrant le **dialogue sur la prise réelle des traitements au domicile**.

. P 14 « *c'est positif parce que, je sais ce qu'ils vont prendre, pas prendre. Parce que des fois, on se rend compte qu'ils ne prennent pas la moitié de ce qu'on leur prescrit. Quand ils ne disent rien, c'est pas toujours bon signe.* »

A-2. L'intervention du patient est aussi négative et gêne les prescriptions

A-2-a. Les commentaires du patient sont négatifs si le patient est fermé à la discussion

La manière dont est formulée l'intervention est importante pour les participants de cette étude. Si un patient est **obtus et impénétrable à la discussion**, sa remarque n'est pas valorisée par le praticien. Le **dialogue s'amenuise** et la **collaboration devient moins productive**.

. P 8 : *« un patient fermé et très intransigeant, je ne trouve pas ça très constructif. »*

. P 1 : *« si le patient est borné, c'est négatif. Dans ces cas-là, on ne peut pas faire grand-chose. Il y a des personnes qui ne veulent pas comprendre et qui ne comprendront jamais. »*

A-2-b. Les remarques et discussions incessantes sont négatives

Certains patients ne se limitent pas dans les remarques à l'encontre du médecin, à tort pour les participants. Les **contestations et discussions répétées, permanentes** avec certains patients sont jugées **abusives et incommodes** le praticien qui se désintéresse de la situation. Trois participants ont évoqué des personnalités obsessionnelles.

. P 13 : *« tu as des patients qui sont tout le temps dans la discussion et dans la contestation de ce que tu leur dis. »*

. P 15 : *« il y'en a qui ne vont jamais intervenir et d'autres qui vont intervenir en permanence dans la prescription. Il y a des types de personnalités qui sont en permanence dans l'intervention. »*

A-2-c . La liste de course

Les participants se sont comparés parfois à des **épiciers**, en voyant les patients arriver avec une liste en consultation. C'est une chose qui n'est pas appréciée des médecins interrogés.

. P 5 : *« j' en ai certains qui sont venus s'égarer avec leur liste de course. Classiquement, je leur dis, je vous mets 2kg de patates et de la salade ? »*

A-2-d. Les patients ne doivent pas intervenir dans les prescriptions

Certains participants ont estimé que les patients ne doivent pas intervenir dans les prescriptions car cela perturbe la qualité des soins. **La prescription doit être réservée au médecin** qui a l'expertise scientifique ainsi que la distance nécessaire à sa rédaction.

Pour un médecin interrogé, l'objectif de cette profession est de **prodiguer des conseils** et de soigner les personnes, mais **pas de rédiger l'ordonnance dictée par le patient**.

. P 1 : « (...) que les patients interviennent le moins possible dans les prescriptions. Je suis d'une génération où je pense qu'on est là pour conseiller et aider les patients et pas pour qu'ils nous disent ce qu'on doit leur prescrire. »

. P 15 : « je pense qu'il ne faudrait pas que les gens s'immiscent trop dans les prescriptions. »

A-2-e. Une demande injustifiée est négative

Pour les participants de l'étude, les demandes injustifiées et abusives sont des interventions péjoratives. Celles-ci regroupent les arrêts de travail et les certificats de complaisances principalement. Cela occasionne une gêne pour certains, de la colère pour d'autres.

. P 8 : « quand quelque chose est demandé et non justifié, c'est négatif pour moi. »

A-3. L'exaspération des médecins face aux exigences des patients

A-3-a. Les personnes hautaines gênent les participants

Plusieurs participants ont ressenti une gêne, avec parfois une pointe d'amertume, engendrée par la condescendance de certaines personnes.

. P 11 : « c'est un peu gênant les gens qui te prennent de haut parce qu'ils te sentent en infériorité à certains moments. »

. P 12 : « le patient qui est un peu, (elle hausse les épaules, ferme la bouche, mime une personne sûre d'elle) ... commence à te chauffer, c'est un peu irritant. »

A-3-b. L'autorité des patients

Les participants sont exaspérés par les **volontés des patients** en début de consultation qu'ils expriment **sans demander l'avis du médecin**. La discussion est intéressante, mais suivre les ordres de prescriptions des patients agacent les participants, voire les énervent au plus haut point.

. P 15 : « Les exigences, je trouve ça exaspérant. Demander un médicament, c'est hallucinant. Moi je veux ci, je veux ça. Les exigences, c'est pas possible quoi. Quand c'est une exigence, ça me fait péter un câble quoi, je sors de mes gonds de suite ! »

. P 4 : « Le patient arrive en disant, j'ai ci et ça, donc j'ai ça et donnez-moi ça. Ca peut être très agaçant, surtout quand le malade cherche à imposer. »

A-3-c. Une guérison rapide

Certains participants ressentent les **exigences des patients au niveau de la durée souhaitée la plus courte possible des symptômes**. Les patients sont pressés, veulent être vus et guéris rapidement par le médecin. Ils le sont davantage que les générations précédentes pour les participants les plus âgés.

. P 7 : « *la seule pression que l'on a maintenant, c'est qu'ils sont tous pressés, le temps, il faut être reçu tout de suite et guérir tout de suite.* »

. P 11 : « *la sciatique, ça fait 4 jours, mais ça va durer combien de temps ? Et les antibiotiques, ça fait une semaine, ç'est pas normal que je tousse encore.* »

A-4. Le patient joue un rôle prépondérant sur les prescriptions de kinésithérapie

La demande de soins de kinésithérapie est l'**intervention qui est le plus souvent ressortie des entretiens**. Les participants reçoivent des demandes pas toujours justifiées, parfois entre deux consultations. Ils ont des **difficultés à consacrer une consultation spécifique à cette demande et à refuser ces prescriptions au patient**. Ces prescriptions échappent à leur contrôle. Néanmoins, ils rétorquent que cela est moins nocif que les thérapeutiques médicamenteuses comme les anxiolytiques, par exemple.

. P 5 : « *ce sont les prescriptions de kiné où je pense que nous sommes le plus influençable. La kiné, est-ce qu'il y a besoin, alors voilà, selon leur kiné, leur état de fatigue, plein de critères divers et variés, j'ai mal au dos, ouais on va faire un peu de kiné. J'ai du mal à gérer les demandes de kiné.* »

. P 12 : « *bien sûr que la kiné est pas toujours justifiée et que cela coûte, mais est-ce qu'il faut mieux de la kiné ou un xanax® ?* »

A-5. Les demandes de bilan sanguin

Les participants accueillent des **demandes de bilans sanguins pas toujours justifiées**. Les patients se renseignent sur internet et manifestent des **vellétés de recherches biologiques particulières** qui ne sont pas justifiées par les données de la science. Les personnes veulent une biologie pour se rassurer principalement, la demande de **PSA** est revenue à plusieurs reprises.

. P 2 : « *avec internet, les gens ont envie sur une prise de sang qu'on leur recherche des choses qui ne servent pas à grand-chose. J'ai beaucoup de demandes de PSA, alors que maintenant on les fait quand même moins.* »

. P 15 : « *les patients ont certaines exigences, sur les bilans sanguins notamment. J'ai du mal à prescrire de la bio juste pour faire plaisir aux gens et les rassurer, sans indication.* »

A-6. Les demandes d'imageries

A-6-a. Une imagerie pour chaque traumatisme

Certains participants ont l'impression que le patient pense qu'il faut **systématiquement une imagerie pour chaque traumatisme** ou chaque douleur physique. Cela peut être expliqué par l'habitude d'avoir des examens de manière systématique aux urgences. Les **jeunes médecins** cherchent plus à **limiter les prescriptions d'imageries** que les anciens médecins parce qu'ils ont appris cette manière de travailler pendant leur formation.

Pour un médecin interrogé, cela lui est difficile de refuser une demande d'imagerie. Si le patient formule cette demande, il le lui accorde au bénéfice du doute.

. P 10 : « *des fois, ils viennent te voir, je me suis fait un « pète », je viens pour une radio. (...) En médecine générale, on n'est pas aux urgences, on cherche à limiter au maximum.* »

. P 3 : « *on nous a appris à en faire le moins possible maintenant même si on est dans une région où on a accès facilement à l'IRM.* »

. P 6 : « *je fais des examens si c'est vraiment justifié, après dans le doute, je le fais souvent si le patient le demande. Pourquoi ne pas le faire ? Pourquoi ne pas faire la radiographie ?* ».

A-6-b. Les lombalgies communes

Ce thème est un motif de consultation fréquent en médecine générale pour lequel les patients ont des demandes régulières d'imageries. Ces demandes d'examen doivent être **appréhendées par le prescripteur** qui doit déchiffrer la **nature de la plainte** qui n'est pas toujours clairement visible pendant la consultation. Cela peut être l'expression d'une **détresse psychologique** pour un participant. Ce sujet est l'objet de consultations répétées que les imageries peuvent aussi limiter, pour un médecin interrogé.

. P 1 : « *il y a de temps en temps des demandes d'examen, chez des gens qui ont mal au dos et qui ont envie qu'on s'occupe d'eux, plus qu'autre chose.* »

. P 12 : « *Une IRM, c'est combien ? 75, 80 euros ? 3 consultations, si c'est réglé, il n'y a plus de consultations derrières.* »

A-6-c. L'influence des radiologues

Les demandes d'imageries sont aussi la résultante d'une demande des professionnels de santé. Les participants doivent aussi répondre aux propositions des radiologues, consignées par écrit dans leur compte-rendu. Cela les **déstabilise** puisqu'ils vont à l'**encontre du message donné au préalable au patient**. Les jeunes médecins généralistes cherchent à limiter les examens alors que les **radiologues** ont plutôt **tendance à inciter les patients à réaliser des examens plus poussés**.

Les conséquences sont que le patient s'y perd, il ne sait plus quel professionnel écouter et le médecin doit secondairement se justifier auprès du patient.

. P 15 : « *les radiologues mettent souvent : « à confronter avec scanner ou IRM ».* »

A-6-d. Le pouvoir de l'imagerie

Les participants avouent ressentir des difficultés pour répondre aux demandes d'imageries des patients car **ils ne sont jamais sûrs à 100 %**. La clinique est importante mais reste moins performante que l'imagerie et les patients le savent. **Ils n'arrivent pas toujours à rassurer le patient par l'examen clinique et les explications** et cèdent plus facilement aux demandes d'imageries que sur d'autres prescriptions, comme les antibiotiques.

D'autre part, les imageries ont un **rôle thérapeutique** pour un médecin interrogé.

. P 10 : *« j'ai moins de mal à leur expliquer pour les antibiotiques que pour l'imagerie. »*

. P 6 : *« tu es persuadé que la radio est normale mais le fait que les gens voient que la radio est normale, des fois ils ont guéri en 3 jours. Le pouvoir des examens complémentaires est étonnant. »*

A-7. Le rôle du patient sur les prescriptions d'antibiotiques

A-7-a. La pression des patients

Les participants ont dans la majorité ressenti une pression des patients sur les antibiotiques. Cette pression prend plusieurs formes. Cela peut être des **consultations répétées**, la sensation d'être **un cas fragile et particulier** et enfin la menace du **changement de médecin**. La majorité des praticiens cèdent aux demandes d'antibiotiques lorsque le patient vient une seconde fois en consultation.

Les patients préfèrent des **soins énergiques** et le fait de donner du *paracétamol* et des médicaments non remboursés, est semblable à ne rien faire, dans l'esprit des patients.

. P 4 : *« les antibiotiques, c'est redoutable. Avec la phrase, mais moi, je ne suis pas comme les autres, il faut me donner un antibiotique sinon ça s'aggrave. Combien de fois j'ai entendu dire, un tel vous lui avez pas donné d'antibiotiques, donc il est allé chez le voisin. »*

. P 3 : *« quand ils reviennent 2 ou 3 jours après, là j'insiste plus même si il n'y en a toujours pas besoin au final. Après quand ils reviennent dans 3 jours, ils ne comprennent pas qu'il faut peut-être revenir dans 3 jours. »*

Il se souvient d'une réflexion d'un patient : *« avec vous, il faut venir 2 fois pour être guéri. »*

A-7-b. Le rôle des médecins

Les **pratiques antérieures** ont influencé les patients pour la majorité des médecins interrogés. Ils ont eu **l'habitude d'avoir des antibiotiques pour des rhinopharyngites ou une simple toux**. Ils ont aussi l'impression que les anciennes pratiques étaient bonnes peut être même meilleurs que les nouvelles.

Quand les patients prennent des habitudes, il est compliqué de faire évoluer les mentalités pour les jeunes médecins fraîchement installés.

Les patients ont eu une **mauvaise information pendant des années** de leurs anciens médecins de famille qui ont soignés plusieurs générations et auxquels ils étaient très attachés. Leur donner un message allant dans le sens inverse par un nouveau médecin qu'ils ne connaissent pas encore engendre une **incompréhension légitime**.

Le participant 3 a repris une patientèle récemment, et se heurte à cette problématique.

. P 3 : « *les personnes qui toussent, viennent me voir et ne comprennent pas pourquoi je ne leur mets pas de clamoxyl® solupred®, le duo qui marchait bien.* »

. P 15 : « *les gens sont persuadés que parce qu'ils toussent, il leur faut un antibiotique, c'est dingue ! Parce que les gens ont été mal éduqués et il y a eu de mauvaises pratiques qui se sont pérennisées et les gens sont persuadés qu'elles étaient bonnes et qu'on ne peut pas faire autrement.* »

A-7-c. La stratégie des participants

La majorité des médecins interrogés **ne prescrivent pas d'antibiotique si ce n'est pas nécessaire**. Ils **annoncent** d'emblée la **durée des symptômes**, **expliquent** la maladie en parlant du contexte épidémiologique et donnent les arguments de la non prescription au patient. Pour se faire, ils mettent en avant le risque d'**antibiorésistance** et utilisent des outils pratiques comme le **strepto-test** pour convaincre les malades. Le fait de **travailler en groupe** et d'avoir les mêmes arguments représente un atout supplémentaire dans la force de persuasion. Cependant, ils expriment que cela **prend du temps et de l'énergie** pour les persuader.

Un participant appelle à la **responsabilité du patient**, y compris au sujet des antibiotiques.

. P 10 : « *les antibiotiques, non, je ne me laisse pas influencer, car je suis hyper à cheval. C'est pareil avec mes associés, les patients peuvent leur mettre toute la pression du monde, ils mettent jamais d'antibiotiques quant ils le jugent pas nécessaire.* »

. P 4 : « *Il faut bien annoncer la durée des symptômes pour limiter la prescription d'antibiotiques. Je leur disais, il faut attendre 4 semaines de toux pour une bronchite.* »

A-7-d. L'aide de la campagne TV

La campagne TV, « les antibiotiques, ç'est pas automatique », a été une aide précieuse pour les participants. Elle a permis une **modification des mentalités**. Cette campagne a été citée par beaucoup de participants. Elle forme un socle que les praticiens utilisent régulièrement encore en consultation.

. P 4 : « *les antibiotiques, ç'est pas automatique, ça avait fait un carton ça hein, et les gens commençaient à accepter un peu plus.* »

A-7-e. La lassitude des participants

Les participants ont exprimé à certains moments une lassitude de devoir régulièrement répéter et **lutter contre les insistances des patients sur les antibiotiques**. Ils ont évoqué des personnalités obsessionnelles qui ne comprennent pas les explications et qui restent campées sur leurs positions. Cela entraîne une **usure du médecin** qui finit parfois par accepter des demandes injustifiées d'antibiotiques.

. P 4 : « *des fois, je prescrivais un truc périmé, le zinnat® ou des vieux antibiotiques, parce que des fois j'en pouvais plus.* »

A-8. Les arrêts de travail, un sujet à controverse

A-8-a. Certains ont des difficultés à arrêter les patients

Deux participants font face à des refus d'arrêt de travail dans leur patientèle. Ils essaient donc de **négoier** quand leur état de santé est difficilement compatible avec l'exercice de leur profession. Il arrive que le patient revienne par la suite en acceptant ce qu'avait proposé le praticien initialement. Ils ont ajouté qu'ils ne peuvent **pas forcer le patient** à s'arrêter et que cette **décision lui appartient**. Ils essaient cependant de faire évoluer sa position pour éviter une dégradation de l'état de santé du malade.

. P 10 : « *il y' en a aucun qui veut être en arrêt. Je lance les négociations et j'essaye de grappiller quelques jours d'arrêt pour eux.* »

A-8-b. D'autres se sentent pris en otage

Deux participants se sentent piégés au niveau des arrêts de travail. Les patients ne comprennent pas toujours qu'il faut une raison médicale pour être en arrêt de travail et que cette **décision appartient au médecin**. Un participant pense que les **médecins sont trop tolérants** à ce sujet et que **les patients ont tendance à abuser des aides sociales**. Une collaboration et un **choix à plusieurs seraient préférables** pour limiter ces prescriptions, selon lui.

De plus, la **pénibilité du métier ainsi que le contexte social** ne sont pas pris en considération par les institutions alors que ç'est une dimension importante qui est prise en considération par les prescripteurs de l'arrêt, dans cette étude.

. P 8 : « *les patients ne se gênent pas pour ne pas aller au travail sans prescription. Ils ne vont pas au travail et viennent me voir quelques jours après. Ils viennent me voir pour me demander un arrêt de travail. Je leur dis non, on ne vient pas pour demander un arrêt de travail, on a une pathologie et on décide si on arrête ou pas. Je me sens un peu pris en otage sur les demandes d'arrêts. Le hold-up, c'est vraiment pour les arrêts de travail.* »

. P 9 : « *le problème, il est au niveau des arrêts de travail, on est beaucoup trop laxiste, mon associé il est pareil. C'est difficile quand quelqu'un vient te voir et qu'il a mal au dos, en plus on travaille dans un quartier populaire ou les gens souffrent avec beaucoup de personnes qui travaillent dans le bâtiment et qui ont un métier difficile.* »

A-8-c. Le rôle du médecin conseil

Les participants rappellent que ces prescriptions sont contrôlées par un médecin-conseil de la caisse primaire d'assurance maladie. Une **collaboration plus efficace** avec le médecin-conseil serait préférable pour un médecin interrogé. Les professions sont cloisonnées et sans véritable échange sur ces situations, ce qui semble dommageable.

. P 13 : « *il ne faut pas oublier que l'arrêt est visé par le médecin-conseil, qui accepte ou qui refuse. Les arrêts de travail, c'est un sujet à controverse très souvent. Je n'ai jamais eu un refus du médecin conseil pour burn-out ou dépression parce que les mecs ne prennent pas le risque d'envoyer un gars au travail dépressif comme avec les suicides d'orange ou de la sncf, pour que le gars se retrouve sur les rails découpé en rondelles.* »

A-8-d. Le nomadisme médical

Un participant évoque le vagabondage des patients au sujet des arrêts de travail à travers une situation rencontrée. Les patients n'hésitent pas à changer de médecin ou de cabinet médical afin d'obtenir un arrêt de travail.

. P 5 : « pour les arrêts de travail, on a un monsieur qui vient de se faire couper les indemnités, que je n'ai pas vu depuis un an. Il vient voir mon associé, et hop il revient me voir donc ils en jouent un peu.»

A-8-e. Une réponse à un désarroi

Un participant est **agacé par l'image des praticiens véhiculée par les médias et les employeurs** sur les arrêts de travail. Les arrêts de travail sont une prescription médicale, utilisés en réponse à une problématique et dont la **finalité est de soigner une personne malade**. L'objectif n'est pas de satisfaire la volonté d'une personne de ne pas travailler ni de satisfaire l'employeur.

