

Moins prescrire, mieux prescrire ? Analyse qualitative du rapport à la prescription médicamenteuse d'internes de médecine générale

Marie Bordaz

▶ **To cite this version:**

Marie Bordaz. Moins prescrire, mieux prescrire ? Analyse qualitative du rapport à la prescription médicamenteuse d'internes de médecine générale. Sciences du Vivant [q-bio]. 2021. dumas-03470898

HAL Id: dumas-03470898

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03470898

Submitted on 8 Dec 2021

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.

Faculté des sciences médicales et paramédicales
Aix*Marseille Université

Moins prescrire, mieux prescrire ?
Analyse qualitative du rapport à la prescription médicamenteuse d'internes de médecine générale.

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET PARAMÉDICALES

DE MARSEILLE

Le 19 Novembre 2021

Par Madame Marie BORDAZ

Née le 15 juin 1991 à Saint-Martin d'Hères (38)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur GENTILE Gaetan	**Président**
Monsieur le Professeur ROSSI Pascal	**Assesseur**
Madame le Docteur DAUMAS Aurélie	**Assesseur**
Madame le Docteur FROISSART Zoéline	**Directeur**

Faculté des sciences médicales et paramédicales
Aix*Marseille Université

Moins prescrire, mieux prescrire ?
Analyse qualitative du rapport à la prescription médicamenteuse d'internes de médecine générale.

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET PARAMÉDICALES

DE MARSEILLE

Le 19 Novembre 2021

Par Madame Marie BORDAZ

Née le 15 juin 1991 à Saint-Martin d'Hères (38)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur GENTILE Gaetan	**Président**
Monsieur le Professeur ROSSI Pascal	**Assesseur**
Madame le Docteur DAUMAS Aurélie	**Assesseur**
Madame le Docteur FROISSART Zoéline	**Directeur**

Faculté des sciences médicales et paramédicales
Aix*Marseille Université

FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & PARAMÉDICALES

Doyen	**:**	**Pr. Georges LEONETTI**
Vice-Doyen aux affaires générales	:	Pr. Patrick DESSI
Vice-Doyen aux professions paramédicales	:	Pr. Philippe BERBIS
Conseiller	:	Pr. Patrick VILLANI

Assesseurs :

➢ aux études	:	Pr. Kathia CHAUMOITRE
➢ à la recherche	:	Pr. Jean-Louis MEGE
➢ à l'unité mixte de formation continue en santé	:	Pr. Justin MICHEL
➢ pour le secteur NORD	:	Pr. Stéphane BERDAH
➢ Groupements Hospitaliers de territoire	:	Pr. Jean-Noël ARGENSON
➢ aux masters	:	Pr. Pascal ADALIAN

Chargés de mission :

➢ sciences humaines et sociales	:	Pr. Pierre LE COZ
➢ relations internationales	:	Pr. Stéphane RANQUE
➢ DU/DIU	:	Pr. Véronique VITTON
➢ DPC, disciplines médicales & biologiques	:	Pr. Frédéric CASTINETTI
➢ DPC, disciplines chirurgicales	:	Dr. Thomas GRAILLON

ÉCOLE DE MEDECINE

Directeur	**:**	**Pr. Jean-Michel VITON**

Chargés de mission

▪ PACES – Post-PACES	:	Pr. Régis GUIEU
▪ DFGSM	:	Pr. Anne-Laure PELISSIER
▪ DFASM	:	Pr. Marie-Aleth RICHARD
▪ DFASM	:	Pr. Marc BARTHET
▪ Préparation aux ECN	:	Dr Aurélie DAUMAS
▪ DES spécialités	:	Pr. Pierre-Edouard FOURNIER
▪ DES stages hospitaliers	:	Pr. Benjamin BLONDEL
▪ DES MG	:	Pr. Christophe BARTOLI
▪ Démographie médicale	:	Dr. Noémie RESSEGUIER
▪ Etudiant	:	Elise DOMINJON

Cabinet du Doyen – 25.02. 2020 (GL/HB)

Faculté des sciences médicales et paramédicales
Aix*Marseille Université

ÉCOLE DE DE MAIEUTIQUE

Directrice : **Madame Carole ZAKARIAN**

Chargés de mission

- 1er cycle : Madame Estelle BOISSIER
- 2ème cycle : Madame Cécile NINA

ÉCOLE DES SCIENCES DE LA RÉADAPTATION

Directeur : **Monsieur Philippe SAUVAGEON**

Chargés de mission

- Masso- kinésithérapie 1er cycle : Madame Béatrice CAORS
- Masso-kinésithérapie 2ème cycle : Madame Joannie HENRY
- Mutualisation des enseignements : Madame Géraldine DEPRES

ÉCOLE DES SCIENCES INFIRMIERES

Directeur : **Monsieur Sébastien COLSON**

Chargés de mission

- Chargée de mission : Madame Sandrine MAYEN RODRIGUES
- Chargé de mission : Monsieur Christophe ROMAN

PROFESSEURS HONORAIRES

MM AGOSTINI Serge
ALDIGHIERI René
ALESSANDRINI Pierre
ALLIEZ Bernard
AQUARON Robert
ARGEME Maxime
ASSADOURIAN Robert
AUFFRAY Jean-Pierre
AUTILLO-TOUATI Amapola
AZORIN Jean-Michel
BAILLE Yves
BARDOT Jacques
BARDOT André
BERARD Pierre
BERGOIN Maurice
BERLAND Yvon
BERNARD Dominique
BERNARD Jean-Louis
BERNARD Jean-Paul
BERNARD Pierre-Marie
BERTRAND Edmond
BISSET Jean-Pierre
BLANC Bernard
BLANC Jean-Louis
BOLLINI Gérard
BONGRAND Pierre
BONNEAU Henri
BONNOIT Jean
BORY Michel
BOTTA Alain
BOTTA-FRIDLUND Danielle
BOURGEADE Augustin
BOUVENOT Gilles
BOUYALA Jean-Marie
BREMOND Georges
BRICOT René
BRUNET Christian
BUREAU Henri
CAMBOULIVES Jean
CANNONI Maurice
CARTOUZOU Guy
CAU Pierre
CHABOT Jean-Michel
CHAMLIAN Albert
CHARPIN Denis
CHARREL Michel

MM DEVRED Philippe
DJIANE Pierre
DONNET Vincent
DUCASSOU Jacques
DUFOUR Michel
DUMON Henri
ENJALBERT Alain
FAUGERE Gérard
FAVRE Roger
FIECHI Marius
FARNARIER Georges
FIGARELLA Jacques
FONTES Michel
FRANCES Yves
FRANCOIS Georges
FUENTES Pierre
GABRIEL Bernard
GALINIER Louis
GALLAIS Hervé
GAMERRE Marc
GARCIN Michel
GARNIER Jean-Marc
GAUTHIER André
GERARD Raymond
GEROLAMI-SANTANDREA André
GIUDICELLI Sébastien
GOUDARD Alain
GOUIN François
GRILLO Jean-Marie
GRIMAUD Jean-Charles
GRISOLI François
GROULIER Pierre
HADIDA/SAYAG Jacqueline
HASSOUN Jacques
HEIM Marc
HOUEL Jean
HUGUET Jean-François
JAQUET Philippe
JAMMES Yves
JOUVE Paulette
JUHAN Claude
JUIN Pierre
KAPHAN Gérard
KASBARIAN Michel
KLEISBAUER Jean-Pierre
LACHARD Jean

CHAUVEL Patrick
CHOUX Maurice
CIANFARANI François
CLAVERIE Jean-Michel
CLEMENT Robert
COMBALBERT André
CONTE-DEVOLX Bernard
CORRIOL Jacques
COULANGE Christian
CURVALE Georges
DALMAS Henri
DE MICO Philippe
DELPERO Jean-Robert
DESSEIN Alain
DELARQUE Alain
DEVIN Robert

MM MICHOTEY Georges
MIRANDA François
MONFORT Gérard
MONGES André
MONGIN Maurice
MUNDLER Olivier
NAZARIAN Serge
NICOLI René
NOIRCLERC Michel
OLMER Michel
OREHEK Jean
PAPY Jean-Jacques
PAULIN Raymond
PELOUX Yves
PENAUD Antony
PENE Pierre
PIANA Lucien
PICAUD Robert
PIGNOL Fernand
POGGI Louis
POITOUT Dominique
PONCET Michel
POUGET Jean
PRIVAT Yvan
QUILICHINI Francis
RANQUE Jacques
RANQUE Philippe
RICHAUD Christian
RIDINGS Bernard
ROCHAT Hervé
ROHNER Jean-Jacques
ROUX Hubert

LAFFARGUE Pierre
LAUGIER René
LE TREUT Yves
LEVY Samuel
LOUCHET Edmond
LOUIS René
LUCIANI Jean-Marie
MAGALON Guy
MAGNAN Jacques
MALLAN- MANCINI Josette
MALMEJAC Claude
MARANINCHI Dominique
MARTIN Claude
MATTEI Jean François
MERCIER Claude
METGE Paul

VANUXEM Paul
VERVLOET Daniel
VIALETTES Bernard
WEILLER Pierre-Jean

ROUX Michel
RUFO Marcel
SAHEL José
SALAMON Georges
SALDUCCI Jacques
SAMBUC Roland
SAN MARCO Jean-Louis
SANKALE Marc
SARACCO Jacques
SARLES Jacques
SARLES - PHILIP Nicole
SASTRE Bernard
SCHIANO Alain
SCOTTO Jean-Claude
SEBAHOUN Gérard
SEITZ Jean-François
SERMENT Gérard
SOULAYROL René
STAHL André
TAMALET Jacques
TARANGER-CHARPIN Colette
THIRION Xavier
THOMASSIN Jean-Marc
UNAL Daniel
VAGUE Philippe
VAGUE/JUHAN Irène

EMERITAT

2008		
M. le Professeur	LEVY Samuel	31/08/2011
Mme le Professeur	JUHAN-VAGUE Irène	31/08/2011
M. le Professeur	PONCET Michel	31/08/2011
M. le Professeur	KASBARIAN Michel	31/08/2011
M. le Professeur	ROBERTOUX Pierre	31/08/2011
2009		
M. le Professeur	DJIANE Pierre	31/08/2011
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2012
2010		
M. le Professeur	MAGNAN Jacques	31/12/2014
2011		
M. le Professeur	DI MARINO Vincent	31/08/2015
M. le Professeur	MARTIN Pierre	31/08/2015
M. le Professeur	METRAS Dominique	31/08/2015
2012		
M. le Professeur	AUBANIAC Jean-Manuel	31/08/2015
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2015
M. le Professeur	CAMBOULIVES Jean	31/08/2015
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2015
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2015
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2015
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2015
2013		
M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUFO Marcel	31/08/2016
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016
2014		
M. le Professeur	FUENTES Pierre	31/08/2017
M. le Professeur	GAMERRE Marc	31/08/2017
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2017
M. le Professeur	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017

2015

M. le Professeur	COULANGE Christian	31/08/2018
M. le Professeur	COURAND François	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2016
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2016
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2016

2016

M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2017
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2019
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2017
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2017
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2019
M. le Professeur	JAMMES Yves	31/08/2019
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2017
M. le Professeur	POITOUT Dominique	31/08/2019
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2017
M. le Professeur	VIALETTES Bernard	31/08/2019

2017

M. le Professeur	ALESSANDRINI Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2018
M. le Professeur	CHAUVEL Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2018
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2018
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2018
M. le Professeur	SEBBAHOUN Gérard	31/08/2018

2018

M. le Professeur	MARANINCHI Dominique	31/08/2021
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2019
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2019

2019

M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2020

M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2020
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2020
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2020
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2020
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2020
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2020

2020

M. le Professeur	DELPERO Jean-Robert	31/08/2023
M. le Professeur	GRIMAUD Jean-Charles	31/08/2023
M. le Professeur	SAMBUC Roland	31/08/2023
M. le Professeur	SEITZ Jean-François	31/08/2023
M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2021
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2021
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2021
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2021
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2021

Honoris causa

1967	
MM. les Professeurs	DADI (Italie)
	CID DOS SANTOS (Portugal)
1974	
MM. les Professeurs	MAC ILWAIN (Grande-Bretagne)
	T.A. LAMBO (Suisse)
1975	
MM. les Professeurs	O. SWENSON (U.S.A.)
	Lord J.WALTON of DETCHANT (Grande-Bretagne)
1976	
MM. les Professeurs	P. FRANCHIMONT (Belgique)
	Z.J. BOWERS (U.S.A.)
1977	
MM. les Professeurs	C. GAJDUSEK-Prix Nobel (U.S.A.)
	C.GIBBS (U.S.A.)
	J. DACIE (Grande-Bretagne)
1978	
M. le Président	F. HOUPHOUET-BOIGNY (Côte d'Ivoire)
1980	
MM. les Professeurs	A. MARGULIS (U.S.A.)
	R.D. ADAMS (U.S.A.)
1981	
MM. les Professeurs	H. RAPPAPORT (U.S.A.)
	M. SCHOU (Danemark)
	M. AMENT (U.S.A.)
	Sir A. HUXLEY (Grande-Bretagne)
	S. REFSUM (Norvège)
1982	
M. le Professeur	W.H. HENDREN (U.S.A.)
1985	
MM. les Professeurs	S. MASSRY (U.S.A.)
	KLINSMANN (R.D.A.)
1986	
MM. les Professeurs	E. MIHICH (U.S.A.)
	T. MUNSAT (U.S.A.)
	LIANA BOLIS (Suisse)
	L.P. ROWLAND (U.S.A.)

1987

M. le Professeur — P.J. DYCK (U.S.A.)

1988

MM. les Professeurs — R. BERGUER (U.S.A.)
W.K. ENGEL (U.S.A.)
V. ASKANAS (U.S.A.)
J. WEHSTER KIRKLIN (U.S.A.)
A. DAVIGNON (Canada)
A. BETTARELLO (Brésil)

1989

M. le Professeur — P. MUSTACCHI (U.S.A.)

1990

MM. les Professeurs — J.G. MC LEOD (Australie)
J. PORTER (U.S.A.)

1991

MM. les Professeurs — J. Edward MC DADE (U.S.A.)
W. BURGDORFER (U.S.A.)

1992

MM. les Professeurs — H.G. SCHWARZACHER (Autriche)
D. CARSON (U.S.A.)
T. YAMAMURO (Japon)

1994

MM. les Professeurs — G. KARPATI (Canada)
W.J. KOLFF (U.S.A.)

1995

MM. les Professeurs — D. WALKER (U.S.A.)
M. MULLER (Suisse)
V. BONOMINI (Italie)

1997

MM. les Professeurs — C. DINARELLO (U.S.A.)
D. STULBERG (U.S.A.)
A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne)
P.I. BRANEMARK (Suède)

1998

MM. les Professeurs — O. JARDETSKY (U.S.A.)

1999

MM. les Professeurs — J. BOTELLA LLUSIA (Espagne)

	D. COLLEN (Belgique)
	S. DIMAURO (U. S. A.)
2000	
MM. les Professeurs	D. SPIEGEL (U. S. A.)
	C. R. CONTI (U.S.A.)
2001	
MM. les Professeurs	P-B. BENNET (U. S. A.)
	G. HUGUES (Grande Bretagne)
	J-J. O'CONNOR (Grande Bretagne)
2002	
MM. les Professeurs	M. ABEDI (Canada)
	K. DAI (Chine)
2003	
M. le Professeur	T. MARRIE (Canada)
Sir	G.K. RADDA (Grande Bretagne)
2004	
M. le Professeur	M. DAKE (U.S.A.)
2005	
M. le Professeur	L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)
2006	
M. le Professeur	A. R. CASTANEDA (U.S.A.)
2007	
M. le Professeur	S. KAUFMANN (Allemagne)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert
ALBANESE Jacques
ALIMI Yves
AMABILE Philippe
AMBROSI Pierre
ANDRE Nicolas
ARGENSON Jean-Noël
ASTOUL Philippe
ATTARIAN Shahram
AUDOUIN Bertrand
AUQUIER Pascal
AVIERINOS Jean-François
AZULAY Jean-Philippe
BAILLY Daniel
BARLESI Fabrice
BARLIER-SETTI Anne
BARLOGIS Vincent
BARTHET Marc
BARTOLI Christophe
BARTOLI Jean-Michel
BARTOLI Michel
BARTOLOMEI Fabrice
BASTIDE Cyrille
BENSOUSSAN Laurent
BERBIS Philippe
BERBIS Julie
BERDAH Stéphane
BEROUD Christophe
BERTUCCI François
BLAISE Didier
BLIN Olivier
BLONDEL Benjamin
BONIN/GUILLAUME Sylvie
BONELLO Laurent
BONNET Jean-Louis
BOUBLI Léon Surnombre
BOUFI Mourad
BOYER Laurent
BREGEON Fabienne
BRETELLE Florence
BROUQUI Philippe
BRUDER Nicolas
BRUE Thierry
BRUNET Philippe
BURTEY Stéphane
CARCOPINO-TUSOLI Xavier
CASANOVA Dominique
CASTINETTI Frédéric
CECCALDI Mathieu
CHAGNAUD Christophe
CHAMBOST Hervé
CHAMPSAUR Pierre
CHANEZ Pascal
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle
CHARREL Rémi
CHAUMOITRE Kathia
CHIARONI Jacques
CHINOT Olivier
CHOSSEGROS Cyrille
COLLART Frédéric
COSTELLO Régis
COURBIERE Blandine
COWEN Didier
CRAVELLO Ludovic
CUISSET Thomas
DA FONSECA David
DAHAN-ALCARAZ Laetitia
DANIEL Laurent
DARMON Patrice
DAVID Thierry
D'ERCOLE Claude
D'JOURNO Xavier
DEHARO Jean-Claude
DELAPORTE Emmanuel
DENIS Danièle
DISDIER Patrick
DODDOLI Christophe
DRANCOURT Michel
DUBUS Jean-Christophe
DUFFAUD Florence
DUFOUR Henry
DURAND Jean-Marc
DUSSOL Bertrand
EBBO Mikaël
EUSEBIO Alexandre
FABRE Alexandre
FAKHRY Nicolas
FELICIAN Olvier
FENOLLAR Florence
FIGARELLA/BRANGER Dominique
FLECHER Xavier
FOUILLOUX Virginie
FOURNIER Pierre-Edouard
FRANCESCHI Frédéric
FUENTES Stéphane
GABERT Jean
GABORIT Bénédicte
GAINNIER Marc
GARCIA Stéphane
GARIBOLDI Vlad
GAUDART Jean
GAUDY-MARQUESTE Caroline
GENTILE Stéphanie
GERBEAUX Patrick
GEROLAMI/SANTANDREA René
GILBERT/ALESSI Marie-Christine
GIORGI Roch
GIOVANNI Antoine
GIRARD Nadine
GIRAUD/CHABROL Brigitte
GONCALVES Anthony
GRANEL/REY Brigitte
GRANVAL Philippe
GREILLIER Laurent
GROB Jean-Jacques
GUEDJ Eric
GUIEU Régis
GUIS Sandrine
GUYE Maxime
GUYOT Laurent
GUYS Jean-Michel Surnombre
HABIB Gilbert
HARDWIGSEN Jean
HARLE Jean-Robert
HOUVENAEGHEL Gilles
JACQUIER Alexis
JOURDE-CHICHE Noémie
JOUVE Jean-Luc KAPLANSKI Gilles
KARSENTY Gilles
KERBAUL François détachement
KRAHN Martin
LAFFORGUE Pierre
LAGIER Jean-Christophe
LAMBAUDIE Eric
LANCON Christophe
LA SCOLA Bernard LAUNAY Franck
LAVIEILLE Jean-Pierre
LE CORROLLER Thomas
LECHEVALLIER Eric
LEGRE Régis
LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
LEONE Marc
LEONETTI Georges
LEPIDI Hubert
LEVY Nicolas
MACE Loïc MAGNAN Pierre-Edouard
MANCINI Julien
MEGE Jean-Louis
MERROT Thierry
METZLER/GUILLEMAIN Catherine
MEYER/DUTOUR Anne
MICCALEF/ROLL Joëlle
MICHEL Fabrice
MICHEL Gérard
MICHEL Justin
MICHELET Pierre
MILH Mathieu
MILLION Matthieu
MOAL Valérie
MORANGE Pierre-Emmanuel
MOULIN Guy MOUTARDIER Vincent
NAUDIN Jean
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
NICOLLAS Richard NGUYEN Karine
OLIVE Daniel
OLLIVIER Matthieu
OUAFIK L'Houcine
OVAERT-REGGIO Caroline
PADOVANI Laetitia

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

PAGANELLI Franck
PANUEL Michel Surnombre
PAPAZIAN Laurent
PAROLA Philippe
PARRATTE Sébastien Disponibilité
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure
PELLETIER Jean
PERRIN Jeanne
PETIT Philippe
PHAM Thao
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominiqu
PIQUET Philippe
PIRRO Nicolas
POINSO François
RACCAH Denis
RANQUE Stéphane
RAOULT Didier Surnombre
REGIS Jean
REYNAUD/GAUBERT Martine
REYNAUD Rachel
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth
RICHIERI Raphaëlle
ROCHE Pierre-Hugues
ROCH Antoine
ROCHWERGER Richard
ROLL Patrice
ROSSI Dominique
ROSSI Pascal
ROUDIER Jean
SALAS Sébastien
SARLON-BARTOLI Gabrielle
SCAVARDA Didier
SCHLEINITZ Nicolas
SEBAG Frédéric
SIELEZNEFF Igor
SIMON Nicolas
STEIN Andréas
TAIEB David
THOMAS Pascal
THUNY Franck
TREBUCHON-DA FONSECA Agnès
TRIGLIA Jean-Michel
TROPIANO Patrick
TSIMARATOS Michel
TURRINI Olivier
VALERO René
VAROQUAUX Arthur Damien
VELLY Lionel
VEY Norbert
VIDAL Vincent
VIENS Patrice
VILLANI Patrick
VITON Jean-Michel
VITTON Véronique
VIEHWEGER Heide Elke détachement
VIVIER Eric
XERRI Luc

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

ADALIAN Pascal
AGHABABIAN Valérie
BELIN Pascal
CHABANNON Christian
CHABRIERE Eric
FERON François
LE COZ Pierre
LEVASSEUR Anthony
RANJEVA Jean-Philippe
SOBOL Hagay

PROFESSEUR CERTIFIE

BRANDENBURGER Chantal retraite mars 2021
FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne

PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE à MI-TEMPS

REVIS Joana

PROFESSEUR DES UNIVERSITES MEDECINE GENERALE

GENTILE Gaëtan

PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE

GUIDA Pierre

AHERFI Sarah
ANGELAKIS Emmanouil (disponibilité)
ATLAN Catherine (disponibilité)
BEGE Thierry
BELIARD Sophie
BENYAMINE Audrey
BERTRAND Baptiste
BEYER-BERJOT Laura
BIRNBAUM David
BONINI Francesca
BOUCRAUT Joseph
BOULAMERY Audrey
BOULLU/CIOCCA Sandrine
BOUSSEN Salah Michel
BUFFAT Christophe
CAMILLERI Serge
CARRON Romain
CASSAGNE Carole
CERMOLACCE Michel
CHAUDET Hervé
CHRETIEN Anne-Sophie
COZE Carole
CUNY Thomas
DADOUN Frédéric (disponibilité)
DALES Jean-Philippe
DARIEL Anne
DAUMAS Aurélie
DEGEORGES/VITTE Joëlle
DELLIAUX Stéphane
DESPLAT/JEGO Sophie
DEVILLIER Raynier
DUBOURG Grégory
DUCONSEIL Pauline
DUFOUR Jean-Charles
ELDIN Carole
FAURE Alice
FOLETTI Jean- Marc
FRANKEL Diane
FROMONOT Julien
GASTALDI Marguerite
GELSI/BOYER Véronique
GIUSIANO Bernard
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie
GONZALEZ Jean-Michel
GOURIET Frédérique
GRAILLON Thomas
GUERIN Carole
GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné
GUIDON Catherine
GUIVARCH Jokthan
HAUTIER/KRAHN Aurélie
HRAIECH Sami
KASPI-PEZZOLI Elise
L'OLLIVIER Coralie
LABIT-BOUVIER Corinne
LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina
LAGARDE Stanislas
LAGIER Aude (disponibilité)
LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude
LEVY/MOZZICONACCI Annie
LOOSVELD Marie
MAAROUF Adil
MACAGNO Nicolas
MAUES DE PAULA André
MEGE Diane
MOTTOLA GHIGO Giovanna
NINOVE Laetitia
NOUGAIREDE Antoine
PAULMYER/LACROIX Odile
PESENTI Sébastien
RADULESCO Thomas
RESSEGUIER Noémie
ROBERT Philippe
ROBERT Thomas
ROMANET Pauline
SABATIER Renaud
SARI-MINODIER Irène
SAVEANU Alexandru
SECQ Véronique (disponibilité)
STELLMANN Jan-Patrick
SUCHON Pierre
TABOURET Emeline
TOGA Caroline
TOGA Isabelle
TOMASINI Pascale
TOSELLO Barthélémy
TROUSSE Delphine
TUCHTAN-TORRENTS Lucile
VELY Frédéric
VION-DURY Jean
ZATTARA/CANNONI Hélène

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

ABU ZAINEH Mohammad
BARBACARU/PERLES T. A.
BERLAND Caroline
BOYER Sylvie
COLSON Sébastien
DEGIOANNI/SALLE Anna
DESNUES Benoît
MARANINCHI Marie
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky
MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte
POGGI Marjorie
POUGET Benoît
RUEL Jérôme
THOLLON Lionel
THIRION Sylvie
VERNA Emeline

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

CASANOVA Ludovic

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

BARGIER Jacques
CALVET-MONTREDON Céline
FORTE Jenny
JANCZEWSKI Aurélie
NUSSLI Nicolas
ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle
THERY Didier

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

BOURRIQUEN Maryline

EVANS-VIALLAT Catherine

LAZZAROTTO Sébastien

LUCAS Guillaume

MATHIEU Marion

MAYENS-RODRIGUES Sandrine

MELLINAS Marie

ROMAN Christophe

TRINQUET Laure

PROFESSEURS DES UNIVERSITES et MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS
PROFESSEURS ASSOCIES, MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES mono-appartenants

ANATOMIE *4201*

CHAMPSAUR Pierre (PU-PH)
LE CORROLLER Thomas (PU-PH)
PIRRO Nicolas (PU-PH)

GUENOUN-MEYSSIGNAC Daphné (MCU-PH)
LAGIER Aude (MCU-PH) disponibilité

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES *4203*

CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH)
DANIEL Laurent (PU-PH)
FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH)
GARCIA Stéphane (PU-PH)
XERRI Luc (PU-PH)

DALES Jean-Philippe (MCU-PH)
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH)
LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)
MACAGNO Nicolas (MCU-PH)
MAUES DE PAULA André (MCU-PH)
SECQ Véronique (MCU-PH) disponibilité

ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ; MEDECINE URGENCE *4801*

ALBANESE Jacques (PU-PH)
BRUDER Nicolas (PU-PH)
LEONE Marc (PU-PH)
MICHEL Fabrice (PU-PH)
VELLY Lionel (PU-PH)

BOUSSEN Salah Michel (MCU-PH)
GUIDON Catherine (MCU-PH)

ANGLAIS *11*

BRANDENBURGER Chantal (PRCE) retraite mars 2021
FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne (PRCE)

BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE *5405*

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)
PERRIN Jeanne (PU-PH)

ANTHROPOLOGIE *20*

ADALIAN Pascal (PR)

DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)
POUGET Benoît (MCF)
VERNA Emeline (MCF)

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE *4501*

CHARREL Rémi (PU PH)
DRANCOURT Michel (PU-PH)
FENOLLAR Florence (PU-PH)
FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH)
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH)
LA SCOLA Bernard (PU-PH)
RAOULT Didier (PU-PH) Surnombre

AHERFI Sarah (MCU-PH)
ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH) disponibilité
DUBOURG Grégory (MCU-PH)
GOURIET Frédérique (MCU-PH)
NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH)
NINOVE Laetitia (MCU-PH)

CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)

LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section)
DESNUES Benoit (MCF) (65ème section)
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE *4401*

BARLIER/SETTI Anne (PU-PH)
GABERT Jean (PU-PH)
GUIEU Régis (PU-PH)
OUAFIK L'Houcine (PU-PH)

BUFFAT Christophe (MCU-PH)
FROMONOT Julien (MCU-PH)
MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)
ROMANET Pauline (MCU-PH)
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

BIOLOGIE CELLULAIRE *4403*

ROLL Patrice (PU-PH)

FRANKEL Diane (MCU-PH)
GASTALDI Marguerite (MCU-PH)
KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)
LEVY-MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)

BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE *4301*

GUEDJ Eric (PU-PH)
GUYE Maxime (PU-PH)
TAIEB David (PU-PH)

BELIN Pascal (PR) (69ème section)
RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)

CAMMILLERI Serge (MCU-PH)
VION-DURY Jean (MCU-PH)

BARBACARU/PERLES Téodora Adriana (MCF) (69ème section)

BIOSTATISTIQUES, INFORMATIQUE MEDICALE ET TECHNOLOGIES DE COMMUNICATION *4604*

GAUDART Jean (PU-PH)
GIORGI Roch (PU-PH)
MANCINI Julien (PU-PH)

CHAUDET Hervé (MCU-PH)
DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)
GIUSIANO Bernard (MCU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)
BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE *5002*

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)
BLONDEL Benjamin (PU-PH)
FLECHER Xavier (PU PH)
OLLIVIER Matthieu (PU-PH)
PARRATTE Sébastien (PU-PH) Disponibilité
ROCHWERGER Richard (PU-PH)
TROPIANO Patrick (PU-PH)

CANCEROLOGIE : RADIOTHERAPIE *4702*

BERTUCCI François (PU-PH)
CHINOT Olivier (PU-PH)
COWEN Didier (PU-PH)
DUFFAUD Florence (PU-PH)
GONCALVES Anthony PU-PH)
HOUVENAEGHEL Gilles (PU-PH)
LAMBAUDIE Eric (PU-PH)
PADOVANI Laetitia (PH-PH)
SALAS Sébastien (PU-PH)
VIENS Patrice (PU-PH)

SABATIER Renaud (MCU-PH)
TABOURET Emeline (MCU-PH)

CARDIOLOGIE *5102*

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)
BONELLO Laurent (PU PH)
BONNET Jean-Louis (PU-PH)
CUISSET Thomas (PU-PH)
DEHARO Jean-Claude (PU-PH)
FRANCESCHI Frédéric (PU-PH)
HABIB Gilbert (PU-PH)
PAGANELLI Franck (PU-PH)
THUNY Franck (PU-PH)

CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE *5202*

BERDAH Stéphane (PU-PH)
HARDWIGSEN Jean (PU-PH)
MOUTARDIER Vincent (PU-PH)
SEBAG Frédéric (PU-PH)
SIELEZNEFF Igor (PU-PH)
TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)
BEYER-BERJOT Laura (MCU-PH)
BIRNBAUM David (MCU-PH)
DUCONSEIL Pauline (MCU-PH)
GUERIN Carole (MCU PH)
MEGE Diane (MCU-PH)

CHIRURGIE INFANTILE *5402*

GUYS Jean-Michel (PU-PH) Surnombre
JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
LAUNAY Franck (PU-PH)
MERROT Thierry (PU-PH)
VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH) détachement
DARIEL Anne (MCU-PH)
FAURE Alice (MCU PH)
PESENTI Sébastien (MCU-PH)

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE *5503*

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)
GUYOT Laurent (PU-PH)

FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE *5103*

COLLART Frédéric (PU-PH)
D'JOURNO Xavier (PU-PH)
DODDOLI Christophe (PU-PH)
FOUILLOUX Virginie (PU-PH)
GARIBOLDI Vlad (PU-PH)
MACE Loïc (PU-PH)
THOMAS Pascal (PU-PH)
TROUSSE Delphine (MCU-PH)

CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE *5104*

ALIMI Yves (PU-PH)
AMABILE Philippe (PU-PH)
BARTOLI Michel (PU-PH)
BOUFI Mourad (PU-PH)
MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)
PIQUET Philippe (PU-PH)
SARLON-BARTOLI Gabrielle (PU PH)

HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE *4202*

LEPIDI Hubert (PU-PH)

PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE *5003*

BERBIS Philippe (PU-PH)
DELAPORTE Emmanuel (PU-PH)
GAUDY/MARQUESTE Caroline (PU-PH)
GROB Jean-Jacques (PU-PH)
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

DUSI

COLSON Sébastien (MCF)

BOURRIQUEN Maryline (MAST)
EVANS-VIALLAT Catherine (MAST)
LUCAS Guillaume (MAST)
MAYEN-RODRIGUES Sandrine (MAST)
MELLINAS Marie (MAST)
ROMAN Christophe (MAST)
TRINQUET Laure (MAST)

ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ; GYNECOLOGIE MEDICALE *5404*

BRUE Thierry (PU-PH)
CASTINETTI Frédéric (PU-PH)
CUNY Thomas (MCU PH)

CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛLOLOGIE *5004*

CASANOVA Dominique (PU-PH)
LEGRE Régis (PU-PH)

BERTRAND Baptiste (MCU-PH)
HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)

GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE *5201*

BARTHET Marc (PU-PH)
DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)
GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)
GRANDVAL Philippe (PU-PH)
VITTON Véronique (PU-PH)

GONZALEZ Jean-Michel (MCU-PH)

GENETIQUE *4704*

BEROUD Christophe (PU-PH)
KRAHN Martin (PU-PH)
LEVY Nicolas (PU-PH)
NGYUEN Karine (PU-PH)

TOGA Caroline (MCU-PH)
ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE *5403*

AGOSTINI Aubert (PU-PH)
BOUBLI Léon (PU-PH) Surnombre
BRETELLE Florence (PU-PH)
CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)
COURBIERE Blandine (PU-PH)
CRAVELLO Ludovic (PU-PH)
D'ERCOLE Claude (PU-PH)

EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION *4601*

AUQUIER Pascal (PU-PH)
BERBIS Julie (PU-PH)
BOYER Laurent (PU-PH)
GENTILE Stéphanie (PU-PH)

LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)
RESSEGUIER Noémie (MCU-PH)

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section)

HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION *4701*

BLAISE Didier (PU-PH)
COSTELLO Régis (PU-PH)
CHIARONI Jacques (PU-PH)
GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH)
MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH)
VEY Norbert (PU-PH)

DEVILLIER Raynier (MCU PH)
GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)
LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)
LOOSVELD Marie (MCU-PH)
SUCHON Pierre (MCU-PH)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

IMMUNOLOGIE *4703*

KAPLANSKI Gilles (PU-PH)
MEGE Jean-Louis (PU-PH)
OLIVE Daniel (PU-PH)
VIVIER Eric (PU-PH)

FERON François (PR) (69ème section)

BOUCRAUT Joseph (MCU-PH)
CHRETIEN Anne-Sophie (MCU PH)
DEGEORGES/VITTE Joëlle (MCU-PH)
DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)
ROBERT Philippe (MCU-PH)
VELY Frédéric (MCU-PH)

MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE *4603*

BARTOLI Christophe (PU-PH)
LEONETTI Georges (PU-PH)
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure (PU-PH)
PIERCECCHI-MARTI Marie-Dominique (PU-PH)

TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

BERLAND Caroline (MCF) (1ère section)

MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES *4503*

BROUQUI Philippe (PU-PH)
LAGIER Jean-Christophe (PU-PH)
MILLION Matthieu (PU-PH)
PAROLA Philippe (PU-PH)
STEIN Andréas (PU-PH)

ELDIN Carole (MCU-PH)

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION *4905*

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)
VITON Jean-Michel (PU-PH)

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL *4602*

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

MEDECINE D'URGENCE *4805*

KERBAUL François (PU-PH) détachement
MICHELET Pierre (PU-PH)

MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT ; ADDICTOLOGIE *5301*

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)
DISDIER Patrick (PU-PH)
DURAND Jean-Marc (PU-PH)
EBBO Mikael (PU-PH)
GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)
HARLE Jean-Robert (PU-PH)
ROSSI Pascal (PU-PH)
SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)

BENYAMINE Audrey (MCU-PH)

MEDECINE GENERALE *5303*

GENTILE Gaëtan (PR Méd. Gén. Temps plein)

CASANOVA Ludovic (MCF Méd. Gén. Temps plein)

GUIDA Pierre (PR associé Méd. Gén. à mi-temps) retraite au 25/09/2(

BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
CALVET-MONTREDON Céline (MCF associé Méd. Gén. à temps plein)
FORTE Jenny (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
JANCZEWSKI Aurélie (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
NUSSLI Nicolas (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
THERY Didier (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps) (nomination au 1/

NUTRITION *4404*

DARMON Patrice (PU-PH)
RACCAH Denis (PU-PH)
VALERO René (PU-PH)

ATLAN Catherine (MCU-PH) disponibilité
BELIARD Sophie (MCU-PH)

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)
SOBOL Hagay (PR) (65ème section)

OPHTALMOLOGIE *5502*

DAVID Thierry (PU-PH)
DENIS Danièle (PU-PH)

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE *5501*

DESSI Patrick (PU-PH)
FAKHRY Nicolas (PU-PH)
GIOVANNI Antoine (PU-PH)
LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH)
MICHEL Justin (PU-PH)
NICOLLAS Richard (PU-PH)
TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH)

RADULESCO Thomas (MCU-PH)

REVIS Joana (PAST) (Orthophonie) (7ème Section)

NEPHROLOGIE *5203*

BRUNET Philippe (PU-PH)
BURTEY Stépahne (PU-PH)
DUSSOL Bertrand (PU-PH)
JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)
MOAL Valérie (PU-PH)

ROBERT Thomas (MCU-PH)

NEUROCHIRURGIE *4902*

DUFOUR Henry (PU-PH)
FUENTES Stéphane (PU-PH)
REGIS Jean (PU-PH)
ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)
SCAVARDA Didier (PU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)
GRAILLON Thomas (MCU PH)

NEUROLOGIE *4901*

ATTARIAN Sharham (PU PH)
AUDOIN Bertrand (PU-PH)
AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)
CECCALDI Mathieu (PU-PH)
EUSEBIO Alexandre (PU-PH)
FELICIAN Olivier (PU-PH)
PELLETIER Jean (PU-PH)

MAAROUF Adil (MCU-PH)

PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE *4904*

DA FONSECA David (PU-PH)
POINSO François (PU-PH)

GUIVARCH Jokthan (MCU-PH)

PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE - PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE *4803*

BLIN Olivier (PU-PH)
MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)
SIMON Nicolas (PU-PH)

BOULAMERY Audrey (MCU-PH)

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE *4502*

RANQUE Stéphane (PU-PH)

CASSAGNE Carole (MCU-PH)
L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)
TOGA Isabelle (MCU-PH)

PEDIATRIE *5401*

ANDRE Nicolas (PU-PH)
BARLOGIS Vincent (PU-PH)
CHAMBOST Hervé (PU-PH)
DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)
FABRE Alexandre (PU-PH)
GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)
MICHEL Gérard (PU-PH)
MILH Mathieu (PU-PH)
OVAERT-REGGIO Caroline (PU-PH)
REYNAUD Rachel (PU-PH)
TSIMARATOS Michel (PU-PH)

TOSELLO Barthélémy (MCU-PH)

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE *4903*

BAILLY Daniel (PU-PH)
LANCON Christophe (PU-PH)
NAUDIN Jean (PU-PH)
RICHIERI Raphaëlle (PU-PH)

CERMOLACCE Michel (MCU-PH)

PSYCHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PCYCHOLOGIE SOCIALE *16*

AGHABABIAN Valérie (PR)

LAZZAROTTO Sébastien (MAST)

RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE *4302*

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)
CHAGNAUD Christophe (PU-PH)
CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)
GIRARD Nadine (PU-PH)
JACQUIER Alexis (PU-PH)
MOULIN Guy (PU-PH)
PANUEL Michel (PU-PH) surnombre
PETIT Philippe (PU-PH)
VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)
VIDAL Vincent (PU-PH)

STELLMANN Jan-Patrick (MCU-PH)

REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE *4802*

GAINNIER Marc (PU-PH)
GERBEAUX Patrick (PU-PH)
PAPAZIAN Laurent (PU-PH)
ROCH Antoine (PU-PH)

HRAIECH Sami (MCU-PH)

PHILOSOPHIE *17*

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

MATHIEU Marion (MAST)

PHYSIOLOGIE *4402*

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)
BREGEON Fabienne (PU-PH)
GABORIT Bénédicte (PU-PH)
MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)
TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

BONINI Francesca (MCU-PH)
BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)
DADOUN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité)
DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)
LAGARDE Stanislas (MCU-PH)

RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)
THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE *5101*

ASTOUL Philippe (PU-PH)
BARLESI Fabrice (PU-PH)
CHANEZ Pascal (PU-PH)

GREILLIER Laurent (PU PH)
REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

TOMASINI Pascale (MCU-PH)

RHUMATOLOGIE *5001*

GUIS Sandrine (PU-PH)
LAFFORGUE Pierre (PU-PH)
PHAM Thao (PU-PH)
ROUDIER Jean (PU-PH)

THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE *4804*

AMBROSI Pierre (PU-PH)
VILLANI Patrick (PU-PH)

DAUMAS Aurélie (MCU-PH)

UROLOGIE *5204*

BASTIDE Cyrille (PU-PH)
KARSENTY Gilles (PU-PH)
LECHEVALLIER Eric (PU-PH)
ROSSI Dominique (PU-PH)

Résumé

Introduction : Les possibilités de choix thérapeutiques accessibles à un médecin sont vastes. Moins prescrire en pratique clinique s'avère difficile. Les déterminants d'un usage rationnel du médicament sont multiples, parmi lesquels les prescripteurs ont un rôle notable. Les bases des compétences prescriptives se constituent dès leurs formations, pendant l'internat. ***Objet de l'étude*** *: Explorer le rapport à la prescription médicamenteuse et à son usage rationnel chez des internes de médecine générale de la Faculté de Marseille. Identifier leurs déterminants de prescription raisonnée et explorer d'éventuels liens entre ceux-ci et la formation initiale*.