. P 13 : « *c'est vraiment casse-pied quand tu entends dans les émissions de radio, les employeurs dire, les médecins font des arrêts de travail à tire-larigot, il suffit d'aller voir son médecin traitant, et il vous file un arrêt.* »

Il rajoute ensuite : « *le type qui vient devant toi, il te dit pas mon employeur il me fait chier, je ne veux plus y retourner, file-moi un arrêt de travail. Le bonhomme, il est au fond du sceau, il se met à pleurer, il n'est vraiment pas bien, et tu lui dis, je vais t'aider car c'est ton rôle. Quelqu'un qui vient pour un arrêt, ne vient pas par plaisir.* »

A-9. Les psychotropes, difficiles à donner et à sevrer

A-9-a. Une forte demande des patients

Les prescriptions de psychotropes font l'objet d'une importante demande des patients pour les participants, principalement sur les hypnotiques et anxiolytiques. Cela soulève régulièrement des problématiques de **surconsommation et d'addiction**. Lors des renouvellements, la question du sevrage ou de diminution des doses est difficile à aborder et à mettre en pratique. Des refus catégoriques voire de la colère et une opposition virulente au médecin sont manifestés par les patients.

. P 4 : « *la prescription de somnifères, c'est redoutable, avec la phrase récurrente, si j'ai pas mon cachet, je ne dors pas ! Et vous allez me donner mon cachet, sinon je ne dors pas !* »

A-9-b. Un sevrage difficile

Il est compliqué pour les praticiens d'intervenir ou de modifier ces prescriptions. Ils se sentent **impuissants** parce que les **patients** ne sont **pas motivés par le sevrage**. Un participant a pourtant fait une formation dédiée à la prise en charge des troubles du sommeil par les thérapies comportementales. Il en fait un aveu de **résignation**.

Si la personne prend un hypnotique ou un anxiolytique depuis des années, les participants n'essayent plus de modifier ces prescriptions car ils essuient des revers systématiquement. Certains estiment réussir à en sevrer quelques-uns en insistant sur les toxicités et le suppriment à l'occasion d'une chute.

. P 4 : « *Chez les gens qui ont l'habitude de dormir avec un somnifère, c'est quasiment impossible de le leur supprimer. Pourtant, j'avais fait la formation du sommeil à Bordeaux mais avec le traitement comportemental, je n'ai eu que des échecs. Personne ne me remplissait l'agenda du sommeil. C'est plus simple de prendre un cachet.* »

. P 14 : « *Ils viennent pour leur ordonnance de zolpidem® et il faut leur donner. Je leur explique que cela aggrave les troubles mais ils ne l'entendent pas. Je me retrouve souvent sans argument.* »

A-9-c. Une méfiance envers les antidépresseurs

Deux participants ont perçu une méfiance des patients à l'introduction d'une psychothérapie ou d'un traitement antidépresseur qui souffrent d'une **mauvaise image**. L'**explication** du médecin doit être **progressive, répétée, sur plusieurs consultations**. L'information sur les mécanismes du syndrome anxio-dépressif, l'intérêt des traitements et son évolution sous traitement doivent être rappelés ainsi que les potentiels effets indésirables. Le manque d'information abouti à des échecs et à un arrêt précoce des traitements.

. P 15 : « *Il y a aussi les antidépresseurs qui sont difficiles à faire accepter, c'est un travail de longue haleine, tout comme la consultation chez le psychiatre.* »

. P 13 : « *ils te disent souvent : je ne peux pas attendre un peu avant de prendre un antidépresseur ? J'essaie de bien expliquer aux gens, la première semaine, vous allez avoir envie de dégueuler et être angoissé et qu'après il va y avoir une levée de bouclier. Sinon, ils arrêtent le traitement 15 jours après.* »

A-9-d. Un conflit intérieur

Ces traitements déclenchent un conflit intellectuel pour les participants. Ils manifestent la perception de réaliser un **traitement lourd, efficace mais à court terme**. Ils savent que ces médicaments sont **toxiques à long terme**. Certains participants préfèrent en première intention l'alternative de la **médecine douce** et réservent ces traitements aux cas sévères. Une stratégie de refus de somnifère a été une source de rupture pour un participant. La clinique du sommeil et la **thérapie comportementale** sont une stratégie de réponse d'un autre participant.

. P 11 : « *j'ai l'impression de cogner un peu fort. Je leur dis, oui, je peux vous donner quelque chose d'efficace, mais à court terme. Mais bon, tu sais que tu n'as quand même pas répondu...* »

. P 1 : « *j'essaie de passer par des plantes, des choses douces et après on voit, mais j'essaie de ne pas prescrire ce qu'ils veulent, mais de trouver des alternatives avant. Certains essayent quand même de faire sans, et quand ils arrivent et que vraiment ça ne va pas, bon bah là oui, car tu es quand même là pour les aider.* »

A-10. Une prescription sous influence

A-10-a. L'influence des patients

La majorité des médecins ont le sentiment d'**être influencé dans leurs prescriptions quotidiennes**, par les patients.

Ces derniers sont en général **demandeurs de médicaments** et il faut les limiter. Cependant, certains minimisent cette influence et **suivent davantage les recommandations aux préférences du patient**. Les **jeunes générations** cherchent davantage à influencer que les anciennes selon eux.

L'influence est plus importante pour les maladies chroniques. Enfin, le fait de **connaître le patient** depuis longtemps accroît cette influence. Globalement, ils acceptent cette influence, la comprennent et pensent que c'est normal que le patient intervienne.

. P 6 : « *quand on connaît les gens depuis longtemps, c'est difficile de ne pas se faire influencer. Mais globalement, c'est une bonne influence.* »

A-10-b. L'influence des professions paramédicales

Les patients sont aussi très influencés par les professions paramédicales, ce qui retentit sur la relation avec le médecin. Les participants ont jugé **néfaste quasiment à l'unanimité l'influence des kinés et des ostéopathes**. Cette influence interfère dans la relation médecin-patient pour les médecins interrogés. Des **intentions injustifiées germent dans l'esprit du patient** au sujet de prescriptions d'examens complémentaires, d'antalgiques, d'intervention chirurgicale ou de rééducation. Ils considèrent que ce n'est **pas leur rôle de donner au patient des conseils de prescriptions** car ils n'ont pas eu la formation requise.

Un praticien croit que le patient doit hiérarchiser les sources d'informations et qu'il devrait prioritairement écouter le médecin.

Les demandes d'IRM injustifiées émanant de l'ostéopathe sont revenues souvent lors des entretiens. Les patients ont parfois tendance à plus écouter leur ostéopathe que le médecin, ce qui les ennuit.

. P 4 : « *l'ostéopathe veut une IRM ? Il n'a qu'à vous la prescrire. S'il ne peut pas, c'est peut être qu'il y a une raison ! Je leur disais pour les entorses ça sert à rien la kiné. Mais si, mon kiné m'a dit qu'il fallait en faire.* »

. P 11 : « *est-ce que le kiné doit dire eh bah tiens prenez ça, alors qu'il connaît pas ses antécédents ni ses traitements. Il vaut mieux que les patients écoutent leur médecin plutôt que leur kiné, leur infirmière ou leur coiffeur. Je n'ai rien contre eux, mais ils nous mettent un peu dans le même lot alors qu'on n'est pas au même niveau.* »

Il ajoute ensuite : « *je voulais diminuer le traitement par stilnox®. Son infirmière lui a dit : vous ne dormez pas avec un ? Prenez-en 2 !* »

A-10-c. L'influence d'internet et des médias

Les patients sont aussi influencés par les médias et internet. Nous avons déjà cité l'apport positif de la campagne TV sur les antibiotiques.

A-10-c-1. Un apport globalement négatif

L'information du patient via internet et les médias est évaluée péjorativement par les participants. L'information médicale est **mal médiatisée**, avec des **intervenants pas toujours qualifiés**. Cela nourrit l'**angoisse** des personnes et une **Crainte envers le système de soin**. De plus, le patient se renseigne sur des sites internet non scientifiques, **sources de désinformation**. Le patient en est parfois conscient.

L'information du patient est **dépendante du statut socio-économique** pour les participants.

. P 8 : « *la médiatisation de certaines pathologies ne nous aide pas, parce que c'est pas bien médiatisé. Il y a le patient, derrière l'opinion publique, la médiatisation de la pathologie. Il y a le contexte d'information des patients qui peut ne pas nous aider dans nos prises de décisions. Le problème est qu'ils retiennent que le petit pourcentage de cas graves* »

A-10-c-2. L'émergence du patient expert

Les médecins ne sont **plus la seule source d'information médicale**. Ils doivent composer avec les connaissances des patients acquises de différentes manières. Les médecins les plus expérimentés font état d'un **phénomène récent**. Cet intérêt pour l'information médicale est accueilli **positivement par la majorité des participants** puisque les patients s'investissent davantage dans leur santé. Cependant, les conséquences sont des **consultations longues** et des **explications** nécessairement **plus consistantes** du médecin.

. P 1 : « *Ils deviennent experts. Avant de venir te voir, ils sont allés sur internet, donc c'est plus les mêmes demandes et tu dois les informer, conseiller, tout expliquer et tout justifier.* »

A-10-d. L'influence de l'entourage

Ce que pense le **voisin, les amis et la famille** est aussi présent pendant les consultations pour certains participants. Cela agace parfois les participants s'ils ont une préférence sur ce que pensent les voisins à leur médecin.

. P 12 : « *le patient intervient après discussion avec son voisin, son entourage. Ils ont des interventions sur ce qu'ils ont lu, sur ce qu'ils ont vu. Le voisin a pris ça et c'était bien.* »

A-11. L'intervention du patient est conditionnée par les anciennes pratiques des médecins

Plusieurs participants ont mentionné les influences des anciennes pratiques des médecins dans l'intervention des patients. Ils ajoutent que cela est **difficile de changer ces habitudes de prescriptions**.

Pour un médecin interrogé, les anciens médecins ne respectaient pas toujours les règles de prescriptions des médicaments et suivaient trop souvent les désirs des patients. L'éducation des patients par les anciens médecins a été jugée insatisfaisante par les jeunes médecins lorsque ces derniers ont repris une patientèle.

. P 3 : « *les patients sont très demandeurs d'examens et de choses. Je ne suis pas trop demandeur d'examens, j'en fais le moins possible et c'était pas le cas des médecins avant. J'ai succédé à un médecin qui prescrivait beaucoup d'examens et adressait au spécialiste en permanence. C'est dur de changer les habitudes* »

. P 1 : « *certains patients qui avaient des anciennes habitudes de vieux médecins, avaient l'habitude qu'on leur prescrive des médicaments hors AMM, qu'on nous demande encore parce que ça marchait super bien sur eux, mais que l'on utilise plus. Certaines personnes ont eu des habitudes vraiment anciennes d'avoir ce qu'ils voulaient.* »

A-12. L'intervention du patient est chronophage

La plupart des participants ont jugé l'intervention positive mais cela **demande beaucoup de temps** de répondre à ces interventions. La stratégie développée face à ces remarques varie en fonction de l'emploi du temps, du moment de la journée et du temps disponible du praticien. La **pression de la salle d'attente pleine** est présente pendant la consultation et agace un médecin interrogé si la discussion s'éternise.

. P 10 : « *des fois, la discussion t'agace un peu parce que la salle d'attente est pleine. Quand tu as le temps d'expliquer les choses, c'est bien, mais le problème, c'est le temps.* »

A-13. Les vaccins, un sujet compliqué

Les participants se heurtent parfois à la résistance virulente des patients au sujet des vaccins. Cela revêt une **dimension politique**. Un **argumentaire précis et concis, préparé à l'avance** doit être fourni en consultation. L'entretien d'une personne qui refuse une vaccination prend le temps de la persuasion, ce qui manque chez les médecins interrogés.

Trois participants ont évoqué la thématique des vaccins lors des entretiens. Tous ont ressenti des difficultés à convaincre les parents de vacciner leurs adolescentes par le *gardasil®*. Les autres vaccins sont plus simples à défendre, notamment par le travail de la ministre de la santé sur les vaccinations obligatoires.

. P 12 : « *avec les vaccins, c'est une discussion qui est difficile et qui est peut être la plus difficile, car elle est dogmatique. C'est politique, c'est là où c'est le plus désagréable pour moi. Si tu n'as pas un argumentaire précis, c'est compliqué. Il faut passer du temps.* »

A-14. La résistance des patients aux génériques et les demandes d'homéopathie

Certains participants ont ressenti une pression des patients sur les génériques qu'ils ont du mal à combattre pendant les consultations. Le fait de sortir de l'hôpital avec des génériques les aide pour un participant. Aucun ne lutte réellement contre ces demandes.

Deux participants ont mentionné des demandes d'homéopathie. Ils ne prescrivent pas ces traitements car ils ont un niveau de preuve insuffisant. Ils incitent les patients à aller en chercher directement à la pharmacie ou à consulter un homéopathe.

. P 14 : « *On me demande de manière systématique non substituable, sans me demander mon avis.* »

A-15. Les participants se sentent obligés de freiner les patients sur les antalgiques

Deux participants doivent **refroidir les intentions des malades** à ce sujet. Ils sont parfois dans une impasse et n'ont **pas un large de choix de prescriptions**, compte-tenu des contre-indications, interactions et effets indésirables potentiels.

L'antalgie des personnes âgées et fragiles est difficile à obtenir car peu de médicament leur est accessible pour ces deux médecins interrogés.

. P 4 : « *les antalgiques, en particulier chez les migraineux où ils ont tendance à surconsommer. Notamment au niveau des anti-inflammatoires qu'ils nous demandent, moi je leur disais qu'avec les sartans et les IEC, ce n'est pas génial, oui d'accord mais moi j'ai mal ! Au niveau des antalgiques, on a relativement peu de choses quand même, hein.* »

. P 11 : « *ce n'est pas facile, alors tu fais un pas parce qu'elle a mal, mais je vais pas trop loin, parce qu'elle est fragile. On est obligé de freiner les patients. Ce n'est pas normal, avec tout ce qu'on a maintenant d'avoir mal !* »

B. L'attitude des participants

B-1. L'argumentation est devenue très importante

La totalité des médecins ont estimé que l'argumentation est très importante dans leur pratique actuelle.

B-1-a. Une argumentation plus consistante actuellement

Plusieurs participants ont l'impression que l'argumentation du médecin doit être **plus consistante que dans le passé**. Une introduction d'un traitement doit nécessairement être accompagnée d'**instructions du prescripteur**, ce qui n'était pas le cas précédemment.

Une nouvelle prescription aboutie à une **négociation et à une longue explication sur les traitements des maladies chroniques**. L'argumentation compose selon le degré d'information du patient et de ce qu'il a vu sur internet pour un médecin interrogé.

D'autre part, pour un médecin, le modèle de relation paternaliste est désuet, le médecin ne peut plus imposer son choix mais il **doit bien expliquer au patient afin de prendre en compte ses attentes et ses choix dans la prescription**.

. P 11 : « *la relation avec le patient a changé, il faut argumenter de plus en plus maintenant. Chez les diabétiques, tu es obligé d'argumenter, chez les hypertendus, pareil. Maintenant, tu ne peux plus donner un traitement sans expliquer.* »

B-1-b. La prise en compte du profil psychologique

Deux participants ont manifesté l'**intérêt de la recherche du profil psychologique**. Celui-ci conditionne ensuite l'explication du médecin afin que le message soit bien reçu par le patient. Cette méthode **améliore l'observance et raccourcit le temps de la consultation**.

. P 12: « *il faut analyser le profil psychologique. Est-ce que c'est un travailleur, un empathique, un promoteur ? Donc dans ce qu'il va te poser comme intervention, tu sais comment tu vas réagir avec lui et quel message il va falloir passer pour qu'il adhère au traitement. Ça raccourcit ton temps de consultation, parce qu'ils adhèrent tout de suite.* »

B-1-c. Causes et objectifs de l'argumentation

B-1-c-1. L'information du patient

L'argumentation est devenue plus importante parallèlement à l'**essor des sources d'informations médicales comme internet**. Les participants pensent que les patients arrivent en consultation après avoir consulté internet, avec une idée précise sur leur maladie, et sur la prise en charge. Ils attendent un éclaircissement du professionnel de santé sur ce qu'ils pensent, et veulent soutirer des informations du médecin.

. P 1 : « *tout est dans l'information. C'est pour ça que les consultations sont plus longues et plus fatigantes, il faut tout expliquer. Les patients deviennent experts avec internet...* »

B-1-c-2. La limitation des antibiotiques

Réaliser des **prescriptions limitées d'antibiotiques** passe par une bonne argumentation pour les participants. Le discours finit par passer, mais il faut bien **annoncer la durée des symptômes en amont, et prévenir le patient qu'il doit s'armer de patience** d'après un participant.

Pour la majorité des participants, tout passe par l'information et l'éducation du patient par le médecin.

. P 4 : « *j'essaye d'expliquer qu'il n'y aucune raison de prescrire des antibiotiques. J'essaye d'expliquer ce que j'entends, ce que je pense qu'ils ont en expliquant le contexte épidémique et que ça va passer tout seul, qu'il faut patienter une semaine, 10 jours, voir même que si c'est une banale bronchite, je leur annonce qu'ils peuvent tousser pendant 3 à 4 semaines et que c'est normal. J'essaye de prendre les devants. Je dirais que c'est un discours qui finit par passer.* »

B-1-c-3. La limitation des contestations des patients

Un participant expérimenté confie que l'argumentation permet de faire **accepter les traitements chroniques**. Il évoque l'intérêt de rappeler au malade la balance bénéfiques/risques des traitements et **prévient le patient des effets indésirables potentiels**, car il sait que les patients lisent les notices des médicaments.

Il ajoute ensuite que cela permet de **réduire les contestations et les désaccords des malades**. Pour lui, chaque conflit peut être désamorcé par une bonne explication.

D'autre part, le praticien doit toujours laisser la porte ouverte au patient et être **disponible pour répondre à ses interrogations et inquiétudes**.

. P 13 : « *Si tu leur expliques bien l'intérêt bénéfiques/risques, ils comprennent l'histoire bénéfiques/risques avec les traitements chroniques en parlant des toxicités, il y a assez peu de contestations. Il ne faut pas cacher un événement indésirable à un patient. Si le type revient en disant, bah oui c'est la statine, il va te dire, écoutez, vous auriez pu me le dire que ça donnait des douleurs musculaires. J'ai vu sur la notice que cela donnait des douleurs musculaires. Ou s'il va avoir de la diarrhée, ça va être la panique. En fait, il faut leur dire vous pouvez avoir ça, et après on peut en parler.* »

B-1-c-4. La limitation des examens complémentaires

Les explications sont utilisées pour limiter les examens complémentaires pour un participant, ce qui s'avère efficace.

Il **rassure** la personne en lui disant que ce n'est **pas urgent** et qu'on peut **se garder du temps** de le faire plus tard en cas de **persistance des symptômes**. D'autre part, la **mise en avant des toxicités** en termes de radiations est aussi utilisée. Enfin, un participant explique au patient que les imageries **ne sont pas une thérapie**.

. P 10 : « *il y a de temps en temps des demandes d'examen, chez des gens qui ont généralement mal au dos, après une fois qu'on leur explique que ce n'est peut être pas le premier examen ou qu'on peut se donner un peu de temps, ils comprennent, tout est dans la communication.* »

. P 5 : « *je leur dis que les IRM n'ont jamais guérie quelqu'un.* »

B-1-d. Le contenu de l'argumentation

Les explications données par les participants se basent sur leur **formation acquise à la faculté**. Ils donnent aux patients des **arguments scientifiques**, évoquent la **physiopathologie** de la maladie et les **preuves de l'efficacité des traitements**. Ils s'aident des **recommandations**. Ils tentent de fournir une explication claire, logique et estiment cela efficace.

. P 15 : « *en pratique, j'essaie d'argumenter, en disant qu'avec la symptomatologie, il n'y a pas lieu de faire ça. J'essaie de donner des arguments scientifiques, en leur donnant les preuves de l'efficacité.* »

. P 2 : « *après que les patients aient justifié leur demande, je vérifie si ça rentre dans les recommandations. Je trouve qu'avec les recommandations, on arrive plutôt, pas mal à s'en sortir. Si ça ne rentre pas dans les recommandations, je leur donne les arguments.* »

B-1-e. Une argumentation diplomate

L'opinion des participants est que le médecin doit faire preuve de **diplomatie dans ses explications**. Il doit écouter et analyser le profil psychologique de la personne qui reçoit l'information. Il doit ensuite fournir une argumentation adaptée à ce profil pour deux participants. L'information doit être délivrée avec douceur, empathie et psychologie, en faisant intervenir un lexique adéquat pour un médecin interrogé.

. P 1 : « *il faut trouver les bons mots, être assez diplomate et informer, informer, informer...Il faut prendre le temps, reformuler et leur expliquer.* »

. P 12 : « *tu ne vas pas dire, nan mais le dos allez c'est rien, allez marcher !* »

B-1-f. Un discours positif

Le médecin se doit d'être **positif dans ses explications** pour ce participant. Une attitude positive, énergique et joviale fait partie de la thérapie. Il est important de renforcer la motivation et l'attitude du patient.

. P 12 : « *il faut toujours positiver avec le patient, tout ce qu'il fait est bien !* »

B-1-g. La nécessité de prendre le temps

Le fait de prendre le temps **améliore la qualité et la compréhension des explications**. Une information donnée calmement en prenant le soin que la personne comprenne est plus efficace.

. P 10 : « *quand tu prends le temps d'expliquer aux gens, en général, ils comprennent.* »

B-2. Les participants sont à l'écoute et cherchent à comprendre les raisons de l'intervention.

B-2-a. Accueillir l'intervention

Les participants tentent d'être à l'**écoute des attentes et reçoivent les interventions** dans un premier temps. Ils essaient d'écouter le patient jusqu'au bout pour bien comprendre la nature de l'intervention. Le médecin doit ensuite déchiffrer et analyser la remarque pour un participant.

. P 12 : « *il faut toujours accueillir l'intervention et toujours être à l'écoute puis cadrer. Après c'est à toi de trouver où est la plainte. Il te dit ça peut être pour autre chose, mais il faut tout prendre en considération. Donc première étape, diagnostic du profil, puis qu'est ce qu'il y a derrière ?* »

B-2-b. Comprendre l'origine de l'intervention

Dans un second temps, ils cherchent à **analyser l'origine** de celle-ci. Est-ce associé à une **angoisse** sous-jacente ? Ils recherchent donc la raison de cette demande. Pour un médecin interrogé, un commentaire ou une demande de médicament inutile comme un sirop, traduit une inquiétude que ce produit permet d'antagoniser.

Le commentaire peut être aussi secondaire à un décès ou à une anecdote relatée par une connaissance ou à un fait divers décrit par les médias. Cela les **aide à formuler leur réponse** au commentaire du patient.

. P 15 : « *je leur demande pourquoi cette demande, qu'est-ce qu'il y a derrière ? est-ce que c'est associée à une projection ou une angoisse qu'ils ont connu ? Des fois, ils te disent est-ce qu'on peut faire un examen parce que mon frère a eu un cancer des poumons et on ne l'a pas vu à la radio. Est-ce qu'on peut faire un scanner ? Donc comprendre sur quoi c'est basé, si c'est les copines qui lui ont dit qu'il fallait faire ça.* »

B-3. Des participants ont une attitude souple

B-3-a. La difficulté à dire non

Cinq participants ont des **difficultés à dire non**. Un participant a même avoué ne dire **jamais non**. Refuser une demande d'un patient ne changera rien car il trouvera ce qu'il souhaite dans un autre cabinet pour ce participant. Le **refus** entraîne une **complexité** et une **opposition** avec le patient alors que l'**acceptation** apporte une **tranquillité**. Ils se jugent **laxistes, tolérants et généreux**.

. P 12 : « *Je suis assez laxiste, ils veulent, je fais. Je ne dis jamais non, au niveau des examens, si tu ne le fais pas, on va toujours avoir le doute et puis il ira demander à un autre de toute façon. Moi, je suis généreuse, alors peut-être que c'est un moyen d'être peinard aussi, je n'ai pas à batailler, j'ai pas à lutter, mais je me dit : je suis pas sûr que ça revienne plus cher et une fois que le gars a son truc, eh ben terminé quoi !* »

B-3-b. Certains suivent la stratégie du patient

Deux participants sont **ouverts aux propositions thérapeutiques des patients** et peuvent suivre leurs propositions. Si une thérapie s'est avérée efficace dans le passé et que le patient vient en consultation en désirant un renouvellement de cette prescription, ils acceptent même si cela n'aurait pas été leur prescription initiale sans la participation du patient.

Si cette thérapeutique proposée par le patient n'a pas fonctionné, ils reprennent la main sur la prescription.

. P 3 : « *je leur donne mon avis mais s'il y a des gens qui veulent certaines choses et pas d'autres médicaments, au départ, je suis, si ça fonctionne bien, je continue. Si ça n'a pas bien fonctionné, on change un peu d'optique. Je pense que je suis assez souple par rapport à ça. Si je dis non à tout, ça ne va pas le faire.* »

B-3-c. Des participants s'adaptent au contexte

Quatre participants **s'adaptent aux croyances et aux personnalités particulières** des gens. Ils ne donnent pas deux traitements semblables pour deux profils différents. Ils s'adaptent au contexte et à la situation rencontrée. Un participant ajoute que le médecin ne doit pas **être trop moralisateur** dans son attitude s'il veut que son discours soit accepté. Il doit se mettre au niveau du patient pour qu'un échange ait lieu.

. P 13 : « *tu t'adaptes au contexte. Je comprends que les gens soient critiques. Le but, ce n'est pas de faire suer les gens, de taper sur les fesses en disant : c'est pas bien ce que tu as fais, etc, nan.* »

. P 15 : « *la question est, quelle attitude adopter face à chaque patient ? Il faut s'adapter à la personnalité particulière des gens.* »

B-3-d. L'attitude est variable selon l'insistance du patient

L'insistance du patient fait **naître le doute** chez les participants, ce qui aboutit à une modification de la prise en charge. Trois participants suivent les instructions du patient s'il insiste sur une prescription.

. P 10 : « *quand ils insistent, insistent, ça fait naître le doute et des fois, je finis par craquer.* »

B-3-e. L'attitude dépend de l'aspect social

La situation psycho-sociale influence l'attitude de trois participants. Ils **privilégient la dimension sociale et humaine** dans leur prise de décision. Pour un médecin interrogé, le dénuement attendrit le prescripteur, ce qui engendre une plus grande tolérance. Un participant rend service à ses patients lorsqu'ils sont en voyage en envoyant des prescriptions à distance.

. P 8 : « *il y a des choses que je tolère un peu plus face au dénuement de certains patients que d'autres.* »

B-3-f. Chaque médecin a des points de fixation

L'attitude des soignants varie en fonction de leurs **tempéraments, de leurs convictions et de points de fixation** propres à chacun. Certains médecins sont intraitables sur les antibiotiques mais plus friables sur les imageries. D'autres ne prescrivent jamais d'hypnotiques ou au contraire, certains ne refusent jamais une demande de prescription. Chaque médecin se fixe ses propres limites.

. P 8 : « *je n'ai pas un tempérament à imposer les choses. Peut être que je discute trop et que je ne suis pas assez directif.* »

B-4. D'autres ont une attitude directive

B-4-a. Pas de difficulté à dire non

Cinq participants n'ont pas de difficulté à dire non au patient. Ils estiment que le médecin est dans son **droit de refuser** et qu'il **ne doit pas tout accepter** du patient. Le médecin doit résister aux demandes injustifiées, **garder ses convictions et fixer des limites** aux demandes des patients. Ils pensent que si le médecin ne refuse pas une demande de prescription d'un patient, le patient va continuer à intervenir dans les prescriptions et faire valoir ses exigences. Cela véhicule **une meilleure image d'eux même**, de leur profession et **diminue le sentiment de culpabilité**. Ils n'ont pas manifesté de crainte des conflits.

. P 5 : « *je suis un peu psychorigide et pas très malléable, j'ai mes convictions et mes arguments, je ne me laisse pas bouffer ! Celui qui me dit, il faut des antibiotiques, vous me le marquez, il prend la porte tout de suite. Dès le début, j'ai mis en place des règles, plutôt que de me prostituer. Je leur dis souvent, ici, on ne négocie pas ! Je n'ai pas peur de dire non, ça me permet de mieux dormir le soir et non de me dire, putain j'ai fais de la médecine de merde, pourquoi j'ai fais ça ! Je ne fais jamais de certificat de complaisance, zéro, même à des copains, c'est niet. Si tu commences, après c'est fini.*»

. P 15 : « *les demandes injustifiées sur des prescriptions injustifiées, des transports injustifiés, des certificats de complaisance, moi c'est non, non, non, direct. J'ai aucune difficulté à dire non. Je pense qu'il faut être ferme d'emblée ! Avec moi, c'est moi qui décide ! Moi, je suis un tyran ! Je veux que les gens écoutent un peu ce que je dis quoi ! Si ce n'est pas justifié, je sors les baffes et j'en fous !* »

B-5. L'intervention du patient majore l'anxiété du médecin ce qui a des répercussions sur son attitude

B-5-a. La crainte de passer à côté de quelque chose

Certains participants repensent à des situations à leur domicile ou pendant leur temps libre. La crainte de passer à côté de quelque chose **est toujours présente dans leur esprit**. Ce qui occasionne parfois des réveils nocturnes.

L'angoisse de laisser filer un diagnostic ou ne de pas avoir effectué les examens nécessaires ni orienté à un spécialiste au sujet d'une maladie grave exerce un rôle dans l'attitude des praticiens, pour quatre médecins interrogés.

Cela peut engendrer une **rupture de confiance** si le refus d'une demande d'un patient a eu comme répercussion un retard de diagnostic pour un participant.

. P 15 : « *il y a quelque chose d'important que je veux rajouter, c'est l'angoisse du médecin, la peur du médecin de passer à côté de quelque chose. Je pense que c'est important. La peur que l'on puisse te reprocher quelque chose, c'est à dire d'avoir une maladie que tu n'as pas cherché ou pas trouvé alors que le patient te demandait un truc.* »

. P 3 : « *c'est un peu difficile parce que si je ne fais rien et qu'il y a quelque chose, je suis un peu embêté. Quand c'est eux qui l'ont demandé et qu'on finit par aller à l'examen que j'avais refusé au départ, c'est un peu gênant.* »

B-5-b. Le vécu du médecin

L'expérience personnelle du prescripteur influence son attitude dans la gestion des demandes des patients pour un médecin interrogé. Un praticien ayant eu des soucis de retard de diagnostic ou d'erreur par le passé, répondra différemment d'un médecin qui n'a jamais commis d'impairs. Son seuil d'acceptation sera plus bas.

. P 15 : « *ça tient aussi à ton passé. Si tu as eu de gros emmerdes pour des choses que tu n'as pas faites alors que, tu vas peut-être plus accepter les demandes des gens quoi.* »

B-5-c. L'obstacle médico-légal

La crainte médico-légale est présente lors des consultations pour ce participant. L'**émergence du spectre médico-légal** a des répercussions sur l'attitude des prescripteurs. S'opposer fermement à un patient conduit à prendre ce risque.

. P 6 : « *je pense que pour éviter des problèmes médico-légaux, il faut écouter, discuter avec eux, si tu ne les écoutes pas ou si tu les braques, tu peux avoir des problèmes, je pense.* »

B-5-d. Un déficit de confiance

Cette anxiété est liée à un manque de confiance des médecins généralistes, ce qui occasionne des **prescriptions pas toujours justifiées** pour deux participants. Quatre participants ont parlé d'un manque de confiance en eux au moment de la prescription.

Une **sur-prescription d'examen** en est la résultante.

Un participant s'aide de ses confrères en groupe de pairs pour améliorer ce sentiment.

. P 6 : « *des fois, tu sers juste à faire les prescriptions. Je ne suis pas toujours sûr de moi, je suis modeste.* »

B-6. La notoriété publique et l'image du médecin est quelque chose d'important

B-6-a. La réputation des médecins

Les patients connaissent les pratiques des médecins pour les participants. La réputation du médecin se fait rapidement et voyage à travers les patients et leurs connaissances. Ils rétorquent que le **patient sait quel médecin consulter en fonction de sa demande** et de ce qu'il souhaite obtenir du médecin.

. P 5 : « *Je pense qu'il faut garder ses convictions parce que ça se sait vite et on se fait vite une réputation. Ceux qui ne veulent pas dire non, c'est les médecins qui veulent plaire. Je n'ai pas envie qu'on se dise, il te faut un arrêt de travail, vas le voir, il te le fera. J'ai envie qu'on se dise si tu as eu un arrêt par un tel, c'est que c'est justifié.* »

B-6-b. La propre image des médecins

Certains médecins **s'interrogent sur leur image**. Un participant exprime la **volonté d'être écouté**, car il a un savoir et une expertise acquise par les années d'expérience. Il regrette que les patients écoutent davantage le voisinage au conseil médical. Un autre participant pense que nous ne sommes pas des savants, et que le **pouvoir du médecin doit être limité**. Pour lui, le médecin généraliste doit être plus proche du patient et se mettre à niveau égal.

. P 13 : « *le médecin ne doit pas se croire tout-puissant, il ne faut pas qu'il se croit tout permis. Surtout que nous, on manipule des traitements courants, on ne donne pas des chimiothérapies et des thérapies vitales. On n'est pas des saints, ni des savants.* »

. P 15 : « *écouter les recommandations des uns et des autres, et aller dans ce sens, c'est discréditer notre propre rôle. D'ailleurs, on a un problème avec ça, hein. J'ai tellement vu de gens qui ont perdu leur âme et qui ne travaillent plus avec plaisir, enthousiasme, parce qu'ils se sont discrédités avec des choses qui ne sont pas justifiées. Je ne suis pas la concierge médicale, je ne suis pas la voisine qui discute avec les gens. Il faut faire ça parce que mon voisin, il a eu ça, je ne veux pas de ça. Je ne suis pas qu'un prescripteur, je suis pas secrétaire quoi. Ça peut paraître prétentieux, mais j'ai un certain crédit quoi.* »

B-6-c. La disponibilité constitue l'image du médecin

La disponibilité pour les situations graves constitue l'image du médecin pour ce participant. Le fait d'avoir **répondu à un désarroi** ou une situation dans laquelle le patient se trouvait en difficulté construit l'image que le patient a du médecin. Ce n'est **pas la rédaction d'une ordonnance** à chaque consultation qui favorise l'image du médecin.

. P 10 : « *elle ne m'a rien donné mais elle est présente en cas d'aggravation. Ils savent qu'on sera toujours là s'ils ont besoin de nous.* »

B-7. La santé du médecin influence la stratégie de réponse

L'état de santé du médecin a une action sur la manière de répondre à une intervention du patient. Le praticien **n'a pas toujours le même état d'esprit** en fonction du moment de la journée, de son état de fatigue et des problèmes rencontrés. Les consultations en fin de journée aboutissent à plus d'acceptation du praticien qui ressent la fatigue de la journée et ne sent pas capable de lutter contre un patient insistant. La lassitude du médecin conduit à davantage accepter les demandes des patients. D'autre part, la **qualité de vie**, qu'elle soit professionnelle ou extra-professionnelle conditionne la stratégie de réponse.

Une **bonne organisation du cabinet médical** améliore la qualité de vie professionnelle, diminue la sensation de fatigue du praticien et donc améliore la stratégie de réponse et la qualité des soins pour un médecin interrogé.

. P 15 : « *Des fois, tu as envie de lâcher et tu lâches pas, des fois tu en as marre parce que tu n'as pas envie de batailler. Il y a aussi des fois où à force de batailler, tu lâches et tu te dis c'est bon, je vais arrêter de passer 20 minutes à argumenter. C'est la lassitude qui va te faire accepter et lâcher tes convictions. Ça dépend de ton état d'esprit. Des fois, tu as envie de batailler et faire accepter les choses et d'autres moments tu en as ras-le-bol, tu as eu 2 cons avant qui t'on fait chier. Le 3ème, tu ne vas pas batailler, tu vas accepter peut-être.* »

. P 1 : « *on met plus de priorité sur la qualité de vie professionnelle mais aussi extra-professionnelle. Cet équilibre est très important et c'est aussi grâce à ça qu'on travaille mieux, plutôt que de faire de l'abattage. En expliquant ça aux gens, ils le comprennent. On a mis en place des consultations programmées, comme ça les gens s'organisent et ce n'est plus à nous de s'organiser pour les gens.*»

B-8. Le changement de médecin comme réponse à l'intervention

Des participants savent qu'en **cas de refus** d'une demande d'un patient, le **changement de médecin est possible**. L'attitude des participants n'est pas modifiée par cette composante. Certains patients l'ont même formulé ouvertement à un participant. Les médecins l'acceptent et initient parfois cette manœuvre lorsque les patients sont très exigeants.

. P 4 : « *ils venaient et disaient : vous ne voulez pas me donner ce médicament ? Eh ben j'irai voir quelqu'un d'autre !* »

. P 8 : « *on a la chance d'être dans un secteur où on n'est pas le seul médecin et sur des demandes de patients très exigeants, j'oriente vers d'autres confrères très facilement.* »

B-9. Le lien commercial exerce un rôle dans l'attitude du médecin

Le lien commercial influence l'attitude du médecin pour plusieurs participants. La **crainte de perdre un patient et donc de diminuer ses revenus** peut conduire à accepter plus facilement une demande d'un patient pour ce participant.

Les patients qui acceptent les exigences des patients ont des revenus financiers plus conséquents que ceux qui refusent les demandes.

. P 15 : « *tu as des médecins qui vont accepter tout un tas de choses, des exigences des patients pour maintenir leur patientèle.* »

B-10. La démographie médicale est présente dans la tête des médecins

Le nombre de médecins joue sur l'attitude des participants. Une **forte concurrence conduit à accepter davantage les demandes** des patients pour plusieurs participants. En se remémorant son installation il y a 40 ans, un médecin confie qu'il était plus difficile de s'opposer au patient lorsqu'il y avait beaucoup plus de professionnel sur le territoire. Si le médecin a une condition financière le satisfaisant, il peut se permettre de refuser de prendre en charge un patient exigeant pour un médecin interrogé.

. P 14 : « *le médecin est devenu une denrée rare. Nous à l'époque, il n'y avait pas de pénurie, on était assez nombreux, il n'y avait pas de médecin référent, donc ils venaient et disaient, vous voulez pas me donner ce médicament, eh ben j'irais voir quelqu'un d'autre !* »

. P 8 : « *ça nous aide parce qu'on est nombreux et j'ai une activité suffisante qui me permet de vivre. Je n'aurai pas une activité suffisante, peut être que cela changerait la donne, mais bon, j'ai une activité qui me convient, donc si le patient n'est pas content, il va voir un autre médecin.* »

B-11. L'expérience du médecin influence son attitude

Les participants modifient leur attitude face à l'intervention du patient avec l'âge. Les participants augmentent leur **capacité d'écoute**, mettent **plus de limites**, et sont davantage dans la **gestion psychologique** avec les années d'expérience. Un participant exprime qu'avec le recul, ce n'est pas une bonne chose de faire intervenir le patient dans les prescriptions.

Pour un médecin interrogé, les jeunes médecins sont très stricts et restent dans le raisonnement scientifique et cartésien. Les années apportent une autre vision, plus large en prenant en compte l'environnement, le tempérament du patient, son vécu de la maladie conjuguée à l'expérience personnelle du médecin et des situations vécues dans sa pratique.