Méthode : Etude qualitative sur la base d'entretiens individuels semi dirigés, menée auprès de dix internes de la Faculté d'Aix Marseille. L'analyse des données selon une méthode thématique.

Résultats : La signification de l'usage rationnel du médicament se recoupe avec la définition internationale du terme et le fait de bien prescrire. Il existe une difficulté à moins prescrire, qui semble liée aux mêmes freins que la littérature, principalement l'interaction avec les patients (*pression de prescription, crainte du conflit*) et des contraintes organisationnelles (*temps*). Les internes, inexpérimentés, se trouvent fréquemment dans l'incertitude et sont moins confiants. De ce fait, ils prescrivent plus, malgré l'expression d'un moindre attachement au médicament que leurs ainés. Leurs ressources de prescription raisonnée sont comparables à la littérature (*communication, thérapeutiques non médicamenteuses et éducation thérapeutique*.)

Discussion : Cette étude montre que la formation est un moment charnière de la constitution des pratiques de prescription des médecins généralistes. L'interne y constitue des premières habitudes de prescriptions qui sont moins réévaluées une fois installées. Trois déterminants se distinguent, l'expérience de prescription vécue en stage, pilier de l'apprentissage insuffisant à lui seul, la formation aux bases pharmacologiques, la stimulation à une démarche prescriptive critique en Evidence Based Medecine. Cette dernière peut en effet être affectée au cours de l'internat par les patients et les divers supports de transmission des connaissances.

Mots clés : Médicament ; Prescription ; Usage rationnel ; Interne ; Formation

Remerciements

Monsieur le Professeur Gentile

Je vous exprime toute ma reconnaissance d'avoir accepté la presidence de mon jury de thèse. Merci de la confiance portée à mon travail. C'est pour moi un honneur de le soutenir devant un professeur universitaire de médecine générale.

Monsieur le Professeur Rossi

Je vous exprime mes remerciements d'avoir accepté de participer au Jury de ma thèse. J'espère que ce travail saura vous intéresser et que votre expérience y apportera un regard enrichissant.

Madame la Professeur Daumas,

Je vous remercie avec sincérité d'avoir accepté d'être membre du Jury de ce travail. J'espère que le contenu répondra à l'intérêt dont vous m'avez fait part.

Madame la Docteur Froissart, chère Zoéline, tu as recueilli il y a deux ans mes pensées foutracs sur "un truc" qui me parlait mais "je ne savais pas trop comment". Cette vague et vaste interrogation sur la prescription médicamenteuse, ma posture d'étudiante alors et ma posture de médecin demain. Merci d'y avoir vu quelque chose et d'avoir à chaque fois mis ton optimisme résolu et ton esprit brillant lorsque nous nous penchions sur les avancées, cela m'a plus qu'aidé.

Madame la **Docteur Jaego**,

Merci pour votre aide et accompagnement au début de cet exercice, qui m'ont aidé à comprendre la posture de chercheur et la méthodologie qualitative en lien avec mon sujet.

Merci enfin aux **internes** ayant participé à cette étude et à leurs consentements "éclairés" d'entretiens "sobres et efficaces" de 30min +/- 30min.

Madame la future Docteur "Chapeau", en tête de gondole ? **Oui mais**…Tu mérites bien une première place. Merci de ce compagnonnage, bien souvent en mode dépaneuse pour "automobliste en arrêt sur la bande d'urgence". Ma directrice bis. Tes compétences techniques et intelectuelles m'ont été d'un précieux recours, tout comme ton amitié proche à certains moments de la dévotion "subie". Nos corps d'exercice sont bien différents, **oui mais**… cela m'a quand même inspirée (1).

A mes grands mères. Je sais que vous avez imaginé l'aude arriver avant que je ne soit à même de vous présenter ce travail. Mais franchement, c'est sur fait cette pression non ? Mamie **Jeanine**, merci pour ton amour et ta tendresse inconditionnelle, ç'est une lumière dans ma vie. Merci aussi pour cette association improbable de cocasserie, de rire facile et communicatif dans ce personnage de bourgeoisie "vieille France". Tu es iconique et cela a été un joyeux Leitmotiv au cours de ces longues études. **Agnès**, je vais être brève, quand je nous regarde je suis touchée de voir le chemin que l'on a fait, depuis la petite fille qui claquait ta porte d'entrée en criant à celle qui se dit qu'elle est heureuse de voir ses deux grands mères à sa soutenance de thèse.

Au premier né du l'Abel Bordaz club, Tanguy, on a mis du temps à trouver notre vibrato commun mais j'aime la relation que l'on a aujourd'hui. Merci d'être là tout court et de ton aide précieuse pour rendre un tant soit peu shiny la couverture de ce document. **Charlie**, quand je vous regarde de mes 6000kms de distance et d'approximation (ça fait surement beaucoup d'approximations), je me dis que mon frangin à la chance d'avoir trouvée une personne qui valorise ce qu'il y a de bon en lui. A **Adèle** petite mignonerie d'été, j'ai hâte de faire ta connaissance.

A mes tendres petites soeurs. Un jour promis je lacherais cet attribut, que j'aurais du ôter à votre premier mètre. A **Maya**, petit laboratoire d'idées en tout genre. Je te regarde tracer ton chemin, avec ce naturel du pas de côté, en prenant toujours les même plaisirs et curiosité. Merci pour cette phrase, lorsque je répondais à ton interrogation sur ce que pouvait bien être une thèse "Je comprends…Ca doit être difficile d'écrire un livre où l'on ne peut dire que des choses vraie dedans…". Reste telle que tu es. Tu as raison, il n'y a surement aucun sens, mais toi tu vas en donner à plus d'une personne. A **Fanny**, petit feu vivace, tu rayonnes autant que tu te consummes. Je sens ce petit phénix piailler en toi, big rebellious brain. Reste féroce, vive et curieuse. A **Juliette** parce qu'à nos rares moments de connexion, entre mon extraversion et ton introvertion naturelle, tu sais toujours me rappeler que la valeur de l'humain réside parfois dans des choses beaucoup plus simples que là où mon esprit tortueux sait me porter.

A Mom & Dad, il y a des petites pierres que vous avez posé à mes débuts, dont je peine encore à comprendre l'enchevêtrement mais à ce qu'il paraît, ça fait mon charme. Plus sérieusement, d'adultes à adultes, je suis très heureuse de vous avoir comme parents. Je vous aime. Merci de votre soutien tout du long de ces longues études, c'était fun mais vivement l'après hein ? :)

A **Sophie**, je te remercie d'être la mère aimante de mes petites soeurs, ainsi que *wait for it…* d'avoir bousculé un peu ma vie d'enfant sauvage pour y mettre quelques codes.

A **Gilles "aï"**, je ne sais même pas si j'ai pris la peine de te le dire un jour oralement avant de le coucher tel mes mémoires sur ce papier : tu es une référence pour moi en terme de beau parent. Merci de cet équilibre naturel et instinctif de la présence rassurante, de la distance adaptée et de la personne enrichissante.

A **Marie Anne**, **Yannick**, **Jeremy et Mathéo**. Les premiers "explorateurs" à avoir fait le "saut" géographique en dehors du dauphiné. La molle politique Orelsan du "comme c'est loin" me donne l'impression de ne pas avoir assez pris le plaisir de passer du temps avec vous, alors merci aux noels et repas de famille. Quand je pense au mot Famille, vous êtes un peu ma référence stylée, chic et naturelle. Des bisous à tous les quatre.

A **Vincent, Marlène** et au bolide du 4 pattes **Clément** (est il un bipède aussi rapide…?) à leur préparation "ciblée" au monde d'après #jamaissansmonrhum. Le départ de Papi aura valu notre rapprochement et il serait fort ravi de le savoir. A tout bientôt la Zumba Massilia Family ;)

Aux ami.e.s d'appelation géographique protégée, les "Grenoblois",

Mes mi.e.s **Justine**, **Samantha** et fils **Léonard**, **Raphaël** et **Marley**, **Simon**, **Héloïse**, **Milène**, **Elsa**, **Mélanie**, **Mathieu**, **Antoine**, **Cédric**. Comme tu dirais surement Héloise, "mon sang, ma famille". Je souris parfois en pensant à nous et nos disparités, en me demandant si se croisant aujourd'hui, nous nous arrêterions les uns à l'attention des autres. J'aime notre présent et j'aime notre histoire. J'aime les cours d'espagnol, les trams, l'alcool frelaté et le Hash à excès, la musique, les kebabs, les soirées déguisées, les champs, les terrains de golf et leurs arrosages automatiques, les murets à enjamber, les mères, les pères, les grands mères, les maisons de famille, les scouts (la liste est si longue) et les histoires d'amour et d'amitiés intemporelles qui en sont nées.

A **Helène et Hervé**. Susan Sarrandon et le professeur Tournesol. Parents d'adoption de mon adolescence mais pas que, en atteste cette période digne d'"un jour sans fin" de cette…fin de thèse. Merci infiniment de ce que vous m'avez aporté à l'époque et aujourd'hui. Vous avez mon amour sincère.

Aux amis de médecine, mes précieux. Penser à vous me donne l'impression d'avoir été touché par la grâce de nos rencontres, tel un tableau de Michel (il fallait un Michel) Ange revisité.

A Chloé, Herbman skank, jambon, que dire… que j'ai l'impression de t'avoir rencontré avant la chute de mes dents de lait (ou du mur de Berlin). Que tu pousses bien des choses à leur paroxysme (don't l'humour et les références cinématographiques) avec un naturel déconcertant. Tu es comme les bulles dans un verre de champagne, si elles n'étaient pas là, on serait tout de même moins grisé par

la vie. Bravo à Erwan, d'avoir tel un orpailleur de talent eu un "coeur qui bat et un nez qui flaire". A **Marie Larousso,** tu es mon impératrice du style, cette amie qui trace, tel un guide spirituel, la voie du "naturel décontracté". Qui rappelle que la "zone de confort", bah, c'est le confort. Ne change jamais, c'est bien trop rare et précieux. A **Jonathan,** le Yang de mon Yin, toi c'est depuis Lucie que j'ai l'impression de te connaître, avec cette idée d'au moins un quarteron de génome en commun. Merci pour toutes ces années, pour ce chemin cahin, caha, pour ta compréhension et patience infinie. Merci pour ce mélange cocasse de manichéisme à vif et d'esprit critique affuté. A **Sophie**, mon miroir spirituel, sans toi je n'aurais pas tenu médecine je pense. Sorte d'allégorie de la matriarche cyberpunk si une telle figure existe. J'aime ton monde mi geek, mi gressin (…le rime babe, le rime), j'aime ton rire guttural, j'aime ta propension aux massages, la liste est longue... A **Elie**, merci d'avoir été le pare feu vigilant et à l'humour nécessaire, de notre bînome à haut potentiel. A **Margaux,** la veille "sanitaire" du glamour de la bande, rien ne t'échappe, surtout pas le talent. A **Alice et Antoine**, les Oroshi et Sov de cette terre de contrevent. Cela veut tout dire à mes yeux. Je suis heureuse de compagnonner avec vous c'est toujours stimulant. A **Christy, Raphael et Camille**, que tous les por(ɛ)ts de France sachent se tenir, il y a une sorte de claque impériale quand on vous voit débarquer. Toujours le bordel mais un bordel qui impose le respect..*Bright*. A **Manon, Julien, et Axelle**, une sorte de La Femme et Feu Chatertone réunis, du beau, du classe, du fun et du percutant. Où va le monde… A **Emilien, Claire, et Victor**, je dirais un truc nébuleux, discrète en amitié, fort en admiration. Je suis super heureuse de voir comment vous vous êtes calés dans la vie et que l'on se rencontre régulèrement dans ces précieuses semaines de l'amitié. A **Pauline et Batbatboy**. L'alliage chic and choc de l'intelligence de haut vol et d'une gentillesse décontractée. Le mythe Brandgelina concrétisé. A **Charlely** en terme de guide spirituel, l'ami, tu m'as bien inspiré aussi. Merci pour tes reflexions pertinentes sur le sens de la vie, l'hédonisme dans la simplicité et pourquoi, et ton rapport "contre culture" à la nature. A **Chloé D**, parce que cet homme (complexe ?) est beau et que je trouve que tu sais l'embeller encore plus de ta riche personne. A **Max**, je ne suis pas sur du "merci", pour ton indescence répétée, l'incarnation humaine du "blanc manger coco" mais je confesse y avoir ris bien dès fois. Tu es le 10% suédois de notre bande, reflet d'une population que l'on juge et déteste, mais toi…c'est pas pareil, parce tu vois, toi bah voilà…t'es pas comme les autres quand même!

A **Nicolas R**, ravie que l'on soit resté en lien malgré les appariages et dissolutions. Merci de ton aide aussi. A bientôt pour un trek j'espère. Moi aussi je veux mes photos de Golden Girl au levé du soleil (bon 4000m pas obligé hein, tant que y'a un fond de neige pour l'insta…).

Aux rencontres et amis de ce très chouette semestre à Gap. **Léa, Val, Pauline, Remi, Hugo, Manon, Flo, Tich** et bien évidemment **Justine**. Aux amis de Flo également, **Camille**, **Simon**, **Greg**, que j'ai stalké un temps mais parce qu'ils sont comme l'homme, brillants. Au plaisir de vous revoir si l'on s'en crée l'occasion.

A **Estelle et Kevin**, merci à la vie et JCVD de nous avoir réuni. Je suis si heureuse que l'on soit resté en lien. Avec vous, la drôme à ces airs de doux cocon où faire une halte intemporelle. Vous êtes l'équivalence bien être qu'aucun Spa de France ne saurait atteindre. A tout bientôt :).

Aux rencontres d'Arles photographiques et plus si affinités

A **Laurine** et **Mila**, au **Bocal**, comment résumer en une phrase ce que je t'ai dis en 10 pages Lau… U know U know. Merci à mes oublis intempestifs et aux patronnes qui prennent à coeur de contacter leurs clientes personnellement.

A **Manon**, la plus légère, gracieuse et tatouée de la déferlante Bretonne-Arlesienne. Tu as toujours porté ta gentillesse, ton ouverture et ta culture à mon égard lorsque telle une travailleus immigrée, je m'afferais sur mon ordinateur, cachée dans l'arrière salle du Bocal. Ce furent de nombreux moments ettayants.

Aux Colocs Grenoblois **Manue, Brice, Alex** et Arlesiens, **Sarah et Khalil**, je suis bien ravie que le hasard ait provoqué nos riches rencontres "hors médecine". Khalil, une thèse ça peut être revalorisé dans une banque d'objet ? Cale porte, réhausseur, initiation à la lecture pour analphabète ? Allllez, je suis sure que tu vas bien m'en trouver une idée ! Je suis chaude d'un petit montage photo et d'une bonne bière à Kika après tout ça :)

A **Philippe**, tu te reconnaîtras surement dans le biais des perdus de vue signalés plus bas et je t'en présente mes excuses. Tu es ma première vraie et chouette rencontre Arlesienne, merci pour ta gentillesse et ta générosité lors de mon retour dans la commune.

A **Mélanie**, on a n'a pas encore bien appris à se connaître, mais d'après Philippe ci dessus, en duo, on pourrait prétendre à être les Thelma et Louise de l'organisation. Humour mis de côté, en vérité ton parcours m'épate de ouf. Bravo pour ta détermination et tes réalisations (JFPG ci dessous peut aller se rhabiller]. Et surtout, merci de m'avoir offert ce cadre de boulot adaptable et sans pression cette dernière année, qui a contribué à me sécuriser.

Un pardon à tous ceux à qui j'ai fait subir un biais d'attrition malheureux, par culte de l'amour impossible avec ma thèse et appréhension de me laisser librement aller.

Aux soutiens matériels et musicaux qui ont accompagnés ces derniers mois d'exercice. Mention notable au **Gifs** qui ce sont avérés un plaisir proche de l'addiction en ces temps imoraux.

Et enfin à Jean-François Paul de Gondi pour cette citation qui m'a bien fait sourire "Il y a très loin de la velleité à la volonté, de la volonté à la résolution, de la résolution au choix des moyens, du choix des moyens à l'application". Frère, si tu savais…

Allez les ami.e.s j'ai bien essayé de meubler mais on arrive à l'incipit..

Table des matières

Table des matières 1
Introduction 5
1. Revue de littérature 7
1.1. Le mésusage du médicament, un enjeu de santé publique majeur, définition du bon usage du médicament 7
1.1.1. En France, un usage irrationnel du médicament marqué par une forte consommation médicamenteuse 8
1.1.2. Un impact majeur de la surconsommation médicamenteuse sur les dépenses de santé publique 9
1.1.3. Le déremboursement, une politique d'incitation à l'usage rationnel du médicament ? 10
1.2. Le rôle clé du prescripteur et de sa pratique de prescription 11
1.2.1. Un rôle inscrit dans le cadre légal de référence des médecins 11
1.2.2. Un contexte de prescription complexe pour les médecins : un choix de prescription abondant 12
1.2.3. Une difficile mise en pratique de la prescription médicamenteuse raisonnée 12
1.3. Les déterminants d'un usage rationnel du médicament 15
1.3.1. Le rapport des patients français au médicament 15
1.3.2. L'attachement du médecin à l'ordonnance et à la thérapeutique 19
1.3.3. Le médicament, un enjeu au cœur de la relation thérapeutique 22
1.3.4. Le poids des déterminants organisationnels 28
1.3.5. Quelques pistes de ressources individuelles 30
1.4. La prescription raisonnée, une problématique systémique ? 34
1.4.1. . Le rôle d'une politique dédiée à l'usage rationnel du médicament 1.4.2. Une amélioration indispensable des conditions d'exercice des professionnels 34 35
1.4.3. Une sécurisation nécessaire de la prescription 38
1.4.4. Un usage rationnel du médicament qui se construit dès la formation initiale 42

2. Cadre théorique et méthodologique 44
2.1. Problématique de recherche 44
2.1.1. Questions de recherche 44
2.1.2. Définition de la problématique 45
2.1.3. Eléments définitionnels 45
2.1.4. Objectifs de l'étude 46
2.2. Méthodologie 46
2.2.1. Type d'étude 46
2.2.2. Protocole d'étude 46
3. Analyse 51
3.1. Le rapport à la prescription médicamenteuse et à l'Usage Rationnel du Médicament des internes : 53
3.1.1. Des débuts difficiles : stress, inexpérience et sentiment de manque de compétences 53
3.1.2. Bien prescrire et usage rationnel du médicament, deux définitions correspondantes ? 55
3.1.3. Le rôle de l'interne 64
3.2. Mise en pratique de la prescription médicamenteuse 71
3.2.1. La place et les modalités de pratiques de prescription raisonnée 71
3.2.2. Quels sont les freins à un usage rationnel du médicament par les internes ? 73
3.2.3. Quelles ressources de prescription raisonnée pour les internes ? 89
3.3. Une démarche (scientifique) de prescription (raisonnée) 96
3.3.1. Une base de connaissances personnelles 96
3.3.2. Le recours à des supports de prescription externe ? 97
3.3.3. Quelle pertinence des supports de prescription utilisés par les internes ? 102
3.3.4. Quelle évolution de la démarche de prescription médicamenteuse (raisonnée) avec l'expérience ? 105
3.4. L'influence de la formation sur les pratiques de prescription et l'usage rationnel du médicament, par les internes. 111
3.4.1. L'impact majeur des stages 112
3.4.2. L'influence notable des médecins encadrants en stage 119

3.4.3. La place plus accessoire de l'enseignement théorique universitaire 130
3.4.4. Un rapport ambivalent à l'auto-formation 138
4. Discussion 140
4.1. Contextualisation des données 140
4.1.1. Forces et faiblesses méthodologiques 140
4.1.2. Guided'entretien 141
4.2. Mise en perspective des résultats 142
4.2.1. Des définitions du "bien prescrire" et de l'usage rationnel du médicament correspondante. Principe de prévention quaternaire 143
4.2.2. Des difficultés à limiter la prescription similaires aux médecins en exercice 144
4.2.3. Des freins liés aux mêmes déterminants que ceux identifiés dans la revue de la littérature 144
4.2.4. Des ressources d'usage rationnel du médicament pour les prescripteurs 148
4.3. Points de spécification sur les enjeux de la formation dans le rapport des internes à la prescription, et à l'usage rationnel du médicament 153
4.3.1. Une préparation universitaire à la prescription (raisonnée) insuffisante 153
4.3.2. L'insuffisance d'un apprentissage médié par la seule expérience 154
4.3.3. Evolution de la démarche scientifique de prescription raisonnée 156
4.3.4. Démarche scientifique – Evidence versus Eminence Based Medecine 163
Conclusion et ouverture 168
Bibliographie 171
Table des figures 183
Abréviations ANNEXES 184
I
A. Grille de codage I
B. Guided'entretien XIV
C. Données brutes XVI
D. Formulaire de consentement XVI
E. Déterminants de prescription raisonnée XVIII

Principaux concepts émergants de la recherche XVIII
Freins Individuels liés à une difficulté de prescription XVIII
raisonnée Ressources systémiques XX
Ressources individuelles : XXI
Impact de la formation sur les ressources individuelles XXII

Introduction

« Dans le monde, près de la moitié des médicaments ne sont pas utilisés à bon escient ». C'est par ce constat que commence la publication d'un l'article de l'Organisation Mondiale de la Santé, paru en 2004, sur la promotion de l'usage rationnel des médicaments. Alors même qu'elle estimait en 2002 qu'environ un tiers de la population mondiale n'avait pas accès à des médicaments dit essentiels. Ce mésusage des médicaments est responsable de nombreuses conséquences en termes de santé publique, de coût de la santé, de morbi-mortalité (2,3). Le mésusage concerne les médicaments prescrits, distribués, vendus, utilisés et administrés de manière inappropriée et touche par conséquent tous les acteurs du médicament, patients, société, état, industrie et évidemment les prescripteurs.

La France, encore aujourd'hui, présente des indices de consommation médicamenteuse et de prescription importants, notamment en comparaison à ses voisins. Près de 90% des médicaments consommés sont des médicaments prescrits. La prescription médicamenteuse constitue un élément majeur et complexe de notre pratique de médecin généraliste, d'autant plus lorsqu'il s'agit de garantir un bon usage du médicament. Les déterminants liés à la prescription sont multiples, systémiques, individuels et font intervenir un ensemble d'acteurs. J'ai souhaité m'intéresser à l'usage rationnel du médicament chez des prescripteurs (autrement nommée prescription raisonnée) en formation, internes de médecine générale, un médecin débutant sa pratique de prescripteur pendant ses études.

Marquée par la difficulté à appréhender le modèle de prescription raisonnée durant l'internat, j'ai d'abord effectué une revue de littérature avant d'interroger les premiers concernés. Cette revue s'est interessée à identifier les enjeux actuels en matière de prescription raisonnée et ses principaux déterminants, individuels ou systémiques, dans le but de mieux comprendre le rapport à la prescription, à l'usage rationnel du médicament et à la limitation de prescription médicamenteuse des internes. A la suite de ces premières lectures, mon choix d'étude s'est porté sur une enquête qualitative, conduite par entretiens semi-directifs auprès de dix internes de médecine générale. Celle-ci est justifiée par le peu de données trouvées sur le rôle

de la formation des internes dans leur rapport à la prescription durant les premières années d'exercice. La compréhension de ce rapport à la prescription et de ses implications pratiques pourra ainsi contribuer à la définition de pistes d'amélioration des pratiques prescriptives dans le cadre de la formation initiale des médecins généralistes.

Une version résumée de la revue de la littérature sur mon sujet est présentée en page 67.

1. Revue de littérature

1.1. Le mésusage du médicament, un enjeu de santé publique majeur, définition du bon usage du médicament

Le constat d'enjeu majeur de santé publique, du mésusage des médicaments est antérieur aux années 2000 et ce que représente à contrario comme un usage rationnel du médicament a été défini pour la première fois par l'OMS[1] en 1985. Cette définition commence par le mot prescrire.

Le bon usage du médicament est défini de la manière suivante : « prescrire au bon malade, le bon médicament, à la bonne dose, pendant une durée déterminée. »

Plus précisément, on entend par « Bon malade » celui chez qui l'on a fait un diagnostic donné, comme « Bon médicament » celui qui est le plus efficace avec la meilleure sécurité et le meilleur coût au sein de la classe thérapeutique choisie par le prescripteur, comme « Bonne dose » celle qui est nécessaire pour atteindre l'objectif thérapeutique en tenant compte du terrain et des comorbidités. Quant à la « durée déterminée » il s'agit de celle qui est estimée pour atteindre l'objectif du traitement en intégrant dès l'indication initiale, les paramètres pharmacologiques du médicament et les habitudes du patient (4,5). Un rapport de 2013 sur la surveillance et la promotion du bon usage du médicament en France ajoute à cette définition la notion de prescription justifiée, c'est-à-dire étant nécessaire, ainsi que parmi les critères relevant d'un usage adapté, celui du respect des recommandations (6).

[1] Organisation Mondiale de la Santé

Il semble exister un décalage colossal et persistant entre les recommandations des autorités de santé et les pratiques actuellement observées. Afin de mieux comprendre les enjeux à l'échelle nationale des médicaments, il convient d'objectiver de prime abord, par cette revue de littérature, la réalité de l'usage irrationnel du médicament en France avant d'évoquer les politiques publiques déployées pour en promouvoir un usage rationnel.

1.1.1. En France, un usage irrationnel du médicament marqué par une forte consommation médicamenteuse

L'enjeu d'un usage rationnel du médicament se pose avec acuité en France, notamment au regard de la forte consommation de médicaments observée en comparaison à d'autres pays. Une étude de la DRESS[2] en 2005 plaçait les Français en deuxième position des consommateurs de médicaments par habitant parmi les pays de l'OCDE[3], derrière les Etats Unis, indépendamment de leur remboursement (7).

Or cette forte consommation relève pour partie d'une forte tendance à la prescription médicamenteuse. Dans un rapport de 2006, la commission des comptes de la sécurité sociale déclare que 83% des médicaments consommés le sont sur prescription, 90% en 2018 d'après l'INSEE[4]. En 2005, une enquête de l'institut IPSOS[5] trouvait que 90% de nos consultations s'accompagnaient de la prescription d'au moins un médicament, alors qu'elle estimait qu'au moins 25% des consultations pourraient se terminer avec moins de prescription médicamenteuse. Elle retrouvait ici aussi une disparité avec nos voisins avec, pour un nombre de consultations relativement similaire, 83% de consultations avec prescription médicamenteuse en Espagne, 72% en Allemagne, et un nombre moyen de médicaments par ordonnance plus élevé en France par rapport à ces deux pays. (8)

[2] Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques
[3] Organisation de Coopération et de Développement Economiques
[4] Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
[5] Institut de sondage IPSOS

Or, cette tendance à la surconsommation comme à la surprescription de médicaments n'est pas sans conséquences. Le rapport sur la surveillance et la promotion du bon usage du médicament, commandité par le ministère des Solidarités et de la Santé en 2013, considère même que l'usage inapproprié des médicaments en France représente un fléau sanitaire (*en termes de maladies, complications non traitées ou non prévenues, iatrogénies*) et économique. (6)

1.1.2. Un impact majeur de la surconsommation médicamenteuse sur les dépenses de santé publique

Sur ce point, les dépenses de santé représentent une part non négligeable du PIB[6]. En 2018, le total de nos dépenses courantes de santé s'élevait à 11,7% (275,9 milliards d'€) du PIB plaçant la France parmi les 10 pays à haut revenu de l'OCDE y consacrant plus de 11% et la 3ième derrière les Etats Unis et la Suisse. Parmi ces dépenses, les médicaments ambulatoires représentent 32,7 milliards d'€ (*3037 euros par habitant et par an*) soit 16% de la consommation de soins et de biens médicaux (203,5 Milliards d'€). D'après l'INSEE, environ 90 % de ces médicaments consommés l'ont été suite à une prescription, correspondant à une prise en charge par la sécurité sociale de 24,5 milliards d'€ (*couverture moyenne des médicaments ambulatoires, tout confondu, de 74,9% en 2018).* (9,10)

Si on compare ces données récentes à des chiffres plus anciens, on note une stabilisation des dépenses de santé liées aux médicaments ambulatoires qui constituaient jusqu'à 20% de la CSBM[7] en 2006 (9). La France reste classée parmi les plus gros consommateurs de médicaments au monde, mais est 8ième en 2015 alors qu'elle était 2ième en 2006 (11). Cependant, le coût du médicament reste relativement similaire depuis 2006 et l'on constate que la baisse apparente de la part du médicament dans la CSBM est plus due à une augmentation des dépenses dans d'autres secteurs (9).

[6] Produit Intérieur Brut
[7] Consommation de Soins et de Bien Médicaux

1.1.3. Le déremboursement, une politique d'incitation à l'usage rationnel du médicament ?

On peut toutefois estimer que la part liée à la dépense du médicament a pu être stabilisée. Cela est en partie dû aux campagnes de déremboursement ciblant des médicaments évalués à service médical rendu insuffisant. En effet, en 2001, un produit prescrit sur cinq était estimé à SMR[8] insuffisant ce qui représentait 7,3% des dépenses totales de la sécurité sociale (12).

On y retrouvait en premier lieu des médicaments prescrits pour des affections respiratoires bénignes, des troubles veinotoniques et à minima des troubles digestifs (12). Ainsi, plusieurs campagnes de déremboursement ont été organisées : en 2003 *(84 médicaments*), 2006 (*282 médicaments accessibles sans prescription*), 2008 (*89*), 2010 (*150*), 2011 (*26*), suivies chaque année par quelques nouveaux déremboursements plus ou moins médiatisés, comme ceux des médicaments dits « Anti-Alzheimer » psychoanaleptiques en 2018. Il semble que cette politique ait eu un impact non négligeable, d'une part en encadrant le coût des dépenses de santé liées aux médicaments mais aussi en diminuant nettement leur prescription par les médecins (13).

Toutefois, il faut noter que la diminution de la prise en charge des dépenses de santé liées aux médicaments par l'assurance maladie a été suivie d'une augmentation parallèle du prix de vente de ces médicaments par les laboratoires pharmaceutiques concernés. Or, en termes macroéconomique, c'est le coût des dépenses de santé globale (comme illustré ci-dessus) qui importe en rapport au PIB. Car toute consommation de produits de santé représente une charge qui, quand elle n'est pas pour l'Etat, l'est pour les ménages et n'est donc théoriquement pas « réinvestie » dans d'autres secteurs économiques. Les dépenses liées aux médicaments ambulatoires ont d'ailleurs atteint 34 milliards d'€ en 2014 après les principales vagues de déremboursement.

[8] Service Médical Rendu

Ce constat mériterait une analyse économique à part entière, mais ne constitue pas le cœur de cette recherche. Cet exemple rappelle néanmoins qu'il n'est pas vrai qu'une ordonnance de médicaments non remboursés n'a pas d'incidence économique.

La problématique de forte consommation de médicaments (par habitant et par ordonnance) reste donc une actualité. Elle représente encore aujourd'hui un coût important dont la stabilisation reste un enjeu annuel. Si les améliorations actuelles semblent avoir été en grande partie liée aux politiques de déremboursement et presque malgré les prescripteurs, ceux-ci n'en sont pas moins un élément central du bon usage du médicament.

Les médecins, de par la prescription, sont en effet des acteurs directs de 90% des médicaments consommés. Si on s'en réfère à la définition du bon usage du médicament, les questions du moins prescrire et de la responsabilité du prescripteur à limiter volontairement sa prescription médicamenteuse, à son usage le plus rationnel, en dépit de possibilités multiples, sont intimement liées à notre pratique.

1.2. Le rôle clé du prescripteur et de sa pratique de prescription

1.2.1. Un rôle inscrit dans le cadre légal de référence des médecins

Le rôle de prescripteur du médecin est explicitement inscrit dans les codes de la santé publique et de la déontologie médicale. Ils fixent que les médecins sont en principe libres de leurs actes de pratique, qu'ils soient à visée de diagnostic, de prévention ou thérapeutique, incluant la prescription.

Cependant, la législation mentionne qu'ils sont également tenus de pas faire courir un risque injustifié au patient, par toute intervention médicale y compris thérapeutique (14,15). De plus, le code de la déontologie joute à cela le devoir moral pour un médecin d'agir dans les limites de ses connaissances, de son expérience ou des moyens dont il dispose, en précisant tout comme le code de santé publique- que ses soins et connaissances doivent être fondés sur des données acquises de la science.

De ce fait, il ne peut ainsi se permettre de « proposer aux malades ou à leur entourage comme salutaire ou sans danger un remède ou un procédé illusoire ou insuffisamment éprouvé. » (15)

1.2.2. Un contexte de prescription complexe pour les médecins : un choix de prescription abondant

Concernant plus largement les choix de prescription des médecins, ceux-ci présentent des possibilités multiples. En effet, il existe en France plus de 17 000 spécialités pharmaceutiques actuellement autorisées à la vente (16). Parmi ces spécialités, on retrouve plus de 7000 dénominations communes internationales de substances actives différentes en 2017 (17). Cependant, depuis 1977, l'OMS dresse une liste des médicaments essentiels, actualisée tous les deux ans. Elle entend identifier les médicaments qui répondent à des besoins de santé prioritaires, impactant la santé publique, et qui dans un système de santé fonctionnel, doivent donc être disponibles en permanence. (18)

Or cette liste, elle, ne contient que 557 substances pharmacologiques actives et 34 équivalents thérapeutiques en 2021 (19), exprimés en majorité en DCI [9]ou sous leur nom commercial de brevet. L'existence de cette large gamme de produits prescriptibles, présentant des redondances en termes de composition et d'indication, et une variabilité en termes d'efficacité, de sécurité, de coûts, de modalités de prise en charge, peut favoriser un usage inapproprié des médicaments par les prescripteurs.

1.2.3. Une difficile mise en pratique de la prescription médicamenteuse raisonnée

Des médecins sensibilisés à l'usage rationnel du médicament

En dépit de la connaissance des enjeux sanitaires, économiques et d'un a priori positif de l'usage rationnel du médicament, il est avéré que la maîtrise de leurs prescriptions médicamenteuses, par les médecins généralistes est difficile.

[9] Dénomination Commune Internationale

Plusieurs thèses sur la limitation de prescription ou la non-prescription médicamenteuse, vécues par des médecins généralistes et des patients, montrent que ces consultations sont peu fréquentes et souvent difficiles à aboutir (20–24). Ces études mettent en exergue qu'ils perçoivent bien la limitation de leur prescription médicamenteuse comme s'inscrivant dans un objectif général de santé publique et répondant à des codes déontologiques et éthiques de leur pratique et qu'ils identifient les incitations à y tendre.

Elles relèvent également qu'ils sont sensibles à l'idée de ne pas nuire à leurs patients et ainsi de chercher le meilleur rapport bénéfice risque pour eux, d'autant plus pour les cas de pathologies jugées bénignes et aiguës (21,23) Bien sensibilisés à l'usage rationnel du médicament et aux enjeux sous-jacents, ils en ont un a priori positif et l'intègrent dans leur rôle en tant que prescripteurs (20,22,23). La prescription médicamenteuse est vue comme inhérente à leur pratique et l'usage rationnel du médicament comme faisant partie de leur rôle, aussi lorsqu'il s'agit de s'opposer à une demande patient qui leurs paraît inadaptée (21,24). En tant que prescripteur, un usage rationnel du médicament s'apparente d'après l'étude des Dr Duffaud et Liébart à moins prescrire, mieux prescrire et déprescrire (23).

Un effet limité des campagnes de déremboursement sur la prescription

On peut aboutir au même constat à l'échelle nationale avec l'exemple de la politique de déremboursement basée sur le SMR des médicaments. Celle-ci avait aussi pour but de réorienter nos choix de prescription en fonction de l'efficience des princeps médicamenteux. Or, sur ce point, elle n'a pas semblé montrer de réelle efficacité puisqu'elle a certes favorisé la diminution immédiate de la prescription des médicaments déremboursés, mais elle a aussi entrainé un report sur d'autres classes médicamenteuses encore prises en charge ou des prescriptions hors AMM[10] (25).

[10] Autorisation de Mise sur le Marché

Ce report est néanmoins rendu progressivement plus difficile, du fait de l'augmentation du nombre de médicaments non pris en charge, par succession des campagnes de déremboursement. Par conséquent, ces campagnes semblent in fine plus contribuer à la maîtrise des dépenses qu'à une réelle modification du comportement des prescripteurs.

Afin de mieux comprendre ces difficultés à mieux et moins prescrire, il apparait nécessaire de se pencher sur les déterminants généraux et de les questionner au prisme de l'usage rationnel du médicament.(20–22,26)

Les médicaments les plus concernés par des prescriptions inappropriées

Cela étant, le cadre de prescriptions inappropriées parait toutefois dépasser cette étiquette de maladies bénignes comme le montrent les données macroéconomiques et les médecins interrogés sur les principales classes thérapeutiques concernées par des prescriptions inappropriées.

Parmi les médicaments remboursés, on y retrouve principalement les antibiotiques et les psychotropes (*antidépresseurs, anxiolytiques, hypnotiques*). On peut citer aussi les traitements ciblés par les campagnes de déremboursement et prescrits pour des affections respiratoires (décongestionnants, anti-inflammatoire etc.), des troubles veinotoniques et en moindre proportion des troubles fonctionnels digestifs. (12)

À savoir que les médicaments les plus consommés en France, parmi les classes remboursées, sont au premier plan des médicaments cardiovasculaires (*statines, antiagrégants plaquettaires, antihypertenseurs*), des antibiotiques, des psychotropes et les inhibiteurs de la pompe à protons. Parmi les classes non remboursées ou consommées en vente libre, on identifie des antalgiques/antipyrétiques non opioïdes (classe I), des décongestionnants à visée anti inflammatoire du pharynx, des traitements veinotoniques, des traitements des troubles érectiles, et des traitements du sevrage tabagique. (25,27)

Ces données attestent la difficulté pour les médecins généralistes à maîtriser la prescription médicamenteuse, bien qu'elle ne puisse être expliquée seulement par l'abondance du choix de prescription et la complexité de son écosystème.

1.3. Les déterminants d'un usage rationnel du médicament

Les déterminants de la prescription raisonnée sont polyfactoriels et dépassent largement la responsabilité du seul prescripteur. Il existe peu d'études sur le sujet mais elles montrent qu'ils sont de manière non surprenante intriqués aux déterminants de prescription sur lesquels, à l'inverse, la documentation est largement plus fournie. Ces déterminants sont d'ordre systémique, individuel ou liés aux acteurs en présence lors de la consultation, à savoir les patients et les médecins.

1.3.1. Le rapport des patients français au médicament

Un constat partagé de surconsommation

Avant d'analyser le rapport des patients au médicament, il apparait nécessaire de rappeler que ceux-ci ont conscience de la surconsommation médicamenteuse. Plusieurs sondages réalisés par LEEM[11] *(syndicat professionnel des entreprises du médicament)* sur le rapport des Français au médicament, mettent en avant ce fait. En 2014, 87% des interrogés (*sur 1017 personnes*) estimaient que l'on consommait « trop » de médicaments en France et 2/3 que beaucoup de médicaments n'étaient pas utiles (28). Ils ont de même, pour 2/3 des interrogés, dans l'idée que cette surconsommation est associée à une sur prescription de la part des médecins. De plus, celle-ci est régulièrement médiatisée dans la société (29,30)

D'après ces données, on pourrait donc imaginer que les patients sont prêts à accepter une moindre voire une absence de prescription médicamenteuse lorsqu'elle n'apparaît pas nécessaire à la prise en charge thérapeutique, comme cela est d'ailleurs montré dans l'enquête sur le rapport des Français à l'ordonnance en 2005 (8). En pratique, comme le montrent ces études, c'est plus compliqué. Des liens profonds rattachent les patients comme les médecins au médicament, à la prescription médicamenteuse et à son support, l'ordonnance.