. P 11 : « *peut être qu'avec l'âge, je le dis plus maintenant, moi je ne peux pas plus, on essaye de mettre des véto !* »

. P 15 : « *quand tu es jeune, tu as beaucoup de références théoriques, c'est très carré. Après, tu apprends à gérer toute la personnalité qui est autour avec la réactivité des gens, leur comportement, leur vécu, le vécu du médecin aussi dans ce que tu peux accepter ou pas quoi.* »

B-12. La formation du médecin modifie son attitude

La **formation scientifique** influence l'attitude et l'argumentation de plusieurs participants qui donnent des informations au patient validées par les données de la science. D'autre part, certains participants intéressés par la **communication**, utilisent des **techniques acquises** pendant leur formation continue. Cela a modifié son approche avec le patient, amélioré l'observance du patient et son vécu personnel de la consultation. Un participant a fait une formation d'ostéopathie pour comprendre les demandes des ostéopathes. Enfin, les **groupes de pairs** sont une manière pour les participants de connaître les pratiques des autres confrères, ce qui les aide pendant leur exercice. Un participant se forme avec internet pendant les consultations, ce qui lui permet de répondre à ses interrogations rencontrées en pratique.

. P 12 : « *On avait eu des topos là-dessus, sur l'adaptation de la communication, c'est super intéressant. Et quand tu y arrives, tu passes des consultations géniales !* »

. P 15 : « *Je veux faire une formation sur l'entretien motivationnel, sur comment on peut arriver, au travers de ce que nous disent les gens, comment on peut arriver à modifier leur comportement et leur acceptation quoi.* »

B-13. L'orientation vers le spécialiste permet parfois de répondre à l'intervention

Le patient n'est pas toujours convaincu par le diagnostic ou les informations délivrées par le médecin généraliste. Il énonce à certains moments l'envie d'approfondir son problème de santé. A ce moment là, l'orientation vers le spécialiste peut être opportune, comme le souligne deux médecins interviewés. Parfois, le patient demande explicitement l'envie de consulter un spécialiste, principalement pour les **dermatologues**. Cela énerve un participant, surtout quand on ne lui demande pas son avis. Ils pointent **certaines failles** de cette technique. Les consultations des spécialistes sont parfois rapides et le patient n'ose pas toujours intervenir ou n'a pas le temps d'intervenir, ce qui gêne la qualité de la prescription. Ils pensent que les **patients interviennent moins avec les spécialistes**.

. P 12 : « *le spécialiste a dit ça, pam, terminé, c'est une très bonne technique, je trouve, quand le patient n'est pas convaincu et qu'il veut aller plus loin.* »

Il y aussi quelques défauts : « *Il y a pas mal de médecins notamment les spécialistes avec qui ils n'ont pas trop le temps de causer, bah, finalement la prescription, elle n'est pas acceptée ou il n'est pas précis ou il tombe à côté de la plaque, parce que le patient, il n'a pas eu le temps de dire eh bah, j'ai déjà eu ça.* »

. P 15 : « *les demandes de spécialistes, ça arrive souvent ça quand même, surtout pour les dermatologues. Ils me disent souvent, j'ai pris rendez vous avec un dermato, est-ce que vous pouvez me faire un mot quoi. Pour ça, je fais un papier, consultation dermato point. Je ne mets pas de motif parce que ça m'emmerde !* »

B-14. La prescription différée

La prescription différée d'antibiotiques ou d'examens complémentaires est une technique utilisée par quatre participants. Cela permet de répondre à une intervention du patient, d'**éviter une prescription injustifiée**, de **rassurer le patient et le prescripteur**. Très souvent, elle n'est pas utilisée, d'après un participant. Un quatrième intérêt est de responsabiliser le patient sur son état de santé et d'apprendre les consignes de surveillance. Le cinquième atout de cette technique est d'éviter les consultations répétées, selon un autre médecin interrogé.

. P 10 : « *ça m'arrive souvent de dire, écoutez, on surveille mais par contre je vous donne une ordonnance d'échographie au cas où, comme ça si ça va pas mieux, dans 3 ou 4 jours, vous faites l'écho.* »

B-15. Responsabiliser le patient

Deux participants responsabilisent les patients dans leur prise en charge. Un participant le fait par l'intermédiaire de la **prescription différée**. Pour un médecin interrogé, la responsabilisation du patient entre en jeu pour **gérer un désaccord** avec le patient. Le patient a le droit de refuser sa prescription ou de ne pas faire sa prescription, car sa santé lui appartient, mais il l'informe des risques qu'il prend.

. P 15 : « *je les mets face à leur responsabilité et de leur choix quand nous ne sommes pas tout à fait d'accord. S'ils n'adhèrent pas, je leur dis que leur problème de santé les regardent et s'ils veulent prendre des risques, c'est leur droit.* »

. P 13 : « *tu peux tout à fait donner la responsabilité de la surveillance de sa problématique et du choix ensuite de faire une prescription ou d'utiliser une prescription.* »

B-16. Le travail en groupe influence l'attitude du praticien

Les entretiens ont fait ressortir que le travail en groupe influence l'attitude des cliniciens. Ils **s'inspirent des façons de travailler de leurs collègues**. Les échanges entre les praticiens **nourrissent leur réflexion et améliore leur pratique**. Certains praticiens harmonisent leur pratique au sein d'un même cabinet médical en terme de prescription et d'éducation des patients, comme le montre le participant 10.

Un autre effet du travail en groupe est que cela rassure aussi le prescripteur, pour un participant, qui en a souffert pendant son exercice.

. P 10 : « *que ce soit avec x ou y, ils pouvaient lui mettre toute la pression du monde, ils ne mettent jamais d'antibiotiques sauf quand ils le jugent nécessaire. Moi, c'est la même chose. Je pense que ce qui est intéressant, c'est d'être en groupe et de communiquer des dossiers complexes à plusieurs.* »

. P 9 : « *si on était plusieurs à prendre les décisions, ça serait plus facile. Je pense que la communication à plusieurs peut aider. Je pense que c'est ce qui m'a manqué le plus dans ma carrière, parce que j'ai tendance à barjoter un peu.* »

C. Perception de la relation avec le patient

C-1. *La recherche de l'alliance thérapeutique*

C-1-a. Le patient acteur de sa prescription

Plusieurs participants de cette étude cherchent à faire **participer le patient** dans la prescription. Ils souhaitent que le patient soit **acteur de sa santé** et **partenaire du soin**. Le patient peut soulager le médecin dans la prescription et **rectifier une prescription** en cas d'effet indésirable. D'autre part, le patient peut avoir des **propositions de traitements** intéressantes. Il peut aussi, par ses expériences, son vécu, **informer le médecin** sur l'efficacité de traitements antérieurs.

Un participant a mentionné que la participation du patient est maintenant intégré dans l'EBM.

Un autre médecin interrogé, fait intervenir l'opinion du patient sur la prescription ou non d'un traitement antibiotique.

. P 4 : « *Des fois, quand ils ont lu la notice, ils rouspètent que cela peut donner des nausées, constipations, diarrhées alors qu'ils n'ont pas besoin de ça pour être nauséux ou constipé et que souvent, le médicament n'y est pour rien. C'est extrêmement difficile de faire prendre ce médicament alors qu'ils ont lu qu'il ne fallait pas le prendre. D'un autre côté, ça m'est arrivé très souvent que le patient rectifie la prescription parce qu'ils ont lu attentivement et que dans le feu de l'action, on n'y pense pas. Très souvent, l'intervention a été positive. C'est très compliqué de prescrire !* »

. P 13 : « *ils peuvent interagir dans certaines prescriptions, un peu à notre demande. C'est-à-dire qu'on peut faire participer un patient sur le choix d'un traitement, par exemple, un traitement antibiotique.* »

C-1-b. La communication avec le patient

Les participants pensent que la relation se base sur une **écoute** attentive du patient, un **dialogue** et une **entente**. Le médecin doit rechercher les **attentes des patients** et chercher à **comprendre son mode de fonctionnement**. L'adhésion et l'alliance thérapeutique passe par la communication et la confiance entre le patient et le médecin pour un médecin interrogé. La discussion se nourrit d'un échange entre les croyances des deux parties et dont la finalité est de trouver une entente pour un autre participant. Il faut laisser le temps et l'espace au patient dans la consultation pour qu'un dialogue prenne vie. Les participants aiment ce dialogue. Un participant a mentionné que les patients doivent aussi comprendre la manière de fonctionner du cabinet médical.

. P 6 : « *la relation avec le patient est une entente qui passe par le dialogue et il faut trouver un équilibre donc oui, souvent il propose, il refuse, il faut essayer de trouver l'équilibre en essayant de trouver un accord. Je trouve ça normal qu'ils aient des choses à dire.* »

. P 4 : « *ce qui nous différencie du fonctionnement à l'hôpital, c'est qu'on s'intéresse au lieu de vie, à la manière de vivre et on sait comment ils fonctionnent.* »

Il cite aussi les risques : « *il y a peut-être des pièges parce qu'on peut se laisser endormir. Mais en général, ça aide beaucoup de connaître les gens.* »

C-2. Les difficultés du médecin

La relation est source de difficultés pour les participants.

C-2-a. Limiter les aides sociales

Un participant est embarrassé au sujet des prescriptions d'accident de travail, d'arrêt de travail et bons de transports. Les gens **profitent généreusement** de ces aides, selon lui. Il **s'oppose rarement** à ces demandes, par **faiblesse**.

Il explique par la suite que le social exerce une influence importante dans la rédaction de ses prescriptions. Il est difficile pour le médecin de refuser ces prescriptions à ses patients qu'il connaît depuis des années. Ces prescriptions d'aides sociales **ne sont pas assez contrôlées par les institutions**. Il aimerait une **aide extérieure** pour que le choix se fasse à plusieurs.

. P 9 : « *il est évident que beaucoup de gens tirent sur la corde de l'assurance maladie et que beaucoup de personnes profitent de toutes les aides sociales que l'on a en France. Je suis trop faible par rapport à ça et on a beaucoup de mal à lutter contre ça.* »

C-2-b. Changer les habitudes

Ce sujet est exprimé principalement par les **jeunes médecins**. Modifier des **traitements chroniques** pris depuis des années, des **prescriptions qu'ils ont eu par le passé** pour des problèmes de santé ponctuels est très **délicat** pour les nouveaux médecins qui reprennent une patientèle. L'avis des jeunes médecins est plus difficile à faire accepter auprès des patients, qui se méfient et privilégient leurs prescriptions habituelles.

. P 1 : « *pour les personnes qui avaient l'habitude d'avoir ce qu'ils voulaient, c'est vrai que ça a été compliqué, et depuis un an, je me bats contre ça.* »

C-2-c. Demandes en début de consultation

Lorsque le patient vient en consultation avec une demande de prescription qu'il exprime clairement au début de l'entretien avec le médecin, cela engendre de la **frustration** pour un médecin interrogé. Le schéma classique de la consultation repose habituellement sur l'interrogatoire, le recueil des symptômes, l'examen clinique et la prise en charge. Dans cet autre schéma, le médecin se trouve directement dans l'étape de la prise en charge, ce qui l'ennuie et le place dans une **relation sans échange**.

. P 3 : « *quand ils arrivent avec de suite une demande, c'est vrai que c'est un peu compliqué. Je n'ai pas tendance à le faire tout le temps, mais je trouve que c'est difficile à gérer d'avoir une demande comme ça tout de suite.* »

C-2-d. Le traitement des syndromes anxio-dépressifs

La prise en charge des syndromes anxio-dépressifs est complexe pour plusieurs participants. Ils sont **globalement réticents** à la prescription des traitements anxiolytiques et antidépresseurs, qu'ils évaluent lourds et nocifs lorsqu'ils sont administrés pendant de longues périodes. Ils craignent l'escalade thérapeutique et le développement d'addiction principalement aux anxiolytiques et hypnotiques. D'autre part, la **position des patients** sur ses traitements est **variable** d'un patient à l'autre. Une catégorie de patient est demandeuse de ces traitements et une autre est méfiante, ce qui laisse finalement **peu de choix de prescription** et entraîne une prescription difficile pour certains participants.

. P 11 : « *On a du mal avec les troubles du sommeil et tous ces syndromes anxio-dépressifs, où tu as l'impression de cogner un peu fort. Soit les patients sont réticents, soit ils veulent l'anxiolytiques.* »

C-2-e. Observance des mesures hygiéno-diététiques

Les patients **respectent rarement la mise en place de règles hygiéno-diététiques** pour améliorer leur état de santé, pour un médecin interviewé. Les règles de bonnes pratiques théoriques se confrontent à la dure réalité. Il pense que les patients attendent une aide des médicaments et de leur médecin, mais **ne sont pas toujours prêts à changer leurs habitudes de vie et à faire des efforts personnels**.

. P 4 : « *les règles d'hygiène de vie, c'est très difficile à leur faire observer, comme pour les douleurs chroniques et les lombalgies. Prescrire de la marche, il y a des gens qui n'aiment pas ça, la piscine, certains ont peur de l'eau ou vous disent qu'ils n'aiment pas ça et c'est ça tous les jours.* »

C-2-f. Faire venir les patients en consultation

Certains participants sont **embarrassés** de faire venir les personnes en consultation pour des renouvellements d'hypnotiques, des ordonnances de kiné ou de semelles orthopédiques. Un participant qui a une patientèle de gens actifs, est **compréhensif face au manque de temps** de ses patients. Il rend ces services à sa patientèle, qui vient récupérer l'ordonnance au cabinet sans consulter le médecin. Il ressent une **pression de ses patients** sur ce point.

. P 13 : « *c'est pas possible, tu peux pas imposer à tout le monde de venir parce qu'ils ont besoin d'un renouvellement pour un stilnox®. On a un peu de pression sur les patients qui ne viennent jamais en consultation. Tous les jours, on fait 10 ordonnances pour des personnes qui ne viennent pas en consultation. Tu verras que quand tu auras ta patientèle, tu seras pris dans l'état.* »

C-2-g. Une sensation d'isolement

Un participant se sent parfois isolé et **aimerait discuter davantage avec d'autres médecins** sur leurs pratiques. Il avoue ne pas toujours être sûr de lui. L'avis de plusieurs professionnels conduit à une **amélioration des pratiques et rassure aussi le prescripteur**, selon lui.

. P 9 : « *ce qui peut être sympa, c'est la communication entre médecins, quand tu te sens en difficulté et que tu te dis merde. Quand tu es ville, c'est plus compliqué d'avoir les avis des spécialistes par rapport à avant où j'étais aux urgences.* »

C-2-h. Faire preuve d'autorité

Certains participants ont des **difficultés à affirmer leur caractère et leurs directives** pendant la consultation. Un médecin interrogé pense qu'il faut mettre des limites aux demandes des patients, mais n'arrive pas toujours à le faire en pratique.

. P 8 : « *J'ai parfois du mal à être directif, mais je pense que c'est un problème personnel.* »

C-2-i. Le patient-médecin

Certains patients, principalement ceux qui sont bien informés, ne respectent pas l'opinion du praticien pour plusieurs participants. Une irritation est ressentie par des participants si le patient reste fixé sur ses idées et souhaite absolument une prescription pré-établie. Un médecin interrogé a avoué servir parfois uniquement à rédiger des prescriptions.

. P 4 : « *ça peut être très agaçant, surtout quand le malade cherche à imposer, ça provoque une réaction et une contre-réaction. Mais qui c'est le médecin ici quoi ?* »

. P 6 : « *les patients cortiqués sont durs à soigner. Les enseignants et les infirmiers sont durs à soigner, ils viennent avec leurs idées, contestent tout, donc c'est pénible. Ils mettent en balance tes connaissances et leurs rectitudes. Après, ils comprennent mieux les conseils et la conduite à tenir.*

C-3. La méfiance des patients

La relation médecin-patient se heurte à la méfiance des malades qu'ils ont **envers le corps médical, le médecin**, et les **médicaments**. Des patients s'autorisent à remettre en question le diagnostic d'un médecin pourtant très expérimenté et proche de la retraite.

Les médias alimentent ce sentiment par les informations qu'ils divulguent pour plusieurs participants. La **confiance est difficile à acquérir** pour les jeunes médecins, elle se gagne avec les années. Elle reste cependant fragile.

Elle est nécessaire pour fonder une alliance thérapeutique avec le malade pour les participants.

Un médecin s'interroge sur le lien entre la suspicion généralisée et l'avis des ostéopathes.

. P 13 : « *je pense que les patients adhèrent de mieux en mieux aux ordonnances en vieillissant avec leur médecin. Je pense qu'il y a une question de crédibilité aussi, quand tu es très jeune remplaçant, que les patients que tu vois de façon très très ponctuelle, ils peuvent quelquefois avoir un doute sur certaines prescriptions, sur l'intérêt d'une prescription. Après dans le respect que l'on a entre les patients et les médecins qu'on suit depuis des années, ceux là ne posent pas vraiment de problème.* »

. P 15 : « *Il y a des patients qui interviennent en permanence, par suspicion, méfiance. Je ne sais pas, la suspicion généralisée tient-elle de la force de persuasion des ostéopathes ?* »

C-4. Les attentes du médecin

La majorité des participants attendent de cette relation un **échange** et une **communication**. Ils attendent que les patients leurs **demandent leurs avis** mais qu'ils soient **curieux et maîtres de leur santé**. Le médecin doit **respecter les croyances et l'avis du malade**, mais le patient doit respecter en contrepartie **l'opinion du prescripteur et un éventuel refus**.

Un participant confie qu'il est préférable de vouvoyer et garder une distance avec les patients, pour pouvoir refuser une demande abusive et injustifiée.

Pour un médecin interrogé, l'intérêt de cette relation est d'établir une **collaboration** et une relation de confiance avec les patient, qu'il soit informé et qu'il comprenne sa prise en charge.

. P 15 : « *Quand c'est juste pour le parcours de soin, c'est chiant. Quand ils te demandent ton avis, c'est intéressant, mais quand c'est juste pour le papier, c'est chiant. Je crois qu'on a le droit de ne pas être d'accord.* »

. P 13 : « *Je n'aime pas la crédulité. Je leur dis faites confiance aux médecins, mais n'acceptez pas tout d'eux et soyez curieux !* »

C-5. L'observance du patient

L'observance du patient est **difficile à obtenir** pour les participants, principalement pour les **maladies chroniques asymptomatiques**. La prise d'un médicament en prévention, est plus difficile à comprendre pour une personne saine qu'une personne qui présente les symptômes d'une maladie. L'observance est jugée globalement bonne pour les traitements cardiologiques après un syndrome coronarien ou une arythmie cardiaque. Cependant, pour les pathologies respiratoires comme l'asthme, l'observance reste moindre pour un médecin interviewé. Les statines sont au coeur d'un débat actuel qui rend sa prescription difficilement observable en prévention primaire. La prise réelle des traitements au domicile est une chose abstraite pour certains prescripteurs et difficilement évaluable.

. P 15 : « *pour les médicaments, je bataille avec les médicaments chroniques au long cours, les statines, sur le diabète, c'est difficile quand il n'y a pas de ressenti de maladie, c'est difficile de faire accepter un traitement.* »

. P 13 : « *j'ai un patient, j'ai dû le rappeler parce que le LDL remontait, et il a finit par m'avouer qu'il avait arrêté sa statine. Il n'a pas encore passé le stade de prendre un traitement tous les jours. Il y a aussi des gens qui partent avec le sourire bah écoutez oui, pas de problème et puis tu les revois 3 mois après, ils n'ont pas pris le médicament.* »

C-6. Un lien commercial

Le lien commercial **influence la relation** avec le patient pour les participants. L'activité du praticien **influence sa stratégie de réponse** aux interventions. Les praticiens qui ont une **grosse activité** estiment qu'ils peuvent **se permettre de dire ce qu'ils pensent**, mais avouent qu'ils le feraient peut-être moins s'ils n'avaient pas assez de patients pour vivre.

D'autre part, le patient a l'habitude de recevoir une prescription à la fin de la consultation, alors qu'un participant pense que le **conseil peut suffire** et que la rédaction d'une **ordonnance n'est pas toujours nécessaire**.

. P 9 : « *quand j'estime que ce n'est plus justifié, je leur dis. Dans la mesure où mon activité me permet de le faire, je ne cours pas après les patients, donc je vais pas exagérer.* »

. P 1 : « *ils payent plus pour un conseil que pour une prescription. Quand les gens partent sans ordonnance, je suis super contente.* »

C-7. Les attentes et les croyances des patients

C-7-a. Une écoute et une discussion avec le médecin

Des participants estiment que le patient attend une **écoute** du praticien et qu'il **répond à ses interrogations**, notamment sur ce qu'il a vu sur internet. Ils sollicitent l'avis du professionnel de santé et souhaitent qu'il donne des explications et éclaircisse les informations du malade. Un participant évoque la nuance entre remise en question et discussion des prescriptions du médecin. Des patients formulent des remarques pour discuter avec le prescripteur et non pour remettre en question les prescriptions, principalement pour les patients suivis depuis des années. Certains préfèrent une relation paternaliste.

. P 2 : « *même s'ils essayent d'influer, ils sont contents qu'on les écoute et qu'on leur explique, pourquoi oui et pourquoi non.* »

. P 1 : « *les gens avant de venir te voir, ils sont allés sur internet, donc c'est plus du tout les mêmes demandes, et tu dois tout expliquer.* »

C-7-b. L'honnêteté du clinicien

L'honnêteté du clinicien est une **vertu que le patient apprécie**, pour un médecin. Elle est même **nécessaire pour construire une relation de confiance**.

Le médecin généraliste a parfois des doutes concernant un diagnostic, une prescription. Il peut l'exprimer pendant la consultation, se renseigner, obtenir les informations et en rediscuter avec le patient par la suite.

. P 10 : « *des fois, ils te posent des questions et je ne sais pas du tout. Déjà on en peut pas tout savoir et il faut avoir l'honnêteté de leur dire, mais par contre il faut chercher sinon ils ne te font plus confiance.* »

C-7-c. La disponibilité

Plusieurs participants estiment que le patient attend une disponibilité du médecin. Un participant a l'impression que les patients apprécient qu'on leur rende service, quand ils sont dans des situations délicates. Il reste disponible face aux attentes et problèmes de santé de ses patients, même à distance.

. P 13 : « *la nana qui est à Paris et qui a une cystite, je lui envoie une ordonnance par fax. La nana, elle est hyper-contente. C'est tes patients, tu le dois à tes patients et les gens te le rendent après.* »

C-7-d. Capacité à répondre à leur demande

Les patients arrivent en consultation avec des croyances sur leur état de santé, leur maladie et sur les traitements potentiels. Ils souhaitent que le praticien réponde à sa demande. Cette idée est présente dans la tête de plusieurs participants.

. P 9 : « *les patients arrivent en consultation avec une volonté bien précise.* »

C-7-e. Une attitude rassurante du médecin

Plusieurs participants pensent que les patients attendent une **attitude bienveillante** du médecin. Pour un médecin interrogé, le patient souhaite **être compris**, que le médecin se mette à égalité avec le patient et qu'il soit **capable de le rassurer et de l'aider**.

La **présence et l'investissement** du médecin pour la gestion d'une détresse psychologique est important dans l'esprit du patient, pour un participant.

. P 13 : « *ça le rassure, il se dit bon écoute, il se met à mon niveau. Tu as l'obligation de les cajoler quand c'est tes patients. Le bonhomme, il est au fond du sceau, il se met à pleurer, et tu te dis, je vais l'aider, c'est ton rôle.* »

C-8. Des différences de relation entre la campagne et la ville

L'exercice médical en zone urbaine est différent de celui en zone rurale pour deux participants. Il y a **moins de discussion à la campagne**, car les personnes s'informent moins pour des raisons diverses. La **confiance et le respect** envers le corps médical sont **plus important**.

. P 6 : « *c'est différent, entre la ville et la campagne. À la campagne, tu es le roi du monde. Tu dis quelque chose, ça ne discute pas. Et puis tu as toujours des cas plus prononcés. Ils ne viennent pas 2 jours après le début du rhume. Quand ils viennent, c'est quelque chose qui est déjà bien installé, qui traîne et qui est souvent organique. Et puis ils te font confiance, parce qu'ils ne font pas de médecine eux, je pense qu'il y a une sacrée différence oui.* »

C-9. Le sexe du médecin influe sur la relation

Deux participants de cette étude de sexe féminin font émerger l'idée que les patients se sentent **plus en confiance avec les médecins hommes**. La justification des décisions est plus importante pour les femmes qui souffrent d'un manque d'autorité.

. P 8 : « *J'ai l'impression qu'ils sont peut-être plus en confiance et parfois demandeurs d'une autorité et que j'expliquerais moins si j'étais un homme. J'ai l'impression subjective, que les hommes arrivent à assoir plus leurs décisions que les femmes.* »

. P 14 : « *la pression, je la ressens tous les jours. Ils remettent en question le diagnostic et la prescription souvent. Peut être que je suis jeune et une femme, c'est possible aussi.* »

C-10. La gestion des conflits

Cette relation peut être source de conflits. C'est une dimension qui n'est pas appréciée des participants. Cependant, un participant gère les conflits par le biais de la **communication**. Un autre participant se souvient d'une discussion houleuse sur la maladie de Lyme.

. P 8 : « *c'est la mère d'enfant qui était dans l'environnement médical et qui m'a fait une pression pour une prescription d'amoxicilline, alors qu'elle n'avait aucun signe. Je lui ai expliqué les recommandations et c'est parti dans le conflit. Elle n'a pas compris le message que je voulais lui faire passer.* »

DISCUSSION

I. Méthodologie

Cette étude est différente des précédentes effectuées jusqu'à présent. Beaucoup d'études se sont penchées sur la pression de prescription (23, 24, 36, 41, 43, 58, 62) mais peu ont étudié l'apport positif de l'intervention du patient dans les prescriptions. D'autre part, la gestion des patients difficiles a été très peu étudié en France. La littérature est essentiellement anglo-saxonne sur cette thématique. (12, 14, 60, 63) L'originalité de notre projet est qu'il a choisi d'étudier une population variée de médecins généralistes de la région Bayonnaise.

A. Le choix de la méthode qualitative

Nous nous sommes orientés pour ce sujet vers une méthode qualitative. Cette méthode est particulièrement appropriée lorsque les facteurs sont difficiles à évaluer de façon objective, notamment lorsque cela concerne des problématiques de médecine générale (83). Elle permet l'exploration de données touchant le domaine de l'affect et de l'expérience. Cela nous paraissait pertinent de l'utiliser pour notre étude, parce que peu d'études quantitatives ont été menées jusqu'à présent.

B. La sélection de notre échantillon

Pour les objectifs de l'étude, il était intéressant d'intégrer des personnes qui avaient une opinion, des connaissances et des expériences qui étaient à la fois réelles et complémentaires. Les individus ainsi sélectionnés devaient être en mesure de nous fournir des informations pour confirmer les hypothèses de notre étude mais aussi de mettre en évidence des idées nouvelles dont on ne soupçonnait pas l'existence.

Nous avons choisi de faire participer des médecins généralistes de Bayonne et de ses environs pour y faire figurer une représentation de la population cible et de pouvoir généraliser à l'ensemble de la population des données collectées auprès d'un nombre réduit d'individus.

L'échantillon était raisonné donc non probabiliste. La population sélectionnée répondait à l'ensemble des critères recherchés. Elle était représentative de la population avec une variabilité en termes d'âge, de sexe, d'expérience, de type d'exercice, de carrière universitaire.

C. Les entretiens individuels semi-structurés

Nous avons choisi d'utiliser des entretiens individuels semi-directifs du fait de la nature de la question de recherche qui touche un domaine large. Cette technique de recueil de données nous paraissait la plus appropriée pour ce travail. L'objectif n'était pas d'obtenir un consensus et de générer des échanges de point de vue entre les participants par le biais de focus groups, mais de recueillir les points de vue différents sans être influencé par les « leaders d'opinion ».

La grille d'entretien comportait une demi-douzaine de questions ouvertes pour orienter le participant sur les thèmes voulant être abordés par l'étude.

Les entretiens étaient enregistrés au moyen d'un dictaphone permettant une bonne qualité d'enregistrement et de réécoute. Cet appareil était silencieux et aucun voyant lumineux clignotant n'était présent, pour ne pas perturber les participants.

La durée des entretiens était hétérogène, comme cela était attendu.

Notre étude présente néanmoins certains biais. Chaque médecin avait des capacités différentes à exprimer ses opinions. Le développement de mécanismes de défenses, de gêne et de timidité a certainement limité le champ d'investigation. D'autre part, la qualité de l'entretien est dépendante des capacités de communication et d'écoute de l'enquêteur. Etant novice et n'ayant pas fait de formation sur ce sujet au préalable, cela représente un biais d'investigation. De plus, la parfaite neutralité n'existant pas, l'opinion subjective de l'enquêteur a certainement orienté le participant vers certains thèmes.

Ces risques sont cependant inhérents à la méthode et ne peuvent être écartés.

D. Le codage

Afin de s'assurer de la validité intrinsèque de notre étude, nous avons réalisé un double codage. Le deuxième codage était réalisé par une médecin généraliste remplaçante qui avait l'habitude d'utiliser le logiciel Nvivo® puisqu'elle avait réalisé sa thèse en 2016 avec le même logiciel. Ce logiciel a été conçu pour gérer des données non numériques des méthodes qualitatives.

II. Analyse

A. Un ressenti variable

A-1. Une intervention positive

Les participants de notre étude ont reconnu l'intérêt de l'intervention du patient dans la détection des effets indésirables.

Cette idée est retrouvée dans la littérature. D'après l'étude de *Gandhi et al*, la proportion de patients présentant un effet indésirable suite à une prescription en soins primaires est de 25 %. Dans 51% des cas, ils auraient pu être atténués par une détection précoce du médecin (32%) et un signalement du patient (19%). (3)

L'OMS et l'HAS en France ont développé des programmes afin d'inciter le patient à une participation active dans la sécurité des soins.

Une étude en pédiatrie aux Etats-Unis entre 2014 et 2015 a montré que le taux de détection des effets indésirables ainsi que le taux de détection par erreur étaient similaires entre l'entourage et les médecins. La famille est donc une ressource importante pour le clinicien. (4)

Les participants ont globalement jugé positive l'intervention du patient car cela permet d'alerter et d'orienter le médecin vers un diagnostic. Cependant, ils ont aussi mentionné que cela prend du temps et que le temps leur manque.

L'inquiétude de faire perdre du temps au médecin généraliste était présente dans l'esprit des patients présentant des signes alarmants de cancer, dans une étude anglaise en 2016. Cela a montré que c'était un frein pour que le patient alerte le médecin. Une bonne relation, une écoute sans se soucier du temps chez le médecin diminuait cette inquiétude. (5)

L'intervention du patient permet d'accroître la compréhension et la connaissance du malade par le praticien, pour un médecin interrogé. Une bonne connaissance du patient lui permet de détecter plus facilement une maladie en mettant en jeu son sens intuitif. Une thèse bretonne intitulée « *gut feeling chez les médecins généralistes de terrain du Finistère : définition, modélisation et implications.* » a montré que la connaissance du patient apparaît comme facteur favorisant l'apparition du gut feeling. Les médecins sont en général plus intuitifs avec les patients qu'ils connaissent bien. (6)

De même, *E. Stopler* a relevé en 2011 que « le gut feeling en médecine générale était basé sur une interaction entre les informations qui émanent du patient et les connaissances du médecin généraliste. Certaines informations déclenchent le gut feeling. Cela peut être parfois subtil, comme quelque chose dans l'histoire du patient. Ainsi, quand quelque chose nous paraît étrange, on approfondit. Cela peut être une histoire inhabituelle pour quelqu'un qui est habituellement toujours en forme. » (7)

La littérature rejoint donc l'impression de ce participant.

Les médecins de cette étude, préfèrent que le patient participe aux soins et qu'il soit acteur de sa santé, pour en faire un partenaire car il reste expert de son corps et se connaît mieux que quiconque.

La notion de patient partenaire de soins est retrouvée dans les écrits scientifiques. Un modèle, nommé « *le Montréal model* », est mis en place par la faculté de médecine du Québec en 2011, inspiré des travaux de *Carman et al*. Ce modèle place le patient comme un membre à part entière de l'équipe soignante, comme une personne ressource, de part son vécu et son expérience de la maladie. *Carman*

et al décomposent leur modèle selon 2 variables : d'une part, un continuum dans l'engagement du patient et d'autre part, les différentes activités dans lesquelles cet engagement peut avoir lieu. Le continuum dans l'engagement varie de la simple information au partenariat. Dans l'engagement le plus important, le patient et l'équipe soignante s'engage à une éducation réciproque, et dont la finalité est que le patient affirme ses propres choix.

Le patient peut être aidé de patients-ressources qui ont eu le même vécu de la maladie, pour faciliter l'orientation de ses choix.

Cette approche peut être utilisée dans la dispensation des soins, dans l'organisation des services et de la gouvernance des établissements de santé, dans l'élaboration des politiques de santé, dans la recherche et dans la formation des professionnels de santé.

Ainsi, à l'université de Montréal, des patients sont intégrés à des cours pour des étudiants provenant de 13 disciplines différentes des sciences humaines et psychosociales. (8)

Une étude qualitative en 2014 a cherché à examiner les expériences des patients dans la participation active aux soins en donnant au patient un statut de professionnel. Le patient devait connaître l'état de la maladie, interroger les médecins, coordonner les soins, utiliser un réseau de soutien et être actif dans le soin. Les facteurs qui ont influé sur la performance étaient la relation avec le médecin, les bénéfices, les inconvénients pour le patient et l'applicabilité en pratique quotidienne. Les inconvénients pointés par les médecins étaient que beaucoup de personnes ne sont pas capables d'effectuer cela et que ça prend beaucoup de temps. (10)

Peu d'études évoquent l'apport positif des patients pour les consultations de médecine générale. Nous avons trouvé néanmoins un concept né d'une étude irlandaise en 2008, où les patients sont appelés « *heartlift patient* », ce qui signifie patients sympathiques et appréciés des médecins.

Cette recherche s'est composée d'entretiens individuels de médecins généralistes afin de déterminer le profil de patients que les médecins généralistes apprécient. Ils ont mentionné qu'ils affectionnent les patients sympathiques, intéressants, vertueux, qui ont un effet positif sur la relation, qui procurent un challenge à relever pendant la consultation. Ils impliquent avec plaisir ces patients dans la stratégie de soin.

Ces données pourraient être utilisées pour la formation et aider les médecins à renforcer leur vocation. (15)

A-2. Une intervention négative

Les participants de notre étude ont mentionné que les commentaires des patients peuvent être aussi négatifs. Un patient fermé à la discussion, ne souhaitant pas échanger avec le prescripteur, formulant des remarques incessantes et des demandes injustifiées agacent les praticiens.

Une étude anglaise de 2012 a montré que les attentes des patients entraînent un écart aux recommandations, parce que les patients qui ont une idée précise d'un traitement sont difficiles à convaincre par les médecins généralistes. Un écart aux recommandations est présent davantage lorsque le médecin connaît bien le patient, puisque le médecin se base davantage sur ses expériences et sur les attentes des patients que sur les recommandations. (11)

Certains participants ont ressenti parfois de l'exaspération face à des demandes injustifiées de patient et face à certains traits de personnalités.

Peu d'études françaises ont mentionné la gestion de patients difficiles. On a retrouvé dans la littérature anglo-saxonne, le terme « *heartsink* » qui signifie littéralement « *qui fait saigner notre coeur* ».

Un médecin généraliste anglais *Tc. O' Dowd* a été le premier dans la littérature scientifique à nommer ce type de patient « *heartsink* » en 1988. Il n'existe pas de traduction française de ce terme, mais il se rapproche de patients difficiles. Selon lui, certains patients déclenchent « *un mélange d'exaspération, de défaite et parfois d'antipathie pure qui vous donne un serrement au cœur chaque fois qu'ils consultent* » (12)

Il a réalisé une étude sur 78 patients « *heartsink* » dépistés par 8 médecins généralistes. Ils ont expliqué que les attentes de ces patients étaient exagérées, qu'ils étaient dans un état d'inertie, plus dans la réaction que dans la volonté de trouver des solutions aux problèmes et que c'étaient de grands consommateurs de soins. Ils occasionnaient de graves troubles professionnels pour les médecins de part leur comportement et leur personnalité associés à un sentiment d'impuissance du praticien.

Une thèse a été réalisée sur ce sujet par le Dr Bouchacourt en 2014 en Ile-de-France à partir de 16 entretiens semi-dirigés.

Les médecins interrogés ont dressé un profil psychologique de ce type de patient. Ils ont généralement entre 40 et 60 ans, plus souvent de sexe féminin pour trois médecins interrogés de sexe masculin. Il y a les « *ayants droits* » qui estiment avoir des droits et aucun devoir et qui viennent avec une demande de courrier sans demander l'avis du médecin généraliste ou avec leur liste de médicament à prescrire. Les « *diagnostiqueurs* » qui arrivent en consultation avec un diagnostic. Les « *revendicateurs* » qui veulent absolument une chose. Il y a « *les agressifs ou provocateurs* » qui haussent le ton et qui manquent de respect envers le médecin. Les « *méfiants* » remettent en cause les décisions et interpellent les médecins sur chaque propos. Enfin, il y a ceux qui arrivent avec des plaintes multiples, ce qui a agacé les médecins interrogés. (13)

Gerrard et Ridell sont deux médecins généralistes anglais qui ont défini en 1988 dix catégories de patients difficiles.

- . Les « *trous noirs* » sont des patients qui demandent de l'aide avec insistance mais sont des experts pour la repousser.
- . Les « *complexités familiales* » avec qui il est impossible de démêler leurs propres problèmes de ceux de leur famille.
- . Les « *comportements punitifs* » cherchent à prouver au médecin qu'il a tort, et tout est fait pour mettre le médecin en difficulté.
- . Les « *dépendants* » avec qui le médecin partage l'espoir et les peurs. Le patient et le médecin souffrent ensemble et le praticien n'arrive pas à avoir un jugement rationnel.
- . Les « *différences culturelles* », où le patient et le médecin ne se comprennent pas. Ils n'ont pas les mêmes références sociales, culturelles et religieuses.
- . Les « *désavantagés sociaux et les plus démunis* » regroupent les patients les plus pauvres qui contractent des maladies en rapport avec leur condition sociale, et dont le traitement serait de les extraire de leur pauvreté.
- . Les « *problèmes médicaux complexes* » sont des patients qui présentent des maladies rares et qui connaissent aussi bien leur maladie que les spécialistes, ce qui déstabilise le médecin généraliste car le médecin a du mal à accepter leur expertise.
- . Le « *personnel médical et soignant* » sont des patients qui sont infirmiers, médecins ou qui ont un personnel soignant dans leur entourage. Le médecin surcompense afin d'éviter la moindre erreur ce qui déstabilise la relation.
- . Les « *manipulateurs et simulateurs* » sont fréquemment des patients gentils qui s'amusent à amplifier le sentiment d'impuissance.
- . Les « *secrets* » avec qui le médecin a toujours l'impression qu'il lui manque une information essentielle. (14)

Dans notre étude, les médecins ont été exaspérés par les patients exigeants, autoritaires, obtus et par des types de personnalités qualifiés d'obsessionnelles ou de particuliers pouvant entraîner une diminution de l'enthousiasme du prescripteur.

Deux profils de médecins se sont dessinés. Le premier regroupe des médecins qui estiment que la participation du patient les aide pendant leurs consultations. Ils voient le patient comme une ressource. Le second rassemble des thérapeutes qui pensent que les commentaires des patients occasionnent des écarts aux recommandations, une pression et une entrave à la liberté décisionnelle du prescripteur. Enfin, ils jugent que le patient ne doit pas prendre part à la décision car il n'a pas la compétence et le recul nécessaire.