[11] Les entreprises du médicament - Syndicat national de l'industrie pharmaceutique

Le médicament et sa prescription, une reconnaissance de la maladie et des plaintes du malade.

La représentation du médicament pour les patients et dans la société en général a été largement étudiée. Le médicament et sa prescription apparaissent intimement rattachés, aux yeux des patients, à la reconnaissance ou non de la maladie et à sa guérison (24,31,32).

Le Dr Guyot a menée en 2011 une enquête d'opinion sur les attentes des Français quant à la prescription médicamenteuse en cas de pathologies bénignes. Sur la base de 926 questionnaires, elle a constaté que le rattachement des patients au médicament tenait principalement à l'image d'un pouvoir de guérison et de soulagement, à la confirmation du statut de malade et la reconnaissance des symptômes (31). L'acte de prescription quant à lui associé au médicament, valide la reconnaissance par le médecin des symptômes du patient. La limitation de sa prescription par le médecin peut ainsi créer une impression de dévaluation ou d'inutilité du motif de la consultation.

De manière déclarative, il existe un rapport de confiance historiquement important des patients envers le médicament. Ce rapport est lié à la perception de son efficacité, le médicament faisant figure d'objet de guérison (31,33).

Un rapport de confiance au médicament altéré par les scandales sanitaires pharmaceutiques

Cette confiance s'est émoussée depuis 2010 à la suite de plusieurs scandales sanitaires pharmaceutiques, comme celui bien connu du médiator, qui ont amené prescripteurs et consommateurs à avoir un regard plus critique sur le médicament. Passant, pour ces derniers, sur deux enquête successives LEEM, de 87% de confiance déclarée en 2013 à 75% en 2014. La confiance est donc toujours présente mais moindre, le médicament pouvant notamment être perçu comme plus dangereux.

Les enquêtes LEEM ont également mis en avant dans la société une défiance envers l'industrie pharmaceutique et les informations émanant de celle-ci mais aussi envers les institutions et leur indépendance, cette défiance s'étant amplifiée à la suite des scandales pharmaceutiques. Seuls 43% des 1017 Français interrogés lui prêtaient confiance parmi lesquels seuls 5% de confiance certaine en 2014 (28).

Ce rapport de confiance est largement influencé par les médias comme en témoigne la publication ci-dessous de l'observatoire sociétal du médicament.



Figure 1 - Nuage de mots – les médicaments dans les médias en 2013-2014

Outre ce rapport de confiance variable en l'efficacité du médicament, mais aussi la crainte d'effets indésirables, il est probable que l'attachement au médicament présente des enjeux plus profonds pour les patients.

Médicament curatif et enjeux de bien être

L'intérêt prêté au bien-être figure aussi parmi les mécanismes pouvant être impliqués dans le rapport des patients au médicament. Le « bien-être » est reconnu dans la définition de la santé selon l'OMS. Cependant, dans une médecine où le caractère préventif peine encore à faire sa place, un rattachement au bien-être pourrait s'associer à une diminution de la tolérance de symptômes même bénins et à la recherche de traitement curatifs (34).

De plus, on peut constater régulièrement l'émergence de nouvelles terminologies de maladies. Cela signifiant la reconnaissance d'un caractère pathologique à un ensemble de symptômes. Si cela peut faire à la fois figure d'une évolution des données scientifiques ou de progrès social, toute reconnaissance d'un caractère pathologique signe aussi un champ thérapeutique potentiel pour tous les acteurs du médicament. Le Dr Bédoin parle dans sa thèse sur les affections transitoires bénignes de phénomènes médiés par la revalorisation du concept de bien être dans la définition de santé (26).

Le médicament et l'ordonnance comme la conclusion culturelle d'une consultation, contre rémunération

La culture de nos sociétés occidentales, le rapport des individus entre eux et à eux même a aussi une implication dans notre rapport aux médicaments. Celle-ci est couramment dépeinte comme mettant en avant des traits individualistes, une recherche de performance individuelle, une faible acceptabilité du risque et un rattachement important aux questions de l'économie et du temps. Cette culture tend à l'intolérance de manifestations cliniques pouvant entraver ces derniers. Donc en pratique clinique, souvent, à la recherche de solutions rapides, vu notamment à travers le médicament. (35)

La consommation de biens est aussi largement ancrée à la culture occidentale. Cette habitude à consommer peut influencer le rapport des patients aux médicaments. Cette mentalité est ressentie par les médecins interrogés dans différentes études sur la limitation de prescription. Elle semble majorée par la clôture de consultation, moment charnière de remise de l'ordonnance et de paiement des patients.

A cet égard, l'étude du Dr Guyot a également mis en évidence l'attachement non négligeable des patients à l'ordonnance qui apparaît culturellement, comme une étape attendue de clôture de la consultation et comme une justification de rémunération (31). En cohérence avec les résultats du sondage sur le rapport des Français à l'ordonnance et aux médicaments en 2005 (8). Pour le Dr Osadtchys le paiement, « à l'acte » a tendance majorer l'idée de consommation du soin (20). Ce rapport au soin a d'ailleurs été l'objet d'une campagne de sensibilisation par l'Assurance Maladie en 2012, intitulée « Le médicament n'est pas un produit de consommation comme les autres » (36).

L'intolérance à l'absence ou à la non-existence de thérapeutique médicamenteuse

Malgré la remise en question, présentée précédemment, de la sacralisation du savoir médical et du rapport de confiance au médicament, la croyance au médicament miracle n'en reste pas moins d'actualité. Comme cela a pu être illustré par les débats autour de l'hydroxychloroquine et autres traitements potentiels de la COVID-19, mais aussi ceux sur les traitements anti – Alzheimer, cette croyance semble exacerbée en l'absence d'existence de thérapeutique médicamenteuse dans certaines pathologies (37).

1.3.2. L'attachement du médecin à l'ordonnance et à la thérapeutique

Une confiance accordée au médicament et à son pouvoir de guérison

Le Dr A.Vega (sociologue) a mené en 2012 une étude auprès de médecins généralistes sur les déterminants socioculturels impliqués dans leurs prescriptions médicamenteuses. D'après sa recherche, les médecins, tout comme les patients, ont confiance dans le médicament et dans son efficacité (33). L'ordonnance est vue de ce fait comme un geste positif, en faveur du patient. Le Dr S. Rosman, dans son étude comparant les différences de pratiques de prescriptions entre des médecins généralistes français et hollandais, retrouve l'idée chez les médecins français, du médicament comme pouvoir de guérison.

Elle fait l'hypothèse d'une prescription perçue comme réparatrice chez les médecins français, quand culturellement, les pratiques hollandaises semblent plus distantes de cette croyance (38).

Pour les médecins également, il apparaît que l'attachement au médicament repose sur des enjeux plus profonds que la confiance en son efficacité.

Le médicament symbolique de la compétence et de l'expertise.

Il semble exister pour les médecins un rattachement presque inconditionnel du médicament à la notion du soin. Le médicament apparaît comme le premier outil thérapeutique pour le médecin et parfois le seul. Le Dr Bédoin parle ainsi de confusion des termes thérapeutique et médicamenteux (26).

Les exemples de la pandémie de la Covid-19 ou de la maladie d'Alzheimer cités plus haut, sont également applicables aux médecins, dont beaucoup considèrent que laisser un patient sans solution, sous-entendu sans traitement curatif médicamenteux, c'est l'abandonner. Dans la thèse des Dr Chevalier et Toutfaire, un des participants reconnaissait par exemple que le médicament n'était pas une panacée mais en prescrire en connaissance de ce fait, car « rien ce n'est pas la solution » (23).

Les conduites de report de prescription lors des premières campagnes de déremboursement de médicaments à faible SMR attestent de cette difficulté à ne pas prescrire. L'étude IPSOS de 2005 suggérait même que certains médecins pouvaient prescrire paradoxalement sur le principe de « précaution », contournant ainsi la possibilité d'une absence de prescription.

Pour la sociologue A.Vega, le médicament semble opérer chez les prescripteurs une réassurance en situation d'incertitude ou d'impuissance (33). Pour de nombreux médecins interrogés, la prescription était rattachée à l'image d'expertise et de compétence du médecin, donc à la légitimité de soignant (23,32,38).

Une acceptation pas toujours évidente du risque encouru par les patients

En lien avec l'image de prescription réparatrice et sa symbolique experte, l'acceptation du risque encouru par le patient, de par la prescription dont il est à l'origine, n'est pas toujours évidente pour le médecin. Il existe une relation

déclarative pour le prescripteur entre le médicament et ses potentiels effets indésirables. Néanmoins, on constate en pratique une minimisation de l'information sur le médicament délivrée aux patients et une sous-estimation de ses effets secondaires, qu'ils soient dus ou non à une prescription initiale non adaptée, en atteste les études sur les déclarations de pharmacovigilance (39,40) ou celle du Dr Vega (33). Cette sous-estimation s'oppose aux principes de prescription raisonnée, alors même -pour rappel- qu'elle figure parmi les principales attentes des patients envers leur médecin traitant (28).

Du côté du praticien, l'ordonnance comme conclusion naturelle d'une consultation contre rémunération

Les médecins aussi sont attachés à l'image de l'ordonnance comme clôture de consultation, par habitude d'une part et en lien avec la rémunération d'autre part. Ce constat est appuyé par les thèses des Dr Bourbon et des Dr Chevalier et Toutfaire sur les consultations sans prescription médicamenteuse. Les médecins exprimaient clairement une difficulté à « faire payer le patient 25^{e} » et ne « rien lui donner en échange » (21,23), le médicament figurant alors comme principale pièce d'un échange, aux apparences commerciales, de la consultation.

Une prédominance de la médecine curative sur la médecine préventive

L'utilisation de thérapeutiques non médicamenteuses peut parfois être une alternative à une prise en charge des patients via des prescriptions médicamenteuses inadaptées. Cependant, les médecins confirment dans les études citées préalablement, en voir, et donc en avoir peu l'usage dans leur pratique.

Comme évoqué précédemment, il existe un attachement important des prescripteurs à la thérapeutique, vue d'abord comme curative avant d'être préventive et médiée par le médicament. Dans les thèses sur la non-prescription médicamenteuse, beaucoup de médecins associaient le fait de ne pas prescrire de médicament à celui de ne rien faire.

Cette conception du soin peut limiter la mobilisation d'alternatives thérapeutiques non médicamenteuses. Le Dr Osadtchys retrouvait peu de connaissances et parfois de reconnaissance envers celles-ci, tant dans leur existence que dans les modalités de leur application. Sur ce point, l'organisation du soin en elle-même est le plus souvent peu favorable à cette dernière, compte-tenu de pratiques en réseau et d'échanges interprofessionnels limités (41).

1.3.3. Le médicament, un enjeu au cœur de la relation thérapeutique

D'après la sociologue A. Vega, le médicament représente un objet de confiance réciproque entre le patient et le prescripteur et semble donc être un des fondements de la relation thérapeutique entre le médecin et le malade (33). Des déterminants inhérents à cette relation entrent de fait aussi en jeu dans la limitation de prescription.

Un rapport de confiance lié à des attentes de compétence pharmacologique et de pharmacovigilance.

Le rapport de confiance envers le médicament, s'il est basé sur la croyance en son efficacité, est aussi intimement lié à la confiance accordée par les patients envers leurs médecins, notamment quant à leurs compétences prescriptives.

D'après l'étude réalisée par la LEEM en 2013, les patients conservent un rapport de confiance important envers leur médecin traitant (94% en 2013), qu'ils estiment être leur premier recours médical, y compris concernant l'information sur le médicament ou en cas de survenue d'évènements indésirables y étant liés. Ils estiment leur médecin traitant compétent sur ces points, ce qui participe à leur confiance (42).

Ils attendent de lui des informations générales sur le médicament, ses indications et modes de fonctionnement mais surtout aussi, ses principaux effets indésirables et contre-indications. Avec les scandales sanitaires, le niveau d'attente des patients semble de plus s'être relevé (43). Ils sont d'autant plus vigilants sur ce point que leur médecin traitant est leur premier interlocuteur, qu'ils estiment que la prise médicamenteuse est plus risquée, qu'ils se sentent mal informés sur le médicament et qu'ils sont défiants envers les institutions (28).

On peut donc imaginer que la capacité pour un médecin à maintenir ce sentiment de confiance chez un patient lors d'une décision de limitation de prescription est fondamentale dans son acceptation. Sur ce sujet, la sociologue S. Fainzang a mené plusieurs études approfondies, en particulier sur les enjeux rattachant les patients aux médicaments et ceux relationnels entre les patients et les médecins. Elle montre à ce titre l'impact délétère de la notion de « mensonge » (par omission ou non) dans l'information délivrée aux patients (44,45).

Une expansion de la place du patient dans la relation thérapeutique, un besoin de reconnaissance d'une légitimité.

L'évolution du regard des patients envers le médicament est allée de pair avec celle de la balance des savoirs dans la relation médecin/malade. Il s'est opéré une « désacralisation » du savoir médical, poussée par le libre accès, sur internet, à un savoir profus et de qualité inégale mais qui rééquilibre la balance de connaissances et d'expertises entre les médecins et les patients.

Cette désacralisation est observée tant sur le plan sociétal, cf. le rapport ministériel de 2013 sur l'usage rationnel du médicament (6), que dans les études centrées sur le vécu de médecins et de patients comme celles des Dr Charra ou Toutfaire et Chevalier (23,32). En 2005 déjà, le sondage IPSOS concluait à un changement de paradigme nécessaire de la relation patient/médecin par rapport à la réévaluation du mythe du médicament miracle et à l'augmentation de l'expertise patient.

L'attachement des médecins au maintien d'une bonne relation médecin - patient et la manière dont ils perçoivent leurs patients influencent notablement la facilité de ceux-ci à limiter leurs prescriptions, et à faire face à la pression de la prescription.

Une pression de prescription importante

La pression de prescription ressentie par les médecins parait jouer un rôle important sur leur difficulté à limiter leur prescription. Plusieurs études ont montré que c'est un facteur, parfois d'irrationnalité, d'influence notable sur le comportement prescriptif des médecins (46,47).

Déjà en 2005, les médecins estimaient prescrire contre leur gré dans 10% des cas et ressentir une pression de prescription dans 46% des consultations (8) face à des patients demandeurs et habitués. Cette pression à prescrire des médicaments a également été rapporté par les médecins comme un frein dans la plupart des études sur la limitation ou la non prescription (20–24).

En premier lieu, elle émane pour les médecins des attentes des patients exprimées ou ressenties par les praticiens (20,23). Cette perception des attentes est intimement liée à la perception qu'ont les prescripteurs du fort attachement des patients au médicament, comme présentés ci-dessus. Par ailleurs, le Dr Longour, dans une étude quantitative de 2017 sur les déterminants influençant la réussite d'une consultation aux yeux des patients, a pu identifier une fréquence élevée (>56% sur une cohorte de 300 participants) de demande de révision de l'ordonnance en fin de consultation, pour rajout de princeps notamment (48).

En outre, la pression de la prescription semble être ressentie surtout dans les consultations de gériatrie liée à des patients perçus comme plus compliqués du fait de comorbidités et d'habitudes de prescription (20,21,24) ou dans des consultations de pédiatrie au regard d'une plus faible acceptabilité du risque (avec la crainte induite de judiciarisation) ainsi que l'implication de fait d'un tiers parental. (20,21,35). La pression issue des patients trouverait aussi son origine dans la revendication de ceux-ci d'une balance plus équilibrée de la place du médecin et du patient dans le soin ainsi que d'une plus grande répartition des savoirs.

Une pression de la prescription réelle ou surestimée ?

Les Dr Toutfaire et Chevalier concluent dans leur étude que les prescripteurs participent, du fait de leur perception des attentes de leurs patients, à augmenter leur pression de la prescription (23). Or, la littérature sur la prescription montre qu'il existe chez les médecins un décalage de perception des attentes patients par rapport à leur importance réelle.

80% des usagers interrogés dans le sondage sur le rapport des Français au médicament en 2005 ont déclaré être en accord avec le fait qu'une consultation ne devait pas forcément se terminer par une ordonnance de médicament. 3 personnes interrogées sur 4 ont affirmé qu'elles seraient prêtes à accepter une consultation se terminant sans prescription médicamenteuse (8).

Le Dr Mauraizin a réalisé en 2007, une étude quantitative par questionnaire auprès de 27 médecins généralistes et 1862 patients, visant à comparer les attentes des patients à la perception de ces attentes par leur médecin généraliste. Dans cette étude, 88% des patients décentraient leur attente principale du médicament. Le diagnostic et l'écoute des praticiens apparaissaient comme les premières attentes, avant la thérapeutique qui, de plus, n'était pas forcément attendue comme médicamenteuse. Malgré ces données, la même étude retrouvait l'idée, chez plus de 40% des médecins interrogés, que les patients attendaient systématiquement et au premier plan une prescription de médicament (49).

Une enquête de 2008 pour l'Observatoire Sociétal du Médicament intitulée le « Le modèle Français de prescription » faisait état de résultats relativement similaires. Dans les cas de rhinopharyngites ou de troubles du sommeil légers, seuls ¼ des patients avaient une attente de prescription médicamenteuse quand les médecins, en percevaient eux, chez plus d'un patient sur deux pour la rhinopharyngite et neuf sur dix pour les troubles du sommeil.

Cette « surestimation » des attentes apparaît comme un frein réel à un usage rationnel du médicament par les prescripteurs, qui plus est s'il induit une limitation de prescription.

Prescription et appréhension de la conflictualité dans la relation thérapeutique

La peur du conflit dans la relation thérapeutique constitue elle aussi un véritable obstacle à l'usage rationnel du médicament.

La thèse des Dr Cauchois et Malatrasi -sur les déterminants des consultations sans prescription médicamenteuse et des prescriptions contre gré- met en avant que 73% des médecins estiment que lorsqu'ils prescrivent contre leur gré, il s'agit au premier plan d'éviter un impact vu comme délétère sur la relation avec le patient (50).

La prescription raisonnée y compris lorsqu'elle amène une moindre prescription, n'induit pas forcément un refus d'une demande émanant du patient, jugée inappropriée par le médecin. Elle n'est de plus pas systématiquement associée à la survenue d'un conflit avec le patient, d'autant que, contrairement à un a priori des médecins, elle n'est pas systématiquement mal vécue par le patient.

En effet, une moindre prescription peut provoquer de la réassurance chez le patient, et ce à deux égards. Cela signifie d'une part « ne pas être malade » et d'autre part moins risquer d'effets secondaires qu'avec un médicament (20,31,32). Les raisons de cette réassurance rappellent toutefois bien la place fondamentale du médicament dans l'imaginaire du soin chez les patients.

De plus, elle peut renforcer le rapport de confiance entre les patients et le prescripteur, ceux-ci valorisant le temps dédié par le médecin à essayer de faire « le mieux » (23). Cette hypothèse est corroborée par les données du sondage de 2005 sur le rapport des Français au médicament, où 86% d'entre eux déclarent que l'absence de prescription médicamenteuse ne nuirait pas forcément à la confiance qu'ils prêtent à leur médecin traitant (8).

Le Dr. Arzur a mené en 2011 une étude quantitative par questionnaire sur la perception du refus de prescription auprès de 898 utilisateurs de forums médicaux. Si le facteur confiance pouvait être impacté à la suite d'une consultation sans prescription médicamenteuse, les participants déclarent surtout que c'était dû au temps et à la qualité des explications fournies pour justifier ce fait, plus qu'à la décision en elle-même (51). L'enquête pour l'Observatoire Sociétal du Médicament en 2014 souligne par ailleurs une acceptation plus importante de la limitation de prescription chez les patients plus jeunes (28).

Pour beaucoup de médecins, l'absence ou la faible rédaction d'une prescription comme conclusion d'une consultation semble cependant vouée à être mal vécue par le patient et à être conflictuelle. Cette image et l'appréhension en découlant, renforcent la pression de prescription des médecins.

Or dans plusieurs études, les résultats paraissent indiquer le contraire. Dans celle du Dr Grun par exemple, une majorité des parents consultants pour leur enfant acceptent, de manière non conflictuelle, la non prescription (35). Dans l'étude du Dr Mauraizin également, 83% des patients disaient se conformer à une décision du médecin de ne pas prescrire de médicament lorsque cela se présentait et seuls 11,3% de patients déclaraient se sentir déçus ou frustrés par une absence de prescription médicamenteuse (49).

Il existerait donc une évaluation biaisée de la part des médecins du risque d'opposition conflictuelle à leur décision de prescription raisonnée et/ou de moins prescrire. Cette surévaluation, de même que la surestimation des attentes, est un frein potentiel à la prescription raisonnée.

L'impact du conflit

Si le risque de conflictualité est surévalué, ses conséquences n'en sont pas moins importantes. Il semble que le conflit lié une prescription réduite, non acceptée des patients puisse engendrer diverses réactions émotionnelles et comportementales.

Des réactions émotionnelles telles que la colère, la frustration, la méfiance, la souffrance de ne pas être reconnu ou l'inquiétude de mal être diagnostiqué, ont été identifiées par les Dr Charra ou Grun, dans leurs thèses sur le vécu de patients en situations de non-prescription. Le sentiment de non-reconnaissance des symptômes peut donner l'impression d'une négligence de la part du professionnel, d'un manque d'égard quant à la légitimité du point de vue du patient concernant sa santé ou une gêne pour le patient d'avoir « consulté pour rien » et ainsi d'avoir perdu ou fait perdre du temps (32,35).

Ces émotions peuvent provoquer des réactions comportementales envers le médecin allant de la simple négociation (32) à une agressivité voire un refus de paiement (20). Le conflit et le refus de la part des prescripteurs peut aussi aboutir à des pratiques d'automédication, de nomadisme médical (22), voire à une possible rupture de la relation thérapeutique comme l'ont montré le Dr Juillard dans sa thèse sur le refus médical et le Dr Sarrazin dans son étude sur la gestion des relations conflictuelles en médecine générale (52,53).

L'impact du conflit dans la relation thérapeutique pour le médecin est tout aussi important. Dans sa thèse, le Dr Osadtchys retrouve une lassitude et une appréhension chez les participants à l'idée de faire part au patient de leur volonté de limiter leur prescription, principalement par crainte du temps induit et du conflit pouvant s'y rajouter. Les souvenirs conflictuels semblent bien plus persistants que ceux de réussite d'une prescription raisonnée (20). De plus, le médecin peut se remettre en cause ou l'être par le patient lors d'une opposition. Cela peut renforcer un rapport au médicament et à la prescription montrée comme ambiguë pour les deux parties.

Tandis que la « libéralisation » des savoirs et la facilitation de la mise en lien des patients (associations, forums) a décloisonné la relation médecin/malade, elle amplifie aussi les déterminants susceptibles d'influencer nos prescriptions. Bien que profitable à certains égards, elle impacte nécessairement le rapport à la prescription. Il apparait ainsi difficile d'aborder la problématique de la qualité d'une prescription médicamenteuse par le seul fait de la responsabilité individuelle des prescripteurs, dès lors qu'elle s'inscrit dans une relation thérapeutique complexe et un contexte organisationnel bien défini.

1.3.4. Le poids des déterminants organisationnels

La pratique du médecin est impactée par de nombreux déterminants organisationnels, qu'il convient d'identifier pour mieux comprendre leur rôle sur la prescription raisonnée.

Le temps

Parmi ceux-ci, la question du temps semble constamment revenir en tant que limitante. En effet, le manque de temps impacte directement celui nécessaire à l'explication et à la décision partagée avec le patient, également celui de l'examen clinique. Il rend souvent compliquée la réévaluation des situations cliniques par les médecins. Un temps de consultation court majore la tension autour de la rémunération « contre ordonnance » et aboutit ainsi à augmenter la pression de prescription ressentie par les médecins (8,21,54).

Indépendamment de la notion de « manque » de temps pour les médecins, celui dédié à la rédaction de quelques lignes surtout via des logiciels professionnels est de facto considéré comme bien moindre que celui nécessaire à un temps d'explication (20).

L'exercice coordonné et les conditions d'exercice

Un exercice coordonné est une ressource de prescription raisonnée pour les praticiens. Or, plusieurs études montrent qu'il existe une faible coordination des médecins généralistes avec les professions paramédicales, les pharmaciens et les spécialistes (20,33,41).

Ce travail en réseau ténu impacte comme nous l'avons vu, leur propension à recourir aux thérapeutiques non médicamenteuses mais aussi à réévaluer les prescriptions médicamenteuses de confrères/sœurs spécialistes ou leurs propres prescriptions, avec des pairs médecins ou pharmaciens (22,41).

Il est à noter toutefois que si la gestion de son agenda de consultation et de ses conditions d'exercice relève bien évidemment en partie de la volonté du médecin, elle peut toutefois aussi être la conséquence d'une faible densité médicale environnante.

La tarification à l'acte

La tarification à l'acte notamment quand la consultation aboutit à une limitation de la prescription médicamenteuse au patient peut être une difficulté pratique pour le médecin. En effet, le paiement par le patient en fin de consultation renforce, tant du point de vue des médecins que des patients, un réflexe à savoir : clôture de consultation = ordonnance = médicament. Ceci est bien illustré par différents types d'études, sondages, thèses de médecine ou de sociologie sur la limitation de prescription et les pratiques prescriptives en général, à l'image de celle du Dr S. Rosman. Elle révèle que pour les médecins hollandais, pour qui le règlement se fait en amont de la consultation, le réflexe d'ordonnance semble moindre (8,20,21,32,38).

Le statut de remplaçant

Des études comme celle du Dr Harmand ou des Dr Duffaud et Liébart ont mis en évidence certaines spécificités liées à la pratique du remplacement en médecine générale, pouvant augmenter la difficulté à moins prescrire. (22,55). Il s'agit de la méconnaissance des patients, d'une proposition d'une réévaluation pas toujours possible, de périodes de remplacements liées à des périodes de tension, voire parfois d'une moindre expérience du fait d'un exercice débutant. Alors même que le médecin remplaçant semble particulièrement concerné par des motifs de consultations « aigus », certains patients, notamment ceux présentant des maladies chroniques préfèrent attendre pour consulter d'emblée leur médecin traitant.

Finalement, les déterminants sous-tendant la prescription et pouvant freiner son usage rationnel et sa limitation sont nombreux. Ils ne sont d'ailleurs pas tous conscientisés par les prescripteurs. Face à cette complexité, médier le soin par l'ordonnance médicamenteuse apparaît pour beaucoup de médecins comme plus facile, moins coûteux en temps et énergie et moins à risque de conflit, surtout dans un contexte récurrent de fatigue professionnelle chez les médecins. Dans l'étude du Dr Vega, par exemple, la majorité des médecins reconnaissaient ainsi renouveler des prescriptions dont la motivation initiale avait été oubliée (33).

1.3.5. Quelques pistes de ressources individuelles

La communication

Comme nous avons pu le voir, les attentes des patients lors d'une consultation médicale, notamment lorsqu'elle aboutit à moins prescrire, mettent en jeu la capacité de communication du médecin (20,22,32,35).

Un temps dédié à l'écoute est un impondérable à la compréhension des attentes des patients. Elle implique à la fois le temps imparti à l'explication, l'écoute préalable (bien identifier la demande patient) et la capacité à communiquer l'information médicale. Parmi les modalités de communication verbale, placer le paradigme de la consultation sur le patient en tant que destinataire du soin est une des premières citées (20,22,32). La littérature montre qu'identifier correctement la demande du patient et connaître ses besoins et limites dans la relation thérapeutique sont deux éléments fondateurs qui donne un cadre à la communication et permettent de mieux gérer la pression de prescription (46,56).

Certains mécanismes de communication sont utiles à connaître. Le filtre de l'information reçu peut rencontrer de nombreux biais cognitifs, bien connus des professionnels du marketing, des sociologues ou des rationalistes (57–60). Le médecin est régulièrement susceptible de s'appuyer sur ceux-ci dans une tentative de convaincre le patient. L'importance de la compréhension se base ainsi sur le biais de familiarité, selon lequel l'adhésion est renforcée en cas d'informations déjà entendues, "familières".

L'intérêt d'intégrer les représentations, principes moraux, l'identité culturelle des patients à la communication n'est pas non plus superflue. L'adaptation du discours à celles-ci permet de raccorder le patient à cette notion de familiarité, comme l'ont montré les sociologues Dr Fainzaing et Dr Vega (33,59). La tonalité du discours est également un atout, lorsqu'elle participe à appuyer la prise en compte de la place du patient par le médecin, à donner une image positive de la consultation (motifs, propositions thérapeutiques etc.). Le praticien peut aussi utiliser d'autres types de méthodes de communication comme l'argumentaire d'autorité (expertise, pouvoir de prescription etc.). Enfin, son implication personnelle et l'utilisation de la narration sous forme de témoignage tendent aussi à augmenter l'acceptation des patients (59).

Le mode de communication doit être envisagé tant verbalement que non verbalement. Sur ce point l'effet médecin est bien connu et la réalisation d'un examen physique de qualité parallèle à l'écoute semble impacter grandement le succès de la démarche thérapeutique, notamment si elle est vouée à être sans prescription médicamenteuse (20,22).

Il est important d'adopter une attitude et un contenu visant à rassurer le patient sans pour autant ignorer son besoin de reconnaissance de la plainte initiale ayant motivé la consultation. La qualité de l'examen clinique et le temps lui étant accordé sont fondamental à ces derniers éléments. L'attitude peut passer par de multiples autres paramètres, comme le *ton de la voix, le toucher, le contact visuel, l'expression faciale, la posture, les habits, les gestes, l'environnement du cabinet médical etc.* L'ensemble de ces critères constituant l'effet médecin c'est-à-dire la référence au médecin comme médicament tel que décrit par Balint (61).

Deux autres éléments ont été retrouvés dans la littérature et semblent particulièrement important en cas de refus d'une demande émanant d'un patient, ajoutés aux éléments cités ci-dessus. Tout d'abord, l'adoption d'une attitude ouverte à la réévaluation. En effet, communiquer au patient l'idée de temporisation avant de « si besoin » instaurer un médicament permet, tout en limitant sa prescription médicamenteuse, de minorer les réactions conflictuelles (21,23). En effet, la proposition de réévaluation pourrait permettre de mieux intégrer la notion d'incertitude inhérente à notre métier. Elle pourrait aussi en partie répondre à la volonté de reconnaissance de place et d'expertise dans le soin de certains.

Autre élément d'importance, la ritualisation de la fin de consultation, autour d'autres éléments que la rédaction d'une ordonnance, comme un temps d'évaluation de la réponse aux attentes des patients par exemple (20,22). Ce qui vise à habituer les patients à un autre préalable au règlement de la consultation que celui de l'ordonnance (33). Cela paraît d'autant plus important que comme a pu le montrer le Dr Charra, en cas de non-prescription, les patients peuvent facilement vivre la situation comme une non-reconnaissance de leurs symptômes mais aussi comme l'impression d'avoir « consulté pour rien » et ainsi d'avoir perdu ou fait perdre du temps au médecin (32).

Par ailleurs, lorsque le soin se finit par une prescription médicamenteuse la ritualisation d'une relecture commune de l'ordonnance avec le patient permet d'en marquer la valeur et la compréhension/acceptation par les patients, des différents médicaments la composant.

La communication non verbale fait aussi trait à tous les modes d'explications pouvant accompagner l'oral, supports écrits (Fiches Infos Patients, comptes rendus imprimés de consultations), renvois à de la lecture (ex : forum – associations de patients) (20–22,35).

Bien souvent l'incidence de la consultation se poursuit après la séance et les informations fournies sont rarement mémorisées d'ensemble. Donc si l'information orale est un temps essentiel dans la consultation, la compléter avec des supports de communications peut s'avérer très utile. De par ce qu'il contienne de prime abord mais aussi dans la fonction de don matériel contre don monétaire au moment charnière de la fin de consultation (62).

Connaître les profils de patients liés à la conflictualité

Des études ont montré que certains profils patients semblaient plus liés à une difficulté de limiter sa prescription, qu'ils soient associés à une demande initiale du patient ou non. Les Dr Duffaud et Liébart, Dr Grun ou encore les Dr Darmon et Quien dans leurs études sur les déterminants de prescriptions médicamenteuses en médecine générale[12] ont distingués deux types de profils. (22,35,41,54,63)

[12] *Etudes réalisées dans le cadre de l'étude ECOGEN, étude transversale, multicentrique, d'envergure nationale réalisé en 2012, explorant les motifs et procédures de soins en médecine générale*).

- **Des profils de patients favorisant une incertitude diagnostique ou thérapeutique,** avec les caractéristiques suivantes : précarité sociale et économique, faible faculté de compréhension, multimorbidité (gériatrie - > 60 ans), maladies chroniques/sévères, intensité des symptômes, méconnaissance du patient et de son dossier médical, motif restant incertain.
- **Des profils patients préférentiellement liés à l'émergence de conflits, avec les caractéristiques suivantes :** intensité des plaintes, forte attente initiale de prescription médicamenteuse, interaction avec un tiers dans la consultation comme en pédiatrie, des habitudes de prescription bien ancrées, comme par exemple en gériatrie. Le Dr Grun met aussi en évidence la répétition des situations de refus comme un facteur important de conflit, soulignant l'importance de **concevoir la réaction et l'acceptation du patient comme s'inscrivant dans la temporalité**, pendant la consultation mais aussi a posteriori de celle-ci. (35)

Plusieurs études suggèrent qu'il serait intéressant pour un médecin de connaitre ces profils rendant plus difficile l'usage rationnel du médicament. Le Dr Quien dans son étude, sur une importante cohorte, montre un impact significatif du temps de consultation sur la décroissance des prescriptions à partir de 30 minutes seulement (41).

Dans l'étude du Dr Grun, parmi les patients opposés à une limitation de la prescription médicamenteuse, 11% le restaient coûte que coûte, peu importe l'effort investi par le médecin. Environ l'équivalent acceptaient d'emblée. Entre ces deux proportions une majorité de patients présentaient un avis intermédiaire. Ce profil de patients étaient ceux qui selon le Dr Grun, en accord avec la littérature, sur l'entretien motivationnel et les stades Prochaska et Di Clemente notamment, présentait le plus d'intérêt à l'implication des médecins (35,64). Ils sont ceux qui sont le plus à faveur d'aboutir à la compréhension et l'acceptation, parfois durable, d'une limitation de prescription.

À l'inverse le Dr Juillard dans son étude sur le refus médical et le Dr Grun retenaient un investissement peu utile, couteux, conflictuel, des médecins face à des patients au profil réfractaire (35,52). Pour le Dr Grun, il avait semblé préférable pour

certains médecins, face à ce profil de rester dans une opposition ferme, quitte à aboutir à une rupture de la relation thérapeutique.

1.4. La prescription raisonnée, une problématique systémique ?

Un prescripteur évolue à la fois dans une société avec des rapports culturels à la santé et au médicament et dans un système de santé qui, s'il se dote d'une politique de santé en faveur, lui facilitera l'usage rationnel de ses prescriptions. Les déterminants individuels mis en évidence précédemment sont ainsi pour beaucoup en interdépendance avec des déterminants systémiques.

1.4.1. . Le rôle d'une politique dédiée à l'usage rationnel du médicament

Parmi ces déterminants systémiques, on retrouve tout d'abord l'existence d'une politique globale dédiée à l'usage rationnel du médicament, qui comprend une dimension économique. Cette politique est préférentiellement associée à :

- La mise en place d'un organisme de contrôle et rétrocontrôle muni d'un budget adapté aux ambitions fixées (3,6,65).
- L'adoption d'une liste nationale des médicaments essentiels (19) à partir de celle de l'OMS et des particularités nationales.
- Une évaluation claire du Service Médical Rendu et des risques de morbidités, lors de l'Autorisation de Mise sur le Marché de nouveaux médicaments et une réévaluation régulière des médicaments actuellement sur le marché afin de guider si besoin des directives de remboursements (6,13).
- Au développement et la promotion de la prescription des médicaments génériques et en Dénomination Commune Internationales (6,66,67) accentué par la limitation des mentions non substituables depuis janvier 2020 (68,69).
- L'amélioration des conditionnements et la procédure de délivrance à l'unité, dont le but est « d'éviter le gaspillage des médicaments », comme stipulé dans le récent Article L 5123-8 du Code de la santé publique dont l'entrée en vigueur est prévue début 2022 (70,71) .

- La sensibilisation de la société à la (sur)consommation des médicaments et l'exemple retenu de campagnes comme « les antibiotiques, ce n'est pas automatique » ou sur la rhinopharyngite (6). Cette sensibilisation facilite la prescription raisonnée par les médecins en améliorant l'éducation à la santé des patients, en les responsabilisant comme usager d'un système/bien de santé commun et en tendant à modifier leur rapport culturel au médicament.

1.4.2. Une amélioration indispensable des conditions d'exercice des professionnels

La densification médicale comme levier

Promouvoir l'usage rationnel du médicament signifie également cibler les prescripteurs en particulier, en favorisant tout d'abord des conditions d'exercice associées à une facilitation de pratiques prescriptives raisonnées et en prêtant attention à la densité médicale pour ajuster le nombre de prescripteurs au besoin de la population. En effet, la ressource médicale peut être rare et sous dense selon les secteurs géographiques. Lorsqu'elle est faible, elle peut avoir pour conséquence une contrainte organisationnelle pesant sur les médecins comme montré dans sa thèse du Dr Osadtchy (20). Cette contrainte organisationnelle est liée à une tension sur la consultation, qui peut aboutir à une pression de prescription par restriction du facteur temps ; cela indépendamment de la pression de prescription pouvant s'exercer au sein même de la consultation.

Encourager l'exercice coordonné et interprofessionnel

L'exercice coordonné et interprofessionnel est par ailleurs lui aussi un point important mis en avant dans les guides de l'OMS pour la promotion de l'usage rationnel du médicament (3,65). En effet, le manque de coordination a été identifié comme une entrave à la limitation des prescriptions par les médecins dans les thèses portant sur le sujet (21,22). Cet exercice peut prendre des formes variées, maison, pôle ou centre pluriprofessionnel de santé, communauté professionnelle territoriale de santé, groupement hospitalier de territoire, dispositifs de collaboration infirmier(e) Asalée[13], dispositifs de collaboration médecin – pharmaciens etc (72–74).

[13] Action de Santé Libérale en Equipe

Valoriser la médecine préventive

La valorisation de la médecine préventive, de l'éducation thérapeutique et des thérapeutiques non médicamenteuses (*mesures hygiéno-diététiques, alimentaire ou physique, soutien psychologique etc.*), est aussi un des déterminants importants de la prescription raisonnée, d'ailleurs facilité par l'exercice coordonné cité ci-dessus (3,20,21,41). En 2005, des usagers interrogés sur l'absence de proposition thérapeutique montrait que si l'absence complète de proposition thérapeutique pouvait être une gêne, ils n'étaient pas pour autant fermés à ce que la thérapeutique soit autre chose que le médicament (8).

La Haute Autorité de Santé reconnaît dans un rapport de 2011 l'intérêt de « *promouvoir une conception plus globale de la notion de « traitement » dans laquelle les prises en charge médicamenteuses et non médicamenteuses apparaissent comme complémentaires dans un objectif à la fois curatif et préventif.* ». Ce rapport précise d'ailleurs que le développement des TNM[14] passe principalement par *« l'évolution de la façon dont la collectivité (professionnels et patients) se représente la notion de « traitement ». Les représentations collectives étant à l'heure actuelle principalement centrées sur l'action médicamenteuse dans une perspective curative."* (75,76).

Plusieurs études suggèrent néanmoins une limitation de l'accès financier des patients à ces thérapeutiques non médicamenteuses. Si elle était amoindrie, cela pourrait faciliter davantage la limitation de prescription médicamenteuse quand elle s'envisage au profit d'autres thérapeutiques (20,21). À noter que la reconnaissance de ces thérapeutiques par la HAS[15] est différente de celle des médecines dîtes "non conventionnelles" qui regroupe un panel beaucoup plus large que les TNM citées préalablement et validées par les institutions sanitaires (77).

[14] Thérapeutiques non médicamenteuses
[15] Haute Autorité de Santé

À ce sujet, le Dr Gueguen, a soutenu en 2017 sa thèse de santé publique sur l'évaluation des médecines complémentaires à l'aune d'une médecine fondée par les preuves. Ce document référencé en bibliographie présente une intéressante approche de l'applicabilité aux médecines "non conventionnelles", des méthodes d'évaluation habituelles du médicament (essais contrôlés randomisés et méta-analyses). Il promeut ainsi une approche thérapeutique "rationnelle" globale, qu'elle soit médicamenteuse ou non (78).

L'encadrement des pratiques professionnelles et les incitations financières, des pistes probantes ?

Le mode de rémunération des médecins généralistes est un déterminant systémique important des conditions d'exercice favorable à la prescription raisonnée. La question de la tarification à l'acte au regard d'autres modalités comme le paiement au forfait peut se poser, notamment quand elle consiste en une limitation de la prescription médicamenteuse au patient. Le paiement par le patient en fin de consultation, comme évoqué précédemment, renforce tant du point de vue des médecins que des patients un réflexe consultation = ordonnance = médicament.

Les prescripteurs peuvent aussi être plus précisément ciblés par un encadrement de leurs pratiques, en faveur de pratiques de prescription médicamenteuses raisonnées. Cet encadrement peut être défini explicitement dans le cadre législatif, comme nous l'avons vu ci-dessus (14,15) mais aussi implicitement par des incitations à l'évaluation et à la correction de leurs pratiques professionnelles.

Il peut ainsi s'agir d'incitations « positives », par rémunération sur objectifs de santé publique (79). Ces incitations concernent tous les médecins généralistes libéraux conventionnés et ont été rapidement étendues à des spécialités comme la cardiologie, la gastro-entérologie ou l'endocrinologie. Elles recouvrent des critères à la fois préventif, curatif ou de suivi.

Concernant les médicaments, elles incitent à prescrire plus dans le répertoire des génériques, à limiter certaines classes thérapeutiques concernées par une sur prescription inappropriée, telles que les antibiotiques ou les benzodiazépines ou à orienter la prise en charge médicamenteuse vers des recommandations en vigueur (exemple de la metformine en première intention chez les patients présentant un diabète de type 2). Ces rémunérations à la « performance », pouvant s'élever jusqu'à 6,500 € par an en 2021, ont montré un impact important sur la pratique des médecins comme le montre le rapport de la caisse nationale d'assurance maladie en 2015 (80).

Il faut savoir qu'il n'existe pas actuellement d'incitations dites restrictives ciblant directement les prescripteurs. A titre d'exemple à l'échelle sociétale, on peut considérer comme incitation positive les campagnes de sensibilisation et restrictive le déremboursement des médicaments à faible SMR. Cependant, cette liberté relative de nos prescriptions médicamenteuses peut être ciblée.

En 2014, un rapport du commissariat général à la stratégie et à la prospective sur les liens entre l'assurance maladie et les professions libérales suggérait d'encadrer davantage les prescriptions des médecins par la création d'une part d'une option de convention liée à un choix réduit de prescription, jugées avec le meilleur rapport coût/efficacité ou encore par l'insertion de « malus » dans le calcul final de la ROSP[16]. Le potentiel d'économies de cette mesure était estimé entre 500 à 700 millions d'euros (81).

1.4.3. Une sécurisation nécessaire de la prescription

Diffuser les recommandations de bonne pratique, promouvoir un développement professionnel continu de qualité

La qualité de l'information sur le médicament apportée aux médecins est un enjeu de leur qualité de prescription. Il convient, aux institutions de santé, de fournir aux prescripteurs des recommandations de pratiques y compris prescriptives, fiables, harmonisées et actualisées (3,65).

[16] Rémunération sur objectifs de santé publique

En 2007 et 2008, deux rapports successifs de l'IGAS[17] sur l'information des médecins généralistes sur le médicament et la formation médicale continue, retrouvaient des difficultés chez les prescripteurs à sélectionner et hiérarchiser les sources d'informations auxquelles ils avaient accès ainsi qu'une faible adhésion au développement professionnel continu (27,84). L'information fournie pouvait être dans les deux cas influencés par des liens d'intérêts avec l'industrie pharmaceutique.

En 2013, le rapport Begaud revenait à postériori de l'obligation au Développement Professionnel Continu (2009) sur les faiblesses de la formation médicale continue (6). Il faisait part de l'enjeu à mettre en place, sous le contrôle d'un comité dédié, un référentiel commun accessible aux prescripteurs et recoupant des contenus harmonisés, validés, exhaustifs, actualisés, adaptés aux soins primaires et aux objectifs de santé publique. Ce rapport comparait ce portail « idyllique » au portail public anglais du NICE[18] qui recoupe la base internationale de médicaments British National Formulary, des publications scientifiques validées etc, et n'a pas à l'heure actuelle d'équivalence en France (85).

En parallèle, il apparait nécessaire de promouvoir des outils d'aide à la prescription, validés par les institutions d'instance, tels que des bases de données médicamenteuses. Cinq sont accréditées par la HAS, des bases privées comme le Vidal, la Base Claude Bernard et Thesorimed et publiques comme Thériaque ou la base de données gouvernementale (86,87). La promotion de logiciels d'aide à la prescription pouvant s'intégrer au logiciel métiers des praticiens favorise également l'usage rationnel du médicament (6,88).

Du fait comme explicité ci-dessus de l'absence de support d'informations sur le médicament et/ou d'outils de prescription harmonisé à l'échelle nationale, la France a la particularité de présenter de nombreuses initiatives de société savante indépendantes. Concernant les outils, on peut citer les exemples du Dictionnaire des Résultats de Consultation, portail numérique d'aide au diagnostic, édité par la Société Française de Médecine Générale ou des nombreuses Fiches Infos Patients mobilisable grâce à l'application de la revue Prescrire.

[17] Inspection Générale des Affaires Sociales
[18] National Institute for Health and Care Excellence

Il existe d'autres outils en faveur de l'usage approprié du médicament, notamment concernant la population gériatrique ou la prévention des effets indésirable liés aux médicaments. Dans ce registre, les critères STOPP[19] and START[20] sont intéressant à présenter succinctement, bien qu'il n'en existe pas encore de version numérisée les rendant véritablement pratique en routine clinique. Il s'agit d'une liste présentée par domaines physiologiques et classes médicamenteuse, recoupant d'une part 80 critères de prescriptions potentiellement inappropriées et d'autre part 34 critères de prescriptions potentiellement omises. Ces critères établis par un comité d'expert en gériatrie et pharmacothérapie issus de treize pays Européens, sont reconnus comme un outil fiable, exhaustif et efficient depuis leur première édition en 2008 (89).

Pour rappel, la qualité de l'information est un reflet de la qualité des prescriptions in fine. Garantir la diffusion d'un savoir médical dit « fiable », c'est garantir un savoir à la fois basé sur des données scientifiques en accord avec le principe de médecine fondée sur les preuves mais aussi indépendantes du lobbying.

Renforcer le caractère indépendant de la prescription

Sur ce dernier point, dans la quasi-totalité de la littérature utilisée pour définir le contexte théorique de cette étude figurait la notion de l'influence de l'industrie pharmaceutique. Elle s'exerce par lobbying et incitations financières, quel que soit l'échelle d'intérêt, institutions, prescripteurs, société et patients. En 2003 déjà, l'OMS publiait un document intitulé « Stratégie Pharmaceutique de l'OMS » à la suite de ses rapports de situations et directives sur l'usage rationnel des médicaments (90).

L'influence de l'industrie pharmaceutique est aussi le sujet de parutions régulières d'organismes comme la revue Prescrire ou l'association Formindep[21] (6,33,63,91,92). Elle se déploie par interférence avec le savoir médical cité plus haut, de la production de celui-ci par la recherche à l'édification de recommandations institutionnelles. De fait, elle limite l'accès des professionnels du soin à une (in)formation indépendante.

[19] Screening Tool of Older People's Prescriptions
[20] Screening Tool to Alert to Right Treatment

[21] Association pour une formation et une information médicales indépendantes de tout autre intérêt que celui de la santé des personnes.

Elle est également citée dans de nombreux travaux de thèse centrés sur des médecins (93–95). La relation entre ces derniers et l'industrie pharmaceutique est en effet basée sur une interdépendance dont les limites sont souvent floues et peuvent interagir avec l'impartialité du médecin en matière de prescription.

Par conséquent, l'encadrement du lobbying pharmaceutique, notamment celui opéré directement auprès du prescripteur, est ciblé par les directives de promotion du bon usage du médicament tant internationales que nationales (90).

Les scandales sanitaires des années 2010 (Mediator), l'exposition médiatique grand public de la prépondérance des conflits d'intérêts (exemple du documentaire les « Médicamenteurs » (96)), confirmé par de multiples rapports (OMS, Ministère de la santé, IGAS, DGS[22] (6,27,65)), ont accélérés les politiques d'encadrement en la matière de lobbying pharmaceutique.

Des évolutions ont été faîtes tant envers les médecins en exercice que ceux en formation. (Encadrement des visiteurs médicaux, loi transparence santé, site transparence.santé.gouv.fr et son équivalence eurofordocs.fr, politique du #NoFreeLunch, restriction du financement des formations d'internes notamment spécialistes etc. (6,87,97–99)). Ces évolutions pourraient s'apparenter certes à une tentative vaine de domestication d'une hydre mais sont tout de même notables.

Néanmoins, dans une politique en faveur d'un usage rationnel des médicaments et de prescription raisonnée, la pharmacie a toute sa place et ne peut être seulement diabolisée. Elle a un rôle primordial dans la pharmacovigilance par des institutions nationales comme des comités locaux hospitaliers ou ambulatoires auxquels le médecin généraliste peut se référer. Plus encore, il existe un réel enjeu de valorisation du rôle de clinicien du pharmacien, en partie par la promotion de sa collaboration avec le médecin et de son implication dans les procédures de réévaluation des prescriptions médicamenteuses (65,100).

[22] Direction Générale de la Santé

1.4.4. Un usage rationnel du médicament qui se construit dès la formation initiale

Dans toutes les études abordées ci-dessus, qu'elles analysent des déterminants systémiques ou individuels d'usage rationnel du médicament ou plus spécifiquement de prescription raisonnée, la place de la formation des prescripteurs est une constante. Elle y apparaît répétitivement comme enjeu primordial de la promotion d'un usage rationnel du médicament.

Celle-ci commence dès le début des études de médecine (formation initiale) et se poursuit au long de l'exercice du médecin généraliste par la formation continue, nommée développement professionnel continu par les institutions.

La formation initiale apparaît comme un moment charnière de constitution du rapport au médicament, de sensibilisation à son usage rationnel et d'acquisition de bonnes pratiques de prescription. Elle pourrait ainsi avoir une incidence au long cours sur la pratique du médecin comme le suggère d'ailleurs le Dr Bourbon dans son étude (21).

***

La revue de la littérature montre que l'usage rationnel du médicament est un enjeu sanitaire et économique à l'échelle planétaire. La France, encore aujourd'hui, présente des indices de consommation et de prescription importants, notamment en comparaison à ses voisins. La part de ces médicaments prescrits jugés inappropriés est un paramètre difficilement évaluable mais elle était estimée à 25% en 2005. Elle inclut tant des médicaments mal prescrits, ou prescrits sans fondement rationnel ou que mal réévalués et non arrêtés.

Les prescripteurs ont donc un rôle certain dans l'usage rationnel du médicament, d'ailleurs inscrit dans leur cadre légal d'exercice et mentionné par les institutions tant internationales, comme l'OMS, que par les politiques de santé nationales.

Les déterminants liés à la prescription sont multiples, systémiques, individuels et font intervenir un ensemble d'acteurs. La prescription ne dépendrait donc pas que du prescripteur. Nous ne pouvons pas ainsi aborder l'usage et la prescription rationnelle du médicament que par la seule responsabilité du praticien. Néanmoins, celui-ci est un des déterminants clés et le garant in fine du contenu rédigé sur une ordonnance.

Des ressources et freins liées à la limitation de sa prescription, au moins prescrire, voir ne pas prescrire, ont été mises en évidence par plusieurs études portant sur des médecins généralistes ou des patients et montrent que l'exercice est difficile. Elles se recoupent, sans surprise, en partie avec les déterminants généraux de la prescription et de l'usage rationnel du médicament. L'ensemble de ces études aborde la question de la formation initiale comme élément fondamental d'une politique de santé en faveur d'un usage rationnel du médicament. Pour ces raisons, elle est l'objet d'étude principal de ce travail de recherche.

2. Cadre théorique et méthodologique

2.1. Problématique de recherche

2.1.1. Questions de recherche

La naissance de ce sujet de recherche est issue d'une réflexion personnelle, initiée principalement lors de mes stages en médecine ambulatoire. Confrontée à l'incertitude, j'ai pu constater par moi-même ou par les praticiens m'encadrant qu'à de nombreuses reprises l'approche thérapeutique était perçue uniquement par le médicament. J'ai donc souhaité interroger sa place et son bon usage dans ma pratique, notamment d'interne en médecine générale.

A cet égard, j'ai voulu questionner plus précisément le rapport des internes au médicament et à la prescription, leur sensibilité à l'usage rationnel du médicament. Quelles sont leurs pratiques prescriptives, notamment raisonnées ? Sur quelles démarches se construisent-elles ? Rencontrent-ils, comme les médecins en exercice, des difficultés à limiter leur prescription ? Si oui, ces difficultés sont-elles liées aux mêmes déterminants ? Mobilisent-ils les mêmes ressources ?

Enfin, compte-tenu de leur statut d'étudiant, comment la formation intervient en tant que déterminant (limitante et ressource) dans leur pratique de prescription raisonnée ?

Mes premières recherches ont pu révéler le manque d'études portant sur le rapport à la prescription et à l'usage rationnel du médicament des internes, ou sur la limitation de prescription médicamenteuse chez ces derniers. Par conséquent, le choix d'étudier cette population apparait d'autant plus pertinent pour comprendre la manière dont la formation pendant l'internat semble impacter ces rapports, la construction de la démarche prescriptive et favoriser ou non chez les médecins un usage rationnel du médicament.

2.1.2. Définition de la problématique

Cette étude, intitulée « *Moins prescrire, mieux prescrire ? Analyse qualitative du rapport à la prescription médicamenteuse d'internes de médecine générale.* » s'intéresse aux représentations de la prescription, aux pratiques prescriptives et aux déterminants d'un usage rationnel du médicament d'internes de médecine générale de la faculté de Marseille au cours de leur formation.

2.1.3. Eléments définitionnels

Si de nombreux termes, associés à la prescription et à l'usage rationnel ou irrationnel du médicament, ont été présentés dans la revue de littérature, il convient de préciser la définition de notions-clés qui seront mobilisées dans l'analyse.

Les médecins interrogés dans les études citées précédemment intègrent la réflexion sur leurs prescriptions comme inhérente à un usage rationnel du médicament. Moins prescrire fait pour eux référence tant à l'initiation des médicaments, qu'à leur réévaluation et éventuelle déprescription (21–23).

Pour reprendre les termes évoqués dans la revue de littérature, la prescription inappropriée se réfère à l'usage non adapté d'une prescription justifiée et à l'initiation ou au maintien (non-déprescription) d'une prescription non justifiée. En corollaire, celui de prescription raisonnée -en termes d'usage rationnel du médicament- est relié à des prescriptions adaptées et justifiées.

Dans un contexte de « sur » prescription, un rapprochement peut être fait entre la prescription raisonnée et le fait de moins prescrire, de limiter sa prescription voire de ne pas prescrire de médicament.

Dans cette étude, **seront explorés principalement le rapport, la réflexion et les déterminants liés à des pratiques de prescriptions raisonnées, notamment en lien avec la formation.** Nous faisons le choix d'une notion d'ordre général, qui permet de ne pas orienter les participants sur les notions d'adaptation, de justification, d'initiation ou de déprescription.

2.1.4. Objectifs de l'étude

Cette étude poursuit plusieurs objectifs :

- Comprendre le rapport à la prescription médicamenteuse et à l'usage rationnel du médicament chez des internes de médecine générale.
- Identifier chez ces internes les pratiques de prescription raisonnées et leurs déterminants (limitantes et ressources).
- Explorer les liens entre les déterminants de prescriptions raisonnées et la formation des internes de médecine générale

En termes d'impact sur l'exercice de la médecine, elle vise à explorer d'éventuelles pistes pour une amélioration des pratiques prescriptives s'intégrant dans un usage rationnel du médicament en formation initiale.

2.2. Méthodologie

2.2.1. Type d'étude

Mon choix s'est porté sur la réalisation d'une étude exploratoire en méthodologie qualitative. Cette méthode semble la plus adaptée lorsque le sujet d'une recherche porte sur l'étude de phénomènes sociaux comme l'ont théorisé Creswell, Mays et Pope dans les années 1990. Elle permet de dégager des pistes, de construire des hypothèses et des théories qui pourront par la suite être explorées et testées par le biais d'études quantitatives. Mon travail de recherche se centre donc sur l'analyse d'un phénomène, à savoir la prescription médicamenteuse raisonnée, en termes d'usage rationnel du médicament, dans un environnement précis qu'est la formation initiale.

2.2.2. Protocole d'étude

Revue de littérature

Pour orienter la revue de littérature, un premier travail de définition des questions de recherche et éléments problématiques a été réalisé, il a permis d'identifier les mots clefs utilisés indépendamment et en recherche croisée pour élaborer la revue de littérature.

En français :

- Médecine Générale ; Médecin Généraliste ; Interne ;
- Non prescription ; Prescription ; Médicament ; Usage Rationnel du Médicament ; Déterminants de prescription ;
- Formation ;
- Rapport ; Ressenti ; Perception ; Relation à la Prescription ; Pression de prescription ; Refus ; Conflit ;

En anglais :

- Non Prescription drugs ; Prescription Drugs products ; Rational drug use, Non – Drug Prescription ;

Les bases de données utilisées pour élaborer la revue de la littérature sont les suivantes : Sudoc, Thèses.fr, Google Scholar, PubMed, Le cairn.info, Web of science, Science Direct, Cochrane, AMU Bibliothèque.

Echantillonnage et matériel méthodologique

Cette étude a été réalisée sur la base d'entretiens individuels semi structurés, c'est à dire basés sur un guide d'entretien comprenant des questions ouvertes. J'ai conduit ces entretiens auprès de dix internes de médecine générale de la faculté d'Aix Marseille. Pour ce faire, je me suis appuyée sur un guide d'entretien standardisé préétabli à partir des données de la littérature sur le sujet[23]. J'ai procédé à une analyse des premiers entretiens afin de tester la pertinence du guide d'entretien et de me laisser, du fait notamment du caractère exploratoire de l'étude, la possibilité d'une évolution de celui-ci lorsque jugé d'intérêt.

[23] La standardisation du guide d'entretien figurant parmi les critères de validité d'une étude qualitative

Les participants ont été recrutés en boule de neige à partir de 3 internes initiaux, de promotion, de géographie et de fréquentation séparées. Afin d'améliorer la variabilité d'échantillonnage, qui est un critère de qualité d'une étude qualitative, une recherche en variation raisonnée a été appliquée en définissant au préalable des variables susceptibles d'influencer les résultats et cherchant la variation de ces paramètres au fur et à mesure du recrutement,

Les variables proposées sont les suivantes : genre, âge, semestre d'étude, pratique du remplacement, nombre de semestres ambulatoires, expérience de la médecine générale préalable à l'internat.

Le critère d'inclusion principal était le suivant : être en 3ème cycle d'études de médecine générale. Je n'ai pas retenu de critères d'exclusion souhaitant explorer ma question de recherche en gardant une variabilité maximale des semestres d'étude et du nombre de stages ambulatoires.

Recueil du consentement

En ce qui concerne le consentement éclairé des participants, celui-ci a été recueilli au préalable des entretiens (fiche annexe). L'étude n'a pas porté sur un protocole interventionnel sur personne humaine. En outre, les données retranscrites ne sont pas à caractère personnel ou sensible et sont anonymisées. Les participants sont des professionnels de santé en étude, jugés comme des personnes non vulnérables et en capacité d'un consentement éclairé. De ce fait, cette recherche n'est pas concernée par la loi Jardé n° 2012-300 du 5 mars 2012 relative à la recherche sur des personnes humaines. Elle est en accord avec les dispositions du Règlement Général de la Protection des Données et de la Commission Nationale Informatique et Libertés et n'a pas mis en jeu des questionnements sensibles relevant d'un avis du Comité d'Ethique.

Support technique

Le support technique a consisté à des enregistrements audios d'entretiens à la fois présentiels et téléphoniques. Le recueil de données ayant été réalisé principalement pendant les premières vagues de la pandémie COVID-19. Une attention particulière a été portée à la posture vis-à-vis des interviewés pendant les entretiens, en formulant de manière ouverte les questions du guide et en maintenant la neutralité de mes propos.

Les entretiens se sont arrêtés après dix internes, sur le principe de saturation des données entre les interrogés et en rapport avec la revue de la littérature. J'ai ensuite procédé à la retranscription de l'intégralité de ceux-ci puis à l'analyse. Le compte rendu intégral de ceux-ci est laissé accessible au lecteur dans un document annexe, sur demande auprès du chercheur.

Méthodologie d'analyse des données

Mon choix s'est porté sur la méthodologie d'analyse thématique (analyse de contenu) théorisée par C. Paillée en 1996, à partir de l'analyse en théorisation ancrée. Elle se structure en trois étapes : réduction des données – condensation/codage - interprétation.

Il s'agit premièrement d'élaborer une grille d'analyse thématique décrivant les différents thèmes mobilisés dans la présentation des résultats à partir de la revue de la littérature préalable, ce qui a pour but de limiter le biais d'interprétation inhérent à la subjectivité du chercheur. La grille thématique étant un support évolutif, elle a été réalisée à partir des connaissances *a priori* puis a évolué de manière inductive tenant compte des apports du texte.

Deuxièmement, un travail de codage a été effectué. Il a consisté, après lectures itératives et systématiques des corpus, à repérer les passages du texte significatifs, des unités de sens nommées verbatim, mises en lien avec la grille d'analyse thématique. J'ai procédé dans un premier temps à un codage manuel au fur et à mesure des entretiens, étayé par une double lecture par ma directrice afin de renforcer la qualité et la reproductibilité de mon analyse. J'ai par la suite associé le support de codage et d'analyse N'Vivo afin de faciliter et de minimiser la subjectivité dans la condensation et l'interprétation des données, du fait d'être seule chercheur. J'ai en parallèle relevé les extraits les plus probants afin de les citer en appui des hypothèses formulées dans mon analyse.

J'ai ensuite effectué une distribution statistique des éléments recueillis afin d'établir la fréquence des différents thèmes (tri à plat) et de mettre en corrélation les thèmes, notamment au regard des caractéristiques/sous caractéristiques des sujets interviewés (tri croisé).

Enfin, j'ai réalisé l'interprétation des résultats à partir du codage et des résultats de la distribution statistique ayant servi à l'élaboration de théories commentées dans la discussion.

Ecriture des résultats

Une attention particulière a été portée au respect des critères COREQ[24] et des conseils sur la méthodologie qualitative fournis par la Faculté de Médecine et l'Université d'Aix Marseille. Les références à la bibliographie et aux abréviations se sont faites dans le respect critères Vancouver et avec l'utilisation de l'outil Zotero.

L'ensemble des sources utilisées pour la construction méthodologique sont reportées en bibliographie (101–117)

[24] Consolidated Criteria for Reporting Qualitative research

3. Analyse

Présentation de la trame d'analyse

L'ensemble des données recueillies ont été analysées selon les étape décrites dans la partie méthodologie. En annexe est joint le corpus d'entretiens au complet ainsi que la grille de codage utilisée en association avec le logiciel Nvivo. Un code typographique (*italique)* est utilisé sur cette grille pour mettre en avant les données de la revue de la littérature.

La rédaction de l'analyse met en évidence diverses pistes de travail qui seront abordées successivement selon un enchaînement logique orienté par les objectifs de l'étude :

- *Rapport à la prescription médicamenteuse des internes ;*
- *Appropriation de l'usage rationnel du médicament ;*
- *En pratique, freins et ressources de prescription raisonnée*
- *Démarche scientifique de prescription – pertinence et évolution*
- *Implication du déterminant formation dans les pratiques prescriptives – freins et ressources ;*

Description de l'échantillon

L'échantillon contient 10 participants, tous internes de médecine générale de la Faculté de Médecine d'Aix Marseille Université.

Parmi les variables d'ajustement préalablement identifiées, il y a premièrement une parité femmes/hommes. Deux internes, E1 et E3 ont un âge supérieur à la moyenne, lié au fait d'avoir mené des études préalables, tous deux de sciences politiques dans des facultés différentes. Deux internes (E2 et E8) n'ont pas eu l'occasion de réaliser un stage de médecine générale ambulatoire au préalable de leur choix d'internat. Trois internes (E2, E7, E10) étant en 1er semestre aux urgences, n'ont pas encore effectué leur maîtrise de stage de Niveau 1. E2 est la seule interne à n'avoir jamais expérimenté la pratique de la médecine générale.

Sur les trois internes légalement autorisés à effectuer des remplacements de médecine générale, seul un en a effectué (E1).

Enfin, la répartition des semestres a été plus difficile à obtenir, avec 5 participants sur dix en première année d'internat. Ainsi on constate qu'il y a trois 1ers semestres (E2, E7, E10) tous trois aux urgences, deux 2ièmes semestres (E2, E4) tous deux en stage de médecine générale de niveau 1, deux 3ièmes semestres en stage de médecine adulte hospitalière ; un 4ième semestre en stage couplé de gynécologie et pédiatrie hospitalière ; un 5ième et un 6ième semestres, tous deux en Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée.

Individu	Age	Genre	Expérience préalable de la médecine générale	Nombre de semestres ambulatoires	Pratique du remplacement	Semestre d'étude
E1	30 - 35	H	Oui	2	**Oui**	S6
E2	26 -30	F	Non	**0**	Non applicable	S1
E3	30 - 35	H	Oui	**3**	Non	S5
E4	26 -30	F	Oui	1	Non applicable	S2
E5	25	H	Oui	1	Non	S4
E6	26 -30	F	Oui	1	Non applicable	S3
E7	25	H	Oui	**0**	Non applicable	S1
E8	26 -30	F	Non	1	Non applicable	S3
E9	26 -30	H	Oui	1	Non applicable	S2
E10	25	F	Oui	**0**	Non applicable	S1

Types d'entretiens : P = Présentiel ; T = Téléphonique

Individu	Entretien
E1	P
E2	P
E3	T
E4	P
E5	T
E6	T
E7	T
E8	P
E9	T
E10	T

3.1. Le rapport à la prescription médicamenteuse et à l'Usage Rationnel du Médicament des internes :

3.1.1. Des débuts difficiles : stress, inexpérience et sentiment de manque de compétences

Le droit de prescription médicamenteuse a été associé à un ressenti initial négatif (8/10). On retrouve majoritairement les sentiments suivants : *Anxiété, peur, stress de l'erreur médicale* et *difficulté*.

> *« Au tout début j'avais peur de mal faire, j'avais peur de me tromper dans le choix des prescriptions, dans les dosages, dans plein de choses. » - E6*

Les internes associent ce ressenti au premier plan avec leur *inexpérience et une impression de manque de compétences* et donc d'*autonomie*.

« Je n'ai pas assez d'expérience pour penser à tout encore » - E2

« Pour l'instant je ne me sens pas encore très autonome sur tout ce qui est prescription ou même prise en charge globale les patients mais je suis en train de me faire de l'expérience. » - E4

Parmi les ressentis associés à la prescription, on peut parfois retrouver de la culpabilité. E4 par exemple partage son sentiment de « s'exercer » sur les patients. Son inexpérience représenterait alors un surrisque d'erreur de prescription.

« Je trouve ça toujours un peu délicat de me dire que je suis en train d'apprendre sur une vraie personne. » - E4

Les internes ressentent, quasiment d'ensemble (9/10), une inadéquation entre les compétences et responsabilités demandées pendant l'internat et celles qu'ils estiment déjà avoir à la suite de l'externat. L'externat est associé à un apprentissage théorique mis en opposition à l'apprentissage majoritairement pratique de l'internat. Le médicament y est abordé par indication de grandes classes thérapeutiques, sans réel approfondissement pharmacologique ou de la variabilité de molécules sous-jacente. L'objectif de l'externat étant avant tout de former l'étudiant de médecine à l'approche diagnostique.

« Pendant l'externat, on apprend beaucoup mais surtout sur le versant diagnostic, pas assez sur le versant thérapeutique le « bon bah maintenant, qu'est-ce que l'on fait ». » - E9

« En tant qu'externe, on n'apprend pas forcément les différents médicaments, leurs posologies. On apprend les grandes lignes, les grands traitements mais il y a plein de choses que l'on n'apprend pas. » - E10

« Tu sais que le Doliprane c'est 1g, mais en gros c'est à peu près tout ce qu'on sait » - E6

Les internes interrogés estiment ainsi manquer de connaissances sur les points suivants : *Nom des molécules, indications et contre-indications, posologie, durée et mode d'administration ; a*insi que pour certains sur les *règles administratives*.

Trois participants font part également de leur contentement lié à l'acquisition du droit de prescription, correspondant au fait avec l'internat d'évoluer vers une prise en charge complète, globale du patient, incluant la prise en charge thérapeutique.

> *« J'étais très contente de voir que je pouvais enfin passer à l'étape suivante après l'externat où c'était assez frustrant de faire les soins (...) mais d'avoir tout un pan que j'oubliais derrière parce que je ne m'occupais pas de la prescription. » - E2*

3.1.2. Bien prescrire et usage rationnel du médicament, deux définitions correspondantes ?

Une prescription adaptée, justifiée par la science, nécessaire, efficace, sécuritaire

Aux yeux des participants, une bonne prescription médicamenteuse possède les caractéristiques suivantes : être *adaptée* *(5/10)* (bon médicament, bonne indication, bonne durée), être *justifiée* par des *recommandations* basées sur des *données scientifiques dites en Evidence Based Medecine* *(5/10)* **et** être nécessaire *(4/10)*.

> *Une bonne prescription, c'est déjà se poser la question de « est que c'est vraiment indiqué de le faire ? » parce qu'il y a des prescriptions qui peuvent être plutôt empiriques et d'autres plutôt basées sur des recommandations. – E4*

Elle est aussi attendue pour son efficacité face à l'indication initiale *(4/10)*., ce qui apparaît être pour ces internes un critère de jugement principal de la qualification de « bonne » prescription. Une bonne prescription se doit aussi d'être sécuritaire c'est à dire avec le moins d'effets secondaires pour l'efficacité, la meilleure balance bénéfice/risque *(7/10)*. Cela consiste à partir des traitements les moins à risques *(2/10)* *et* à prendre en compte les contre-indications et interactions médicamenteuses en fonction du terrain du patient. (8/10)

« Une bonne prescription « c'est ce qui va permettre de répondre à la problématique que présente le patient, en étant plus bénéfique par une prescription que délétère. » - E6

« On s'adapte à la personne en face qui peut avoir une intolérance aux AINS[25], un ulcère à l'estomac, une insuffisance rénale » – E1

« Pour les troubles du sommeil je vais plutôt prescrire de la mélatonine que commencer par un hypnotique, parce que je sais que c'est moins addictif » – E8

« Par exemple sur les antalgiques, j'essaie de le faire de façon assez systématique (…) de partir de l'antalgique le plus simple » - E4

Une prescription centrée sur le patient (8/10)

Sept participants intègrent aussi le patient dans leur définition d'une bonne prescription, c'est-à-dire faire des prescriptions répondant au mieux à ses problématiques, avec une écoute du patient et une décision au maximum partagée soit une décision comprise et acceptée.

Trois participants se réfèrent par ailleurs, à la marge de cette décision partagée, à l'adaptation aux critères socioéconomiques, c'est-à-dire aux moyens financiers et aux capacités de compréhension et d'utilisation des prescriptions par les patients.

Ce coût de la prescription est également relié pour quatre participants aux coûts pour la société dans un système de santé déjà économiquement fragile. E4 et E7 évoquent par ailleurs le respect de règles de présentation des ordonnances, tant administratives (*prescription de soins paramédicaux, de matériel, notion non substituable etc.)* que visuelle (*notamment via rédaction numérique imprimée*) pour en faciliter la compréhension par le patient ou d'autres intervenants du soin.

« Une prescription qui peut apporter quelque chose au patient, qui soit en correspondance avec sa demande et ses symptômes. » - E7

« Une bonne prescription c'est une prescription qui est comprise par le patient et acceptée par celui-ci, qui répond à ses besoins et ses attentes » - E1

[25] Anti Inflammatoires Non Stéroïdiens

« J'essaie déjà de prendre en compte le prix, de prescrire ce qui coûte le moins cher, même si le médicament est remboursé à 100%. » - E9

« C'est une ordonnance qui est compréhensible aussi, avec une posologie claire, avec une durée de traitement claire, si possible une ordonnance qui soit écrite à l'ordinateur pour qu'il n'y ait pas de problème de lecture » – E7

Une ordonnance minimaliste (5/10)

Enfin, il est intéressant de noter que cinq internes rattachent à leur représentation de bonne prescription médicamenteuse la notion de minimalisme de leurs ordonnances, cela avant toute question sur l'usage rationnel du médicament ou la prescription raisonnée et sans connaissance d'autres motifs de l'étude que celui la « prescription ». E5 ou E9 parlent ainsi d'ordonnance la plus minimale possible en termes de nombre et de durée de traitement. E6 considère qu'une « bonne prescription ce n'est pas forcément prescrire un médicament ».

« Une bonne prescription c'est une prescription qui a lieu d'être, ne pas prescrire pour rien, qui est la plus minimale possible, qui est la plus efficace possible, prescrire le bon médicament pour la bonne maladie, pour la bonne durée, avec le moins d'effets secondaires, éventuellement prenant aussi en compte les caractéristiques socio-économiques des patients. (…) parce qu'ils n'auront peut-être pas les mêmes moyens pour l'acheter, pas forcément les mêmes capacités à l'utiliser. » - E5

« Ce n'est pas forcément prescrire un médicament. Si répondre à sa problématique c'est sortir sans ordonnance ça me va aussi en fait. » - E6

Dans la partie suivante sera présentée la manière dont les internes semblent s'approprier l'usage rationnel du médicament et en tant que prescripteur, à savoir la prescription raisonnée.

Une vision positive de l'usage rationnel du médicament (9/10), des caractéristiques similaires à « bien prescrire »

Les internes de cette étude semblent s'approprier l'usage rationnel du médicament en tant que prescripteur (prescription raisonnée) de manière relativement similaire à leur définition de bonne prescription. D'ailleurs, trois d'entre eux en font directement la comparaison.

> *« Je pense que moins prescrire est un gage de qualité des prescriptions » - E5*

On retrouve ainsi l'idée qu'une prescription doit être justifiée à partir de recommandations scientifiques dîtes en Evidence Based Medecine (médecine basée sur des faits scientifiques établis et reconnus) (2/10).

> *« Prescrire des médicaments qui sur le plan EBM[26] ne sont pas mieux que du placebo, pour moi ça ne me va pas, ça ne correspond pas à ce que j'ai envie de faire » - E3*

On retrouve également les notions de prescription nécessaire (7/10). Pour E3, E4 et E5 ni le droit de prescrire, ni les recommandations ne font d'office la nécessité d'un médicament. La prescription doit ainsi contenir « juste ce qu'il faut », c'est-à-dire ni trop en termes de nombre de molécules et de durée de traitement mais aussi ni « pas assez » pour E6. Nécessaire, pour six des internes signifie également « quand il faut » soit non systématique.

> *« L'usage rationnel du médicament c'est : n'utiliser les médicaments que si c'est nécessaire. » - E7*
>
> *« Même si l'on a le droit de prescrire un médicament, ça ne veut pas forcément dire qu'il faut le prescrire. » - E5*
>
> *« Une bonne prescription, ce n'est pas donner un médicament juste parce qu'on a appris que l'on mettait cela dans telle pathologie. » - E10*

[26] Evidence Based Medecine

Les internes intègrent dans le terme d'usage rationnel du médicament les notions de moins prescrire (8/10), de prescription minimaliste mais aussi de déprescription (3/10), notamment à l'occasion de réévaluations d'ordonnance.

« L'usage raisonné, ça me fait penser à ne pas donner trop de médicament, ne pas surcharger les ordonnances. Ça correspond pour moi soit à essayer de faire des prescriptions courtes et donner le moins de médicaments possibles, essayer de ne prescrire que les médicaments qui ont une utilité clinique » - E8

« Si je pense aux prescriptions où j'ai été le plus satisfait, ça a été celles où je me suis dit « tiens j'ai réussi à déprescrire un médicament ou à ne pas en initier un inutilement » - E1

« Je pense que quand on est bon prescripteur, on sait supprimer des médicaments qui ne sont pas nécessaires. » - E4

« Dans le cadre d'un renouvellement d'ordonnance (…) savoir si c'est toujours pertinent de poursuivre le traitement comme tel ou s'il faudrait changer les posologies. » - E7

L'usage rationnel du médicament, un temps de réflexion impartit (4/10)

Au total, la prescription nécessite d'être évaluée à chaque prescription, qu'elle concerne des traitements à initier ou en cours. L'usage rationnel du médicament est de ce fait associé à un temps imparti inhérent à la réflexion et l'évaluation par le médecin des prescriptions figurant sur une ordonnance.

« Pour moi, il y a une notion de réfléchir sur l'impact d'une prescription. Qu'est-ce que le patient peut en tirer comme bénéfice, où se situe la balance bénéfice-risque, qui est à prendre en considération pour chaque prescription que ce soit médicamenteux ou un examen paraclinique ? Quand on est dans une situation grave, on réfléchit moins à l'impact que peut avoir le médicament sur le malade. Dans une urgence vitale tu n'as pas 4h devant toi quoi. Mais dans tous les autres cas je pense que c'est important de réfléchir sur la pertinence de mettre en place un traitement par rapport à un autre. » - E10

Quelques divergences avec la définition de bien prescrire sont mises en évidence.

Un soin “encore plus” centré patient (7/10) – Décision partagée – prise en compte des représentations du malade

Pour la majorité des participants, une prescription raisonnée revient aussi à mettre le patient et son bien être encore plus au centre des préoccupations de la consultation. C’est donc une attitude perçue comme étant meilleure pour lui, mieux à même de répondre à sa problématique. Pour E3, ne pas limiter sa prescription, trop prescrire, apparaît comme donner de « faux espoirs » aux patients, par le biais d’une thérapeutique médicamenteuse inadaptée à leurs problématiques. Pour les participants Une attitude visant à une prescription raisonnée semble favoriser l’adhésion et l’observance des patients à la décision thérapeutique et par là même participer à une bonne relation médecin – patient.

« Je n’aime pas donner de faux espoirs aux gens » - E3

« Pour moi l’objectif principal c’est le bien-être du patient, son adhésion au traitement et de répondre au mieux à ses problématiques. » - E8

« Par exemple, avec une prise au lieu de deux, on a plus de chance d’avoir l’observance du patient. » – E8

Pour plusieurs participants, cela implique qu’un usage rationnel du médicament s’associe au fait d’être capable de prendre en compte les représentations que peut se faire le patient de la maladie ou du médicament.

« Il faut s’adapter aux gens. Ce n’est pas uniquement la prise en compte des effets secondaires et des contre-indications, c’est aussi la prise en compte de la personne dans son système de représentation. » - E1

« On doit aussi comprendre les besoins et les plaintes des patients, parce que je pense qu'un malade a besoin d'être écouté. Parfois ça suffit comme médicament finalement et c’est ça le traitement. » - E10

Une capacité à refuser (4/10)

Indépendamment de l'importance accordé aux représentations des patients, quatre des internes défendent la légitimité de leur opinion dans la décision thérapeutique, d'autant plus si elle vise à limiter une prescription médicamenteuse. La capacité à s'opposer à une demande paraissant inappropriée est ainsi rattachée à leur définition de l'usage rationnel du médicament.

> *« Ça me fait aussi penser à ne pas vouloir prescrire à la demande du patient parce que si l'on ne voit pas l'indication d'une prescription ce n'est pas rationnel de prescrire. » – E9*
>
> *« L'usage rationnel du médicament, je dirais que c'est savoir dire à un patient quand ses problèmes ne nécessitent pas de prendre des médicaments. » – E7*
>
> *« C'est une prescription où le médecin ne se sent pas forcé de faire des choses qu'il n'a pas envie de faire. » - E3*

Un plus grand intérêt envers le coût du médicament (6/10)

La notion de coût du médicament semble plus considérée dans la définition des internes d'une prescription raisonnée. Cinq d'entre eux insistent plus sur la prise en compte du coût pour la société, dans un système de santé dont l'interne a conscience de la complexe pérennité économique. E8 et E9 parlent plus précisément du coût comparé des médicaments au sein d'une même classe thérapeutique qu'il serait bon de prendre en compte dans le choix d'une prescription par rapport à une autre, associé à son indication initiale. E3, quant à lui, centre cette question du coût sur l'utilité ou non du médicament, avec une posture de « quoiqu'il en coûte » quand un médicament lui paraît réellement pertinent dans la prise en charge d'un patient.

> *« Faire moins consommer de médicaments au patient et puis pour le côté économique aussi la sécurité sociale qui rembourse tout ça alors que c'est inutile. » - E2*

Une pratique plus sécuritaire (8/10)

Pour la plupart des internes, la prescription médicamenteuse est vue comme une intervention médicale, qui en tant que telle est associée à un risque inhérent pour le patient. La prescription raisonnée étant assimilée au fait de moins prescrire, donc à une moindre intervention médicale, elle est donc perçue comme plus sécuritaire. Pour E1 et E6, elle recentre la réflexion du soin sur le « Primum Non Nocere », notamment, comme l'évoque 4 des participants, envers des populations plus fragiles comme les personnes âgées. Cet enjeu sécuritaire semble être l'un des principaux arguments mobilisés en faveur de la prescription raisonnée.