A-3. Les demandes de bilans sanguins

Quelques participants de cette étude ont ressenti une demande importante de bilan sanguin par les patients.

Cette notion a été soulevée lors d'une thèse soutenue en 2016 à Bordeaux intitulée « *déterminants de la pratique du bilan sanguin en routine chez l'adulte, sans pathologie chronique connue en médecine générale* ». Les médecins interrogés ont noté qu'ils étaient régulièrement confrontés à des demandes de bilan sanguins du patient. Ils ont expliqué que les patients pensent que l'on peut tout rechercher sur un bilan sanguin comme des maladies graves et des cancers. Cela fait partie des grands mythes qui prennent forme dans l'esprit des patients. (16)

A-4. Les demandes d'imageries

Les participants de notre enquête ont estimé avoir des difficultés face aux demandes d'imageries des patients. D'une part, les participants faisaient parfois preuve d'incertitude diagnostique que l'imagerie permettait de combler. L'utilité était de rassurer le patient mais aussi le prescripteur. D'autre part, le pouvoir de l'imagerie était plus fort que celui du discours du praticien.

Une revue de la littérature comprenant 5 essais randomisés sur 1544 patients qui ont utilisés différents tests diagnostics (ECG, radiographie du rachis lombaire, IRM lombaire, IRM cérébrale) pour différentes plaintes (douleur thoracique, lombaire et céphalées) a été publiée en 2012. Quatre études n'ont pas trouvé d'effet rassurant des tests. Une a retrouvé un effet rassurant à 3 mois qui a disparu à 1 an. (17)

Une thèse a été effectuée en 2016 à Tours intitulée « *imagerie du rachis lombaire en soins primaires : les attentes du patient influencent-elles la prescription du médecin ?* ». Les médecins interrogés ont déclaré que 25 % de leurs prescriptions étaient influencées par les attentes des patients. L'objectif principal pour tous était diagnostique. Un patient sur 2 et un médecin sur 3 ont attribué une valeur rassurante à la prescription. Malgré un bénéfice thérapeutique jugé modeste par 38 % des patients, l'imagerie a été jugée très utile par 55 % des patients. Les prescriptions comprenaient radiographie, scanner et IRM. (18)

Une enquête hollandaise a suivi une cohorte de 683 patients pendant 12 mois qui ont eu une IRM dans le cadre de douleur lombaire. 53 % ont eu une guérison à 1 an. L'objectif était d'évaluer la valeur pronostique ajoutée aux autres critères qui étaient l'âge, l'intensité et la durée de la douleur, ou la présence de signes neurologiques. L'ajout des résultats de l'IRM n'a pas permis une meilleure prédiction de la guérison. (19)

Le pouvoir rassurant des examens complémentaires n'a donc pas été retrouvé dans la littérature.

A-5. Les prescriptions d'antibiotiques

Les participants ont ressenti une pression de prescription concernant les antibiotiques, que ce soit les anciens ou les jeunes médecins. De mauvaises croyances ont pris racines depuis des années dans la mentalité collective, auxquelles se heurtent les médecins.

Néanmoins, ils ont estimé que les mentalités changent progressivement et que les patients sont globalement moins demandeurs que dans le passé.

Une enquête a été réalisée par le service de maladies infectieuses de Dijon en 2009 afin d'évaluer les déterminants de la prescription d'antibiothérapie en ville au sujet des angines, des bronchites aiguës et des exacerbations de bronchite chronique. 58 médecins généralistes ont participé à cette recherche pendant 2 saisons hivernales. Le taux de prescription d'antibiotique a été de 61 % pour les angines, 64 % pour la bronchite aiguë et 87 % pour les exacerbations de bronchites chroniques. Ce qui est supérieur aux résultats attendus puisque 40 % des angines sont bactériennes, que l'abstention d'antibiotique est préconisée dans les bronchites aiguës et que d'après les recommandations, l'antibiothérapie est préconisée dans 82 % des cas dans l'exacerbation de bronchite chronique. On a donc globalement observé une adéquation avec les recommandations excepté pour la bronchite aiguë. Les déterminants de la prescription d'antibiotique pour les bronchites aiguës étaient la durée des symptômes >7 jours, une toux grasse, une fièvre et une deuxième consultation. Une préférence du patient pour une prescription d'antibiotique et une anxiété du patient ont été des déterminants de prescriptions d'antibiotiques toutes infections confondues. (20) Nous notons qu'une demande ouverte de prescription d'antibiotique a significativement été associée à la prescription d'antibiotique.

Les médecins interrogés de notre étude ont souvent mentionné cette notion du patient qui tousse de manière inconfortable et qui sollicite l'aide du médecin voire formule une demande ouverte d'antibiothérapie.

L'enquête IPSOS en 2002 a mis en lumière les croyances des patients sur les antibiotiques vus comme des remèdes miracles. Environ 30 à 40 % des patients pensaient qu'un antibiotique était nécessaire pour les pathologies virales classiques (angine, rhinopharyngite, grippe, bronchite). 64 % ont estimé que les antibiotiques permettaient d'être sur pied plus rapidement et 40 % pensaient qu'ils faisaient baisser la fièvre pour n'importe quelle infection.

Les médecins de notre étude ont exprimé que les malades arrivent en consultation avec fréquemment des désirs d'antibiotiques du fait de croyances erronées ce qui est aussi retrouvé dans la littérature. 60 % des personnes d'une étude anglaise interrogées en 2007 pensent qu'il faut un antibiotique pour une bronchite. (21)

Les études montrent qu'il y a une surévaluation des médecins au sujet des attentes d'antibiothérapie des patients et qu'il y a une incompréhension entre les deux parties.

Des médecins généralistes anglais ont exprimé un certain inconfort à prescrire des antibiotiques pour des odynophagies alors qu'il savait que cela ne correspondait pas aux recommandations. Ils ont réalisé ces prescriptions pour conserver une bonne relation avec le patient et sa famille. Les explications données sur la distinction entre virus et bactérie n'ont pas été comprises d'après l'avis des médecins. Après avoir collecté l'avis des patients, un tiers voulait absolument un antibiotique, mais la satisfaction n'était pas nécessairement liée à l'obtention d'un antibiotique. Beaucoup cherchaient à être rassurés, à obtenir davantage d'explications et à soulager leur douleur. (22)

Les résultats de l'étude PAIR montrent que 87 % des prescriptions inappropriées d'antibiotiques sont secondaires à la pression des patients. (54)

Des stratégies sont utilisées par les médecins pour les limiter. Il s'agit de repérer précocement la demande d'antibiotique du patient pendant la consultation, de commenter l'examen clinique, d'utiliser des outils pratiques comme le strepto-test, d'évoquer une consultation de contrôle en cas de persistance des symptômes et la prescription différée. L'utilisation d'antibioclic et le fait de montrer les études au patient sont une stratégie utilisée. Les médecins de notre étude ont la même stratégie en pratique.

A-6. Les prescriptions d'arrêt de travail

Peu d'études françaises ont été réalisées sur la prescription d'arrêt de travail. La majorité des études sont scandinaves.

La prescription d'arrêt de travail est un acte courant en médecine générale qui représente 8 % des consultations en France. 75 % sont prescrits par des généralistes. (25)

Une thèse réalisée en 2012 à Créteil sur « *les facteurs décisionnels intervenant dans la prescription d'un arrêt de travail en médecine générale* » a montré que 4 axes principaux intervenaient dans cette prescription. La maladie, le patient, le travail et le médecin. Elle a mis en exergue des difficultés pour les médecins généralistes similaires à nos résultats. Les problématiques concernaient les accidents de travail, les arrêts longs, des demandes pour des motifs non médicaux, l'évaluation de la durée, la manque de formation des médecins et une communication difficile avec les médecins conseils et les médecins du travail. (27)

Les médecins interrogés ont émis le souhait d'une aide extérieure et neutre ce qui a été retrouvé dans notre étude mais aussi dans la littérature. (26)

Le contexte social (28, 29) c'est à dire les difficultés personnelles ressenties par le patient au travail et les conditions socio-économiques (30, 31) influencent la prescription des arrêts de travail comme l'a évoqué un des participants de notre étude, ce qui a été retrouvé dans la littérature et dans ce travail de thèse.

Des médecins généralistes suédois ont estimé que la prescription des arrêts de travail injustifiés varie selon le niveau de fatigue et d'orgueil du prescripteur. (32)

A-7. Les prescriptions de psychotropes

Les médecins généralistes de notre étude ont ressenti des difficultés face à l'intervention du patient dans les prescriptions de psychotropes. Les patients sont généralement demandeurs exceptés pour les antidépresseurs. Ce sont des médicaments qu'ils donnent à regret car ils ont des difficultés à sevrer les patients et ils mettent en avant leurs toxicités.

La prescription de benzodiazépines diminue en France, mais reste élevée. Les français sont au 2ème rang des plus gros consommateurs de benzodiazépines en Europe, après les espagnols. 13 % de la population Française a au moins une fois consommé une benzodiazépine. (33)

Nous n'avons pas trouvé d'étude pertinente en France sur cette question.

Une étude italienne sur 1146 patients et 40 médecins généralistes a montré que les médecins généralistes utilisaient en première intention une benzodiazépine pour la majorité des patients de l'étude alors qu'une dépression a été avérée sur 36 % des patients et un syndrome anxieux dans 18 %. 75 % ont eu des benzodiazépines à demie vie longue pour des troubles du sommeil. (34)

Des médecins généralistes suédois ont évoqué la particularité de la psychiatrie qui est une discipline à part, pas aussi exacte que les autres, plus sensible aux interprétations subjectives de chacun. Ils ont cité plusieurs obstacles à une prescription rationnelle.

Ils ont ressenti de nombreuses difficultés dans la gestion des problèmes psychiatriques que nous avons répertoriés. Ils ont mentionné les maladies psychosomatiques, la coopération avec le psychiatre et ses ordonnances lourdes de psychotropes, la formation universitaire qui privilégie la pharmacothérapie à la psychothérapie, le problème de l'accessibilité de la psychothérapie, le manque de temps de leur part et de connaissances, la gestion des problèmes sociaux, le manque d'alternatives aux médicaments, la pression des patients avec la crainte de la dispute et de la fuite de la patientèle. (35)

Une explication à cette forte prescription de benzodiazépines a été recherchée en Norvège. Tous les médecins de l'étude ont jugé la prescription difficile. La majorité préconisait la restriction de la prescription de benzodiazépines. La prise en charge globale du généraliste et des problèmes psychosociaux occasionnent des prescriptions de benzodiazépines, par le manque d'alternative. Un problème de justification a été cité. Comment expliquer au patient une pratique différente et marginale alors que les autres et les anciens médecins donnent ces molécules ? Ils ont évoqué le manque de temps et de connaissances du généraliste. La difficulté à dire non à une demande du patient est ressortie des entretiens.

Ils ont attribué une responsabilité du patient dans ces fortes prescriptions. (36)

Un participant de notre étude avait expliqué que la prescription de règles hygiéno-diététiques était difficile à faire observer par le patient, ce qui aboutissait à des mésusages et à des prescriptions inappropriés d'anxiolytiques ou d'hypnotiques pour traiter les troubles du sommeil.

Une étude anglaise réalisée en 2014 rejoint cette analyse. La stratégie des médecins généralistes était de proposer des règles hygiéno-diététiques en première intention dans 88 % des cas. Ils ont estimé se sentir sous pression et prescrire régulièrement des benzodiazépines pour traiter les insomnies. Peu de médecins proposaient les thérapies cognitivo-comportementales. (43)

Une étude dans le Nord de la France a évalué les difficultés de près de 2000 médecins généralistes français sur la prise en charge des patients dépressifs. Ils ont stigmatisé le manque de temps et l'absence de rémunération de consultations longues, la prise en charge favorisée vers les psychiatres plutôt que les psychologues du fait de l'absence de remboursement. Ils ont exprimé manquer de formation dans la relation d'aide et de coopération avec les psychiatres. (37)

A-8. Une prescription sous influence

En France, 90 % des consultations de médecine générale aboutissent à une ordonnance contre seulement 72 % en Allemagne et 43 % aux Pays-Bas. (40). Les médecins de notre étude ont ressenti une pression de la part des patients au moment de la prescription.

L'adoption d'un nouveau traitement est dépendante des demandes et envies des patients, de l'expérience du médecin et des avis des spécialistes. (38) Les attentes des patients étaient le facteur le plus important pour les médecins généralistes dans la décision de prescrire dans la littérature. (39) Ainsi si le médecin avait remarqué que le patient souhaitait une prescription, il avait 10 fois plus de chances de partir avec une ordonnance. (59).

Le terme « *pression de prescription* » a été retrouvé dans la littérature. Une étude pilote en 2003 dans la région de Toulouse a été effectuée sur ce sujet. 600 médecins généralistes ont été interrogés. 24 % ont perçu une pression de prescription définie comme toute demande explicitement formulée et venant interférer avec la stratégie décidée par le médecin. Cette pression a concerné en premier lieu les médicaments (17%), les actes de biologie (2%), les arrêts de travail (2%), les imageries (1%), les certificats médicaux (1%) et les consultations spécialisées (0,6%). (41)

Une étude publiée dans la revue du praticien en 2006 a analysé le point de vue du patient sur cette « *pression de prescription* ». 3600 personnes de la région Midi-Pyrénées ont été tirés au sort et ont répondu à un questionnaire par téléphone au sujet de la dernière consultation avec leur médecin généraliste. 18 % des consultations ont abouti à une orientation vers un spécialiste déterminé par le patient dans 20 % des situations. 12 % des consultations ont abouti à un arrêt de travail, demandé par le patient dans 16 % des cas. Au sujet de l'ordonnance, 97 % étaient d'accord et 6 % ont demandé une modification. La grande majorité (68%) ont estimé que la consultation ne doit pas nécessairement aboutir à une ordonnance, ce qui diffère du ressenti des médecins sur les attentes des patients. (42)

Nous avons déjà évoqué la pression au sujet des antibiotiques et des psychotropes.

Les médecins se sentent influencés de toute part d'après la littérature. Les patients, internet, l'entourage et les médias exercent un rôle sur le patient puis le médecin. Les patients demandent un traitement recommandé par un ami, une pub TV et n'ont pas toujours conscience des effets indésirables des médicaments, ce qui explique en partie la poly-médication des personnes âgées. Cette pression est jugée négative lorsque les prétentions des patients sont basées sur un malentendu, une mauvaise information ou un souhait personnel pour un médicament précis. A l'inverse, cela est positif si le patient se fait partenaire de la décision. (44)

L'influence d'internet est globalement négative pour les participants. Ils pensent que cela nourrit l'angoisse des patients et que cela est source de désinformation. Les conséquences d'internet sont des consultations plus longues et un devoir d'explication plus important pour les médecins. Cependant, ils ont jugé positif que les patients s'intéressent à leur santé.

Une thèse intitulée « *quelle est l'influence d'internet sur la relation médecin-patient ?* » a montré qu'internet n'avait pas d'influence majeure sur l'estimation de la santé du patient et de la consommation de soins. Les patients ont en effet estimé que cela pouvait nourrir leur angoisse et entraîner une cybercondrie. Les personnes utilisent internet principalement pour se cultiver et s'intéresser à leur santé mais émettent des doutes sur les sources d'informations. Ils préfèrent en parler avec leur médecin. (47)

Dans une enquête conjointe de l'IPSOS et du CNOM sur les conséquences des usages d'internet sur la relation médecin-patient en 2010, 85 % des patients consultants internet avant la consultation ont estimé faire autant confiance à leur médecin référent qu'avant cette recherche.

Le médecin reste la source d'information la plus fiable suivi du pharmacien et d'internet. (46)

B. Attitude et stratégie de réponse

B-1. Une argumentation devenue importante

Dans ce travail de recherche, il en est ressorti que l'argumentation des médecins généralistes est la stratégie de réponse prioritaire pour répondre à une intervention d'un patient. Elle est devenue nécessairement plus consistante que dans le passé avec l'avènement d'internet et du niveau croissant d'information du patient. Le patient se trouve désormais acteur de sa prescription. Il peut demander les raisons de la prescription d'un médicament ou proposer lui même un traitement. Le médecin doit expliquer en cas de désaccord voire négocier. Les temps de consultations sont désormais allongés et le discours doit rester positif. L'argumentation peut exercer un rôle thérapeutique permettant de limiter les prescriptions et aboutir à une consultation sans ordonnance.

Une étude en 2013 en Angleterre a cherché à comprendre ce que poussent les patients à rechercher une information médicale sur internet. Ils ont déclaré utiliser internet pour mieux connaître leur santé et rentabiliser le temps limité donné par leur médecin. Les patients attendent du médecin qu'il reconnaisse l'information, qu'il discute, explique, contextualise et donne un avis de professionnel. Si le médecin semblait désintéressé, des patients demandaient un 2ème avis ou changeaient de médecin. (47)

Holt et al, ont montré dans une étude sur les lombalgies communes en 2015, que les patients sont rassurés par l'information explicite, en excluant une maladie grave. Le fait de recevoir des explications les aide à comprendre et à améliorer leur douleur. Ils arrivent avec des croyances et des préoccupations et cherchent à comprendre. (48)

La littérature met en exergue qu'une argumentation longue et de qualité diminue les attentes des patients concernant les antibiotiques. (49,50)

D'autre part, les explications produites avec le patient sont plus acceptées, notamment au sujet des plaintes inexplicées médicalement. (51)

La limitation des prescriptions passe par des stratégies élaborées par les médecins d'après une étude. L'écoute, la valorisation des symptômes, l'examen clinique, l'emploi d'outils et de référentiels, la rédaction de conseils écrits et enfin l'explication permet de limiter les prescriptions. L'explication doit contenir les motivations de la limitation de prescription, être rassurante et intégrer la proposition d'une consultation de contrôle. (52)

Un discours positif du médecin est associé à une réduction des symptômes dans le mois suivant d'après une étude observationnelle publiée dans le British Medicine Journal en 2001. (53)

B-2. La difficulté à dire non

Cinq participants de notre étude ont des difficultés à dire non à une demande d'un patient. Ils ont estimé craindre un conflit et une opposition. Ils pensent que leur rôle est de les aider et que le refus va à l'encontre de l'aide. D'autres aiment faire plaisir à leur patient et ne veulent pas perturber la qualité de leur relation. Par ailleurs, s'opposer à un patient demande du temps, de l'énergie, des connaissances et un argumentaire précis. Cela demande donc une préparation. La médecine générale est un champ large dont il est impossible de tout connaître. L'incertitude fait partie de l'exercice et fragilise la stratégie de refus.

La difficulté à dire non des médecins généralistes est ressortie de la littérature. Dans la thèse sur le vécu du métier de médecin généraliste en 2017, dans les Alpes-Maritimes, les anciens médecins ont plus tendance à accepter les demandes que les jeunes médecins. Ils ont l'habitude de répondre aux demandes des patients et se sentent contrariés quand ils n'arrivent pas à le faire.

Les jeunes médecins ont une autre manière de travailler et privilégient la qualité de travail. Le devoir de disponibilité et de réponse aux demandes des patients est moins présent. (55)

La difficulté à dire non est aussi présente chez les jeunes médecins. Seulement 5 % des internes en stage ambulatoire chez le praticien ont estimé ne pas avoir de difficulté à dire non. (56)

La démographie médicale et le manque de médecin est un argument important chez les médecins de notre étude dans la stratégie de refus. Si le médecin manque de patients, il va plus facilement accepter les demandes de ses malades pour les médecins interrogés. Cette notion est retrouvée dans une étude américaine en 2015. Les facteurs prédictifs d'acceptation étaient les années d'expériences, un nombre moins élevé de patients et un mode d'exercice seul. (58)

Le *Dr Galam* nous explique que le non peut être une protection contre l'exaspération, l'agressivité voir le burn-out. Les thérapies cognitivo-comportementales décrivent 3 attitudes face à une demande injustifiée. Le comportement agressif est direct, abrupt. Le thérapeute se fait entendre sans respecter l'autre. Cela peut trahir un manque de confiance en soi, un état de fatigue, ou une personne vivante, à flux tendu.