« Même si la prescription en elle-même est justifiée, qu'il y a un avantage à prescrire, il y a toujours un risque induit avec les médicaments, donc on doit faire attention tout le temps. » - E9

« Souvent, je me répète Primum non Nocere *: premièrement ne pas nuire aux patients. C'est-à-dire si ce médicament peut nuire autant ne pas le mettre. » - E1*

« Si tu t'appliques à être dans le ni plus ni moins, que tu es juste sur ta prescription, tu es plus crédible pour avoir une observance thérapeutique et tu es moins néfaste sur le plan de la santé qu'à prescrire trop ou pas assez. Tu restes dans le ne pas nuire et répondre à la problématique du patient. » - E6

Une place laissée au soin non pharmacologique (5/10)

Pour cinq des participants, la prescription raisonnée correspond aussi à laisser place à d'autres modalités du soin. Des thérapeutiques alternatives, non médicamenteuses, ou tout simplement le pouvoir de guérison non pharmacologique, spontané de nombreuses maladie bénignes et aigues.

« Aussi donner d'avantage d'importance au pouvoir de guérison non pharmacologique (…) Je trouve que la médecine allopathique a un peu retiré aux personnes leur pouvoir de se soigner elles-mêmes. » - E1

« On essaie de leur faire comprendre qu'en se rinçant bien le nez, qu'en ayant une bonne hygiène, on peut ne pas avoir à prendre de médicament, ni d'antibiotiques dans ces moments-là. » - E9

A propos de la maladie d'Alzheimer « je ne suis pas d'accord avec l'idée que les patients ne puissent pas comprendre qu'il n'y a pas de traitement chimique efficace, d'entendre que malheureusement leur état psychique se dégrade à cause d'une maladie que l'on ne sait pas traiter. Mais justement peut être qu'il y a d'autres choses à faire contre la maladie d'Alzheimer, que les gens soient moins isolés, qu'ils puissent faire de la musique, de la danse, qu'ils aient des animaux à domicile. On sait que tout cela améliore les patients atteints de maladie d'Alzheimer. » - E3

Une pratique difficile, un effort (8/10)

Pour la majeure partie des répondants, la prescription raisonnée, si elle est vue positivement, est dans son application vécue comme difficile et comme un effort à fournir de la part du prescripteur. Limiter sa prescription peut être complexe et coûteux en temps.

« Ça peut être difficile, et en tout cas ça prend du temps » - E1

« Je trouve cela difficile de prescrire en cohérence avec l'idée que je me fais d'une bonne prescription. » - E5

« Le seul inconvénient que je verrais c'est que du coup cela prend un peu plus de temps. » - E10

Par ailleurs, pour une interne (E8), la pratique de prescription médicamenteuse raisonnée est en partie vue négativement car celle-ci, en restreignant « conceptuellement » ses choix de prescription, lui paraît limiter son expérience. Elle entend par là donc limiter ses possibilités d'apprentissage.

"Je crois que je pourrais peut-être me sentir bridé dans mon choix de prescription, dans le sens où je n'ai déjà pas une grande expérience dans la prescription médicamenteuse. Si les médicaments que je connais et avec lesquels j'ai l'habitude de fonctionner je me rends compte que l'on ne peut pas les mettre pour tel ou tel patient, je ne serais pas très à l'aise parce que je n'aurais peut-être pas les bonnes solutions à apporter." - E8

3.1.3. Le rôle de l'interne

L'usage rationnel du médicament étant comparé au "bien prescrire", on pourrait facilement imaginer que les internes voient également la prescription raisonnée comme un rôle, intrinsèque au bien prescrire. Dans les faits, cela ne paraît pas si évident.

Une image ambivalente entre étudiant et médecin (4/10)

Il existe une certaine ambivalence chez des participants dans le rapport à leur statut, entre étudiant ou médecin. Cette ambivalence semble prendre racine dans le doute quant à leur légitimité, lié à leur impression de manque de compétences prescriptives. E2 ou E4 remettent en question leur image de médecin. A cet égard, E2 formule explicitement par exemple qu'elle ressent un sentiment d'illégitimité à se présenter comme médecin en début d'internat et à signer une ordonnance en son nom. E4 confie son sentiment de culpabilité de « s'exercer » sur les patients, son inexpérience représentant à ses yeux un surrisque d'erreur de prescription.

> *« Je ne me sens pas encore comme un vrai médecin. (…) Je ne me sens pas légitime de faire rentrer la personne avec une prescription signée en mon nom. » - E2*
>
> *« Je trouve ça toujours un peu délicat de me dire que je suis en train d'apprendre sur une vraie personne. » - E4*

A l'opposé, d'autres internes (2/10) estiment se sentir pleinement médecin, là aussi rattaché à l'idée de compétences acquises.

> *« Je différencie cela de la pratique de l'internat où maintenant on est médecin. » - E5*
>
> *« Là, à la fin de mon internat, je me sens prêt à pratiquer en autonomie, en tout cas en médecine générale. Donner les médicaments à un patient et prendre en charge sa maladie est une chose auquel je me sens capable. » - E3*

L'interne responsable de ses prescriptions, en accord avec l'usage rationnel du médicament (7/10)

Si tous ne se reconnaissent pas comme médecin, ils s'accordent en revanche sur la responsabilité de leur prescription et de la qualité de celle-ci (7/10). E4 et E8 vont même jusqu'à parler de survenue d'effets indésirables « par leur faute », alors qu'elles auraient « pu faire une bonne prescription ».

Par ailleurs, trois participants perçoivent qu'aux yeux des équipes médicales ou des patients, un changement d'image s'opère, indépendamment de leur propre ressenti.

> *« Vis-à-vis des gens on commence à se présenter comme médecin interne, on est vu différemment du jour au lendemain. » - E1*
>
> *« En fait, au bout de 6 ans d'étude, quand tu deviens interne on estime que tu connais tout » - E6*

A noter que les internes E7 ou E5 expriment, en lien avec les difficultés de prescription rencontrées en pratique, que l'absence de cohérence avec « leur rôle » n'est pas que de leur seule responsabilité. Cette contextualisation de leur responsabilité, semble avoir pour effet bénéfique de les rassurer en cas d'incohérence de pratique mais elle peut possiblement aussi les justifier dans cette posture.

> *« Tout le monde doit se remettre en question, du patient jusqu'au médecin. Mais que ce n'est pas forcément que de la responsabilité de l'un ou de l'autre (…) il y a aussi une part systémique qui fait que l'on a tendance à être dans un pays où on a la prescription facile. » - E7*

Une distinction peu évidente entre droit, devoir et nécessité de prescription médicamenteuse (4/10)

Pour E5 et E10, la prescription de médicament est inhérente au rôle du médecin. Pour E3 et E5, cette image de rôle semble entrer en jeu dès le moment où l'interne appose sa signature sur une ordonnance. Ce geste signifie pour lui-même et pour les autres, un cautionnement du contenu de la prescription, ce qui peut le rendre d'autant plus difficile lorsqu'il est en désaccord avec.

> *« Je refusais de lui prescrire parce que à la fin c'est toi qui signes la prescription quoi. Ça m'embêtait d'avoir une prescription avec marqué mon nom dessus et dix gouttes de je ne sais pas quelle homéopathie. » - E5*

Pour E10, le médicament pourrait même être associé à un sentiment de « devoir » de prescription.

> *« Tu sais qu'il y a des médicaments à mettre en place pour le soulager donc tu mets un peu de doliprane et puis un pschitt dans le nez. » - E10*

Les propos des internes sont contradictoires à ce sujet. Le sentiment d'obligation peut être vivement décrié par certains mais éprouvé par d'autres en rapport avec leur rôle ou les patients.

> *« Je sais qu'il y a des médecins qui se sentent un peu dans l'obligation de prescrire pour répondre à une attente de leurs patients, moi je ne me sens pas obligé (…) Ça ne me dérange pas de leur dire que je n'ai rien de plus à leur donner » – E7*

Un rôle du médecin pas toujours rattaché à la prescription (4/10)

Tous les internes ne rattachent cependant pas l'image du médecin à la prescription médicamenteuse. A la différence d'E5 et E10, E1 et E3 se visualisent au premier plan dans une posture d'avis médical.

Le médicament est vu comme une partie mais non un tout du soin. Ce qui explique d'ailleurs leur absence de stress initial lié à la prescription à la différence des autres participants.

> *« Je ne me suis pas du tout senti médecin à partir du moment où j'ai eu le droit de prescrire. (…) Pour moi, l'acte médical ce n'est pas que prescrire. (…) le fait de l'écrire c'est pour moi cela que l'on appelle prescription, le fait de le coucher sur papier. » - E1*
>
> *« Ça ne me pose pas de problème de faire payer des consultations où je ne donne pas de médicaments et où je ne demande pas de bilan sanguin car je considère qu'un patient ne vient pas pour avoir des médicaments mais pour avoir avant tout un avis médical. » - E3*

E8 non plus ne rattache pas systématiquement la prescription médicamenteuse et son bon usage à son rôle de médecine. Ille estime ne pas se sentir toujours concernée par les traitements des patients, notamment lorsqu'il s'agit de médicaments non connus ou de champs médicaux pour lesquels ille n'a pas l'impression de recevoir le patient.

Une légitimité à prescrire de manière raisonnée, par rapport au patient (4/10)

Comme annoncé précédemment en rapport avec la décision partagée, la prescription raisonnée peut être revendiquée comme une attitude légitime du médecin. Pour E5 la question de légitimité semble rattachée à celle du "pouvoir" de décision/prescription, les patients n'ayant de toute façon « pas le choix ».

Par ailleurs, du fait de leur rapport au soin détaché du médicament, pour E1 et E3, le fait que le médecin prescrive *in fine* de la consultation n'impacte ni sa légitimité ni celle des patients.

> *"Il y a quelque fois où je suis sûr qu'ils n'étaient pas d'accord avec moi mais de toute façon ils n'avaient pas le choix parce que qu'ils ne pouvaient pas le prescrire" - E5*

Une valorisation de leur pratique à travers l'usage rationnel du médicament (5/10)

Certains internes disent ressentir une satisfaction à mener des actes de prescription raisonnée à terme. Cela peut renforcer leur confiance en eux et plus spécifiquement en leur qualité de prescripteur. Ces souvenirs semblent jouer un véritable renforcement positif de leur volonté à maintenir une telle attitude prescriptive. Par ailleurs, la prescription raisonnée valorise pour E3 sa crédibilité de soignant envers les patients et donne plus de valeur à ses prescriptions médicamenteuses lorsqu'il en fait. Il en tire une impression de cohérence satisfaisante, avec lui-même mais aussi dans ses interactions avec ses patients.

« J'ai une vraie satisfaction quand la consultation n'aboutit pas par une ordonnance et quand je dis « Bon bah pas besoin de médicaments du coup... » et que là les patients me répondent « Oui en effet pas besoin de médicaments. » – E1

« Je crois même que ça accentue la confiance que le patient porte à son médecin. J'ai un peu l'impression que si tu lui montres que toi tu ne prescris pas pour rien, le jour où tu lui prescriras par exemple du Kardégic parce qu'il aura fait un AVC, en lui disant là c'est important et bien il va te croire. Tu ne dévalorises pas ta prescription. Le jour où il a vraiment besoin d'un médicament, le patient ne se dit pas "ça a la même valeur que l'antitussif de la semaine dernière". » - E3

Une image négative des pairs « surprescrivant » (3/10)

Pour E5, par définition, prescrire en dehors de ce cadre d'usage rationnel du médicament signifie « mal prescrire ». Il cite l'exemple des patients recevant une ordonnance avec cinq lignes thérapeutiques différentes pour une gastro entérite aiguë, virale. Ce type d'ordonnance remet en question la compétence des médecins en étant à l'origine. De plus, pour E4, E5 et E6, répondre systématiquement par un médicament, apparaît répondre plus par facilité que par nécessité.

« La représentation que j'en ai c'est que les gens qui font des prescriptions à rallonge, tout de suite vu de l'extérieur, d'un point de vue de la communauté médicale en tout cas, passent vraiment pour des mecs qui ne connaissent rien. Quand on voit des gens arriver avec 4 antis diarrhéiques pour une gastro sur la même ordonnance, bah vraiment d'un point de vue médecin on a l'impression que le prescripteur n'a rien compris à la médecine et qu'il est mauvais. » - E5

« En tant que médecin généraliste c'est aussi notre rôle de jouer là-dessus. Ne pas répondre systématiquement à une problématique par un médicament, car c'est parfois un peu la facilité. » - E4

L'influence des prescripteurs sur les patients et la société (3/10)

En outre, il existe chez quelques-uns une conscience d'exercer une influence sur les habitudes de leurs patients de par leur pratique. Cela venant aussi renforcer l'idée d'un rôle des médecins à mener des prescriptions raisonnées.

« Si tous les médecins commencent à moins prescrire, les patients vont prendre l'habitude de moins avoir de prescriptions. » - E5

La conscience des enjeux d'usage rationnel du médicament - Economiques *(4/10)* – *Un sentiment d'attentes globales envers la qualité de leurs prescriptions (3/10)*

Le sentiment de rôle est renforcé pour certains par une sensibilité aux enjeux systémiques de prescription raisonnée, dont celui économique, ainsi que par le sentiment d'une attente globale envers leurs prescriptions. Cette attente se décline de plusieurs manières : attente qu'ils mobilisent de bonnes pratiques respectant un usage rationnel du médicament ; attentes pouvant émaner des patients, de leur formation et de l'influence de la société, en plus d'eux-mêmes. Cette perception d'attentes diversifiées génère chez les internes concernés une pression et une stimulation en leur donnant l'impression d'évoluer en accord avec une mouvance globale et non à la marge de celle-ci.

« Pour le moment notre système de santé tient encore mais on sait tous qu'il existe un déficit donc je pense que l'on a un rôle à jouer sur nos prescriptions. (…) Je pense que l'on demande à la santé d'être efficiente maintenant. » – E4

« En France on a tendance à être dans là sur prescription. Par exemple, les benzodiazépines. Quand on voit les pratiques dans différents pays, on se rend compte qu'en en prescrivant beaucoup moins, ils ont des résultats qui ne sont pas forcément moins bons. » - E7

« Si les gens veulent bouffer des doses d'antibio inutiles et abîmer leur santé, bah voilà, c'est leur problème (mais) cela peut aussi avoir des conséquences sur la société et les résistances bactériennes. Quand un patient prend 4 sprays nasaux, c'est la sécurité sociale qui paie pour des médicaments inutiles, le monde et l'environnement pour ses emballages et sa logique de consommation. » – E5

« On a bien compris qu'il fallait qu'on prescrive mieux, plus intelligemment. Quand on sort de l'externat et que l'on est interne on le sait. » - E5

L'image critiquée d'une société sur médicalisée *(3/10)*

L'impression de rôle de quelques participants a aussi été mise en lien avec une critique de la surmédicalisation de la société, qui peut s'exprimer à travers la surconsommation et sur prescription de médicaments d'une part mais aussi par « la pathologisation du vivant » pour reprendre les propos d'un interne.

Ainsi, pour un prescripteur, limiter ses prescriptions médicamenteuses est également un moyen de revendiquer une posture moins interventionniste du soin dans le rapport au vivant.

« Des fois, il faut savoir ne pas sur médiquer les gens, leur apprendre que parfois lorsque l'on est malade ça va passer tout seul, que l'on n'est pas des magiciens » - E7

« Pour moi l'objectif général serait de démédicaliser notre rapport à la vie, d'avoir un rapport à la médecine et non qu'au médicament. (…), d'arrêter de créer des maladies, par exemple, la démence légère du sujet âgé. Pour moi c'est normal d'avoir des oublis légers quand on a 80 ans. Il faut arrêter de pathologiser tous les aspects du vivant. Donc voilà j'essaye d'avoir des ordonnances en rapport avec mes convictions. » - E3

3.2. Mise en pratique de la prescription médicamenteuse

3.2.1. La place et les modalités de pratiques de prescription raisonnée

Une pratique peu fréquente (5/10)

En ce qui concerne leur expérience pratique de prescription raisonnée, comme énoncé précédemment, les internes font état de difficultés et dans la pratique, ils n'ont pas l'impression d'avoir vécu beaucoup de situations de de limitation de leur prescription.

Au premier plan, des pathologies bénignes (8/10) et motifs liés à des demandes inappropriées de la part des patients (4/10)

Les motifs de prescription raisonnée évoqués par les internes apparaissent au premier plan comme étant liés à des demandes préalables de patients, perçues comme inappropriée et déclenchant la réflexion de l'interne. Pour deux internes (E3 et E6), la prescription raisonnée est avant tout reliée à un temps de réflexion plus qu'à un motif type. De ce fait, les situations de prescriptions raisonnées concernent potentiellement toutes les consultations, particulièrement celles bénignes car moins « cadrées » par des protocoles.

Plusieurs motifs sont cités plus spécifiquement virologie et rhinopharyngite (4/10), réévaluation d'ordonnance (2/10), troubles du sommeil légers (2/10), troubles digestifs fonctionnels bénins (1), troubles anxieux (1) ou demande de conseil médical (1). Il est intéressant de noter qu'E6, pour qui la prescription raisonnée signifie le trop, le mieux mais aussi le pas assez prescrire, inclut également comme motif des demandes d'arrêts de traitements des patients.

« J'ai l'impression que ce débat sur la rationalité de donner tel ou tel médicament concerne surtout des pathologies bénignes. Pour les pathologies graves, cela concerne surtout les spécialistes ou est de toute façon encadré par des protocoles c'est qui laisse peu de place à l'irrationalité. » - E3

« J'ai aussi beaucoup de patients avec des plaintes symptomatiques liées à des problèmes psychologiques. » - E2

« Surtout pour des problèmes de rhinopharyngites où les patients veulent des antitussifs ou des médicaments comme ça, sur lesquels on n'a pas trop de preuves et qui parfois ne sont pas indiqués. » - E9

« Pour moi ça représente surtout des consultations qui ne sont pas urgentes (…) cela relève plus du suivi chronique (…), des consultations chez le médecin généraliste dans le cadre d'un renouvellement d'ordonnance » - E7

Des profils patients récurrents : gériatrie, insuffisance rénale, pédiatrie

Ces consultations paraissent évoquer aux internes prioritairement des populations fragiles (gériatrie, insuffisant rénaux ou pédiatrie). La gériatrie revient itérativement comme une population présentant plus de comorbidités et plus de fragilités face au risque iatrogénique. La balance bénéfice/risque est en cela modifiée. Les internes qui évoquent cette problématique paraissent très sensibilisés sur la polymédication et la déprescription de cette classe de population particulièrement vulnérable. E2 fait par ailleurs référence à la pédiatrie où les pathologies bénignes lui paraissent plus importantes.

Des médicaments préférentiels, les antibiotiques (5/10), les benzodiazépines (3/10), les anti-inflammatoires non stéroïdiens (3/10)

Certains médicaments sont évoqués plus particulièrement par les participants, comme les antibiotiques pour lesquels ils mentionnent avoir été sensibilisés dans leurs études. Les benzodiazépines et la population gériatrique ou les AINS et le terrain d'insuffisance rénale reviennent de façon récurrente.

Les difficultés exprimées par les internes semblent être consécutives à plusieurs déterminants, présentés ci-après.

3.2.2. Quels sont les freins à un usage rationnel du médicament par les internes ?

Une interaction complexe avec les patients (6/10)

Des attentes de prescription qui témoignent d'un attachement important au médicament (tous)

La démarche de prescription raisonnée étant pour les répondants principalement consécutive à une demande des patients, l'interaction avec ceux-ci est sans étonnement perçue comme étant leur principal frein à limiter leur prescription. Pour E5 ou E6, la demande par les patients de prescription médicamenteuse ou d'examen complémentaire est même systématique.

> *« Il fallait que je déploie beaucoup d'énergie pour leur dire que ce n'était pas nécessaire » - E1*
>
> *"J'ai l'impression que globalement, il y a peu de patients qui, même s'ils ressortent satisfaits par leur demande de base, n'ont pas de petites requêtes de dernière minute "ah au fait, il me faudrait ça". Ça arrive un peu à chaque consultation, une demande de thérapeutique médicamenteuse ou une discussion autour de leur prescription." - E6*

Le médicament, un objet de guérison (7/10)

Pour plusieurs participants est retrouvée l'idée du "médicament - objet de guérison" nécessaire au soin. Le rattachement à cette croyance est d'autant plus fort qu'il existe une inquiétude initiale. L'intervention d'un tiers parent dans des consultations de pédiatrie par exemple, comme évoqué en revue de littérature, est également une complexité partagée par plusieurs participants (3/10).

> *« Je me rappelle que la consultation et lui expliquer que ce n'était pas nécessaire, avaient été compliqués. (…) je dirais que c'est toujours un peu comme cela, pour les patients qui sont inquiets. » - E8*
>
> *« J'ai l'impression que pour eux chaque consultation nécessite de mettre en place un traitement pour chaque symptôme, que les médicaments c'est un peu quelque chose de miraculeux, notamment les antibiotiques. » - E10*

Deux internes contextualisent cette croyance à l'échelle sociétale en se référant à l'attente de médicament miracle soulevée par l'émergence de la pandémie de la Covid-19.

> *« Là on parle du covid, le seul mot que l'on a entendu pendant deux mois c'est chloroquine pour les résultats que l'on sait. » - E5*

Un attachement des patients à des habitudes de prescription (3/10)

Les habitudes des patients à des « prescriptions types » faites par leur médecin traitant peuvent aussi être un frein, notamment chez les personnes âgées.

> *« Typiquement les personnes âgées ont souvent leurs habitudes et ça peut être difficile de leur faire changer. » - E4*

Le médicament, un objet de consommation (3/10)

Les tendances consuméristes des patients et de la société en général sont aussi évoquées comme une difficulté en pratique.

« Un patient qui n'a aucune pathologie et qui présente des plaintes symptomatiques fonctionnelles, il a du mal à dormir, il a mal ici etc., pour lesquelles il est demandeur de médicaments et plus il a de médicaments, plus il va être satisfait. » - E6

« On est dans une société où l'on veut tout, tout de suite. Ta machine à laver ne marche plus, tu rachètes une machine. Tu es malade, tu veux le médicament. Les gens veulent quelque chose de rapide. » - E5

« En fait, de manière générale les patients ont du mal à comprendre que lorsqu'ils vont chez le médecin, ils puissent ressortir sans aucun médicament. Parfois c'est un peu la liste de courses, « Docteur, j'ai besoin de ça, ça, ça et ça comme médicaments. » et certains médecins sont d'accord et prescrivent tous les médicaments que les malades demandent. » - E10

Un attachement à l'ordonnance comme clôture de consultation (5/10)

Pour plusieurs participants, la clôture de la consultation semble d'ailleurs perçue comme étant un moment charnière pour les patients. Ainsi, quel que soit le contenu de l'ordonnance, pour E6 il y a toujours une demande de rectification « de ci ou de ça » *in fine* par le patient.

« Probablement qu'il y avait cette idée qu'une bonne consultation se solde par une prescription médicamenteuse. » - E1 à propos des patients rencontrés en remplacement.

A propos de ses difficultés à limiter ses prescriptions, *« souvent sur des remarques de patients « ça ne me fait rien », « ah bon vous ne me donnez que ça ? » - E4*

Un lien avec le paiement à l'acte ? (1/10)

Aucun interne n'évoque de difficulté rencontrée liée au paiement de la consultation en clôture de celle-ci. Néanmoins, E3 y fait référence comme un frein potentiel.

« Une bonne consultation peut parfaitement se finir sans ordonnance médicamenteuse. On peut sortir juste en se serrant la main et en demandant 25 euros, ça ne me pose aucun problème. Si l'avis médical c'est "il faut juste attendre, cela va passer tout seul, se surveiller, reconsulter si ça empire mais là tel que vous êtes, il n'y a rien d'autre à faire que de boire de la tisane" et bien c'est très bien, c'est 25e quand même. » - E3

Des patients pas toujours rassurés par le statut d'interne étudiant (4/10)

Pour certains répondants, une partie des difficultés ressenties sont relatives à l'image que les patients peuvent avoir de l'interne. De par son statut, un interne est un étudiant. Il peut donc être vu par les patients comme moins compétent et plus à même de faire des erreurs. L'instauration d'une relation inscrite dans le temps avec les patients n'est pas non plus chose évidente selon les terrains de stage. De plus, étant toutefois un prescripteur à part entière, son raisonnement peut l'amener à prescrire différemment du médecin traitant auquel sont habitués les patients.

« La consultation et lui expliquer que ce n'était pas nécessaire, avaient été compliqués. Surtout le fait d'être vu par une interne et pas par le médecin avec lequel ils ont l'habitude. » - E8

« Ça peut être difficile, surtout que les gens en remplacement on va les voir 1 ou 2 fois maximum. » - E1

« Dans ma façon de me présenter en tant que jeune médecin remplaçant, il y a l'idée que peut être que les patients se disent « il n'est pas compétent, s'il ne me prescrit rien c'est qu'il n'est pas compétent. » - E1

Une reconnaissance pas si évidente du savoir et de la place des patients

La moitié des internes évoquent le besoin de composer avec les représentations des patients. Cela passe en premier par la prise en compte d'une différence de perception du bien-être et de la santé entre patients et médecin. Pour ce dernier, l'image de « bonne » santé peut notamment être dissociée de celle de l'expression clinique de symptômes, surtout lorsqu'ils sont bénins, ce qui n'est pas toujours le cas des patients.

> *« Moi de temps en temps quand je suis malade, j'ai aussi mes petites représentations aussi dans ma tête, j'ai besoin d'aller m'acheter un spray à la propolis à la pharmacie. » - E1*

En revanche, pour E5 les patients sont peu et mal informés sur leur santé et sur la médecine en général, dans une société où l'éducation à la santé est perçue comme faible et qui plus est potentiellement sous influence. Pour cet interne, les tendances au consumérisme et la croyance d'un médicament miracle sont favorisées par les publicités de l'industrie pharmaceutique. Cette image des patients renforce ses difficultés et semble aussi nourrir un sentiment de légitimité supérieure au patient.

> *« Pour moi, les patients n'ont pas les connaissances pour raisonner (…) Quand tu regardes la télé, tu as toutes les pubs pour MyLan, pour Boiron. » – E5*
>
> A propos du consumérisme et des connaissances *« c'est compliqué de faire l'éducation d'une société en 25 minutes de consultation de médecine générale. » - E5*

Un attachement aussi de l'interne au médicament et à la prescription

Le rapport des internes au médicament paraît aussi influencer et parfois freiner leur pratique de prescription raisonnée.

Pour rappel, les définitions par les internes de la bonne prescription et de l'usage rationnel du médicament, la vision par ces derniers de leur rôle montrent une distanciation avec le médicament.

Le médicament, le premier recours de pensée de l'interne *(4/10)*

Pourtant le médicament semble être le premier recours de pensée thérapeutique de la plupart des internes interrogés.

> *« La première chose à laquelle j'ai pensé c'est d'abord le médicament. » - E2*
>
> *« Je me souviens d'une patiente enceinte de 12 semaines d'aménorrhée avec des douleurs pelviennes sans métrorragies et un examen clinique tout à fait normal chez qui j'ai dû augmenter progressivement les antalgiques avec une discordance entre la clinique/biologie et ses symptômes. J'ai fini par comprendre qu'en fait le seul traitement chez cette patiente c'était d'avoir une échographie pelvienne pour voir que sa grossesse se passait bien. C'était le seul traitement dont elle avait besoin et ça l'a soulagée. » - E4*

Le médicament, l'image d'une compétence et expertise ? *(4/10)*

Ce « malaise » n'est pas relaté par tous les participants. E3 notamment se défend d'en ressentir lorsqu'il lui apparaît qu'une prescription médicamenteuse n'est pas nécessaire dans une prise en charge.

> *« Je n'ai jamais trop été dans la philosophie de "de toute façon il faut bien donner quelque chose aux gens, même si cela n'est pas vraiment efficace je leur donne". » - E3*

Pour lui, l'inconfort évoqué ci-dessus est lié à un rapport à leur l'image de médecin. Le médicament assoit la figure d'expertise du prescripteur qui, sans lui, ne sait pas à quoi rattacher sa légitimité. On peut retrouver cette idée dans les propos de E2 lorsqu'elle rattache l'idée d'inexpérience thérapeutique médicamenteuse à son sentiment de ne pas être encore un médecin.

« Ce n'est pas parce qu'il n'y a pas de traitement chimique que l'on ne peut rien faire or j'ai l'impression que chez un certain nombre de médecins si on ne prescrit pas on abandonne les gens. » - E3

« Comme ils ont passé toute leur vie à prescrire des médicaments, comme ils ne savent faire que cela, s'ils n'ont rien à prescrire c'est un petit peu comme si on leur enlevait leur légitimité, leur capacité, on leur enlevait leur pouvoir. » - E3

Le malaise de l'absence de proposition thérapeutique (5/10)

Pour illustrer ce titre, l'exemple des propos d'E5 me paraît probant. Il suggère l'existence de difficultés graduelles entre moins prescrire ou ne pas prescrire de médicaments. Pour lui, moins prescrire est difficile certes, mais faisable et c'est l'un des rôles du médecin. Ne pas prescrire en conclusion d'une consultation lui apparaît par contre impossible.

« Ne rien prescrire du tout, alors je suis jeune, mais j'ai essayé quelque fois et c'est vraiment trop galère quoi, je pense qu'il faut vraiment avoir construit une longue relation de confiance avec le patient pour qu'il accepte. » - E5

« Faire une bonne prescription, prescrire ce qu'il faut, comme il faut et à la bonne personne, c'est ton problème à toi au final, le patient lui il s'en fiche, il va prendre ce que tu lui donnes. Au final que tu lui donnes de l'amoxicilline trois fois par jour ou de l'Augmentin 2 fois par jour, lui il ne s'en préoccupe pas. Mais quand bien prescrire passe par moins prescrire, là il se sent plus concerné, parce qu'il voit bien que sur l'ordonnance, il y a 3 lignes au lieu de 5. Même pour un rhume ce n'est pas possible de laisser partir le patient en lui disant « c'est juste un rhume, vous n'avez pas de fièvre, je ne vous mets rien » tu es obligé se lui mettre un petit paracétamol, une petite eau de mer même si ce ne sera pas remboursé. » - E5

- *Un sentiment de manque de compétences (4/10) lors d'incertitudes thérapeutiques (4/10)*

Quatre internes relatent rencontrer dans leur pratique, des situations d'incertitudes régulières. Ces situations peuvent aboutir à une absence de proposition thérapeutique liée au manque de connaissances de l'interne. Ce qui peut provoquer un inconfort, évoqué par plusieurs internes et qui pourrait figurer parmi les explications de leur attachement au médicament. E6 et E9 confient ainsi ressentir le sentiment dévalorisant de ne pas savoir « raisonner la décision thérapeutique »

- *La peur de ne pas savoir soigner (3/10)*

Pour d'autres internes, l'absence de proposition thérapeutique, qui peut être induite par la limitation de leurs prescriptions peut être tout autant mal vécue lors d'une démarche de prescription médicamenteuse raisonnée.

Pour E8 par exemple, la perception négative de la prescription raisonnée comme « limitant » son expérience semble principalement associée à l'idée que cela pourrait la mettre en situation de « ne pas savoir faire », ne pas savoir quoi proposer aux patients. À travers ces propos, elle suggère qu'en cas d'incertitude, celle-ci se tournerait plus facilement vers un traitement médicamenteux. On retrouve la même idée chez E4 qui évoque l'idée de pourvoir/devoir sortir des recommandations selon les cas.

« Je crois que je pourrais peut-être me sentir bridé dans mon choix de prescription, dans le sens où je n'ai déjà pas une grande expérience dans la prescription médicamenteuse. Si les médicaments que je connais et avec lesquels j'ai l'habitude de fonctionner je me rends compte que l'on ne peut pas les mettre pour tel ou tel patient, je ne serais pas très à l'aise parce que je n'aurais peut-être pas les bonnes solutions à apporter. » - E8

« Il y a des prescriptions qui ne sont pas vraiment recommandées, notamment sur l'antalgie mais en même temps quand on n'a pas vraiment d'alternative thérapeutique chez un patient on ne peut pas non plus le laisser souffrir. » - E4

- *Un possible report de prescription sur des examens complémentaire (5/10)*

L'éventualité d'un report de prescription médicamenteuse sur des prescriptions d'examens complémentaires est un autre élément qui est apparu dans plusieurs entretiens et peut poser question au regard des réponses des internes, que ce soit à la suite d'une demande émanant du patient ou à l'initiative des internes.

« Même si ça ne concerne pas le médicament, ça me fait aussi penser aux urgences où les patients arrivent parfois avec une demande d'examens d'imagerie ou de bilans paracliniques. Dans ces cas, des fois pour ne pas aller à la confrontation ou parce que ça te met le doute, tu finis par faire un examen qu'au départ tu n'aurais peut-être pas fait. » - E8

Un attachement à une ordonnance comme fin de consultation, en lien avec la tarification à l'acte ? (2/10)

Il est possible que, comme pour les patients, les médecins soient également attachés à l'ordonnance médicamenteuse en fin de consultation, comme en fait part E1.

« J'ai pu souvent percevoir le fait de prescrire comme l'acte symbolique mettant fin à la consultation. Par exemple, une consultation qui a un petit peu de mal à se terminer parce qu'il y a beaucoup de choses on sort l'ordonnancier, nom-prénom, la date du jour, on prescrit et on tamponne et symboliquement ça met un peu fin à l'acte de la consultation. Des fois, on s'en sort un peu comme cela. » - E1

Le paiement à l'acte en fin de consultation pourrait aussi influencer, comme pour les patients, l'attachement des internes/médecins à la prescription médicamenteuse, comme illustré par l'extrait de l'entretien avec E3 cité précédemment.

Le ressenti de l'interne entre incertitude (4/10), manque de confiance (5/10) et pression de la prescription (3/10)

L'interaction avec le patient fait ressentir diverses émotions aux internes qui s'efforcent dans leur pratique de limiter leurs prescriptions. Les patients sont de fait pourvoyeurs d'incertitudes par rapport aux référentiels tracés de l'externat. Or, l'incertitude clinique est souvent mal vécue par les internes, pouvant les amener à remettre en question leurs compétences et/ou à se tourner plus facilement vers le médicament. Cela peut également impacter leur capacité à assumer leur décision auprès des patients.

« C'est la principale difficulté que je ressens, celle de ne pas nuire, d'être suffisamment confiant pour se dire que l'on ne va pas nuire. » - E1

Plusieurs internes estiment ressentir une pression de prescription dans le cadre de leur exercice. Pression qui émane pour beaucoup de l'interaction avec le patient (ajouté à une pression organisationnelle ou occasionnée par leurs référents de stage). Pour E5, ce sentiment de pression paraît même conséquent puisqu'il se sent obligé de prescrire et parle de « subir une dictature de la volonté des patients ».

« C'est quelque chose qui me paraît très important mais aussi très difficile à mettre en place par rapport à l'insistance des patients et à la pression de prescription. » - E2

« On est beaucoup dans une dictature de la volonté du patient et ça ce n'est pas gagné. » - E5

La place notable du conflit dans la relation thérapeutique médicamenteuse

L'échec de l'absence d'adhésion (2/10), l'appréhension du conflit (6/10)

Pour E1 et E8, l'absence d'adhésion du patient revient à un échec de l'usage rationnel du médicament, quelle que soit la conclusion de la consultation. Ainsi l'absence de décision partagée peut amener ces prescripteurs à revoir une volonté initiale de limitation de prescription.

> *« Si le patient n'est pas d'accord, on peut faire ce que l'on veut mais l'on ne va rien en tirer. » - E8*

Il semble exister plus largement une appréhension du conflit, comme issue de consultations de prescription raisonnée notamment en cas de moindre prescription. Cette démarche paraît pour certains principalement vue comme conflictuelle avec des patients forcément « contre » un usage raisonné du médicament.

> *« Ce n'est pas forcément évident de dire à un patient qu'on ne va rien lui donner parce qu'il peut y avoir un conflit, une rupture de la relation médecin-patient et ce n'est pas évident. » - E7*
>
> *« Je pense que ça nous embête tous de prescrire pour rien, qu'on essaie tous de limiter au maximum, que l'on s'est tous embrouillé avec des patients pour cela. » - E5*

Une opposition non systématique – surestimation du conflit (4/10)

Le conflit a été présenté fréquemment comme un frein à la limitation de prescription médicamenteuse par les internes. Il correspond à une situation de décision non partagée et acceptée par le patient. En pratique, malgré leurs appréhensions, les internes ne se sont pas systématiquement retrouvés en situation d'opposition voire de conflit avec les patients.

« Je m'attendais à ce que les patients soient un peu contrariés par ma réponse. Or c'est arrivé de manière assez surprenante que certains patients l'acceptent plutôt bien. Des consultations où je m'attendais à ce que cela puisse être conflictuel se sont résolues finalement de manière toute simple, juste par la réassurance, avec des patients contents et en étant finalement facile à expliquer. » - E7

« J'ai eu un truc tout bête, une rhinopharyngite chez une femme d'une trentaine d'années. On ne lui a pas donné grand-chose, juste du doliprane parce qu'elle disait qu'elle avait un peu mal à la tête. (…) La consultation s'était bien passée finalement (…) elle a compris qu'on lui dise que ce n'était pas nécessaire de mettre des traitements et d'ailleurs elle n'est pas revenue consulter derrière. » - E10

Ils ont même pu assister en consultation à une certaine efficacité de la communication fournie au patient comme facteur d'éviction du conflit.

« J'ai vraiment la sensation que quand les patients comprennent ce qu'ils ont et bien ça suffit pour désamorcer » - E1

« Il faut en contrepartie toujours expliquer aux patients pour qu'il comprenne, qu'il ne voit pas ça comme un refus parce que l'on est borné ou que l'on n'a pas envie mais qu'on lui explique que c'est parce que l'on ne voit pas l'intérêt et que ça ne lui apportera rien de plus. » - E7

Des réactions émotionnelles des patients : déception, colère, incompréhension, inquiétude

Lors de situations conflictuelles, les internes ont rapporté chez leurs patients, des réactions émotionnelles telles que la déception, la colère, l'incompréhension ou l'inquiétude d'un mauvais diagnostic, parfois renforcée par le doute/manque de confiance perçu chez l'interne.

« Parfois les patients sont un peu étonnés, j'ai eu des "C'est tout ? Mais alors on ne fait rien du coup". » - E9

Des réactions comportementales des patients : agressivité, remise en cause des compétences, automédication, nomadisme, rupture de la relation

Plus occasionnellement, les internes interrogés ont dû faire face à l'agressivité ou une remise en cause de ses compétences lors de la consultation ou à sa suite *(autres patients ou professionnels de santé)*. Des internes (2) suggèrent par ailleurs que du conflit peut découler de l'automédication, un nomadisme médical, voire une rupture de la relation thérapeutique.

> *« J'en ai qui ont pété un câble. Je me souviens d'une mère dont la fille avait mal à la gorge avec une angine virale la mère était persuadée qu'elle avait une laryngite et voulait absolument des corticoïdes. Je lui ai expliqué que je ne prescrirais pas de corticoïdes dans ce contexte et elle s'est vraiment énervée en me disant que mon diagnostic était mauvais, que son médecin traitant, lui, aurait prescrit des corticoïdes, que de toute façon il lui en restait à la maison et qu'elle lui en donnerait en automédication et irait voir son médecin le lendemain pour lui en prescrire. » - E2*

Parmi ces réactions de patients, les entretiens mettent en avant que beaucoup sont anticipées plutôt que réellement vécues. Cela est probablement en partie lié à la faible expérience pratique des internes mais pourrait aussi être révélateur d'une tendance à la surestimation également des conséquences d'un conflit.

Des réactions émotionnelles chez les internes : crainte et fatalisme des répétitions de conflit (4/10), inquiétude des conséquences pour les patients et la relation thérapeutique (2/10), majoration de la pression de prescription (4/10)

Pour les quatre internes ayant explicité leur rapport au conflit, la survenue ou la crainte anticipée d'un conflit n'est pas neutre. E2, interne en début de cursus, fait part d'une appréhension majeure de la survenue du conflit, de par son impact sur la relation humaine et son influence sur la relation thérapeutique. Elle évoque par exemple sa crainte d'une automédication induite. Les quelques situations de conflit connues semblent avoir laissé des souvenirs presque « traumatiques ».

« J'étais hyper énervée parce qu'elle criait mais aussi parce que je me disais qu'elle allait mettre sa fille de 2 ou 3 ans en danger à cause des corticoïdes même si je comprenais son inquiétude de mère pour son enfant. » - E2

« Je me sens vite perdue dans le cas d'une opposition au patient. Je me suis vraiment sentie stressée quand je leur ai dit non. (…) Puis j'ai commencé à me remettre en cause, à me demander si vraiment j'étais sûr que ce n'était pas une laryngite alors que j'étais persuadée de mon diagnostic à la base. » - E2

« Certains vont changer d'avis quand tu leur dis que ce n'est pas grave, ça passera tout seul, il n'y a pas besoin de faire grand-chose. (…) D'autres pas du tout, ils insistent quand même pour avoir quelque chose, un médicament ou un examen complémentaire, ils n'en démordront pas et même demanderont à voir un autre médecin. » - E8

On peut retrouver ces souvenirs négatifs persistants également chez E8 qui, pour une situation de conflit lié à un refus de prescription, ne se souvient plus de la finalité de prescription mais seulement de la conséquence relationnelle. En cela, elle sous-entend que les conséquences d'un conflit pourraient rester ancrées plus longtemps et avoir plus d'impact que sa finalité. Chez deux internes, on constate un certain fatalisme de ne « jamais » savoir gérer ces situations.

Pour E5 ou E7, Ce sont les incidences organisationnelles plus que les craintes relationnelles qui paraissent alimenter une appréhension identique du conflit.

« En règle générale, en discutant avec eux, notamment pour les examens complémentaires, ils acceptent que tu aies raison et que ça ne sert à rien de les faire. » - E5

« C'est compliqué. Forcément, il faut déjà expliquer, il faut montrer au patient que tu es sûr de ce que tu dis, être sûr de ce que toi tu dis. Ça, ça prend du temps et c'est compliqué » - E5

Ainsi, que ce soit pour des conséquences relationnelles ou organisationnelle, pour les internes l'évoquant, l'opposition du patient se traduit au premier plan par une majoration de la pression de prescription. Le patient en désaccord revenant parfois avec insistance sur l'ordonnance rédigée par l'interne (E6, E10).

« J'ai vraiment senti une limite là, parce que je me suis dit je suis aux urgences, je ne vais plus voir cette personne mais lorsque j'aurai un cabinet, j'aurai des patients dont je serai le médecin traitant qui seront habitués à me voir et ce sera parfois dur de ne pas céder. » - E2

Des réactions comportementales chez les internes : entre maintien (3/10) du refus ou concession (4/10)

Plusieurs internes (3) affirment leur volonté de refuser en cas d'opposition. Ce sont les mêmes internes qui reconnaissent le plus leur légitimité de décision de la prescription.

« Pour moi, on n'est pas obligé de céder face à ses propres convictions. On n'est pas obligé de rentrer dans un moule de "voilà il faut filer 3 médicaments à une rhinorrhée" alors que on en n'est pas convaincu. Voilà on peut très bien faire autrement. » - E3

« Ça ne me fait pas forcément peur d'être en conflit avec un patient lorsque je ne vois pas l'intérêt de prescrire tel ou tel médicament. (…) Je sais qu'il y a des médecins qui se sentent un peu dans l'obligation de prescrire pour répondre à une attente de leurs patients, moi je ne me sens pas obligé (…) Ça ne me dérange pas de leur dire que je n'ai rien de plus à leur donner. » - E7

Il semble qu'en cas d'un désaccord conflictuel, cela arrive néanmoins de « céder à la demande du patient » (4). Plusieurs facteurs entrent en jeu dans cette décision. Pour quelques internes, par lassitude de l'« effort » à fournir (E5 ou E8) et une recherche de facilité dans les consultations.

Pour d'autres, la préservation de la relation thérapeutique et la recherche d'une décision partagée sont les principaux motifs d'évitement du conflit (E1 ou E2). A savoir que le fait de "céder" ne fait pas le caractère systématiquement inapproprié d'une prescription et n'est pas incompatible avec le fait d'introduire un facteur temps dans l'aboutissement d'une prescription raisonnée. Comme celui d'une approche échelonnée, médiée par une vision « éducative » plus que frontalement oppositionnelle.

« Des fois on s'arrange, on se dit celui-ci on le maintien encore un petit peu… » - E1

« C'est plus simple de lui mettre un cachet d'amox, au moins tu es sûr qu'il ne fera pas de surinfection bactérienne, que de lui expliquer que non tu ne lui mets rien et que s'il fait de la fièvre à 40' il revient et puis là tu lui mettras l'amoxicilline. » - E5

Des freins organisationnels, le manque de temps au premier plan

La question du temps imparti dans une consultation a été citée répétitivement par les internes. Elle impacte l'étudiant à tous les niveaux dans sa pratique comme dans sa formation, personnelle ou en lien avec la faculté (stage et théorique). Le manque de temps favorise le ressenti de pression de prescription, diminue celui dédié à l'examen clinique et à la discussion avec le patient. Il limite par ailleurs l'interne dans le temps dédié à la recherche d'informations et à la construction d'une pensée thérapeutique critique.

« Si on veut regarder sur la fiche Prescrire, l'imprimer pour le patient et lui expliquer la balance bénéfice risque pour que l'on en discute ensemble, pour chaque médicament et bien les consultations vont durer 45 minutes. C'est une vraie difficulté. » - E1

A propos de la médecine générale *: «* il n'y a plus beaucoup de temps, pour bien connaître les patients. » - E9

S'agissant de prendre le temps de communiquer *: « Si on pouvait faire cela, je pense que ça marcherait beaucoup mieux, notre décision et l'acceptation de nos prescription. Mais bon c'est un peu compliqué parce qu'il n'y a jamais ce temps-là dans les consultations. » - E9*

« Certains patients attendent longtemps, le médecin peut avoir du retard et du coup certains ne se voit pas ne rien prescrire. » - E3

D'autres déterminants organisationnels sont associés comme difficulté. E3 parle ainsi du nombre de patients par médecin pouvant exercer une pression sur le praticien. On peut ici postuler l'existence d'un lien de causalité entre la densité médicale et la demande de soins des usagers, le surnombre de patients par médecin pouvant engendrer une sur pression sur le rapport consultation / temps.

> *« Il y a plein de choses que je ne connais pas, la pression des patients, en avoir des milliers, devoir gérer tous les trucs organisationnels. » - E3*

3.2.3. Quelles ressources de prescription raisonnée pour les internes ?

L'importance de la communication avec les patients (tous)

Des explications au premier plan (tous)

Les internes identifient tous la communication comme facilitateur de leur interaction avec le patient lors d'une démarche de prescription raisonnée, qui plus est si celle-ci aboutissait à moins prescrire. Pour la moitié des participants, elle est présentée comme le recours le plus efficace qu'ils puissent utiliser voir le seul pour E5, E8 et E10. Ils pensent nécessaire de communiquer au patient au premier plan des explications pour 9 d'entre eux, sur ses symptômes (origine, évolution, durée), sur l'approche diagnostique qu'ils en font et évidemment sur la logique conduisant à la limitation de prescription.

> *« On essaie de bien expliquer aux patients la maladie, ses mécanismes. (…) Il faut essayer de trouver les mots pour faire comprendre que ne pas donner de médicaments ce n'est pas rien faire, c'est se surveiller, faire attention. Je pense que tout repose sur un temps d'explication, expliquer aux patients les médicaments, comment ça marche etc. » - E9*
>
> *« A part la communication ou la réassurance, il n'y a rien qui me vient en tête là. Je ne pense pas avoir mis en place d'autres choses. » - E10*

Des arguments institutionnels (3/10)

E4, E5 et E7 évoque aussi la possibilité de recourir à « l'argument institutionnel ». Il s'agit d'un argumentaire faisant appel au contexte systémique dans lequel évoluent le prescripteur et le patient, décentrant ainsi la décision de prescription de sa seule volonté. On y retrouve la présentation « restrictive » de l'encadrement des pratiques du médecin par la sécurité sociale, la référence aux recommandations « c'est ce qui est recommandé comme bonne pratique » ou le rappel à la responsabilité économique de chacun, par rapport au budget de la sécurité sociale.

> *« Quand j'explique aux patients, je leur dis que ce que je raconte est en accord avec les textes. » - E7*

L'argument des effets indésirables (2/10)

E2 imagine pouvoir recourir aussi à l'argument des effets indésirables, en suscitant chez le patient l'appréhension de leur survenue tout en voyant d'emblée une limite quant au fait de jouer sur la peur.

> *« Le seul recours que j'imagine ce serait d'expliquer plus, notamment les effets indésirables encourus. Après tu prends le risque de te décrédibiliser si jamais il ne se passe rien et puis si tu insistes trop sur les risques, les autres fois où tu as vraiment besoin de prescrire le médicament, les patients peuvent aussi te prendre à défaut par rapport aux effets indésirables que tu leur as présentés. » - E2*

L'implication personnelle (4/10)

Pour plusieurs internes, s'exprimer au patient en mobilisant son point de vue personnel, peut également faciliter l'acceptation.

> *« Leur dire en tout cas que tu ne penses pas que ce soit utile. » – E2*

La communication par l'attitude médecin (8/10), pédagogie, réassurance, écoute, reconnaissance des symptômes, effet médecin, ouverture à la réévaluation.

Certains internes font aussi le lien entre communication et attitude du médecin en consultation. Concrètement, cela suppose, pour faciliter la démarche de prescription raisonnée, de ne pas fermer le diagnostic et la décision, en ayant une attitude ouverte et en proposant la reconsultation (cité par deux participants) au patient si nécessaire en alternative à une prescription immédiate.

L'attitude du médecin doit être pédagogique et viser à partager le savoir avec le patient (cité par cinq participants), en adoptant pour cela un discours simple, clair, vulgarisé. « L'effet médecin » est évoqué, par la réassurance que celui-ci peut avoir sur le patient par son image d'expertise. Il apparaît important que le patient se sente écouté et ait l'impression que ses symptômes soient reconnus par le médecin.

« On essaie d'expliquer, de manière très simple et compréhensible, la physiopathologie du problème. (…) d'expliquer au patient les consignes de surveillance et bien évidemment on lui dit que s'il y a le moindre souci, il ne faut pas hésiter à revenir. » - E7

« Il ne faut pas que le patient ait l'impression que ses symptômes soient sous-évalués par le médecin que celui-ci se sente compris, qu'il apprenne des choses et qu'il se dise "voilà, je ne suis pas venu pour rien chez le médecin". » - E3

« Je perçois déjà en soit le rôle que j'ai en tant que médecin dans une consultation médicale comme un acte thérapeutique. Le fait d'écouter, de prendre en considération l'autre, lui permettre un espace de parole sur sa maladie ou celle de proches. Pas besoin de prescrire pour faire du bien. » - E1

« Je préfère l'effet placebo conceptuel comme l'effet blouse blanche du médecin par exemple ou l'effet du "bisous magique" d'un parent chez un enfant. Pour moi c'est aussi rationnel qu'un effet placebo médicamenteux et comporte moins de risques. » - E3

Des supports pour aider la communication (4/10)

Plusieurs participants font part de l'utilisation en pratique clinique de supports de communication. Leur utilisation vise à faciliter la compréhension du patient pendant celle-ci mais intègre aussi le fait que l'effet d'une consultation puisse se poursuivre *a posteriori* de son déroulement. Il s'agit alors principalement de traces écrites avec lesquelles le patient peut repartir de la consultation. Les explications orales seules, données en consultation peuvent en effet s'avérer insuffisantes.

« J'aime bien laisser une trace écrite parce que je sais que lorsque l'on a beaucoup d'informations à l'oral, on oublie en fait, on oublie vite. » - E7

« Je passe plutôt par l'oral mais j'aimerais bien faire des schémas ou des supports écrits plus tard. Parce que souvent les patients, même s'ils disent oui, on n'est pas vraiment sûr qu'ils aient compris. Donc expliquer en plus par écrit, je pense que ça pourrait être mieux. » - E9

« Je leur montre aussi souvent des pages internet, des trucs sur google. » - E1

Un temps inhérent (4/10)

A noter que quatre internes rappellent que la communication représente un temps pris par le médecin, qui se rajoute à celui pris à évaluer leur prescription, cela indépendamment de l'acquisition de connaissances avec l'expérience.

La démarche de prescription raisonnée, un investissement futur par l'éducation thérapeutique ? (4/10)

L'installation de la relation thérapeutique dans le temps peut aussi être vue comme un atout par des internes. Renforçant l'intérêt d'un partage de savoir avec le patient visant à terme à modifier son approche et ses habitudes du soin et du médicament, d'autant plus si elles paraissent inappropriées au médecin. On retrouve chez certains participants l'idée de « sélection » d'une patientèle attachée à leur pratique.

« Il se trouve que ça me correspond bien et apparemment ça semble bien correspondre à mes patients. » - E3

« Après une fois que l'on a notre patientèle, on peut leur expliquer sur le long terme. » - E1

« Je pense que l'éducation thérapeutique c'est très important et que ça peut être aussi efficace, voire plus par moment qu'un médicament. » - E7

« L'autre intérêt c'est que si tu prescris moins, tu éduques ta population, tu fais de la médecine intelligente donc tu casses ce cercle d'une maladie = un médicament. C'est évident que pour soigner, les médicaments c'est une aide mais ce n'est pas tout du tout. Il y a l'éducation thérapeutique etc. (…) En médecine générale on voit beaucoup d'infectiologie dont beaucoup de virologie et dans ce cas-là faire de la belle médecine, ce n'est pas de mettre des sprays de corticoïdes, c'est dire qu'il faut se moucher et se laver les mains, c'est dire qu'il faut attendre. Dire au patient que oui il a mal à l'oreille parce qu'il a une otite mais que c'est la vie, ça va passer. » - E5

Le recours à des thérapeutiques non médicamenteuses

(7/10)

Certains internes évoquent aussi le recours possible à des thérapeutiques non médicamenteuses lors de situations de prescriptions médicamenteuses raisonnées. Sont ainsi évoquées notamment des habitudes d'hygiène de vie, comme l'activité physique ou l'alimentation, des activités de décontraction comme la méditation. Ces alternatives aux médicaments ont été citées ailleurs en lien avec des troubles légers anxieux (E2) ou du sommeil (E6), la douleur (E4). On peut toutefois noter que ces alternatives thérapeutiques ne semblent pas fréquemment utilisées.

« Au début de l'internat, j'avais dans l'idée que la prescription ce n'était que des médicaments. Après je me suis rendue compte que cela pouvait passer par autre chose : conseils, prescription d'actes non médicamenteux (…) J'ai évolué là-dessus déjà, sur le fait que c'est beaucoup plus large que le simple médicament. » - E1

« Pour des troubles fonctionnels digestifs bénins, lombalgies, oui on peut répondre à l'instant T par un médicament mais il y a aussi la part des habitudes de vie à changer alimentaire, travail de la posture et exercice physique. » - E4

« Par contre, si elle ne m'en avait pas fait la demande je ne suis pas sûre que j'aurais pensé à lui donner ce conseil. » - E2

« Ça m'a fait beaucoup de bien de sentir que je pouvais aussi aider autrement et j'ai eu l'impression d'être beaucoup plus utile à ces patientes que si je leur avais simplement prescrit un médicament. » - E2

Un recours à l'exercice collectif (2/10)

Quelques participants suggèrent que le recours à l'exercice collectif avec d'autres professionnels ou usagers du soin peut être un moyen de réfléchir à ses pratiques et d'inciter à des pratiques de prescription raisonnée.

« Pour résumer les appuis, ça peut être le fait d'en parler tout simplement et de dédier un temps hebdomadaire ou bimensuel à la question de la prescription. Cela peut être avec les collègues de la maison de santé mais aussi pourquoi pas inviter des patients » - E1

Une évolution systémique, sociétale et des institutions en faveur de l'usage rationnel du médicament (3/10)

L'impression d'attentes systémiques de bonnes pratiques de prescription, énoncées précédemment, paraît créer chez les internes concernés à la fois une pression mais aussi une stimulation d'usage rationnel du médicament. Ils se sentent évoluer, malgré la difficulté à limiter leur prescription, en accord avec une mouvance globale et non à la marge de celle-ci. Ils évoquent ainsi l'évolution institutionnelle avec des recommandations qui leur paraissent plus en faveur d'un usage rationnel du médicament.

L'existence de campagnes de promotion de l'éducation à la santé impliquant un usage rationnel du médicament par les prescripteurs et surtout les usagers du soin en est la preuve, cf. « Les antibiotiques ce n'est pas automatique ». Ils observent une sensibilisation de la population générale qui « évolue vers le mieux ». Ce changement est aussi constaté par E3 pour lequel il existe une réelle évolution des mentalités, avec des patients prêts à décentrer le soin du médicament, d'autant plus à la suite des récents scandales sanitaires pharmaceutiques ; à charge du médecin de s'en approprier.

« Les recommandations vont dans le sens de prescrire moins pour prescrire mieux. » - E4

« Je pense que sur ce sujet-là, on va globalement vers le mieux. J'ai l'impression que c'est quand même un sujet qui est au cœur de notre pratique et que l'on y fait tous très attention. » - E5

« Peut-être que j'ai la chance de vivre à une époque où avec les scandales sanitaires, les médicaments sont moins bien vus qu'il y a 30 ans. » - E3

Le paradoxe des inégalités sociales en santé, la prescription raisonnée favorisée par une plus faible accessibilité au soin ? (2/10)

Il faut à présent revenir sur la mention, par certains internes, du coût et de l'accessibilité du soin parmi les critères de bonne prescription et d'adaptation aux patients. Sans que cela soit directement cité comme une ressource, ce sont des critères patients pouvant amener dans la pratique les médecins à ne pas prescrire la même chose entre deux sujets, pour un profil symptomatologique identique. Or, cela peut faciliter le fait de minimiser leur prescription en raison notamment de l'accessibilité financière de certains médicaments.

« Si c'est une prof de lettres de Versailles, on ne va peut-être pas lui mettre les mêmes crèmes à acheter que le migrant de Marseille parce qu'ils n'auront peut-être pas les mêmes moyens pour l'acheter, pas forcément les mêmes capacités à l'utiliser. »

A propos de s'acheter des médicaments non remboursés à la pharmacie quand il est malade « J'ai besoin d'aller m'acheter un spray à la propolis à la pharmacie. Je peux me le permettre parce que j'ai les moyens de me l'acheter sans ordonnance. » - E1

3.3. Une démarche (scientifique) de prescription (raisonnée)

3.3.1. Une base de connaissances personnelles

Les internes, s'ils sont déroutés par la prescription en début d'internat, n'en sont pas moins à leur 7ième année d'étude. Lorsqu'ils procèdent à une prescription, au premier plan, ils se basent ainsi tous sur leurs connaissances qui peuvent être considérées comme étant suffisantes ou sont associée à des ressources externes (comme les recommandations) lorsque ce n'est pas le cas. Ils procèdent pareillement lorsqu'ils cherchent à appuyer une prescription raisonnée et une éventuelle limitation de prescription associée. L'intérêt de détailler cette démarche et ces supports est donc apparue d'emblée nécessaire pour aborder par la suite les influences de la formation des internes sur leur prescription et plus précisément leur prescription raisonnée.

3.3.2. Le recours à des supports de prescription externe ?

Pour quelles raisons ?

Une vérification fréquente (tous) par besoin de réassurance (6/10) devant la méconnaissance (2/10), la complexité (3/10) ou la dangerosité (4/10) des médicaments.

En sus de leurs propres ressources, les internes peuvent compter sur un certain nombre de ressources externes. Tous mettent en place des procédures de vérification. Reconnues fréquentes, si ce n'est systématiques, elles sont indépendantes de leur semestre d'étude. Le besoin de vérification est favorisé par la méconnaissance, la complexité et la dangerosité potentielle de la thérapeutique, il est associé à la réassurance de l'interne. La démarche de vérification comporte donc une part de subjectivité, liée à l'estimation du médicament par l'interne, ce qui implique parallèlement de connaître ses propres limites.

« Je demandais toujours l'avis de quelqu'un dès que je n'étais pas sûr de moi ou que j'avais des doutes. » - E1

« Bien sûr que pour certaines prescriptions lourdes aux urgences ou à l'hôpital, on veut quand même être certain que l'on ne fait pas n'importe quoi. » - E1

« Je me suis tout de suite rassuré en allant chercher des sources externes. » - E9

Une vérification pour confirmation d'un choix médicamenteux, renseignements sur la procédure pharmacologique - éviter l'erreur de prescription médicamenteuse (tous)

Les participants cherchent, par le biais de la vérification, à appuyer le choix d'un médicament dans une prise en charge et à en connaître la procédure pharmacologique (posologie, durée, interactions médicamenteuses, contre-indications, mode d'administration) afin d'éviter l'erreur de prescription.

« Cela m'arrive souvent de faire des erreurs, notamment quand je retranscris les ordonnances des patients donc je revérifie. » - E8

Quels supports ?

Des ressources multiples, dominées par le recours aux médecins encadrants en stage (9/10) – au premier plan (4/10) et aux thériaques (8/10)

On peut constater une certaine hiérarchisation des ressources de vérification, avec un recours prépondérant à l'encadrement en stage, associé à l'utilisation de supports d'information de type thériaque au premier plan, puis à des référentiels de recommandations.

> *« Globalement, je vais chercher l'avis de chefs avec beaucoup plus d'expérience que moi » - E2*

Le Vidal un outil fréquent, majoritaire (8/10), vu comme fiable, exhaustif et actualisé (5/10) et apprécié pour son accessibilité [numérique et gratuité] (3/10)

Les thériaques (ou bases de données médicamenteuses) apparaissent d'emblée tout aussi importants que l'encadrement en stage pour les internes. Parmi ceux-ci, le Vidal ressort largement en tête, voire uniquement dans cette catégorie (E4 mentionne également les guides thérapeutiques en support papier).

Il possède une place fondamentale dans la pratique des internes qui estiment l'utiliser très fréquemment. Il est leur principale source d'informations en stage. Ceux-ci s'en servent majoritairement comme base de données pharmacologiques. Cela étant, l'adjonction de fonctionnalités comme Vidal Recos ou la possibilité de rechercher un médicament par indication le place aussi comme ressource de réflexion sur la prise en charge et l'indication de thérapeutiques médicamenteuses.

Les internes reconnaissent de nombreuses qualités à cet outil, qu'ils jugent fiable parce que complet et actualisé, mais également facilement accessible parce que numérisé et gratuit pour les étudiants et les professions médicales (application Vidal Mobile). E7 associe d'ailleurs directement l'utilisation du Vidal avec les critères reconnus d'une bonne prescription.

« Je me suis énormément aidé du Vidal, notamment pour être sûr lorsque je prescrivais que c'était le bon médicament, la bonne indication, la bonne posologie, que je ne me trompe pas. Je savais que cela contenait les principaux médicaments, que c'était quelque chose de fiable, à jour, que c'était une valeur sûre. On essaie d'être le plus rigoureux, de n'oublier aucun paramètre et pour cela le Vidal je trouve que c'est quand même bien fait, que c'est assez clair, qu'il y a tous les médicaments, que l'on trouve assez facilement ces informations (…) Aux urgences tous les ordinateurs sont équipés du Vidal en libre accès. » - E7

« Je regarde aussi beaucoup dans le Vidal et le guide des thérapeutiques quand je prescris surtout si c'est quelque chose de nouveau. » - E4

« J'avoue que j'ai tendance à aller vers la facilité et que le Vidal ça va vite, c'est facile d'accès, on tape ce que l'on veut dans l'ordinateur et ça va rapidement. (…) Je fais ça assez systématiquement parce que j'ai peur de faire une bêtise. (…) Le Vidal devient vite ton meilleur ami. » – E10

« J'utilise aussi beaucoup le Vidal sur mon téléphone. Souvent je tape le nom du médicament pour voir s'il a bien l'indication dans la pathologie pour laquelle je veux le prescrire ou je fais l'inverse je tape la pathologie et je regarde ce qu'il me propose comme thérapeutique. » - E9

Des référentiels de recommandations

Les référentiels de l'externat (collèges des enseignants papier ou sites internet, fiches personnalisées) *(5/10)*

En ce qui concerne l'usage de référentiels de recommandations, il est, comme pour le Vidal, valorisé car rattaché à l'image d'une médecine fondée sur les preuves. En utilisation pratique, on retrouve le recours aux référentiels de l'externat issus des collèges des enseignants.

Ils sont un type de support auquel l'interne peut être attaché, celui-ci s'y étant majoritairement appuyé pendant son externat et en vue des ECN[27], l'ayant parfois personnalisé et étant souvent désormais numérisé, ce qui en favorise l'actualisation. E7 déclare, par exemple, se référer au site du Pilly lorsqu'il a besoin d'appuyer une décision de ne pas prescrire une antibiothérapie qui ne lui paraît pas nécessaire.

« J'utilise encore beaucoup mes fiches d'externe, les recommandations des collèges. » - E5

« Je vais chercher dans mes collèges ou dans des bouquins, des fiches/protocoles détaillées, comme dans urgence de garde ou aussi sur internet. Les collèges, je les ai sur mon téléphone en PDF. » - E9

Des guides de recommandations par maladie ou terrain de stage (3/10)

Les internes semblent avoir recours aussi à de nouveaux référentiels, plus synthétiques type guide de prise en charge par maladie, symptôme ou terrain de stage (comme Avicennes ou urgences de garde). Il semble que dans ces cas le support soit principalement papier. Deux internes, E8 et E9, évoquent à cette occasion l'utilisation de la fonctionnalité Vidal Recos.

Des sites (internet) d'aides à la décision thérapeutique et prescription [Antibioclic, Urgences Online tec.] (6/10) et de recommandations (4/10)

L'usage d'internet n'est pas négligeable. Il est un outil répandu et d'accès rapide à l'information. Il est ainsi cité par la plupart des internes comme un moyen d'accès à des ressources plus spécifiques telles que des sites d'aide à la décision thérapeutique (Antibioclic, Urgences Online etc.), des sites de recommandations (HAS, Collèges des enseignants etc.).

[27] Epreuves Classantes Nationales

« Je vais souvent sur internet, en première intention. En deuxième, je demande à quelqu'un, soit un co-interne ou un senior quand il y en a un sous la main. (…) sur internet, il y a Antibioclic, ça m'a beaucoup servi aux urgences. » - E9

La lecture de publications scientifiques (6/10), via PubMed (3/10)

Plus accessoirement, les internes utilisent des publications scientifiques et des revues médicales qui sont plus considérées comme des supports d'auto-formation et de Développement Professionnel Continu.

L'intérêt des publications scientifiques est relativement valorisé par des internes comme E3 ou E4, qui l'associent à la médecine fondée sur les preuves et peuvent parfois y avoir recours en utilisation courante. Pour E4, par exemple, « sans étude, on agit dans le vide ». Toutefois, l'utilisation en pratique courante de ce type de supports peut être compromise par une contrainte de temps et/ou de savoir-faire.

« J'aime bien aller chercher l'information à sa source, en lisant des études sur PubMed par exemple. » - E3

« Je suis déjà allé sur PubMed sinon, mais j'ai du mal encore à l'utiliser. » – E9

Des revues médicales [Prescrire] (4/10)

Concernant les revues médicales, l'abonnement à une revue n'est pas du tout évoqué comme outil pratique courant au sein de la démarche de prescription. Néanmoins, la revue Prescrire est mentionnée spontanément par quatre internes, comme support d'auto-formation sur le médicament.

Seule revue citée, elle est vue comme une source d'intérêt sur le médicament, sur « ce qu'il ne faut pas prescrire », les médicaments inutiles ou dangereux, avec des informations ayant marqué les internes comme à contre-pied des référentiels d'études ou des thériaques. E4, par exemple, a retenu l'édition annuelle de liste des médicaments à abandonner. Ce support de formation personnel semble marginal, peu utilisé ou non encore utilisé mais ayant suscité l'intérêt. Cela étant, la mise en service récente d'une application et d'un guide d'aide à la prise en charge thérapeutique (médicamenteuse ou non) peut être un support pratique de la démarche de prescription.

Cela paraît néanmoins peu connu et n'est utilisé que par un interne qui en a une appréciation positive tant par le contenu, que par la praticité d'utilisation au quotidien.

« La référence sur le médicament c'est Prescrire auquel je suis abonné. Cela me permet de m'informer sur les dernières revues de littérature qui sont faites de manière indépendante des laboratoires et j'utilise l'application Prescrire sur l'ordinateur et le smartphone. Ça me permet de retrouver directement des articles en lien avec des médicaments ou des conduites à tenir sur certaines pathologies. » - E1

« Sinon, je ne l'ai pas encore fait, mais j'aimerais m'abonner à la revue prescrire. J'ai lu un article de la revue prescrire sur les médicaments à abandonner en 2020 du fait de leurs effets indésirables. On voit des discordances entre les recommandations que l'on voit dans certains de nos bouquins et ce type d'articles de la revue prescrire. » - E4

3.3.3. Quelle pertinence des supports de prescription utilisés par les internes ?

Des supports pas toujours adaptés à la médecine générale (3/10) ou actualisés (1/10)

Pour trois des participants, les référentiels de recommandations de l'externat sont jugés insuffisants à répondre à leurs besoins puisque centrés diagnostic. Ils sont également vus comme insuffisant à couvrir le champ des pathologies rencontrées en médecine générale, mais aussi possiblement rapidement dépassés lorsque sous format papier.

Des situations d'incertitude « hors recommandations » fréquentes en pratique (3/10)

Peu importe le référentiel de recommandations, les internes ont conscience d'une limite intrinsèque liée à une divergence théorie/pratique impondérable à l'exercice de la médecine. Ainsi, pour rappel, la recommandation d'une thérapeutique et l'action de celle-ci selon les publications ne font ni sa nécessité ni son effet pour certains internes.

« On se rend aussi vite compte que l'on a des recommandations mais qu'elles ne sont pas toujours applicables à tous les patients. Il y a toujours des cas un peu limite par rapport à la théorie qui est centrée pathologie et la pratique souvent centrée patient. » – E4

« La difficulté c'est que si on lit Prescrire on ne prescrit plus grand-chose en termes de médicaments parce qu'il y a énormément de médicaments courants dont la balance bénéfice risque peut-être remise en cause. » - E1

On peut noter qu'à la différence d'autres internes, en dehors du conflit, E2 ne semble pas retenir d'autres difficultés relatives à la pratique de la prescription raisonnée, tels que l'incertitude ou le temps à disposition. De fait, celle-ci lui paraît simple puisque tracée dans des recommandations qui lui conviennent actuellement (E2 est en premier semestre aux urgences).

« En même temps, ça me paraît logique parce que je ne vois pas l'intérêt de faire des prescriptions s'il n'y en a pas besoin. Quand je me réfère aux recommandations par exemple il est précisé on prescrit ça et ça alors du coup je ne vais pas chercher plus loin donc en soi je limite ma prescription. » - E2

Un intérêt envers une (in)formation indépendante (3/10)

Plusieurs internes expriment leur intérêt envers des supports d'information sur le médicament indépendants de l'influence de l'industrie pharmaceutique. Ce sont ces mêmes internes qui se tourne préférentiellement ou montre de l'intérêt envers la lecture de publications scientifiques ou de revues comme prescrire.

« Sinon dès le début de l'internat et même dans l'externat, j'avais la volonté d'être assez critique par rapport aux médicaments que j'allais prescrire et d'avoir ce besoin d'indépendance par rapport aux laboratoires. » – E1

Des difficultés à mener des recherches d'informations critiques

Des doutes sur une méthodologie de recherche critique, exemple d'internet (3/10)

Comme nous l'avons vu, internet occupe une grande place parmi les supports de prescription utilisés par l'interne. Le propos de certains participants peut amener à douter de la manière dont les internes procèdent à son utilisation.

E6 et E9 semblent faire des « recherches générales » sur google.

> *« En général, je me sers d'abord de l'application Vidal, sinon je vais taper sur internet et je vois les liens qui ressortent. » – E6*

E2 confie d'emblée son absence de méthodologie et des problèmes induits.

> *« Sauf que je ne trouve pas toujours les supports que je cherche sur internet et je ne tombe pas toujours sur les dernières recommandations des sociétés nationales de chaque spécialité. Du coup parfois je me retrouve avec des vieilles recos alors que j'aimerais pouvoir m'actualiser sur tout. » - E2*

Des contraintes organisationnelles (6/10)

De manière plus générale, plus de la moitié des participants ont fait part de difficulté directes à effectuer des recherches d'informations notamment lorsqu'ils souhaitent argumenter une limitation de leurs prescriptions. Outre les blocages d'ordre méthodologique, ils sont freinés par une contrainte de temps au quotidien ou l'attente d'une opportunité d'apprentissage vicariant, au cours du prochain stage.

« Je n'ai pas encore vraiment pris la peine de me renseigner, de faire des recherches approfondies sur ma pratique parce que je me dis que là j'ai un stage de six mois à venir chez le médecin généraliste et que j'apprendrais tout ça à ce moment-là. » - E7

« Pour cela, malheureusement, l'information on ne l'a pas facilement en plus et je trouve qu'il n'y a pas énormément de ressources qui nous sont offertes que ce soit pendant nos études ou au long de notre carrière. » - E1

Ces difficultés peuvent interférer avec la pertinence, la qualité et parfois l'indépendance des supports d'informations sur lesquels les internes se basent pour prescrire et/ou argumenter un usage rationnel du médicament.

3.3.4. Quelle évolution de la démarche de prescription médicamenteuse (raisonnée) avec l'expérience ?

Amélioration des connaissances (9/10), acquisition de compétences prescriptive et évolution du rapport à l'erreur de prescription

Diminution du stress de l'erreur (7/10)

Avec la pratique, le ressenti lié à la prescription évolue rapidement. Dès le début de l'internat et suite aux premières expériences de prescription, on constate une nette diminution du stress chez les internes, notamment celui engendré par la crainte de l'erreur de prescription. Cette réduction du stress est favorisée par l'amélioration des connaissances thérapeutiques, du sentiment de compétence et donc de la qualité des prescriptions.

« Au tout début même du doliprane me paniquait (…) maintenant cela va beaucoup mieux. » - E2

« J'ai vraiment l'impression d'avoir évolué en termes de qualité de mes prescriptions. » - E5

Distinction entre erreur de prescription, survenue d'évènement indésirable et gravité *(2/10)*

Il semble apparaître de pair avec ce sentiment, une remise en balance du risque d'erreur avec une acceptation de celui-ci comme étant inhérent à la pratique de la médecine. L'appréhension du risque semble se graduer en fonction des médicaments. Le paracétamol est, par exemple, cité par plusieurs internes comme un médicament pour lequel le stress disparait rapidement.

Pour E7, à la fin de son premier semestre, seuls « certains médicaments » sont dangereux. De plus, plusieurs internes soulignent la distinction entre erreur de prescription et survenue d'effets indésirables qui n'est pas en 1 pour 1. E6 relativise également l'erreur en fonction de la gravité des conséquences induites, en faisant la distinction entre une prescription non adaptée et une prescription dangereuse.

« On se rend compte que ce n'est pas si grave et puis que même si on se trompe sur une prescription, ce n'est pas forcément la fin du monde. » - E5

« Pour moi c'est un peu comme s'il y avait deux degrés dans ce que tu as pu faire et qui finalement n'était pas adaptés. Néfaste d'un point de vue aigu mais qui ne va pas forcément avoir de répercussions au long cours et après il y a le néfaste si tu mets six grammes de potassium alors que tu n'en voulais qu'un. (…) j'essaie de me mettre des échelles de gravité. On relativise ça n'a pas mis en jeu la vie du patient, ni son pronostic à long terme. » – E6

Une baisse de la vérification *(5/10)*

La vérification de ses prescriptions par l'interne semble diminuer parallèlement. E5 ne fait référence à la demande de vérification par ses encadrants que lors de ses premières prescriptions par exemple. Un vécu comme une contrainte de temps dans la prise en charge peut favoriser cette diminution. L'interne fait ainsi des choix et les médicaments jugés peu à risque ou simples sont rapidement exclus du processus de vérification, comme le paracétamol cité ci-dessus.

Toutefois, plusieurs internes affirment garder en perspective le risque de prescription inadaptée (4/10). Il persiste, quel que soit le semestre, un attachement important à la vérification dans des thériaques (7/10). Majoritairement le Vidal, majoritairement sur support numérique.

« On vérifie vraiment nos prescriptions seulement quand on prescrit des choses que l'on ne connaît pas ou qui peuvent être nocives. Le paracétamol on s'en fiche un peu. » - E5

« On a moins cette peur de faire une erreur, ce qui ne nous empêche pas d'en faire potentiellement. » - E4

« De toute façon, je vérifie toujours même maintenant où j'ai plus l'habitude. » - E8

L'apparition d'habitudes de prescriptions (6/10)

Cette diminution de la vérification est associée à la constitution d'habitudes de prescription, d'ordonnances « types » par pathologie ou symptôme, principalement pour des médicaments jugés « de base », simples et non dangereux.

« Au fur et à mesure on prend confiance en soi, on a un peu nos mécanismes qui se mettent en route, on a un peu nos prescriptions types en fait. » - E7

« Finalement on prend vite l'habitude, on reproduit un peu des schémas de prescription, je pense que c'est assez naturel. Une situation qui se répète, on va avoir tendance à la driver de la même façon et du coup on va se retrouver à faire la même prescription alors qu'elle ne serait peut-être pas nécessaire. » – E1

« Donc voilà au départ c'était plutôt effrayant et puis après comme tout le monde au fur et à mesure on prend l'habitude de prescrire des trucs de base, on se rend compte que ce n'est pas si grave et puis que même si on se trompe sur une prescription, ce n'est pas forcément la fin du monde. » - E5

Remise en perspective de l'Evidence Based Medecine par l'intégration du facteur patient (7/10), *parfois une distanciation (3/10)*

Comme nous avons pu le voir, les patients sont cités itérativement comme difficulté dans l'acte de prescription, les internes leur reconnaissant néanmoins pour la plupart une place légitime dans la construction du choix médicamenteux, en atteste l'usage répété du terme « centré patient ».

Ils viennent, dès les premières expériences de prescription, bousculer le rapport à *l'Evidence Based Medecine* de l'interne (EBM). Comme le souligne bien E3, pour la plupart des praticiens -les internes compris-, l'EBM évoque avant tout les données scientifiques issues de la science (publications brutes, édit de recommandations etc.).

> *« Dans la bouche de tout le monde, l'EBM c'est toujours au premier plan les données de la science alors que celle-ci est à la jonction des données de la science, de l'attente du patient et de l'expérience personnelle du praticien. » - E3*

Or une pratique fondée sur les preuves inclue l'idée que la décision thérapeutique est située au croisement des données scientifiques certes mais aussi des connaissances/expérience du prescripteur **et** des préférences des patients.

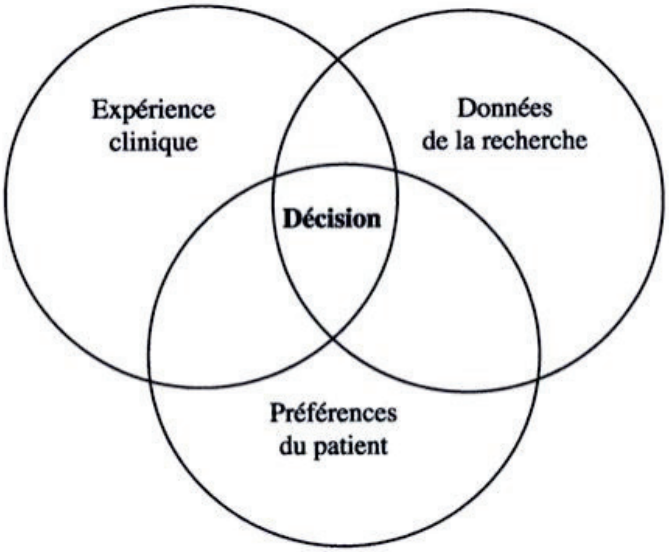


Figure 2 - Représentation du concept d'Evidence Based Medecine

E1 et E5 rapportent une évolution de leur rapport à la prescription sur ce point. Ils se remémorent les difficultés initiales liées à la prescription par une attitude « tout EBM », EBM signifiant alors « données issues de la recherche scientifique ».

« Le seul critère qui a peut-être changé c'est celui de l'adaptation de la prescription au patient. Je pense que dès le début de notre formation on sait ce que ce doit être une bonne prescription, on sait qu'il ne faut pas qu'il y ait d'effets secondaires, On sait qu'il faut que ce soit la durée la plus courte possible, tout cela on le sait. Mais je pense qu'avec le temps on prend un peu plus de marge de manœuvre par rapport à l'Evidence Based Medecine. » - E5

Comme nous avons pu le voir, le principe de décision partagée revient de manière récurrente, que la décision concerne d'ailleurs l'initiation, la non-initiation ou le retrait de prescription en cours. Le patient étant le destinataire du soin, son inclusion dans la décision est ainsi pour plusieurs participants sine qua none.

De plus, la possibilité d'une « expertise patient » est également reconnue par certains (3/10). Cela est renforcé par le sentiment d'incompétence de l'interne ou par une valorisation du « pouvoir de guérison non pharmacologique » comme évoqué par E1. Il s'agit alors pour les participants de comprendre les représentations et besoins des patients et de connaître les limites personnelles de concession (E1, E5, E8), ceci afin d'adapter au mieux sa prescription entre les divers critères de l'EBM.