Le comportement passif est le laisser-faire. C'est comme ça, c'est mon métier. Le thérapeute ne sait pas dire non et ne peut résister à la critique. Son comportement se fonde dans le désir de l'autre.

Le comportement assertif est la communication affirmée, en expliquant sa façon de pensée et sa vision des choses, en posant les arguments de manière calme, sereine tout en voulant connaître les arguments d'autrui. C'est se respecter soi-même tout en respectant les autres. Cela repose sur l'écoute précise des demandes du patient, prendre en compte ses propres contraintes, fournir une argumentation adaptée au contexte et accepter la critique et le mécontentement éventuel. (57)

Le savoir dire non est un droit qui permet de limiter les demandes abusives, protéger le médecin et fixer des limites. Cela permet d'être en paix avec ses convictions et ses aspirations. Cette notion a été formulée par cinq participants de notre étude qui estiment que le médecin doit affirmer ses choix et ne doit pas tout accepter du patient.

L'exercice de la profession libéral doit rester un plaisir qui doit être recherché dans la pratique.

Mathers et al ont proposé une stratégie de réponse pour traiter les *heartsink* patients en consultation de médecine générale (60) :

- partager ses difficultés avec des confrères, notamment pour les médecins généralistes parfois isolés ;
- poser des limites avec des patients qui peuvent avoir tendance à les tester ;
- se poser des questions sur son attitude : si un patient est *heartsink*, cela dit peut-être quelque chose de l'idée qu'on se fait du rôle de médecin ;
- confronter son désespoir en sollicitant d'autres intervenants : la situation n'est peut-être pas si catastrophique, surtout avec un abord multidisciplinaire ;
- accepter son impuissance : cela arrive et il faut l'admettre.

B-3. Stratégie de réponse

Les participants ont ressenti la crainte de passer à côté de quelque chose présente pendant les consultations. Une intervention d'un patient engendre une anxiété chez les participants voire un doute qui peut occasionner des prescriptions irrationnelles.

Une étude sur la poly-médication des personnes âgées a démontré que la création d'une ordonnance plus adaptée à la situation crée de l'anxiété chez le médecin généraliste. Ils reçoivent les demandes des patients qui n'ont pas conscience des effets indésirables, ils estiment qu'il n'y a que peu d'études disponibles en gériatrie et qu'elles ne sont pas adaptées à la pratique quotidienne. D'autre part, le recours aux spécialistes entraîne une majoration des prescriptions et des ordonnances.

L'anxiété s'accroît en cas de désaccord avec un spécialiste ou d'écart aux recommandations avec la crainte de faire une faute professionnelle. (44)

Les médecins interrogés ont avoué ne pas toujours être sûrs d'eux dans leurs diagnostics, traitements et prises de décisions. Un participant évoque un déficit de confiance des médecins généralistes de manière générale.

Dans une étude suédoise, ils ont évoqué la prescription comme un processus actif, réagissant à leurs émotions ou ils s'évaluaient eux-mêmes et se redéfinissaient ensuite. Ils se sont sentis déçus d'eux-mêmes lorsque leurs prescriptions ne correspondaient pas à leurs convictions et aux données de la science. Ils ont éprouvé de la gêne lorsqu'ils ont ressenti une pression et y ont cédé. Ils ont appliqué ensuite des stratégies préventives et d'adaptation pour se protéger de ce ressenti négatif. (61)

L'estime et la confiance en soi du médecin généraliste détermine la stratégie de réponse aux interventions du patient, comme l'ont expliqué certains participants de notre étude.

La notoriété publique, l'aura et le désir d'être respecté sont des déterminants qui font aimer leur métier aux médecins généralistes. (55) Certains médecins de notre étude estiment que le fait de dire non engendre un respect de leur profession par les patients et une reconnaissance plus importante.

La stratégie de réponse aux interventions des patients peut consister en l'orientation vers le spécialiste en cas d'incertitude. Deux participants ont évoqué la responsabilisation du patient et son autonomisation dans le soin. Si un patient n'est pas d'accord avec la prescription du médecin, il y a d'abord discussion pour établir une entente. Cinq participants font des prescriptions à contre cœur, cinq autres refusent des demandes injustifiées ou abusives s'ils les estiment infondées.

La proposition du changement de médecin est initiée parfois par le praticien en cas de désaccord trop important pour conserver l'intégrité psychologique du praticien. Cette manœuvre est utilisée par cinq participants.

Ils ne s'épuisent pas à convaincre les patients récalcitrants, ils les informent des risques en cas de refus d'observance des prescriptions du médecin, ils respectent leurs choix et mettent les patients devant leurs responsabilités.

Ils pensent que le lien commercial avec le patient gêne la position du médecin. Le patient paye donc exige quelque chose en contre partie qui lui convient. Une étude réalisée en Irlande en 2011 a recherché une différence sur la pression des patients dans la prescription d'antibiotique entre ceux qui payent et qui ne payent pas. Les patients qui ont payé ont eu davantage de prescriptions d'antibiotiques que ceux qui n'ont pas eu à régler la consultation. (62)

Le mode d'exercice à plusieurs permet de discuter des dossiers complexes, de diminuer l'anxiété du prescripteur et conditionne la stratégie de réponse des participants. Cela rend plus efficiente la gestion des patients difficiles qui perturbent la santé psychologique et l'investissement du médecin dans sa profession. (63) Les groupes de pairs et les formations continues améliorent le vécu de la relation de soins des médecins généralistes.

Deux profils se sont dessinés dans la stratégie de réponse et dans l'attitude des participants. Le premier regroupe les médecins qui ont tendance à aller dans le sens des interventions des patients et suivre leurs propositions même s'ils ne sont pas tout à fait d'accord avec celles-ci. Le second rassemble des thérapeutes qui refusent de suivre les désirs de prescriptions des patients s'ils les estiment injustifiées. Ils affirment leurs positions sans tenir compte des répercussions que cela peut entraîner dans la suite de la relation.

C. Perception de la relation médecin-patient actuelle

C-1. Les attentes des patients

Les participants de notre étude pensent que les patients attendent du médecin qu'il soit à l'écoute de leurs demandes, qu'il soit honnête, disponible, accessible à la discussion, à l'échange et qu'il soit rassurant.

Une revue de la littérature a été effectuée sur les attentes des patients envers leur médecin généraliste en 2012, en Angleterre. Les attentes étaient donc la propreté, que le médecin connaisse les lieux où il doit être adressé, qu'il soit ponctuel, que le médecin soit informé, clair et facile à comprendre, qu'il soit impliqué dans les décisions des traitements et qu'il améliore les problèmes de santé des patients. Ils ont aussi mentionné la volonté d'être informé sur les avantages et les effets indésirables des traitements, de recevoir des conseils en matière de santé et être rassuré par le praticien. (64)

Une thèse réalisée en Lorraine sur les attentes des citoyens sur les pathologies bénignes a montré que les patients attendent un diagnostic, des conseils, un comportement de réassurance du médecin et un traitement.

Le schéma de pensée consultation = ordonnance = médicaments reste la norme socio-culturel en France. (65) Dans ce travail de thèse, les médicaments sont synonymes de guérison, de soulagement des symptômes et de réassurance. Le médicament est le témoin de la prise en compte de la plainte par le praticien. Les Français sont très réticents aux conseils exclusifs lors des consultations de rhinopharyngites et de bronchite. Seulement 12 % affirment être prêts à accepter uniquement des conseils.

En Angleterre, deux études montrent une satisfaction des patients lorsqu'ils quittent le cabinet médical sans ordonnances mais avec des explications du praticien. (67, 68)

En France, beaucoup de médicaments sont remboursables alors qu'en Angleterre, les patients payent une partie des médicaments. En Allemagne, ils ont restreint en 2004, le nombre de médicaments remboursables. (70)

D'autre part, en France, les médecins généralistes font des renouvellement d'ordonnance et gèrent les pathologies bénignes aiguës alors qu'en Angleterre et aux Pays-Bas, l'activité est plus portée sur la prévention et les programmes d'éducation. (69).

Le soin est centralisé au tour du médecin généraliste en France alors qu'en Suède, Norvège, Pays-Bas, Finlande, les professionnels paramédicaux participent davantage aux soins primaires.

Sophia Rosman dans son étude sociologique entre la pratique des médecins généralistes Français et Hollandais a mis en évidence, deux logiques de prescriptions différentes. Aux Pays-Bas, les médecins ont majoritairement une logique de restriction des médicaments et accentuent leur activité sur le conseil et la responsabilité du patient dans ce qu'il fait pour aller mieux. En France, les médecins ont une logique de réparation vis à vis des médicaments et le traitement passe par la pharmacologie et moins de conseils d'hygiène de vie. Les participants de notre étude ont remarqué qu'il était très difficile de faire observer les règles d'hygiène de vie et que les patients préféreraient prendre un médicament.

D'autre part, au Pays-Bas, les patients n'ont pas de libre choix de médecin mais ont un médecin par secteur géographique, une infirmière gère les pathologies bénignes et tri les patients nécessitant une consultation médicale. Les patients ne règlent pas la consultation au médecin mais le médecin se fait payé par les assurances. (70)

Les hollandais éprouvent un scepticisme envers les médicaments alors que les français en ont une vision positive.

L'approche de la consultation est aussi différente. Les médecins français entament la consultation avec la phrase : « qu'est ce que je peux faire pour vous ? Comment puis-je vous aider » alors qu'au Pays-Bas, ils débutent la consultation avec la phrase : « Pourquoi vous venez me voir ? qu'est ce que vous avez fait pour aller mieux ? ».

La responsabilisation et l'autonomisation du patient est plus importante dans la relation médecin-patient.

C-2. La place de la communication

Les participants de notre étude ont répété à de nombreuses reprises l'importance primordiale de la communication dans la relation médecin-patient. Elle est utilisée pour limiter une prescription pharmacologique, pour laisser de la place au patient pendant la consultation et favoriser son intervention et sa participation, pour écouter les attentes et les angoisses du patient afin d'avoir un discours adapté, pour évaluer le profil psychologique et adapter le message à celui-ci, pour améliorer la satisfaction du patient et son observance.

Telles sont les défis de la communication pour les médecins interrogés. Aucun participant n'a mentionné l'utilisation d'outils ou de référentiels pendant leur pratique.

Une évaluation de la communication des médecins généralistes a été proposée par le Dr Sala en 2018. Les résultats sont une importance primordiale de la communication dans la relation médecin-patient, un manque de maîtrise de cette discipline, un manque de formation et peu de connaissances des outils disponibles. Ils se sont évalués comme peu habiles dans la communication. Les freins cités étaient le manque de temps, le surmenage, la modification de la relation avec l'avènement des dossiers médicaux informatisés et d'internet. (72) Ils utilisent davantage leur feeling et leur intuition que les outils disponibles dans la littérature.

Une étude observationnelle publiée dans le British Medical Journal en 2001, a recherché les effets de la communication et d'une approche positive et centrée sur le patient. La communication et le partenariat ressentis par le patient comme une attitude sympathique du médecin intéressé par les préoccupations et les attentes des patients est considérée comme une approche positive. Les patients veulent discuter et s'entendre sur le problème et le traitement, avoir une relation personnelle avec un médecin qui connaît le patient et ses besoins émotionnels. Ils attendent du médecin qu'il définisse clairement le problème et la manière de le résoudre. Une approche positive est de démontrer de l'intérêt pour la vie du patient. Cette approche était associée à une réduction des symptômes dans le mois suivant. (53)

Plusieurs participants de notre étude ont mentionné avoir des soucis d'observance dans leur patientèle, sans comprendre les raisons.

Une étude qualitative publiée en 2010 a cherché l'impact de la communication du médecin au sujet des prescriptions et son impact sur la prise de décision du patient et son observance.

Les patients ont décrit une crainte d'effets secondaires et le manque de perception du besoin de médicament. Ils ont évalué utile la communication du médecin sur ces problèmes selon la perception de leur médecin comme source du message.

La crédibilité du médecin est un facteur essentiel sur la façon dont les patients traitent l'information relative à la nécessité de prendre un traitement prescrit. Des essais et des erreurs altèrent la crédibilité du médecin par le patient. (73)

Une étude a démontré que 60 % des *heartskink* sont liés à une charge de travail importante du médecin, un manque de qualification, une satisfaction moindre au travail, un manque de formation en conseil et en communication. (74)

Les médecins n'arrivent pas à régler 54 % des plaintes et 45 % des préoccupations des patients. Ils interrompent en moyenne le patient au bout de 18 secondes. La plupart des procès sont liés à un manque de communication plus qu'à un manque de compétence. Une revue de littérature sur 21 études a mis en évidence qu'une bonne communication du praticien améliore l'observance et l'acceptabilité des traitements, la santé et la satisfaction du patient. (75)

D'autre part, les études ont montré que le stress et l'angoisse du praticien vient dans 2 cas sur 3 de l'interaction avec le patient. (75,76)

De nombreux outils comme le guide d'observation Calgary-Cambridge sont décrits dans la littérature. (75)

D'autres outils moins consensuels peuvent être utilisés en pratique quotidienne.

Une étude Australienne publiée en 2008 dans le Medical Journal of Australia a conclu que l'humour était l'une des principales qualités humaines pour les patients dans l'instauration de la relation médecin-patient. (77)

Le Dr Cordonnier a fait son travail de thèse sur la « *place de l'humour en tant qu'outil de communication en médecine générale* ». Il en a conclu une ambivalence de l'humour dans la relation médecin-patient. C'est une arme à double tranchant qui doit être utilisée avec précaution. Cela nécessite une adaptation selon le patient, la situation rencontrée et une bonne connaissance du malade. (78)

Il semblerait que les médecins expérimentés présentent moins de problèmes dans la communication d'après notre étude. Ils arrivent plus facilement à s'adapter au contexte. Ils orientent leurs discussions et leurs arguments en fonction des profils psychologiques. Aucun jeune médecin n'a mentionné la présence de profils psychologiques et socio-économiques différents dans la patientèle nécessitant d'adapter sa communication à chaque consultation.

Les médecins expérimentés bénéficient d'une crédibilité plus importante dans la population.

D'autres techniques comme la lecture de poésie a démontré que cela augmentait les compétences d'empathie, de compréhension des autres et la gestion des émotions chez des médecins généralistes. (79)

C-3. La négociation

Les médecins de notre étude ont estimé devoir manier l'art de la négociation pendant leurs consultations.

En 2002, la Société Européenne de Médecine générale –Médecine de famille (WONCA) précisait dans sa définition de la médecine générale que « dans la négociation des modalités de prise en charge avec leurs patients, les médecins intègrent les dimensions physiques, psychologiques, sociales et culturelles »

L'essor des maladies chroniques, la loi de 2002 sur les droits des patients et des mutations sociologiques comme internet ont entraîné un patient dorénavant actif dans le soin et la décision est maintenant partagée avec le prescripteur. Il s'ensuit une relation ouverte qui laisse la place à la négociation. Le modèle de l'ordre négocié date de 1985 et de Corbin et Strauss. (80)

Dans cette « *approche négociée* », le médecin prend en compte les demandes du patient mais respecte ses choix et ses conséquences sur sa santé. Le praticien ne se contente pas d'expliquer, il adapte ses propositions aux enjeux du patient. Dans cette logique, le patient est un partenaire qui est actif dans l'échange et dans la négociation.

L'« *approche communicationnelle* » est une vision où le médecin prend en compte les demandes du patient mais explique de manière unilatérale pour que le patient intègre le savoir médical ou refuse l'éducation du médecin. (80)

La littérature comme les participants pointent les problématiques de la dualité entre responsabilité économique et la fonction de soins. (81, 82) Le fait que le patient rémunère le prescripteur est une dimension qui est présente pendant la consultation et qui rend légitime la négociation du patient.

CONCLUSION

La perception de l'intervention du patient dans les prescriptions a été variable selon les participants. Ils ont tous reconnu que le patient intervient considérablement dans les prescriptions. Les médecins de notre étude prennent en considération ces demandes ainsi que les attentes des patients dans leurs prescriptions. Deux profils de médecins se sont dessinés. Des participants ont jugé l'intervention positive. Les avantages sont un signalement plus important des effets indésirables, un patient ressource qui participe aux soins et informe le médecin par son vécu de la maladie et son expérience personnelle, une meilleure adhésion et observance du patient, une relation plus équilibrée entre le prescripteur et le patient.

D'autres participants ont évalué l'intervention comme un facteur négatif dans la prescription des médecins généralistes. Ils estiment que la prescription est du ressort du médecin uniquement. L'intervention du patient entraîne selon eux des écarts aux recommandations, des prescriptions inappropriées, des sur-prescriptions d'antibiotiques et d'examen complémentaires, des demandes injustifiées d'aides sociales, d'arrêts et d'accidents de travail. Les patients sont très demandeurs de médicaments et occasionnent des prescriptions de médicaments importantes alors qu'ils ont du mal à accepter la mise en place de mesures hygiéno-diététiques.

Les stratégies de réponse sont variables. Ils suivent tous les interventions des patients si elles sont justifiées. Certains suivent les demandes des patients même si elles sont injustifiées. D'autres s'opposent fermement à celles-ci si cela est contraire aux données de la science et à leurs principes. Ils utilisent l'argumentation, les recommandations, des outils techniques, la littérature mais cela leur prend beaucoup de temps. La stratégie de réponse est dépendante de leur état de fatigue.

Ils ont évoqué à l'unanimité l'importance considérable de la communication dans leur pratique actuelle. Les patients expriment leurs interrogations et leurs craintes qui sont multiples. Les médecins expérimentés utilisent davantage la communication et se sentent plus à l'aise pour la manier que les jeunes médecins. Ils estiment avoir plus de crédit, de par leur expérience, et s'adaptent plus facilement aux profils psychologiques.

La relation économique entre le patient et le médecin est une dimension qui perturbe la prise de décision des médecins qui ne souhaitent pas perdre leur clientèle en cas de refus d'une demande.

Ils ont ressenti aussi beaucoup de difficultés dans leur exercice professionnel. Ils estiment manquer de formation dans la relation d'aide pour la gestion des syndromes anxio-dépressifs, manquer de solution et d'alternatives aux psychotropes, manquer de confiance en eux pour limiter les prescriptions d'examen complémentaires. Ils évoquent des interactions parfois anxiogènes avec les patients stressés qui transmettent leur angoisse au prescripteur. Ils sont pessimistes sur la gestion des patients précaires avec des problématiques sociales et se sentent impuissants ce qui nuit à leur image personnelle.

Ce travail constitue donc une réflexion sur la complexité de la prescription en médecine générale. Peu de travaux de recherche ont évalué cette dimension et le rôle du patient dans les prescriptions des médecins généralistes.

Les médecins ont mentionné l'importance de la communication dans la gestion des interventions des patients. Peut être qu'une formation spécialisée pourrait être intéressante dans le cursus universitaire des médecins généralistes ?

D'autre part, la médecine générale est une discipline jugée difficile par les médecins interrogés. Des demandes multiples lors d'une même consultation, la gestion de patients difficiles, précaires avec des problématiques sociales mais aussi familiales et professionnelles, le soin de malades poly-pathologiques, les demandes des patients voire la « *pression* » qu'ils peuvent représenter dans certaines situations sont le quotidien des médecins généralistes. Les praticiens ont tous estimé manquer de temps. Peut-être que la rémunération à l'acte n'est pas assez valorisée pour les consultations longues comme les syndromes anxio-dépressifs ?