« Au début de l'internat, pour moi une bonne prescription c'était une prescription où il n'y avait pas de médicaments. J'étais contre la prescription de tous ces pschitt pschitt pour le nez, la gorge, tous ces médicaments dont on sait qu'ils n'ont pas d'efficacité prouvé. Je refusais de les prescrire au début de mon internat mais aujourd'hui je vois les choses un peu différemment. Si c'est important pour la personne d'avoir sur l'ordonnance par exemple un corticoïde nasal même si on sait que ça ne fait probablement pas plus qu'un placebo, voire possiblement plus de mal, je lui explique mon point de vue mais si c'est important pour le patient de l'avoir je le mets sur l'ordonnance et c'est devenu ok pour moi... J'arrive à le raisonner et l'accepter » – E1

Persistance d'un sentiment de légitimité par rapport aux patients *(3/10)*

Malgré une prise de recul sur la part des données scientifiques dans leur raisonnement de la prescription médicamenteuse, certains internes défendent leur posture de décideur. Même si on perçoit dans leurs discours une volonté de lisser les inégalités inhérentes à la relation médecin patient, le droit de prescription *in fine* n'est pas partagé et des internes comme E3 ou E5, même après plusieurs semestres, l'assument pleinement.

Un rapport au médicament qui ne se modifie pas forcément avec l'internat *(4/10)*

Pour E3 et E6, le rapport et la démarche déclarés de prescription ne paraissent pas avoir été vraiment marqués par la pratique. E3 estime plusieurs fois au cours de son entretien se sentir « prêt » à la prescription, en détachant ce sentiment de ses connaissances.

En effet pour cet interne, comme pour E6 ou E4, c'est le sentiment d'accompagner ses décisions thérapeutiques d'un raisonnement personnel qui semble valorisé.

« L'idée générale de quel est mon but quand je prescris, qu'est-ce qui est néfaste et qu'est ce qui ne l'est pas, ma vision de la médecine en générale, de comment je me vois être un bon médecin et comment je vois une bonne prescription n'a pas vraiment changé. » - E6

« C'est dur de garder ses prérequis d'une bonne prescription mais comme cela est dur de bien prendre en charge un patient et de faire de la médecine. Je n'ai pas trouvé que c'était de plus en plus dur au cours de l'Internat. » - E5

« Je m'impliquais vachement dans le raisonnement du choix et de la décision thérapeutique je ne sais pas pour les autres mais en tout cas moi je n'avais pas l'impression de rédiger des ordonnances pensées par d'autres. » - E3

« Je trouve que mon rapport à la prescription n'a pas tant changé au cours de mon internat. (..) La pratique n'a pas bouleversé ma façon de faire. Je pensais déjà que pour un rhume il fallait se contenter de donner de l'eau salée et je pense toujours ça à la fin de mon internat. (…) ma pratique a plutôt conforté ce que je pensais avant. » - E3

Une implication personnelle non systématique, dans la réflexion de prescription (4/10)

A l'inverse, on retrouve chez d'autres internes un sentiment de manque d'acquisition de cette capacité de raisonnement critique de prescription (E1, E6, E9)

> *« Je pense qu'il me faudra un peu plus de recul, faire plus de prescription pour pouvoir appliquer vraiment ce que je veux parce que là, je suis vraiment à chaque fois des protocoles qui sont déjà faits. Je trouve que je ne mets pas beaucoup d'initiatives dans mes prescriptions, je suis un peu les recommandations là. » - E9*
>
> *« J'ai souvent eu ce sentiment-là, que l'on ne prescrivait pas en connaissant toutes les données sur le médicament toute la complexité que cela implique. L'idée d'avoir un regard critique c'est de prendre un compte tout ça, de ne pas reproduire toujours les mêmes choses que ce que l'on a pu voir en stage ou apprendre pendant l'internat mais de se questionner s'il y a vraiment nécessité de prescrire ce médicament là à ce moment-là. » - E1*

3.4. L'influence de la formation sur les pratiques de prescription et l'usage rationnel du médicament, par les internes.

La formation n'est globalement (7/10) pas décrite comme une ressource de prescription raisonnée par les internes, voire comme une ressource de prescription tout court. Elle se décline en trois grands volets, les enseignements universitaires, les stages – expérience et l'interaction avec les médecins référents en stage. J'aborderais successivement ces points dans leurs aspects favorables à la prescription raisonnée et dans les freins qu'ils y causent.

3.4.1. L’impact majeur des stages

Une ressource de prescription médicamenteuse

Le principal facteur d’acquisition de compétences prescriptives et de préparation à l’usage raisonné du médicament *(9/10)*

Pour rappel, les internes débutent l’internat en se sentant majoritairement inexpérimentés. Les stages sont la source principale d’acquisition d’expérience, pour neuf des dix participants. C’est un gain rapide pour quatre d’entre eux, dès le premier (urgences) du fait d’une mise en pratique immédiate de la prescription.

L’expérience est directement corrélée à l’idée de compétence pour sept des internes et est rapidement reliée à la diminution des appréhensions initiales de prescription pour sept des huit participants concernés. Elle vient compléter un support théorique préalable jugé incomplet pour la pratique thérapeutique médicamenteuse. De fait, elle s’avère être un pilier de l’apprentissage et de l’évolution de la prescription.

> *« Les stages ont eu beaucoup d'influence, c'est là où l'on m'a montré comment prescrire, où l'on m'a expliqué plein de choses sur des médicaments. » - E8*

Variabilité des situations d’apprentissage *(5/10)*

Les internes apprécient la variabilité de l’expérience, notamment quand elle leur permet d’expérimenter des pratiques différents modes d’exercices. E1, E4, E6 et E8 font ainsi référence à des situations d’exercice coordonné et pluriprofessionnel rencontrées à l’hôpital et en ambulatoire (Maison de Santé Pluridisciplinaires, Groupe de pairs, collaboration avec des pharmaciens ou des spécialistes). E1 est d’ailleurs allé chercher cette diversité d’expérience en demandant un parcours « hors filière » pendant son internat pour effectuer un stage au sein d’un dispositif de médecine itinérante et préventive. A noter qu’un lien n’est toutefois pas toujours établi avec la prescription médicamenteuse dans leur propos.

L'encadrement humain (9/10) majoritairement via les médecins référents, parfois les équipes infirmières ou les pharmaciens (1/10)

Les stages sont aussi une possibilité d'accéder à des supports dans lesquels l'interne va chercher à la fois des conseils/consignes thérapeutiques ainsi qu'une vérification de ses propres prescriptions. Le support humain ressort au premier plan chez la plupart des participants. Les internes ont accès aux conseils/consignes des médecins référents de leurs prescriptions mais aussi aux équipes paramédicales, principalement lors des stages hospitaliers. E6, par exemple, a recours régulièrement aux équipes infirmières plus qu'aux médecins lorsque ses doutes sont faibles.

Des référentiels spécifiques [protocoles de services] (3/10). Parfois des temps théoriques (présentations pédagogiques, spécialistes) (2/10)

Les stages sont de plus souvent un moyen d'accès à des protocoles de prise en charge variables selon les terrains d'exercice. Les stages sont enfin l'occasion de présentations orales à visée pédagogique. Deux internes en ont parlé, en citant l'intervention d'un spécialiste cardiologue avec la présentation de recommandations thérapeutiques ayant eu un impact important sur ses prescriptions d'antihypertenseurs.

« Si j'ai un patient qui a des tensions élevées je vais plutôt prescrire de l'Amlor une fois par jour, si un anticalcique est adapté bien sûr. On a eu une intervention d'un cardiologue en stage, qui nous a dit que c'était bien de commencer par ça, parce que c'était une fois par jour, donc je le fais depuis. » - E8

« En stage on a eu un cours sur le diabète mais qu'appliqué aux urgences, on n'a pas eu de cours sur le diabète en médecine générale » - E9

Une ressource d'usage rationnel du médicament (7/10)

Une possibilité d'expérience de prescription raisonnée (4/10) - Expérience de pression de prescription et de conflit (3/10)

De même que pour leurs compétences prescriptives globales qu'ils acquièrent en majorité par leur expérience pratique, les stages peuvent aussi être l'occasion pour les internes de travailler leur rapport à l'usage rationnel du médicament, particulièrement dans certains de stage comme la gériatrie (3/10). Ils sont cités en tant que tel comme première ressource de prescription raisonnée par quatre participants.

➢ *Amélioration des capacités de communication lors d'une limitation de prescription médicamenteuse (2) - intérêt de définir ses limites de concessions (2)*

En effet, ils ont constitué pour eux une opportunité de limitation de prescription, de gestion de pression de prescription et de communication lors d'opposition ou refus à des patients (3/10). Sur ce point, E5 constate une progression de ses capacités de communication en situation de refus qu'il attribue uniquement à ses expériences pratiques au cours de son internat.

Cette expérience lui a permis de mieux définir ses limites lors d'un désaccord avec un patient. C'est à dire connaître ses limites entre le coût (temps, émotionnel) lié à une opposition et la marge qu'il était prêt à prendre par rapport à sa vision d'une prescription raisonnée. Pour cet interne, définir ce contour de concession individuel est un élément essentiel de résilience lors d'un conflit et favorise des situations de limitation de prescription médicamenteuse.

> *« J'associe le fait de moins prescrire plus à l'expérience qu'à la formation. (…) Avec l'expérience, tu sais que ce type de demande peut arriver, tu sais ce qu'il faut dire pour refuser, tu sais à quel point tu es prêt à faire des concessions. » - E5*

➢ *Un accès à de l'exercice collectif (1)*

Les stages ont aussi été pour E8, la possibilité, fort appréciée d'exercice coordonné avec des pharmaciens. Celle-ci lui a permis de poser des temps d'informations et de réflexions thérapeutiques médicamenteuses, qu'elle n'aurait, d'après ses dires, pas forcément pris la peine de faire seule. Ce travail coordonné était d'ailleurs considéré comme un gain de temps important, à l'opposé de l'image récurrente du temps induit par la prescription raisonnée.

Un frein de prescription raisonnée

Un apprentissage réparti inégalement entre les stages et globalement inadapté à la médecine générale (6/10)

➢ Une formation trop tournée vers l'hôpital (4/10)

Concernant les critiques formulées sur la formation, des internes relèvent l'inégalité de sa qualité selon les terrains de stage. Que ce soit pendant l'externat ou l'internat, elle est considérée être trop tournée vers l'hôpital et éloignée des enjeux de la médecine de ville, et qui plus est, de la médecine générale.

À cet égard, des répondants ont pu se sentir démunis face à des situations d'apparence simples et bénignes mais surtout récurrentes de la médecine générale, comme l'illustre le cas de la rhinopharyngite citée par E10. Ce constat a d'ailleurs amené E1 ou E7 à demander des dérogations au cours de leurs études afin de faire des stages en ambulatoire, en médecine générale plutôt qu'à l'hôpital.

« Tout au long de notre cursus d'externat, on est constamment à l'hôpital, jamais en cabinet, sauf un stage pour nos 3 ans de stages d'externat ce qui est vraiment peu quand on sait que la moitié des internes sont des internes de médecine générale. » - E7

« Traditionnellement, on passe beaucoup de temps à l'hôpital et peu de temps sur une pratique ambulatoire pendant nos études. » - E3

« Je suis assez curieux et pressé de voir comment les médecins généralistes se débrouillent avec tous les médicaments que l'on ne nous apprend pas à la fac, à l'hôpital ou dans les bouquins. » - E7

➢ Une formation inadaptée à la médecine générale (4/10)

Quatre internes évoquent que leur formation leur paraît manquer de contenu spécifiquement dédié à la pratique globale et prescriptive de la médecine générale.

« Je trouve que l'on apprend beaucoup sur les antibiotiques, ce que l'on met dans telle ou telle maladie, alors que pour tout ce qui est traitement symptomatique, même quelque chose de tout bête comme le traitement de la rhinopharyngite, et bien ça, on ne l'apprend pas forcément. » - E10

« Souvent je dois aller chercher des informations en plus, pas sur des cas très rares, plus sur des cas basiques. Il y a des choses assez simples que l'on ne connaît pas très bien en médecine générale. » - E9

« Ce dont je me suis rendu compte, pendant mon MS1[28], c'est que finalement sur tous les traitements de médecine générale un peu classiques, les antidiabétiques, les antihypertenseurs, les allergies, l'asthme, je n'ai pas encore intégré ce que je devais prescrire. » - E6

➢ Une répartition et une qualité inégale médiée par le classement ECN (1/10)

Cette notion d'inégalité est aussi mentionnée par un interne à propos de la répartition des choix de stage au cours de l'ECN, qui selon lui reste trop ancré sur le classement ECN, ne garantissant pas à chacun la même qualité de formation à la différence de celle reçue pendant l'externat, relativement similaire au sein de chaque faculté.

Cet interne considère comme une chance la qualité de son apprentissage de la prescription ainsi que celle de l'usage rationnel du médicament à travers des possibilités d'expériences répétées de prescriptions raisonnées. Il attribue cette chance à un bon classement aux ECN, lui ayant permis le choix de stages majoritairement ambulatoires, orientés sur la médecine générale, sans surcharge d'office de l'emploi du temps de l'interne et avec un encadrement de qualité.

[28] Maîtrise de Stage de Niveau 1

Il regrette dans ses propos que ces possibilités soient réparties trop inégalement entre les internes ceci retentissant à ses yeux sur la qualité inégale des prescripteurs en fin de formation.

« Pour ma part, j'ai eu de la chance d'être bien classé et de pouvoir choisir des stages que je voulais. Je trouve donc que mon internat a été plutôt bien réparti J'ai choisi peu de stages hospitaliers, zéro stage au CHU[29]. Je voulais me rapprocher de ce qui serait ma pratique future. Je pense à une amie qui lorsqu'elle est passée en cardiologie au CHU a passé sa vie à faire des comptes-rendus et très peu de temps auprès des patients ou à se faire de l'expérience pratique. » - E3

Le possible biais (d'ancrage) de l'apprentissage par l'expérience (1/10)

Une interne aborde spontanément le fait qu'elle estime ne pas pouvoir compter avec fiabilité sur sa seule expérience pour pouvoir se former à la prescription. Cela en référence à y adjoindre sans sa méthodologie prescriptive des données théoriques émanant de recommandations ou de publications scientifiques.

En effet, l'expérience, si elle est le socle de l'apprentissage, est potentiellement pourvoyeuse de biais d'apprentissages à travers des situations vécues ou des prises en charge pouvant être marquantes et influencer l'interne sur sa pratique, indépendamment des données établies sur le sujet (épidémiologiques, thérapeutiques, etc.). L'expérience peut donc favoriser l'évolution de la démarche thérapeutique d'une médecine fondée sur les preuves à une certaine forme d'empirisme par biais d'associations.

« Parfois, on voit des cas un peu exceptionnels, par exemple l'AVC [30]sous pilule, ce n'est pas quelque chose de très fréquent. Si on en voit un dans notre vie, c'est marquant certes mais il ne faut, par excès, penser que toute céphalée chez une patiente sous pilule est une thrombophlébite cérébrale. » - E4

[29] Centre Hospitalier Universitaire
[30] Accident Vasculaire Cérébral

Un environnement de stage ne stimulant ou facilitant pas toujours la prescription raisonnée (2/10) - une délégation sur le médecin traitant (2/10)

Selon les stages, des internes ont pu évoquer le fait de ne pas toujours s'être sentis concernés par les prescriptions médicamenteuses des patients ou par un temps de réflexion à y accorder. Cela semble favorisé par le fait que les prescriptions soient préalables à la prise en charge de l'interne comme suggéré par E8 et qu'elles aient été initiées par d'autres prescripteurs.

Cela paraît aussi influencé par une prise en charge hospitalière où les patients sont vus de manière aiguë comme aux urgences où ils peuvent être hospitalisés pour des motifs précis et distants de certaines prescriptions. Ainsi il pourrait se produire, parfois en conscience de l'interne, une tendance à la délégation de la réflexion de prise en charge sur le médecin traitant, notamment dans les transitions ville/hôpital (E7, E8).

« En stage, on va dire que dans 80 % des cas la prescription raisonnée ça ne me vient pas à l'esprit et lorsque j'y pense je me retrouve vite face à des médicaments où je me dis que ce n'est pas mon rôle. » - E8

« Je n'ai pas l'impression que ce soit une priorité de tous les jours lorsque je suis en stage de se poser la question de la prescription raisonnée (…) en dehors de la gériatrie où les gériatres qui m'encadraient sont très sensibilisés à ça, ce n'est pas une question que je me suis posé par exemple en médecine polyvalente. » - E8

« Aux urgences, en gros, c'était on a ce patient qui arrive avec ça, hop on met ça. Ça n'allait pas plus loin dans l'explication de la physiopathologie du médicament et de la maladie ni dans ce que l'on pourrait essayer de mettre d'autres choses. » - E9

Une contrainte de temps omniprésente (4/10)

Comme nous avons pu le voir, la question du temps ressort itérativement dans ce travail. Elle a été directement identifiée comme frein à la prescription raisonnée. Cette problématique n'épargne pas l'interne pendant ses temps de formation en stage. La charge de travail lui étant attribuée, selon les stages, et le temps induit laissé à la réflexion sur le médicament peuvent directement impacter la qualité de ses pratiques prescriptives.

« C'est vrai que je ne me suis jamais posé devant l'ordonnance d'un patient en me disant « bon alors qu'est-ce que je peux arrêter comme traitement, comment on peut optimiser son ordonnance ». On n'a pas vraiment le temps. » - E8

3.4.2. L'influence notable des médecins encadrants en stage

Les encadrants des supports de connaissances et d'expérience, ressource de prescription médicamenteuse

(7/10)

Pour les participants, le fait d'interagir avec des médecins référents en stage semblait jouer un rôle à part entière dans leur apprentissage de la prescription. Ceux-ci sont perçus le plus souvent comme des prescripteurs plus expérimentés et en responsabilité de l'encadrement des prescriptions de l'interne.

« J'ai aussi eu la chance d'avoir des médecins seniors qui se sont rendus très disponibles et qui ont pu m'aider dans les prescriptions, me dire quoi faire, qui ont eu le temps de m'expliquer un peu les médicaments. » - E7

Au même titre que les stages, la variabilité de l'exercice et des pratiques prescriptives (parfois non médicamenteuses) des médecins référents paraît être appréciée (5/10). Elle permet aux internes de se faire une expérience de formation plus large. Elle l'est d'autant plus si les internes se sentent encadrés par un médecin ayant une pratique dite en *Evidence Based Medecine* (3/10) avec des données qui leurs paraissent fiables et actualisées.

« J'ai fait un stage lorsque j'étais en 3e année chez un médecin généraliste qui faisait aussi de la micronutrition, c'était intéressant. » - E9

« Avec mes maîtres de stage on prescrivait beaucoup ce qui m'a permis de me familiariser beaucoup plus rapidement avec les médicaments, sur leur posologie etc. » - E8

« J'ai fait mon stage de MS1 avec deux MSU[31] qui étaient dans la même structure et qui étaient en train de monter une maison de santé avec trois autres médecins. J'ai pu assister aux démarches consistant à monter une maison de santé et ça c'était bien. » - E8

Une influence non négligeable sur les choix de prescription des internes (4/10)

Parmi les internes, certains confient reproduire les pratiques vues chez leurs référents, par “mimétisme”, sans forcément que la prescription reproduite n’ait été mise en réflexion.

« J'applique beaucoup ce que je vois en stage, c’est un peu une méthode de reproduction, je vois ce que certains chefs mettent comme traitements, du coup j’apprends ça et je reproduis un peu ce schéma. » – E10

« J’essaie de prendre en compte ce que me disent mes pairs dans la mesure où moi je débute, je me dis qu'il faut mieux être humble et savoir écouter les gens qui ont plus d'expérience. (…) Pendant mes stages je dirais que mes prescriptions sont relativement calquées sur les prescriptions de mes encadrants et que peut-être que si j'avais été avec d'autres médecins j'aurais eu des prescriptions complètement différentes. » - E7

E7 qui pour rappel confiait « Je n’ai pas encore vraiment pris la peine de me renseigner, de faire des recherches approfondies sur ma pratique »

« Je prescris ceux dont j'ai déjà entendu parler, si je l'ai déjà utilisé ou si j'ai déjà vu un médecin l'utiliser ça me fait plus les utiliser, d'autant plus si j'ai confiance dans le médecin que j’ai vu le prescrire. » - E9

[31] Maître de Stage Universitaire

« Sinon, le fait d'avoir fait plusieurs stages, j'ai trouvé ça plutôt formateur. Ça permet, comme pour tout, quand on rencontre plusieurs personnes qui nous expliquent des trucs, de pouvoir différer le bon, le meilleur de tout ce que l'on a vu. Si tu ne rencontres qu'un seul maître de stage, forcément tu te calques sur sa pratique à lui, avec tous les points positifs et négatifs que cela peut représenter. Bosser avec plusieurs personnes ça permet de diversifier sa pratique. » – E5

A noter, qu'ici encore, le participant E3 se pose en opposition à ses pairs.

« J'ai déjà travaillé avec des maîtres de stage qui me conseillaient leurs habitudes de prescription mais si cela me paraissait peu pertinent je n'appliquais pas leurs consignes. » - E3

Cependant, les médecins référents ne sont pas toujours les garants d'un encadrement de la prescription médicamenteuse de qualité comme exprimé par E1, E4 et E7.

Une qualité d'encadrement variable (7/10)

Concernant la prescription raisonnée, on constate que les internes ont un discours assez ambivalent sur l'appréciation du rôle de leurs enseignants. S'ils ont été présentés précédemment comme une ressource importante de prescription principalement par leur implication dans la vérification de celles-ci. Ils peuvent néanmoins faire défaut à ce rôle d'encadrant voire apparaître comme un frein potentiel à la prescription raisonnée.

« En stage, je pense que mes prescriptions n'ont pas toujours été bonnes. Il y avait une première raison, pour moi, qui était fonction du praticien qui m'encadrait, mais aussi le contexte du stage aux urgences où le temps de rédaction d'une ordonnance n'était pas ce qui importait le plus. » - E4

Une disponibilité inconstante (4/10)

Par ailleurs, on retrouve dans les propos des participants l'idée que leur disponibilité est inconstante. Les internes ressentent, comme nous l'avons vu, une

différence de supervision entre l'externat où il y a « toujours quelqu'un » et l'internat où ils peuvent « être lâché ».

> *« J'ai eu la chance d'avoir des médecins disponibles mais je sais que ce n'est pas le cas de tout le monde et que certaines personnes peuvent se trouver isolées ou en difficulté. » - E7*

Pour E4, le manque de disponibilité de certains référents pouvait même être associé à une faible volonté d'implication de la part de leurs enseignants. Pour E6, la disponibilité de ses encadrants n'était pas une affaire de volonté mais au contraire souvent impactée par des facteurs externes, en particulier organisationnels.

> *« Ils y en a qui n'en avaient pas grand-chose à faire. Leur inquiétude principale, c'est le patient à un instant T, s'il y a des petits soucis de prescription, « ce n'est pas grave il ira voir son médecin traitant. » - E4*
>
> *« Pendant mon stage chez le généraliste, on avait vraiment beaucoup de patients, on finissait tard et on ne débriefait pas après chaque patient de la prise en charge et des thérapeutiques, même si mes maîtres de stages me disaient à la fin de la journée "si tu as des questions…" ça s'était tellement enchaîné… » - E6*

Un intérêt et/ou une sensibilité à l'usage rationnel des médicaments inconstante (5/10)

Les encadrants en stage ne semblent pas non plus encourager une réflexion sur un usage rationnel du médicament. La moitié des participants expliquent, en lien avec l'idée de raisonnement critique de la prescription médicamenteuse, ne pas s'être senti forcément épaulé sur ce point par leur maître de stage. La transmission était centrée sur les consignes de prescriptions pour six des participants.

« En stage, souvent on se rend compte que les médecins prescrivent par habitude. » - E1

« Je trouve que ce n'est pas forcément un sujet sur lequel nos encadrants sont le plus à l'aise. » - E7

« Mes maîtres de stage me disaient qu'avec la pratique c'était impossible de ne rien donner aux gens. » - E3

« Je me rappelle une fois où j'avais demandé un avis à un chef, sur une patiente qui avait la bouche sèche et pour laquelle je ne savais pas quoi proposer. Il m'a dit « Bon bah donne-lui des antalgiques » du coup elle est repartie avec du doliprane et vraiment de faire ça j'ai trouvé que ça n'avait aucun sens. J'étais déçue de ce que je lui avais proposé" – E2

« Je n'ai pas l'impression d'avoir vraiment expérimenté la discussion ou d'avoir avec eux cherché un autre moyen de répondre à la problématique que le médicament parce que l'on se retrouvait le plus souvent à prescrire. Je n'ai pas e beaucoup d'exemples où la thérapeutique choisie a été discutée. » - E6

A noter, que des internes (E5, E7) déclaraient avoir débuté leurs études avec un *a priori* sur une sensibilité et des pratiques des médecins généralistes en accord avec un usage rationnel du médicament, dépendant de leur âge. Ils imaginaient ainsi volontiers que les médecins plus âgés soient de « mauvais prescripteurs », prescrivant de manière inappropriée par facilité et parce que leurs connaissances ne sont pas actualisées. Les jeunes médecins eux seraient plus centrés EBM-Recommandations, patients, communication et décisions partagées. Cet *a priori* s'est trouvé infirmé pour certains par la pratique.

« Chez un médecin généraliste qui lui pour le coup était très âgé, pas loin de la retraite mais qui lui aussi était super evidence based médecine, qui lisait les recos tout le temps, qui ne faisait pas n'importe quoi. Là aussi c'était intéressant car ça m'a montré que même après 40 ans de pratique de médecine générale, on pouvait toujours continuer à se tenir au courant et à faire les choses bien. » - E5

Enfin, l'influence des médecins référent, paraît présenter des enjeux plus ambigus que celui d'être une ressource **ou** un frein.

Un rapport ambivalent à la supervision

Tout au long des entretiens, les internes font directement référence à la supervision par leurs référents en stage, et ce d'une manière contradictoire. Elle est tantôt critiquée par défaut, tantôt critiquée par excès.

Un levier de réassurance essentiel pour certains (3/10)

De manière positive, les internes considèrent la supervision comme un levier de réassurance face à un sentiment d'inexpérience. Celle-ci peut les inciter à une plus grande réflexion sur leurs prescriptions médicamenteuses. Le manque de supervision a été souvent critiqué en ce qu'il génère un sentiment de délaissement chez les internes.

Cette faiblesse est dommageable au début de leur internat mais pas seulement. Des internes de 3, 4ième ou 6ième semestre, y compris en stage d'autonomisation (SASPAS), ont pu partager cette expérience négative.

> *« Avec mes deux maîtres de stage actuel, ça ne se passe pas aussi bien que mes précédentes expériences, parce qu'ils me laissent tout faire seul, j'ai très peu de temps de débriefing (…) Du coup, je suis un peu en insécurité dans ce stage-là. » - E1*

Un rapport complexe à la hiérarchie, entre sentiment d'obligation de respect (3/10) et contournement des consignes de prescription (3/10)

Pour rappel, la supervision n'est pas vue comme le gage d'une qualité de prescription. Il apparaît dans plusieurs entretiens que la supervision peut être vécue à travers le rapport de hiérarchie entre l'étudiant et son référent. La moitié des internes nomment leurs encadrants « chefs ». Ce sentiment de hiérarchie peut s'exprimer notamment lors d'un désaccord d'opinion. Cela pouvant mettre l'interne en position délicate entre un sentiment d'obligation du respect de l'avis du médecin référent et la tentation d'un contournement de ses consignes.

« Même lorsque l'on n'est pas d'accord, on est bien obligé d'écouter notre chef donc ça finit toujours par être sa prescription à lui. (…) Après, même si l'on débute on a quand même 7 à 8 ans d'études derrière nous donc on peut aussi se permettre d'avoir un esprit critique et de ne pas écouter bêtement ce que nous disent nos pairs » - E7

Quand tu es à l'ordinateur, en face du patient, et que ton maître de stage te dit "moi je prescris cela" et bien je le fais parce que je suis à l'ordinateur mais je ne signe pas l'ordonnance parce que je n'ai pas envie de signer une ordonnance qui comporte un traitement avec lequel je ne suis pas en accord. » - E3

« Il y a d'autres fois où je n'étais pas forcément d'accord avec la prise en charge et au final j'ai fait ce qui me semblait quand même, moi, le plus adapté. Ça m'est surtout arrivé pour des antibiotiques. » – E10

Une perte d'autonomie (4/10)

La supervision peut également apparaître pour certains comme une perte d'autonomie parfois intrusive en limitant les possibilités d'expérience et d'apprentissage soit concrètement, soit par appréhension de l'interne qui peut hésiter à exprimer ses réflexions. Il semble que l'on retrouve ici la même idée d'expérimentation par l'erreur que chez E8.

« Bizarrement là, le fait de retourner en stage chez le médecin généraliste et d'être supervisée j'ai de nouveau un peu peur de ce que je peux prescrire. D'être sous supervision on re perd un peu d'autonomie que l'on avait acquise » - E4

« Quand j'étais en gériatrie, je n'avais pas beaucoup, voire pas du tout d'autonomie, c'était les médecins gériatres qui s'occupaient de quasiment tout, ça pouvait être assez frustrant, alors qu'en médecine polyvalente je suis très autonome. J'ai plus de charge de travail et moins d'encadrement. » - E8

Remise en perspective de l'Evidence Based Medecine : une décision partagée à trois parties, l'interne, le patient et le médecin référent (6/10)

La prise en compte du savoir du patient ne semble pas être le seul critère amenant l'interne à revoir son approche de la médecine par le biais des données scientifiques uniquement. Comme abordé précédemment, les processus de décision partagée expérimentés par les internes ont la particularité d'être tripartites (interne, patient et maître de stage), principalement dans la configuration des stages ambulatoires de médecine générale lors des phases d'observation. Or l'inégalité relationnelle entre le patient et l'interne semble se reproduire entre l'interne et son encadrant qui, *in fine*, est légalement tributaire de la décision thérapeutique.

> *« Par exemple mettre du Spasfon pour quelqu'un qui a une colique néphrétique. On sait que ça ne sert à rien mais pourtant on le fait parce nos chefs nous disent qu'il faut le faire et que l'on s'adapte à ce qu'ils nous disent. » – E5*

E5 évoque le cas d'une consultation avec une demande de prescription d'homéopathie pour laquelle il était fermement convaincu du non fondé. Son interaction avec la patiente demandeuse a été interrompue par son maître de stage lorsque celle-ci commençait à devenir conflictuelle. Le référent insistant alors auprès de l'interne pour répondre à la demande de la patiente et inscrire sur l'ordonnance les traitements homéopathiques.

Cet incident est survenu alors même que son maître de stage était considéré par cet interne comme exerçant avec une pratique orientée médecine fondée sur les preuves et actualisée. L'opposition s'expliquait alors à ses yeux principalement par l'appréhension qu'avait son maître du stage du conflit et de son incidence sur la relation thérapeutique.

> *« Sur la difficulté de moins prescrire, souvent mes chefs étaient plutôt du côté des patients que de mon côté. Même s'ils savaient que j'avais raison. Ça dépend des situations mais la plupart du temps où c'est litigieux, les médecins ont tendance à acheter la tranquillité. Ce que je comprends complètement d'ailleurs, parce que je fais la même chose. » - E5*

Il est intéressant de noter que cette expérience a provoqué chez cet interne une réaction proche du mimétisme précédemment décrit. En effet avec l'expérience pratique il confie mieux comprendre ses encadrants, "s'achetant lui-même la liberté » désormais, en certaines occasions. Cela suggère que ces exemples vécus auprès de son maître de stage auraient pu influencer ses prises de positions actuelles.

« De base je suis très Evidence Based Medecine. Je suis assez cartésien donc il faut que ce soit prouvé. (à propos de l'homéopathie) Du coup c'était plutôt moi qui freinais des quatre fers face à cela. Limite j'étais trop dans cette optique-là d'Evidence Based Medecine et j'ai eu du mal à en sortir dans le sens où une prescription ça intègre une prise charge globale du patient donc peut être que parfois on peut faire des à-côtés. » - E5

E7 évoque également une situation d'opposition à son référent sur un dossier aux urgences d'une patiente migraineuse. Il avait abordé le traitement sous un jour non médicamenteux avec rédaction d'une fiche conseil et de suivi mais s'était vu reprocher un temps de prise en charge moins rapide qu'un traitement médicamenteux et un débord sur le rôle du médecin traitant. Cette position semblait contradictoire avec la nécessité de former l'interne à sa future profession de médecin généraliste.

« Je pense que pour certains trucs, on est plus calés sur les recommandations quand on sort de l'ECN qu'avec la pratique où l'on commence à prendre les habitudes d'autres médecins ou alors par facilité on accepte de prescrire des trucs que l'on n'aurait jamais prescrits avant. » - E5

Le paradoxe de la variabilité des pratiques et recommandations

Parfois source d'un stress (6/10) et/ou d'une perte de confiance (3/10)

Tout d'abord, pour plusieurs participants, la variabilité des pratiques et des recommandations qui pouvaient leur être données selon les enseignants pouvaient aussi être source de confusion et de stress. Cela peut amener à mettre en doute l'expertise de certains et la confiance dans l'encadrement de leurs prescriptions. Ce qui peut aboutir à des situations parfois inconfortables comme la survenue d'effets indésirables pour E6, l'expression d'un désaccord dans un rapport de hiérarchie pour E5 ou le contournement de cette hiérarchie malgré l'encadrement législatif théorique l'y soumettant pour E10.

« Tu t'adaptes avec la façon de faire de chacun, parce qu'ils ne font quand même pas tous la même chose. » - E6

« J'ai le souvenir de désaccord entre certains chefs par exemple pour le Tramadol chez les personnes âgées. (…) du coup le Tramadol reste un médicament où je stresse. » - E2

« Les praticiens avec qui on travaillait, pour certains, je ne me serais pas du tout senti de leur poser une question sur la rédaction d'une ordonnance. » - E4

« Il y a des médecins que j'écoute plus facilement que d'autres parce que je me sens en accord avec eux, parce qu'ils m'ont d'une certaine manière prouvée que je pouvais leur faire confiance. Mais il y en a d'autres où je suis plus mitigé sur les prises en charge. » - E7

L'impact paradoxalement positif de la variabilité (6/10)

La divergence d'approches entre les enseignants, si elle est abordée par les internes négativement, semble en revanche être un moteur notable de leur raisonnement critique. En effet, comme nous l'avons vu, ceux-ci peuvent être amenés à remettre en question certains encadrants dans leurs pratique ou conseils de prescription, voire parfois à douter de leur compétence.

Cela paraît favoriser la responsabilisation de l'interne et de ses pratiques prescriptives par rapport aux patients et par la même sa motivation personnelle à la formation.

« J'ai aussi vu beaucoup de médecins prescrire pour les mêmes pathologies des choses différentes. Ça m'a fait réfléchir au fait qu'il n'y a pas qu'une prescription pour une pathologie. » - E9

« Sinon, le fait d'avoir fait plusieurs stages, j'ai trouvé ça plutôt formateur. Ça permet, comme pour tout, quand on rencontre plusieurs personnes qui nous expliquent des trucs, de pouvoir différer le bon, le meilleur de tout ce que l'on a vu. » - E5

« Au fil des séniors qu'on avait, on arrivait à se rendre compte qu'il y avait des choses qui ne se faisaient pas du tout. C'est peut-être à ce moment-là que j'ai réussi à me dire ok, tel sénior ne fait pas comme les autres et ce qu'il fait n'est pas hyper adapté, je ne vais pas faire comme lui. » - E4

Cette facilitation du raisonnement critique est directement associée à la variabilité de la pratique, par une interne.

« Je pense que le rapport à la prescription évolue et en positif. Par exemple avec un chef tu apprends que pour une situation il faut mettre tel ou tel médicament et tu tombes sur un autre chef qui n'est pas forcément d'accord avec cette prise en charge et bien ça te fait discuter avec lui, ça te fait réfléchir. » - E10

La peur du jugement, une gêne à solliciter les encadrants

(2/10)

Enfin, les internes interrogés ont exprimé des réticences quant à la sollicitation de leur référent de stage. Ils font état d'un sentiment de culpabilité ou de gêne, la peur de faire aveu de leur « non savoir » et ainsi d'exposer leurs lacunes au décours d'une demande d'aide.

« Quand tu ne sais pas, il y a le côté un peu culpabilisant de se dire « je ne sais pas cela mais je devrais le savoir, je ne devrais pas le demander. », ce qui fait que c'est une barrière à la demande. » - E4

3.4.3. La place plus accessoire de l'enseignement théorique universitaire

L'impact de l'enseignement théorique universitaire, pendant l'internat, sur le rapport et la pratique de prescription médicamenteuse, ainsi que son usage comme ressource, semble jugé comme largement inférieur à celui de l'expérience par les internes. Pour E6, il n'en a même aucun.

« Mes stages m'ont plus marqué que les cours théoriques. » - E8

Dans l'enseignement prodigué, aucun des internes ne paraît retenir une préparation directe à la prescription. Cela étant, la moitié des participants associent tout de même des cours de manière indirecte à l'apprentissage de la prescription.

La présentation d'outils d'aide à la décision thérapeutique

(2/10)

La présentation de sites d'aide au diagnostic et à la décision thérapeutique (Antibioclic, Kit médical etc.) est mentionnée.

« On nous a présenté des sites d'aide à la prescription, pendant des cours à la fac et on m'en a aussi parlé en stage. Je dirais que ça c'est du bagage qui me sert, en plus du Vidal. Antibioclic, Ophtalmoclic, Dermatoclic, le kit médical et tout ça. C'est quand même des sites qui sont assez utilisés en médecine générale. » - E7

L'appréciation d'une formation à la littérature scientifique – recherche et lecture critique (5/10)

Pour plusieurs, la formation reçue à la recherche et à la lecture scientifique, dans le cadre d'un module dédiée ou proposée lors des cercles de lecture scientifique, était citée tant comme un déterminant de formation à la prescription en général que comme une ressource de prescription raisonnée.

Elle permet selon les internes d'améliorer leur compétence à élaborer un raisonnement critique basé sur des données dites en EBM, en sachant d'une part les rechercher et d'autre part les analyser. A noter qu'E7 mentionne en lien avec l'enseignement, l'accès gratuit aux étudiants à une importante littérature scientifique par la bibliothèque numérique ou physique d'Aix Marseille Université.

« *Lors du thème de la recherche scientifique, on a expliqué par exemple comment bien utiliser PubMed. Comment en étant étudiant à la faculté de Marseille on pouvait accéder à des textes complets et gratuits des bibliothèques des facultés Aix-Marseille. Moi je ne savais pas vraiment avant comment chercher des textes* » - E7

« *Je pense que ça a un lien avec la pratique dans tous les cas, parce que ça fait travailler l'esprit critique, l'esprit d'analyse d'un article scientifique. C'est un plus pour toi, dans ta formation et pour ta vie professionnelle future*. » - E10

Les Récits de Situations Complexes et Authentiques, un outil de formation personnelle apprécié. (3/10)

Les RSCA ont aussi été évoqués comme des outils de formation appréciés lorsqu'ils sont associés à une évaluation de leurs pratiques professionnelles. Tout comme les cercles de lectures, ils ne paraissent toutefois pas concerner forcément des sujets en liens avec les médicaments.

Concernant les enseignements universitaires, les internes ont retenu plusieurs points qu'ils jugent soit comme des manques de la formation, soit comme des freins directs.

Un apprentissage du soin très orienté sur le médicament (2/10)

Pour les internes E1 et E3, la place du médicament dans l'abord de la prise en charge thérapeutique est largement prépondérante dans notre formation. Cela pourrait influencer la capacité des internes à raisonner le soin et la thérapeutique dans leur globalité plutôt que de la centrer sur le médicament.

> *« Pour moi, on nous a enseigné la médecine comme un ensemble de symptômes que l'on regroupe en maladies, qui sont curables ou améliorables via des médicaments pour la plupart fabriqués par l'industrie pharmaceutique. Je dirais qu'en gros on nous a formé à donner des médicaments. » - E3*

Pour E3, cette place prépondérante du médicament sort de la seule question de la formation des prescripteurs et concerne la conception globale du soin.

> *« Le traitement en gros tel qu'il est pensé et enseigné est à 99 % médicamenteux et basé sur des médicaments industriels. » - E3*

Un sentiment de faible préparation à la prescription (7/10)

La plupart des internes estiment ne pas avoir reçu de préparation spécifique à la prescription pendant l'internat, que ce soit en stage ou à l'université. Quatre d'entre eux, font le constat de cours universitaire trop éloignés de leur pratique clinique.

> *« Je trouve que l'on a été vachement lâché dans la nature. C'est quand même beaucoup d'apprentissage par soi-même et je trouve que c'est un manque dans la formation. (…) Je trouve que c'est quelque chose que l'on apprend vraiment sur le tard, sur le terrain alors que prescrire, c'est quand même quelque chose que l'on va faire toute notre vie. » - E10*
>
> *« Pendant la formation on n'a pas vraiment reçu d'aide à la prescription. » - E9*
>
> *« On apprend sur le tas avec l'expérience en fait. » - E6*

Une remise en question de la fiabilité des cours universitaires (3/10)

Par ailleurs, plusieurs internes évoquent une confiance ambivalente envers les données transmises via l'enseignement universitaire. L'exemple des ordonnances types semble bien s'y prêter, répondant à la fois à une attente des internes d'outils « pratiques » mais dont la fiabilité du contenu est remise en question car non rattachable à des sources dites EBM.