BIBLIOGRAPHIE

1. Pierron J-P. Une nouvelle figure du patient ? Les transformations contemporaines de la relation de soins. *Sciences sociales et sante*. 2007 ; Vol. 25(2) :43-66.
2. Fragu P. La relation médecin-patient : Histoire d'une transformation. *Éthique & Santé*. 2004 ;1(1) :26–31
3. Keriél-Gascou M, Badet-Phan A, Pogam MAL, Figon S, Letrilliart L, Gueyffier F, et al. Information et participation active des patients à l'aide d'une brochure interactive lors de la prescription d'antihypertenseurs en soins primaires. *Sante Publique*. 29 mai 2013 ; Vol. 25(2) :193-201.
4. Leydon GM, Stuart B, Summers RH, Little P, Ekberg S, Stevenson F, et al. Findings from a feasibility study to improve GP elicitation of patient concerns in UK general practice consultations. *Patient Educ Couns*. 2018 ;101(8) :1394-402.
5. Cromme SK, Whitaker KL, Winstanley K, Renzi C, Smith CF, Wardle J. Worrying about wasting GP time as a barrier to help-seeking: a community-based, qualitative study. *Br J Gen Pract*. juill 2016;66(648):e474-82.
6. Chipeaux-Meurisse E. Le « gut feeling » chez les médecins généralistes de terrain du Finistère : définition, modélisation et implications [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Bretagne occidentale; 2011.
7. Stopler E, Van de Wiel M, Van Royen P, Van Bokhoven M, Van der Weijden T, DINANT GJ. Gut feelings as a third track in general practitioners' diagnostic reasoning. *J Gen Inter Med*. 3011 ; 26(2) :197-203
8. Pomey M-P, Flora L, Karazi6. Pomey M-P, Flora L, Karazivan P, Dumez V, Lebel P, Vanier M-C, et al. Le « Montreal model » : enjeux du partenariat relationnel entre patients et professionnels de la santé. *Sante Publique*. 26 mars 2015 ; S1(HS) :41-50.
9. Pétré B, Scholtes B, Voz B, Ortiz I, Gillain N, Husson E, et al. [Patient partner approach into question]. *Rev Med Liege*. Déc 2018 ; 73(12) :621-8.
10. Phillips RL, Short A, Kenning A, Dugdale P, Nugus P, McGowan R, et al. Achieving patient-centred care : the potential and challenge of the patient-as-professional role. *Health Expect*. déc 2015;18(6):2616-28.
11. Zwolsman S, te Pas E, Hooft L, Wieringa-de Waard M, van Dijk N. Barriers to GPs' use of evidence-based medicine: a systematic review. *Br J Gen Pract*. juill 2012;62(600):e511-521.
12. O' Dowd TC. Five years of heartsink patients en général practice. *BMJ (Clin Res)* 1988; 297:528-30

13. Bouchacourt C. Les patients « Heartsink » : la prise en charge de ces patients difficiles en médecine générale [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris Diderot - Paris 7. UFR de médecine ; 2014.
14. Gerrard TJ, Riddell JD. Difficult patients : black holes and secrets. *BMJ : British Medical Journal*. 1988 ;297(6647):530.
15. O'Riordan M, Skelton J, de la Croix A. Heartlift patients ? An interview-based study of GP trainers and the impact of « patients they like ». *Fam Pract*. Oct 2008 ;25(5) :349-54.
16. Santucci M. Déterminants de la pratique du bilan sanguin de routine chez l'adulte sans pathologie chronique connue en médecine générale [Thèse d'exercice]. [2014, France]: Université de Bordeaux; 2016.
17. van Ravesteijn H, van Dijk I, Darmon D, van de Laar F, Lucassen P, Olde Hartman T, et al. The reassuring value of diagnostic tests : A systematic review. *Patient Education and Counseling*. 1 janv 2012 ;86(1) : 3-8.
18. Pousson A. Imagerie du rachis lombaire en soins primaires : les attentes du patient influencent-elles la prescription du médecin ? [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Tours. UFR de médecine ; 2016.
19. de Schepper EIT, Koes BW, Oei EHG, Bierma-Zeinstra SMA, Luijsterburg PAJ. The added prognostic value of MRI findings for recovery in patients with low back pain in primary care: a 1-year follow-up cohort study. *Eur Spine J*. avr 2016 ;25(4) :1234-41.
20. Faure H, Mahy S, Soudry A, Duong M, Chavanet P, Piroth L. Déterminants de la prescription ou de la non-prescription d'antibiotiques en médecine générale. *Médecine et maladies infectieuses*. 2009 ;39(9) :714–721.
21. Cals JW, Boumans D, Lardinois RJ, Gonzales R, Hopstaken RM, Butler CC, et al. Public beliefs on antibiotics and respiratory tract infections : an internet-based questionnaire study. *Br J Gen Pract*. 1 déc 2007 ;57(545) :942-7.
22. Butler CC, Rollnick S, Pill R, Maggs-Rapport F, Stott N. Understanding the culture of prescribing: qualitative study of general practitioners' and patients' perceptions of antibiotics for sore throats. *BMJ*. 5 sept 1998 ;317(7159):637-42.
23. Cassir N, Marco J-ND, Poujol A, Lagier J-C. Prescriptions inappropriées d'antibiotiques chez l'enfant en médecine de ville : raisons et conséquences. 25 mai 2012
24. De Saint-Hardouin G, Goldgewicht M, Kemeny G, Rufat P, Perronne C. Evaluation de la pression des parents sur les médecins pour la prescription des antibiotiques dans les infections ORL de l'enfant en ville. *Médecine et maladies infectieuses*. 1997 ;27(4):372–378.
25. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES). Arrêts maladie : état des lieux et propositions pour l'amélioration des pratiques. Paris, septembre 2004

26. Gerner U, Alexanderson K. Issuing sickness certificates: a difficult task for physicians: a qualitative analysis of written statements in a Swedish survey. *Scand J Public Health*. 2009 Jan;37(1):57-63.
27. Adeline-Duflot F. Les facteurs décisionnels intervenant dans la prescription d'un arrêt de travail en médecine générale : une approche exploratoire par focus groups [Thèse d'exercice]. [France]: UPEC. Faculté de médecine ; 2012.
28. Gulbrandsen P, Fugelli P, Sandvik L., Hjortdhal P., Influence of social problems on management in general practice multipractice questionnaire survey. *BMJ*. 1998 ;317:28-32
29. Bollag U, Rajeswaran A, Ruffieux C, Burnand B. Sickness certification in primary care – the physician's role. *Swiss Med WKLY* 2007 ; 137:341–346.
30. Expert A. CNAMTS. Les disparités géographiques de consommation d'indemnités journalières maladie. Point de repère n°11. Nov. 2007
31. Winde LD, Hansen HT, Gjesdal S. General practitioner characteristics and sickness absence--a register-based study of 348 054 employed Norwegians. *Eur.J.Gen.Prac* 2011 Dec;17(4):210-6
32. Knorring M von, Sundberg L, Löfgren A, Alexanderson K. Problems in sickness certification of patients : A qualitative study on views of 26 physicians in Sweden. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*. 1 janv 2008 ;26(1):22-8.
33. ANSM. Etat de lieux de la consommation des benzodiazépines en France. Avril 2017
34. Balestrieri M, Marcon G, Samani F, Marini M, Sessa E, Gelatti U, et al. Mental disorders associated with benzodiazepine use among older primary care attenders. *Soc Psychiat Epidemiol*. 1 avr 2005 ;40(4) :308-15.
35. Hedenrud TM, Svensson SA, Wallerstedt SM. "Psychiatry is not a science like others" - a focus group study on psychotropic prescribing in primary care. *BMC Fam Pract*. 12 août 2013 ;14 :115.
36. Dybwad TB, Kjølørød L, Eskerud J, Laerum E. Why are some doctors high-prescribers of benzodiazepines and minor opiates? A qualitative study of GPs in Norway. *Fam Pract*. Oct 1997 ;14(5) :361-8.
37. Mercier A, Kerhuel N, Stalnikiewitz B, Aulanier S, Boulnois C, Bécrot F, et al. Enquête sur la prise en charge des patients dépressifs en soins primaires : les médecins généralistes ont des difficultés et des solutions. *L'Encéphale*. 1 juin 2010 ;36 : D73-82.
38. Prosser H, Almond S, Walley T. Influences on GPs' decision to prescribe new drugs—the importance of who says what. *Fam Pract*. 1 févr 2003 ;20(1) :61-8.
39. Britten N, Ukoumunne O. The influence of patients' hopes of receiving a prescription on doctors' perceptions and the decision to prescribe: a questionnaire survey. *BMJ*. 6 déc 1997 ;315(7121):1506-10

40. Sermet C, Pichetti S. Une prescription sous influence(s). *Après-demain*. 2012 ; N ° 22, NF(2):25-7.
41. Delga C, Megnin Y, Oustric S, Laurent C, Pauly L, Vergez J-P, et al. Pression de prescription : étude pilote en médecine générale. *Thérapie*. 2003 ;58(6) :513–517.
42. Esman L et al, Oustric S, Michot M, Vidal M, Nicodème R, Arlet P. Rôle du patient dans la rédaction de l'ordonnance en médecine générale. *La Revue du praticien Médecine générale*. 2006 ;732–33.
43. Everitt H, McDermott L, Leydon G, Yules H, Baldwin D, Little P. GPs' management strategies for patients with insomnia: a survey and qualitative interview study. *Br J Gen Pract*. 2014 ;64(619) : e112–e119.
44. Moen J, Norrgård S, Antonov K, Nilsson JLG, Ring L. GPs' perceptions of multiple-medicine use in older patients. *J Eval Clin Pract*. févr 2010;16(1):69-75.
45. Silvestri C. Quelle est l'influence d'Internet sur la relation médecin-patient en médecine générale ? 2013
46. Conseil National de l'Ordre des Médecins, Ipsos Public Affairs. Les conséquences des usages d'internet sur les relations patients-médecins. 2010.
47. Bowes P, Stevenson F, Ahluwalia S, Murray E. « I need her to be a doctor » : patients' experiences of presenting health information from the internet in GP consultations. *Br J Gen Pract*. nov 2012;62(604):e732-738.
48. Holt N, Pincus T, Vogel S. Reassurance during low back pain consultations with GPs: a qualitative study. *Br J Gen Pract*. oct 2015;65(639):e692-701.
49. Lundkvist J, Akerlind I, Borgquist L, Molstad S. The more time spent on listening, the less time spent on prescribing antibiotics in general practice. *Fam Pract* 2002;19:638–40.
50. You JH, Yau B, Choi KC, Chau CT, Huang QR, Lee SS. Public knowledge, attitudes and behavior on antibiotic use: a telephone survey in Hong Kong. *Infection* 2008;36:153–7.
51. den Boeff M, Huisman D, Morton L, Lucassen P, van der Wouden JC, Westerman MJ, et al. Negotiating explanations: doctor-patient communication with patients with medically unexplained symptoms-a qualitative analysis. *Fam Pract*. 2017 ;34(1) :107-13.
52. Duffaud S, Liébart S. Comment les médecins généralistes limitent-ils leurs prescriptions ? Étude qualitative par entretiens collectifs. *Santé Publique*. 24 juill 2014 ; Vol. 26(3):323-30..
53. Little P, Everitt H, Williamson I, Warner G, Moore M, Gould C, et al. Observational study of effect of patient centredness and positive approach on outcomes of general practice consultations. *BMJ*. 20 oct 2001 ; 323(7318):908-11.
54. Attali C, Amade-Escot C, Ghadi V et al. Infections respiratoires présumées virales : comment prescrire moins d'antibiotiques ? Résultats de l'étude PAAIR. *Rev Prat Med Gen* 2003 ;17 :155-60.

55. Kempa A. Vécu du métier de médecin généraliste en 2017 : enquête qualitative auprès des généralistes des Alpes-Maritimes. Université de Nice-Sophia Antipolis. Faculté de Médecine ; 2017.
56. Juillard M. Savoir dire nona bon escient : vécu des internes en médecine générale. Etudes quantitative et qualitative aupres des internes de Médecine Générale de Paris V. Université de Paris V ; 2015.
57. Galam E, Dumas F-R. Oser dire « non » avec sérénité. Rev Prat Med Gen 2007 ; 21 :788-9
58. Kaul S, Kirchoff AC, Morden NE, Vogeli CS, Campbell EG. Physician response to patient request for unnecessary care. Am J Manag Care. Nov 2015 ;21(11) :823-32.
59. Cockburn J, Pit S. Prescribing behaviour in clinical practice : patients' expectations and doctors' perceptions of patients' expectations—a questionnaire study. BMJ. 30 août 1997 ;315(7107) :520-3.
60. Mathers NJ, Gask L. Surviving the « heartsink » experience. Fam Pract. Juin 1995 ;12(2) :176-83.
61. Henriksen K, Hansen EH. The threatened self : general practitioners' self-perception in relation to prescribing medicine. Soc Sci Med. Juill 2004 ;59(1) :47-55.
62. Murphy M, Byrne S, Bradley CP. Influence of patient payment on antibiotic prescribing in Irish general practice : a cohort study. Br J Gen Pract. 2011 ;61(590) : e549–e555.
63. Kjaer NK, Stolberg B, Coles C. Collaborative engagement with colleagues may provide better care for « heart-sink » patients. Edu
64. Bowling A, Rowe G, Lambert N, Waddington M, Mahtani KR, Kenten C, et al. The measurement of patients' expectations for health care: a review and psychometric testing of a measure of patients' expectations. Health Technol Assess. juill 2012;16(30):i-xii, 1-509.
65. Le rapport des Français et des Européens à l'ordonnance et aux médicaments. Ipsos Santé, janvier 2005.
66. Collin J. « Observance et fonctions symboliques du médicament ». Gérontologie et société, 2002/4 n° 103, p. 141-159. DOI : 10.3917/g.s.103.0141.
67. Britten N, Jenkins L, Barber N et al. Developing a measure for the appropriateness of prescribing in general practice. Qual Saf Health Care, 2003, 12, 246-250.
68. Britten N. Patient demand for prescriptions : a view from the over side. Family Practice, 1994, 11, 62-66.
69. Bourgeuil Y, Marek A, Mousques J. La participation des infirmières aux soins primaires dans six pays européens et au Canada. DREES, Etude et résultats, 2005, 406.

70. Nguyen-Kim L, Or Z, ParisV, Sermet C. Les politiques de prise en charge des médicaments en Allemagne, Angleterre et France. Questions d'économie de la santé, IRDES, 2005, 99.
71. Rosman S. Les pratiques de prescription des médecins généralistes. Une étude sociologique comparative entre la France et les Pays-Bas. BLOY G, SCHWEYER FX Singuliers Généralistes : Sociologie de la médecine générale Rennes : Presse de l'École des Hautes Études en Santé Publique. 2010 ;117–131.
72. Sala B. Les stratégies de communication des médecins généralistes dans la relation médecin-patient : une étude qualitative sur la Côte d'Azur. Université de Nice-Sophia Antipolis. Faculté de Médecine ; 2018.
73. Ledford CJW, Villagran MM, Kreps GL, Zhao X, McHorney C, Weathers M, et al. "Practicing medicine" : Patient perceptions of physician communication and the process of prescription. Patient Education and Counseling. 1 sept 2010 ;80(3) :384-92.
74. Mathers N, Jones N, Hannay D. Heartsink patients : a study of their general practitioners. Br J Gen Pract. Juin 1995 ;45(395) :293-6.
75. Santé Canada. La communication efficace... à votre service. Outils de communication II. Guide de ressources. Ottawa : Santé Canada, 2001, 31 p.
76. Winefield H, Murrell T, Clifford J. Sources of occupational stress for Australian GPs, and their implications for postgraduate training. Fam Pract. Déc 1994 ;11(4):413-7.
77. Smith JA, Braunack-Mayer AJ, Wittert GA, Warin MJ. Qualities men value communicating with general practitioners: implications for primary care settings. Med J Aust. 2008 ;189(11-12) :618-21
78. Cordonnier J. Place de l'humour en tant qu'outil de communication en médecine générale. Thèse Med : Université de Picardie Faculté de médecine d'Amiens. 2016. 2016-41
79. Foster W, Freeman E. Poetry in general practice education: perceptions of learners. Fam Pract. Août 2008 ;25(4):294-303.
80. Vega A. Logique des soins. Introduction à l'approche anthropologique des soins. :23.
81. Gerner U, Alexanderson K. Issuing sickness certificates: a difficult task for physicians: a qualitative analysis of written statements in a Swedish survey.Scand J Public Health.2009 Jan;37(1):57-63.
82. Gulbrandsen P, Hofoss D, Nylenna M, Saltyte-Benth J, Aasland OG. General practitioners' relationship to sickness certification. Scand J Prim Health Care.2007 Mar ; 25(1):20-6
83. Aubin Auger I. Introduction à la recherche qualitative. Exercer. 2008;(84) :142-5.

84. Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. *Kinésithérapie, la Revue*. janv 2015;15(157):50-4.

ANNEXE

Guide d'entretien

- . On parle souvent de l'influence des patients dans les prescriptions, qu'en pensez-vous ?
- . Avez-vous des anecdotes par rapport à ça à me raconter ?
- . Lorsque le patient intervient, est-ce positif ou négatif selon vous ?
- . Cela concerne quel champ de votre activité ?
- . Lorsque les patients interviennent, cela vous aide où vous embête ?
- . Quelles sont vos expériences et vos stratégies de réponse par rapport à cela ?
- . Est-ce que vous pensez à quelque chose que l'on a oublié ?

SERMENT MÉDICAL

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

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

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

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

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

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

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

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

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses : que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.

RESUME

La prescription des médecins généralistes est soumise à l'intervention des patients.

L'objectif était de connaître les perceptions et la stratégie de réponse des médecins généralistes de la région Bayonnaise face à l'intervention des patients dans leurs prescriptions.

Les objectifs secondaires étaient d'établir un panorama des différences de perceptions et de recueillir les opinions des médecins sur la relation médecin-patient actuelle.

Nous avons choisi une méthode qualitative en utilisant des entretiens individuels semi-dirigés à partir d'un échantillonnage raisonné de médecins généralistes de la région Bayonnaise.

Les participants ont ressenti une influence permanente pour une grande majorité de consultations.

Ils ont considéré l'intervention positive dans la mesure où cela engendre un signalement plus important des effets indésirables des médicaments. Ainsi, le patient devient une ressource et un partenaire dans les prises de décisions entraînant un rapport plus équilibré dans la relation de soin médecin-patient.

Ils ont aussi considéré que cela pouvait être négatif si les patients sont exigeants et difficiles, s'ils n'entendent et ne respectent pas la position du médecin, si les demandes sont injustifiées et abusives, s'ils exercent une véritable « pression » sur le prescripteur. Cela peut occasionner des prescriptions irrationnelles selon eux.

Leur stratégie de réponse est variable. La moitié suit les demandes et désirs des patients, l'autre moitié s'y oppose fermement s'ils les estiment infondées.

Discipline : Médecine Générale

Mots-clés : intervention du patient, médecine générale, perception, prescription

UFR des Sciences Médicales – 146, rue Léo Saignat, Case 16 – 33 076 BORDEAUX

ABSTRACT

Prescriptions of general practitioners is subject to intervention by patients.

The goal was to know the perceptions and response strategy of general practitioners of Bayonne's region in the face of the intervention of patients in their prescriptions.

The secondary objectives were to establish a panorama of differences in perceptions and gather their opinions on the current doctor-patient relationship.

We used a qualitative method using semi-structured individual interviews at from a reasoned sampling of general practitioners in the Bayonne region.

Participants felt a permanent influence for a large majority of consultations.

They considered positive intervention to the extent that it generates a more important adverse drug effects. Also, patients become a resource and a doctor's partners in decision-making and it generates a more balanced relationship between doctor and patients.

They also considered that it could be negative if patients are demanding and difficult, if they do not hear and respect the doctor's position, if the requests are unjustified and abusive, if they exert a real "pressure" on the prescriber. This can cause irrational requirements according to them.

Their response strategy is variable. Half follow the requests and desires of patients, the other half strongly oppose them if they consider them unfounded.