> *« Même quand on a eu des cours où l'on avait des pseudos informations sur la prescription en fait c'était nul. C'était des médecins qui venaient et qui donnaient leurs recettes de sousoupe et ce n'était pas du tout un document qui faisait foi pour moi. » - E5*

Des enseignements trop précoces (*pharmacologie, statistique, LCA*) (4/10)

Quatre des participants font part d'enseignements reçus pendant l'externat qu'ils estiment utiles en lien avec la prescription en général et l'usage rationnel du médicament plus spécifiquement.

Cependant tous mentionnent que ces enseignements ont été prodigués bien en amont de leur application pratique de la prescription et qu'ils n'en perçoivent que peu l'utilité actuelle. On retrouve ainsi la mention des biostatistiques en Première Année Commune des Etudes de Santé puis de la Lecture Critique d'Article pendant l'externat par E4 et E6, décrite comme trop anticipée ou centrée ECN et non ouverte sur la prescription médicamenteuse.

« Déjà en PACES[32], quand on fait des biostatistiques même si à ce moment-là ça ne nous sert pas à grand-chose. Mais ensuite on comprend que c'est par ces méthodes d'analyse des études médicales qu'on arrive à l'Evidence Based Medecine. Ça repose sur des faits argumentés. » - E4

E2 et E7 font référence au cours de pharmacologie, considérée également comme une sensibilisation en amont de la pratique, qu'ils ont en partie oubliés.

« Pendant mon externat par contre, on avait le collège de pharmacologie et des cours de pharmacologie qui nous ont un peu plus sensibilisés. » - E7

« La pharmacologie de l'externat, j'ai tout oublié et qu'après on ne nous reforme plus à ça. Je pense que c'est parce que j'ai appris mais que je ne mettais pas en pratique. » - E2

Des enseignements universitaires tournés majoritairement vers une sensibilisation, éloignée de la pratique (6/10)

Pour la plupart des internes l'enseignement de la prescription raisonnée se base principalement sur une sensibilisation à l'usage rationnel du médicament, essentiellement pendant les enseignements théoriques. Il est dispensé majoritairement pendant l'externat, à l'appui de cas de prescription inadaptée des antibiotiques ou de la population gériatrique. Les internes en perçoivent bien les enjeux sanitaires et économiques (surconsommation et surprescription de médicaments, « trou » de la sécurité sociale, impacts sanitaires internationaux tel que la résistance bactérienne, patients, comorbidités et effets secondaires, réévaluation et déprescription médicamenteuse en gériatrie etc.).

Pour six internes, cette sensibilisation ayant déjà été largement reçue pendant l'externat, la prolonger pendant l'internat présente peu d'intérêt. Pour E5, elle s'apparente plus à une « information » qu'à une réelle formation. Cela rejoint les attentes des internes tournées préférentiellement vers des outils leur paraissant applicables en/utiles à la pratique.

[32] Première Année Commune des Etudes de Santé

« C'est quelque chose qui a été abordé, surtout pendant l'externat, dans les cours de pharmacologie et de gériatrie par rapport à la polymédication. C'est vraiment des notions qui nous sont martelées et qui fait qu'elles sont ancrées en nous et dans la pratique que l'on veut exercer. » - E4

« Je n'ai pas eu de cours axés sur la prescription médicamenteuse. C'était surtout quand j'étais externe. Ce qui m'a le plus marqué, c'est les antibiotiques. Je trouve que l'on a été assez sensibilisé, depuis quelques années, sur la prescription réfléchie, adaptée des antibiotiques, sur la pertinence à mettre en place un traitement par antibiotique pour limiter tout ce qui est émergence de résistances. Donc je dirais qu'on nous parle d'usage rationnel du médicament mais avec un spectre assez étroit, fixé plutôt sur les antibiotiques. » - E10

« Je pense que l'information on nous la donne pendant notre formation. On a bien compris qu'il fallait qu'on prescrive mieux, plus intelligemment. Quand on sort de l'externat et que l'on est interne on le sait. Seulement, dans ta formation, on va t'apprendre ce qu'il faut mettre pour chaque maladie mais le comment prescrire de manière raisonnée ne rentre pas trop en compte. Tu ne vas jamais avoir un patient en face qui va te demander de mettre le médicament que tu n'avais pas prévu de mettre. » - E5

Des attentes de formation au raisonnement de la décision thérapeutique médicamenteuse (5/10)

Comme énoncé préalablement, quatre internes déclarent se sentir perdus, dès qu'il s'agit de mettre en application un raisonnement thérapeutique en dehors du cadre réglé d'une recommandation ou d'un protocole de service et estiment que la formation ne les guide pas sur ce « hors cadre » (3/10).

« En fait, on n'est pas du tout formé à la prescription et encore moins du coup à la manière de raisonner quand on prescrit donc quand on arrive à l'internat, c'est la découverte. » - E6

« Je suis vraiment à chaque fois des protocoles qui sont déjà faits. Je trouve que je ne mets pas beaucoup d'initiatives dans mes prescriptions, je suis un peu les recommandations là. » - E9

A propos des situations cliniques complexes, hors champ des recommandations « Dans notre formation théorique on n'aborde pas forcément cette complexité, par contre dans la formation pratique on trouve des cas comme cela à chaque stage que l'on fait. » - E4

Pour E3 ou E4, il s'agit surtout d'un manque d'implication des étudiants de médecine dans la réflexion aboutissant à un choix de prescription, que ce soit en pratique en stage ou dans les supports théoriques sur lesquels s'appuient les internes.

« Je pense qu'en tant qu'étudiant ont devrait plus souvent nous impliquer dans la réflexion. » - E4

« Pendant l'internat on a eu quelques cours en stage où on nous a parlé de quoi prescrire en fonction des situations mais on ne s'est pas beaucoup posé sur la question de la prescription raisonnée. » - E9

« J'ai l'impression que dans notre formation, le but n'est pas tellement que l'on comprenne mais de nous présenter des recommandations faites par des experts qui auront pensé à notre place. (…) Je considère que dans mes études on m'a dit l'Evidence-Based Medicine dit cela point. Je trouve que c'est un peu dommage car pour moi la médecine est un débat qui se construit et dans lequel j'aurais aimé être inclus. » - E3

« J'aurais aimé que l'on m'explique pourquoi est-ce que l'on dit que le traitement du rhume ne sert à rien par exemple. Quelles études a-t-on fait sur le sujet ? Est-ce que ces études sont sérieuses ou présentent-elles des biais ? Est-ce qu'il y a quand même une petite efficacité mais que l'on dit cela parce que l'on considère que par rapport au risque d'effets indésirables ou au coût de la prescription celle-ci n'est pas justifiée ? » - E3

Des attentes de formation face à la pression de prescription et des conflits avec les patients (3/10)

La préparation à la prescription médicamenteuse par l'enseignement semble se baser essentiellement sur les référentiels de l'externat et de rares cours théoriques pendant l'internat. Elle vise à former l'interne sur quel médicament prescrire, en fonction de quelle pathologie. Pour certains, la formation pourrait mieux les préparer à la gestion de demandes patients inappropriées, au refus et à la gestion du conflit. Cela représente un outil d'application pratique dont ils jugent manquer, d'autant plus pour des internes comme E2, chez qui le conflit a pu se montrer omniprésent dans le discours.

> *« Dans ta formation tu ne vas jamais avoir un patient en face qui va te demander de mettre le médicament que tu n'avais pas prévu de mettre. Dans ta formation ; on te dit : angine bactérienne = amoxicilline. En face, tu n'as pas un patient qui va te demander un spray anesthésiant pour la gorge etc. Alors que par expérience c'est ce qu'il se passe en consultation. » - E5*

Quatre internes font sur ce point référence à un module d'enseignement reçu sur la gestion des demandes patients inappropriées, de l'opposition et du refus par le médecin. Le sujet abordé par ce cours correspond pour l'une d'entre elle, à sa principale difficulté de gestion de la limitation de prescription en pratique.

Néanmoins, l'approche exposée aux étudiants consistait à réaffirmer le médecin dans sa posture de décideur de la prescription médicamenteuse et dans la légitimité de l'expertise médecin. Si cela répond en partie aux enjeux, nous avons pu voir précédemment que la pratique pouvait présenter plus de complexité. C'est d'ailleurs une critique formulée par une interne sur cet enseignement. Celle-ci a été mise en difficulté lors de la réaffirmation de sa légitimité sur des patients, en doutant tout à la fois de son expertise, de la construction de son choix, de la légitimité du patient et des moyens à appliquer pour communiquer avec celui-ci.

Il me paraît pertinent d'interpréter le ressenti des internes sur leur formation, en connaissance d'un rapport qui paraît ambivalent à la notion d'auto-formation (formation personnelle) dans leurs propos.

3.4.4. Un rapport ambivalent à l'auto-formation

L'intérêt d'une formation personnelle (6/10)

Un sentiment de responsabilité de l'autoformation (5/10), un intérêt pour la formation continue (2/10)

La question de la formation personnelle se pose principalement du fait des situations rencontrées en stage, par le biais d'une attitude d'apprentissage par problèmes. Les étudiants sont de ce fait, régulièrement stimulés à chercher des réponses par eux-mêmes, en ayant recours à des supports de prescription. Ils se responsabilisent sur ce fait, de la même manière qu'ils se responsabilisent sur leur prescription. Deux participants y voient de plus un lien avantageux avec leur future développement professionnel continu.

« Je m'actualise en fonction de ma pratique lorsque je me retrouve face à un problème médical qui sollicite des connaissances dont je ne suis plus sûre. » - E2

« Tu apprends selon les expériences, tu vois ce que les chefs font, tu te renseignes sur les sujets rencontrés, tu lis des articles dessus. » - E10

« J'ai conscience que c'est un travail personnel à faire en tant que médecin, de toujours se mettre à la page, que ça rentre dans la mission de tout à chacun. » - E10

Un caractère « obligatoire » des enseignement pas toujours apprécié (3/10) et un désintérêt pour les cours magistraux (6/10)

Enfin, certaines modalités d'enseignement universitaire favorisant l'autonomie peuvent être appréciées, comme les modules thématiques en ligne, à la différence du désintérêt envers les cours magistraux (6/10) exemple. A l'inverse, il existe un rapport contradictoire entre les internes, vis-à-vis du caractère parfois obligatoire des enseignements universitaires. E1, E4 et E6 le critiquent parfois vivement, alors qu'E7 et E5 semblent y reconnaître un intérêt.

Un enseignement théorique qui ne trouve pas toujours sa place dans la préparation à a prescription raisonnée *(3/10)*

Cette faculté à mener des démarches d'autoformation, d'autant plus sur les médicaments peut être directement rattaché à celle de prescription médicamenteuse raisonnée. Pour trois internes, un accompagnement, par l'université, à la construction du raisonnement prescriptif n'a de toute façon pas lieu d'être, du fait soit de leur sentiment de responsabilité individuelle (E5), soit car ils n'imaginent (E2, E8) pas quelle implication potentielle la faculté pourrait avoir dans leur apprentissage de la prescription, qui plus est raisonnée.

Cependant, malgré l'intérêt présenté et des incitations régulières, les internes ne procèdent pas toujours à cette formation personnelle.

Des difficultés à appliquer une formation personnelle (temps, manque de stimulation et/ou retour sur travail) (5/10)

Néanmoins, des internes ont pu rapporter leur difficulté à procéder à de l'auto-formation. Ils manquent de temps pour mener des recherches personnelles en stage ou sur leur temps personnel.

> *« Quand je rentre chez moi, je ne fais pas l'effort de me dire « j'ai vu ça aujourd'hui, je prends le temps de regarder ce qui est prescrit dans ce cas-là. », il faudrait que je le fasse. » - E6*

Difficulté liée aussi au fait qu'un travail individuel en autonomie peut être jugé peu stimulant pour quatre des participants, d'autant plus s'il émane d'une demande universitaire et non d'eux-mêmes. E6 fait par exemple référence aux modules d'enseignement en ligne en critiquant leur manque d'interaction ou de retour de la part des enseignants

A noter, que tous les internes n'ont pas la même sensibilité d'apprentissage selon que le support d'enseignement soit écrit (3/10) ou oral (4/10). Certains valorisent plus la transmission de savoir oral par un intermédiaire humain, notamment en stage via les encadrants ou des présentations de cas cliniques. D'autres semblent délaisser le mode oral pour l'écrit, issu de données émanant de la recherche scientifique.

4. Discussion

4.1. Contextualisation des données

4.1.1. Forces et faiblesses méthodologiques

Cette recherche qualitative est partie du constat d'un mésusage du médicament dans la société en général auquel les prescripteurs prennent part. On entend mésusage par une surprescription inadaptée de médicaments, concernant leurs initiations comme leurs réévaluations.

Interrogeant le rapport à la prescription et à l'usage rationnel du médicament de jeunes prescripteurs en formation, je me suis intéressée à identifier chez les internes de médecine générale de possibles déterminants généraux et/ou liés à la formation jouant sur la faculté à « moins prescrire » lorsqu'une thérapeutique médicamenteuse n'est pas jugée nécessaire.

Dans mon étude, le recueil des données a été intégralement réalisé par entretien individuel, au nombre de dix. Une méthode d'analyse qualitative rigoureuse a été choisie, appuyée par l'utilisation du logiciel de traitement de données qualitatives, N'Vivo et une lecture croisée de la grille thématique d'analyse avec ma directrice de recherche. Je n'ai donc pas répondu aux critères de triangulation de la méthode collecte des données permettant de renforcer la validité des résultats. Cette difficulté a été compensée par une revue de littérature abondante.

Concernant la population, malgré une recherche de variabilité visible sur la parité de genre, il existe un déséquilibre entre les représentations des années d'internat avec 5 internes dans leur première année, 3 en 2^{ième} et 2 en dernière.

Enfin, il faut préciser l'impact potentiel du statut d'apprenti-chercheur au début de cet exercice ainsi que des biais potentiels d'interprétation inhérents à la subjectivité de tout chercheur.

Pour pallier cette limite, une liste des biais interprétatifs a été élaborée en amont du travail d'analyse, parmi lesquels :

- Avoir déjà fini l'internat et débuter la pratique, à la différence de mes interviewés ;
- Une faible expérience de la pratique clinique ;
- L'implication directe dans le sujet car prescriptrice ;
- Une sensibilité personnelle à la question de l'usage rationnel du médicament : je suis lectrice de la revue Prescrire, adhérente au Formindep, collectif en faveur de l'indépendance de la formation et de l'information délivrée aux professionnels de santé, notamment par rapport à l'industrie pharmaceutique.

Cette démarche visait à fiabiliser les résultats et à favoriser leur reproductibilité, c'est-à-dire à ce qu'un autre chercheur puisse appliquer le même protocole, retrouver sensiblement les mêmes résultats et interpréter sensiblement les mêmes théories.

4.1.2. Guide d'entretien

Pertinence et évolution

Après les deux premiers entretiens, mon analyse m'a amené à étoffer et valider dans mon guide les questions n°4 sur la représentation d'une bonne prescription (non posée à E2), n°5 sur la démarche prescriptive et n°9 sur la sensibilisation pendant la formation à l'usage rationnel du médicament et à la prescription raisonnée (non posées à E1).

J'ai par ailleurs choisi de retirer le terme limitation de prescription qui accompagnait la question 7 sur la représentation de l'usage rationnel du médicament, après le troisième entretien. Ces mots semblaient créer une confusion, du fait de l'adjonction de deux termes dans la même question mais aussi par le mot en soit, limitation.

« Euh, je ne suis pas sûre de comprendre, des choses que je n'ai pas le droit de prescrire ? » - E2

« Limitation de prescription (…) je le perçois aussi comme quelque chose de potentiellement contraignant. Contraindre les médecins à limiter leurs ordonnances dans un but par exemple de limiter les dépenses de santé. » - E3

Enfin, au fur et à mesure de la recherche, la notion d'habitude de prescriptions, sous entendue par les internes dès les premiers entretiens, m'est apparue comme un champ essentiel à explorer pour comprendre la construction des pratiques prescriptive des internes.

Évaluation à postériori

Avec du recul, d'autres manières d'aborder certaines auraient été pertinentes. Il aurait été intéressant de savoir, par exemple, comment dans la pratique les internes amènent aux patients le fait de ne pas prescrire. Cela m'aurait permis d'explorer plus en profondeur la relation au patient et la communication. Il aurait été également profitable d'interroger les critères retenus dans la décision ou non d'une limitation de prescription, notamment ceux des patients. Par exemple « *Sur quoi appuyez-vous une décision de moins prescrire ? Y a-t-il des critères chez le patient déterminant ce choix ?* ».

4.2. Mise en perspective des résultats

Dans une première partie de l'interprétation, je procéderai tout d'abord à une comparaison des données issues des résultats avec celles présentées dans la partie Revue de la Littérature – Contexte. Par la suite, seront mis en exergue, à travers une lecture critique, les apports de cette thèse concernant les ressources de prescriptions médicamenteuses utilisées par les internes et l'influence de la formation dans une logique d'usage rationnel du médicament.

4.2.1. Des définitions du “bien prescrire” et de l’usage rationnel du médicament correspondante. Principe de prévention quaternaire

Les définitions données par les participants de l’usage rationnel du médicament se recoupent en grande partie avec les caractéristiques qu’ils attribuent à une bonne prescription. Elles sont de plus cohérentes avec les définitions de l’Organisation Mondiale de la Santé et celle du rapport de 2013, sur l’Usage Rationnel du Médicament en France. (2,6). Il est intéressant de souligner que les critères de bonne prescription, comme de prescription raisonnée intègrent tous deux l’idée de prescription minimaliste. La prescription raisonnée est rattachée au fait de moins initier, réévaluer et déprescrire des médicaments chez les internes, comme chez les médecins en exercice.

Plusieurs points émergent plus notablement en comparaison à la littérature :

- La prescription raisonnée est présentée d’emblée comme un raisonnement critique sur la prescription pour la plupart des participants. Ce raisonnement est néanmoins limité au temps disponible des internes et aux efforts que ces derniers souhaitent engager.
- Un lien important est fait entre l’idée de refus et la vision de la prescription raisonnée comme limitation de prescription médicamenteuse. Les internes rappellent toutefois que la prise en compte des croyances et représentations des patients est importante lors du processus de décision partagée
- La prescription raisonnée bénéficie d’une image sécuritaire, au sens où moins prescrire de médicaments c’est aussi moins « intervenir » médicalement sur les patients. Pour plusieurs participants, la définition donnée de l’usage rationnel du médicament en rapport avec le “*Primum Non Nocere”* se rapproche du principe médico-éthique de la prévention Quaternaire théorisé par le Dr Jamoulle en 1986 et celle du Less is more anglicisme émergant depuis une dizaine d’année (118–120).

- Plusieurs participants rattachent initialement l'usage rationnel du médicament à la notion de soin non pharmacologique, c'est-à-dire à la guérison naturelle ou aux thérapeutiques non médicamenteuses.
- Enfin, elle est également associée au fait d'être « encore plus » centrée patient. En effet, l'idée de bien fondé, « d'application » mis dans la décision de prescription donne aux internes l'impression d'agir « pour le mieux » du patient, de manière encore plus démarquée qu'une « bonne prescription ».

4.2.2. Des difficultés à limiter la prescription similaires aux médecins en exercice

On constate que la pratique de la prescription raisonnée et la limitation des prescriptions médicamenteuses est difficile, similairement aux études ayant porté sur des médecins en exercice.

Les motifs, les profils de patients et les médicaments associés à la prescription raisonnées sont relativement les mêmes (cf analyse). Plusieurs internes insistent notamment sur des demandes patients préalables, jugées comme inappropriées, quel que soit le motif de consultation.

4.2.3. Des freins liés aux mêmes déterminants que ceux identifiés dans la revue de la littérature

On retrouve chez les internes l'expression des mêmes déterminants individuels de prescription que ceux présentés en revue de la littérature.

Il s'agit principalement des difficultés liées aux patients. Ceux-ci sont vus comme très demandeurs de prescription médicamenteuse (20,23), avec un attachement fort aux médicaments qui apparaît être pour les internes lié aux points suivants, semblables à la littérature :

- Un rapport de confiance des patients avec le médicament est observé. Il est en effet perçu comme un objet de guérison (31,33);
- Le médicament et sa prescription sont signes d'une reconnaissance de la maladie et des plaintes du malade. (31,32);

- Le médicament est considéré comme un objet de consommation (8,20);
- Une culture sociétale, recherchant la rapidité et le bien être par le médicament « curatif », contribue à valoriser ce dernier (26,35);
- Le médicament et l'ordonnance sont vus comme la conclusion culturelle d'une consultation contre rémunération (20,31,38);
- Une intolérance à l'absence ou à la non-existence de proposition thérapeutique est constatée ;
- L'attachement à des habitudes de prescription subsiste (20,21,24).

La place du conflit dans le discours des internes est un autre frein important aux pratiques de prescription raisonnées La capacité à refuser une demande de prescription médicamenteuse et le conflit pouvant en découler sont clairement cités parmi les principaux freins exprimés, tant dans la littérature que dans cette étude.

Comme rapporté dans la contextualisation de cette étude, la limitation de prescription ne mène pas forcément à un jugement négatif du patient ou à un conflit (8,23,51). Certains participants soulignent une évolution sociétale, surtout chez les patients les plus jeunes, en faveur de l'usage rationnel du médicament. Ce constat est corroboré par la littérature qui met en exergue une sensibilisation croissante des patients à la surconsommation médicamenteuse et une distanciation du « tout médicament » à la suite des scandales sanitaires pharmaceutiques (28).

De même que les médecins en exercice, les internes ont pourtant tendance à surestimer tant le conflit que ses conséquences. Ils rencontrent et/ou imaginent les mêmes réactions émotionnelles ou actions consécutives chez les patients (cf attentes) : *colère, agressivité, déception, sentiment de non-reconnaissance des symptômes, inquiétude d'un mauvais diagnostic, remise en question des compétences de l'interne ; automédication, nomadisme médical, rupture de la relation thérapeutique.*

Or, dans les propos de certains internes, on comprend que le conflit semble faire peser sur eux une charge mentale négative persistante, tout comme chez les médecins interrogés dans la littérature. Il provoque ainsi *lassitude, appréhension* et *augmente la pression de prescription*. Il est perçu comme difficile et la résilience de praticiens paraît s'épuiser vite (20,23,52).

Cela peut aboutir à des comportements d'évitement et de concession plus ou moins conscientisés face à des situations d'opposition, même lorsqu'elles font suite à des situations jugées en accord avec un usage rationnel du médicament par les prescripteurs. Cela confirme l'intérêt pour le professionnel de santé, médecin ou interne, de savoir se préserver, notamment face à des patients présentant des profils réfractaires comme présentés dans le contexte.

À la différence du cadre théorique dans lequel s'inscrit l'étude, les internes ne semblent pas distinguer des profils spécifiquement conflictuels de patients. L'étude n'ayant pas interrogé spécifiquement les internes sur ce point, cela en est probablement la raison. Il pourrait être intéressant pour les prescripteurs, comme suggéré par le Dr Grun, de connaître les critères de reconnaissance des profils de patients réfractaires, afin de s'éviter l'écueil de situations d'oppositions couteuses lorsque peu de probabilité d'emblée d'évolution favorable (35).

Outre les patients, un ensemble de déterminants présentés dans la revue de la littérature et concernant plus précisément les médecins/internes prescripteurs ont été retrouvés dans l'étude. Des difficultés liées à leur ressenti en situation de limitation de prescription et d'incertitude sont aussi rapportées, au premier plan desquelles un ressenti de pression de prescription (20–24). Le lien entre le médicament et l'image d'expertise et de compétence (23,38) ainsi que le rattachement de l'ordonnance à la clôture de la consultation (21,23) sont également présents dans les propos des internes. Un interne évoque de plus la tarification en fin de consultation dont le lien avec les difficultés de prescription raisonnée a été illustré dans le contexte de cette étude (8,21,23)

Une moindre confiance en leurs compétences conduisant à un recours plus important à la prescription médicamenteuse, objet de réassurance

On note chez les internes moins expérimentés une déclaration plus fréquente de *manque de confiance* en leurs prescriptions médicamenteuses. Les difficultés, comme dans la littérature, s'exacerbent lors de situations d'incertitudes. Ce contexte favorise paradoxalement leur recours au médicament, perçu comme un objet de réassurance. Ce phénomène bien décrit par le Dr Vega correspond également à ce qu'avait pu retrouver le Dr Bourbon et Quien dans leurs thèses chez les médecins les plus jeunes (21,33,41). On constate d'ailleurs dans les propos de certains internes un malaise en l'absence de proposition thérapeutique qu'elles soient dues à une situation d'incertitude-méconnaissance ou à une limitation volontaire de la prescription médicamenteuse. (23)

Un report de prescription sur des examens complémentaires

En outre, on perçoit dans les propos des internes la tendance au report des prescriptions médicamenteuses « non réalisées » sur des prescriptions annexes d'examens complémentaires, parfois non forcément justifiées. Si ce résultat donné semble ressortir plus que dans la littérature, c'est probablement en raison d'une plus grande part d'incertitude/inexpérience chez des internes.

Une place du médicament moins systématiquement centrale

Cependant, une différence s'observe avec la littérature en ce qui concerne la place du médicament dans le soin. Les avis des participants semblent divisés sur ce point. Le médicament apparaît, tel que pour la majorité des médecins en exercice, comme le premier recours de pensée thérapeutique chez la moitié des participants avec pour certains des propos se rapprochant de ceux du Dr Bedoin lorsqu'il fait état d'une confusion des termes thérapeutiques et thérapeutique médicamenteuse (20,23,26). Cependant pour 50% des participants une distanciation est revendiquée par rapport à l'idée de médicament miracle – objet de guérison.

4.2.4. Des ressources d'usage rationnel du médicament pour les prescripteurs

Dans des situations de prescription raisonnée, d'autant plus si elles tendent à moins prescrire, les internes ont recours à diverses ressources qui, là aussi, correspondent en partie à celles retrouvées dans les études présentées dans la revue de littérature.

La communication

Au premier plan, la communication verbale ou non verbale par l'attitude du médecin, revient comme un élément fondamental sur lequel se basent les internes. Cette récurrence semble logique au sens où l'interaction avec les patients est citée comme première difficulté.

On retrouve chez la majorité des internes les mêmes stratégies que celles retrouvées chez les médecins en exercice, dans les thèses sur la limitation de prescription, à savoir :

- Des explications sur les symptômes et la pathologie, la logique diagnostique et thérapeutique.
- Une attitude du médecin avec écoute, posture centrée patient, réassurance, expression de la reconnaissance des plaintes des patients, explication avec des propos pédagogiques, attitude ouverte et proposition de réévaluation.

La moitié des participants envisagent aussi l'utilisation de supports de communication similaires à ceux présentés en revue de littérature (*Fiches Infos Patients, schémas, support papier ou numérique)*. Ces supports sont voués principalement à faciliter la compréhension pendant la consultation et après celle-ci, en compensation de la perte d'informations imaginée chez les patients par oubli ou confusion. Aucun des répondants n'a toutefois évoqué ces supports en simili d'ordonnance pouvant compenser la logique don contre rémunération de fin de consultation.

Les internes citent aussi pour certains le recours à des arguments externes, également retrouvés chez les médecins en exercice, tels que *l'encadrement (restrictif) des pratiques professionnelles, les recommandations, l'argument sécuritaire jouant sur la peur des effets indésirables* et enfin *l'argument économique appelant à la responsabilité patient/prescripteur vis-à-vis de la sécurité sociale.*

Les argumentaires économiques et sécuritaires paraissent intéressants pour deux des interrogés. Toutefois, les études des Dr Grun et Charra montrent qu'ils ne sont pas forcément associés à l'acceptation du patient, notamment l'argument économique qui peut même aggraver son opposition (26,32). L'argument sécuritaire, lorsque trop appuyé, peut avoir un impact négatif à terme, se recoupant avec la notion de « mensonge » dans le soin du Dr Fainzang (32,44).

Les thérapeutiques non médicamenteuses

De manière similaire aux résultats issus de la revue de la littérature, les thérapeutiques non médicamenteuses sont une alternative à la prescription médicamenteuse, qui se recoupe avec le champ de la médecine préventive, à laquelle sept des internes font référence (*l'hygiène physique et alimentaire et la méditation*). Ils semblent pourtant en avoir minoritairement recours sans que cette étude n'en précise la raison. A noter que pour deux des internes, les supports de communication cités préalablement sont visualisés en tant que « thérapeutique » non médicamenteuse.

Une réflexion sur la notion de « rôle » de l'interne de mener des pratiques de prescription raisonnée

L'idée de rôle et de revalorisation de leur pratique (cf. analyse) paraît ressortir plus distinctement dans les propos de certains participants que dans les études ayant interrogé des prescripteurs en exercice. Elle s'appuie sur des déterminants retrouvés dans la littérature tels que *l'image d'une société surmédicalisée*, *la sensibilisation aux enjeux de l'usage rationnel du médicament* et *l'idée d'évolution systémique en faveur d'un meilleur usage du médicament par ses différents acteurs (patient, prescripteurs, distributeurs).*

Les internes partagent avec les médecins de la littérature les sentiments de responsabilités et légitimité de leurs prescriptions. D'autres éléments pourraient expliquer une valorisation de leur pratique plus importante lors d'un usage rationnel du médicament.

Premièrement, les futurs prescripteurs sont plus sensibilisés à l'usage rationnel du médicament au cours de leurs études. Deuxièmement, deux participants revendiquent leur posture de conseil et d'avis médical dans le soin comme largement supérieure à celle de prescripteur (de médicament). Enfin, on peut percevoir un besoin plus important pour les internes de justifier leur pratique face à un sentiment d'inexpérience et de manque de compétences. Cela est en accord avec l'image négative exprimée des pairs surprescrivant en dehors des recommandations de la « médecine fondée sur les preuves ».

Les internes rapportent de plus des difficultés organisationnelles en cohérence avec les données de la revue de la littérature. Il s'agit en premier lieu de l'omniprésence de la contrainte du temps, d'autant plus marquée que l'usage rationnel du médicament est associé à un temps de réflexion imparti (8,20,21,63). La densité médicale est évoquée par un interne (20). Il existe enfin une comparaison intéressante entre les limitantes retrouvées associées au statut de remplaçant et celle du statut d'interne : *moins expérimenté, plus d'appréhension de l'erreur de la part des patients, habitudes différentes du médecin traitant, moins de possibilités de suivi.*

Education thérapeutique et phénomène de patientèle à l'image du médecin

A noter que parmi les ressources évoquées par des internes, on retrouve les notions d'influence sur le comportement des patients et de la société. Il s'agit de promouvoir le bénéfice à terme d'un comportement d'usage rationnel du médicament visant à déconstruire le réflexe consultation = ordonnance de médicament. Ce bénéfice est en lien avec le principe d'éducation thérapeutique abordé dans les déterminants systémiques. Ce bénéfice s'identifie aussi à l'échelle individuelle par un phénomène de « sélection » de patientèle avec un profil d'acceptabilité de la limitation de prescription plus élevé comparable à la théorie de « patientèle à l'image du médecin » décrit par A. Vega. (33)

Une réflexion sur la notion de contrainte temporelle

Le temps imparti, entre autres celui dédié à la communication, est mentionné comme un frein par 4 internes dans l'étude, s'accordant avec la littérature. Cependant, la réflexion sur une ressource « à terme » d'une attitude de prescription raisonnée permet de pondérer la notion de contrainte temporelle. La relation thérapeutique s'inscrivant dans le temps, le succès ou l'échec d'un usage rationnel du médicament n'est d'ailleurs pas toujours voué à être évalué à l'issue d'une seule consultation. Pour reprendre un extrait issu d'un des participants de la thèse du Dr Bourbon :

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

De plus, la prise en compte du temps « libéré » par une moindre rédaction mérite aussi d'être notée, centrant moins le temps dédié à la communication avec le patient sur l'explication de l'ordonnance.

Des déterminants systémiques - exercice coordonné, médecine préventive, éducation à la santé

Les déterminants systémiques sont relativement peu cités et/ou développés par les internes. Ils font succinctement mention de la médecine préventive et de l'éducation à la santé, dont certains estiment qu'elles sont faibles voire manquantes. (3,41).

L'exercice collectif est en revanche lui abordé plusieurs fois par les répondants. Il n'est pas identifié en tant que ressource systémique d'usage rationnel du médicament à proprement parler, c'est à dire en tant qu'enjeu des politiques de santé publique. Cependant, il est cité comme une ressource individuelle liée au mode d'exercice et est rattachée à la formation, lorsque des stages permettent d'en faire l'expérience.

Enfin une interne fait succinctement mention des Rémunérations sur Objectifs de Santé Publique sans toutefois en saisir réellement le fondement. Cela étant, il est intéressant de remarquer qu'aucun des médecins interrogés dans les études sur l'usage rationnel du médicament et la limitation de prescription n'avait fait part de ce fait comme ressource (20,21,23).

Une réflexion sur les inégalités sociales en santé

Dans la définition de la médecine fondée sur des preuves (EBM), on retrouve la notion d'attente patient, impliquant sa volonté. Parmi les critères d'interaction avec les patients, l'accessibilité du soin apparaît pourtant comme un critère non choisi, parfois ressource de prescription raisonnée, qui peut s'imposer aux acteurs du soin (patients comme prescripteurs).

En effet, l'accès à des thérapeutiques médicamenteuses, notamment si non remboursées présente un coût. Or comme démontré dans le cadre théorique, les médicaments à service médical rendu jugés insuffisants ont d'une part largement été déremboursés et d'autre part, par effet compensatoire, leur prix a été augmenté par l'industrie pharmaceutique.

Ces classes pharmaceutiques sont donc moins accessibles aux usagers concernés par une précarité socio-économique. Ainsi, indépendamment de la volonté des usagers de soins et/ou du médecin, les inégalités sociales en santé peuvent s'avérer être parfois une facilité pour le prescripteur à limiter sa prescription. Cependant, elles sont aussi un critère de complexité les profils de santé, (comorbidités, sociétaux, familiaux etc.) et majore par vase communiquant l'incertitude clinique diagnostique et thérapeutique (121). Le doute et la pression de prescription pouvant l'accompagner constituent donc également des difficultés de prescription raisonnée.

4.3. Points de spécification sur les enjeux de la formation dans le rapport des internes à la prescription, et à l'usage rationnel du médicament

4.3.1. Une préparation universitaire à la prescription (raisonnée) insuffisante

La formation apparait dans la littérature comme un déterminant majeur de l'usage rationnel du médicament par les prescripteurs. Plusieurs points d'attention ont été retenus :

- La formation des étudiants aux bases pharmacologiques permet de garantir une bonne qualité de prescription et de les sensibiliser à la pharmacovigilance
- La formation reçue en stage par l'expérience clinique est déterminante.
- Les supports de transmission des connaissances utilisés par les étudiants (supports de prescription, internet, thériaque, référents en stage etc.) sont diversifiés, de qualité variable. Leur pertinence doit être évaluée à l'aune d'informations critique et indépendante.

Concernant la préparation spécifique à la prescription reçue par les étudiants de médecine en France, plusieurs études d'échelles nationale et internationale définissent clairement les compétences pharmacologiques attendues chez un étudiant (6,65,76,122,123). Comme le mentionne le rapport Bégaud sur l'usage rationnel du médicament, "*pour la plupart des médecins, la prescription médicamenteuse est l'outil principal à leur disposition pour influencer la santé de leurs patients*".

Or ces mêmes études estiment que la formation des étudiants de médecine n'est pas une garantie d'acquisition de bonnes compétences prescriptives, soit le fait de pouvoir/savoir mener une évaluation fiable de la balance bénéfice/risque/coût) ni de compétences propices à un usage rationnel du médicament par les prescripteurs.

Toutes pointent le même fait, décrit par deux internes dans mon étude, à savoir que l'apprentissage de la pharmacologie fournit des bases aux étudiants de médecine mais intervient tôt et en décalé de son application dans les études. Par pharmacologie est entendue l'ensemble des connaissances concernant les types et noms de médicaments, leurs mécanismes de fonctionnement, leurs indications et contre-indications principales, la capacité à les surveiller et déclarer d'éventuels effets indésirables.

Ces études mettent en exergue le manque "d'entrainement" à la rédaction d'ordonnance, notamment en petits groupes avec processus de rétro évaluation collective ou en e-learning. Ce type d'enseignement est en parallèle clairement identifié comme une attente de la part des étudiants, tant dans cette étude que dans d'autres publications (124). Elles soulèvent également l'intérêt d'une formation interprofessionnelle avec des pharmaciens dont la place dans l'usage rationnel du médicament a été explicitée en revue de littérature mais rapportée par une seule participante de l'étude (100,124–128).

4.3.2. L'insuffisance d'un apprentissage médié par la seule expérience

Les résultats de cette recherche font état d'une place hégémonique de l'expérience vécue en stage par les internes dans leur apprentissage de la prescription. Plusieurs études de la revue de la littérature suggèrent cependant qu'un apprentissage par la seule expérience pourrait être insuffisant.

Une étude de la Société Allemande de Pharmacologie et de Thérapeutique (IF 3) a été menée en 2010 sur 75 étudiants répartis en cohortes ayant suivi un cursus en médecine interne plus ou moins long ou en l'absence de cursus. Le recueil des données par questionnaire avec lecture en aveugle n'avait montré aucune différence d'erreurs de prescription entre les diverses cohortes, amenant les auteurs à suggérer que l'expérience acquise en stage ne semblait pas être à même de fournir aux étudiants des compétences prescriptives efficientes (129).

D’autres études montrent également que les internes se sentent globalement mal préparés à la prescription médicamenteuse à la fin de leurs études. Ceux-ci relatent, comme dans l’analyse, une inadéquation des cours théoriques et de la mise en pratique, en atteste les propos de deux des participants exprimant à regret se former « sur le tas », par l’expérience (130).

A une échelle plus large, le rapport santé solidarité de 2013 sur l’usage rationnel du médicament cible la formation des internes pour ses insuffisances à préparer les prescripteurs. Cette enquête a l’avantage de citer de nombreuses références nationales ainsi que des comparaisons internationales concluant de la même manière que la formation à la prescription et à la gestion de la réponse thérapeutique aux médicaments des étudiants de médecine français semble les préparer insuffisamment à des pratiques de prescription raisonnée.

Cette critique cible trois points particuliers : le nombre d’heures dévolues à ce sujet, le contenu des enseignements et la répartition de la formation à la pharmacologie au cours d’un cursus de médecine, dont le troisième cycle est principalement orienté sur la pratique. (5,6,122) Concluant que la prescription étant probablement l’acte le plus fréquent d’un futur praticien, elle était celui auquel il devrait être le mieux préparé. Ces données rejoignent l’idée que compter sur la seule expérience de l’étudiant de médecine pour un apprentissage de qualité de la prescription et un usage rationnel du médicament semble insuffisant.

De plus, rappelons que l’expérience reçue en formation est majoritairement hospitalière. Cela contribue en premier lieu, comme nous l’avons vu, à une majoration de l’incertitude des internes sur les situations cliniques en rapport avec la médecine générale, à un possible biais de mémorisation des pathologies « graves » et à une majoration de leurs prescriptions médicamenteuses.

D’autre part, cette disproportion a aussi pour conséquence de limiter l’expérience et la préparation de l’exercice en réseau ambulatoire. L’hôpital est certes un lieu d’immersion pluridisciplinaire mais il est souvent peu connecté aux professions ambulatoires. Les internes ayant pu expérimenter des pratiques coordonnées ambulatoires sont minoritaires, celles-ci ont souvent été menées pendant l’externat et/ou sur demande dérogatoire. Ce fait est pointé par les internes interrogés dans cette étude qui estiment que leur formation devrait être plus axée sur l’ambulatoire en accord avec les propositions de réforme soulevées par Ma Santé 2022 (131).

Enfin, concernant les capacités des étudiants ou médecins à communiquer avec le patient, deux internes mentionnent attendre ou constater un apport de l'expérience estimé efficient sur le sujet. Cet apport est jugé efficient en termes de capacité à convaincre et/ou à gérer un refus/conflit. La littérature tend plutôt à montrer qu'un apprentissage par l'expérience seule pourrait être insuffisant (20,132,133).

La communication est une science qui relève plus d'une compétence acquise que d'un art inné. La qualité de la communication se majore en effet lorsqu'elle est accompagnée d'un enseignement facultaire spécifique, présentant les bases et techniques théorique et des exercices de mise en pratique. Pourtant la communication reste un champ des sciences humaines trop souvent négligé pendant les études de médecine alors qu'elle est largement valorisée dans d'autres cursus universitaires (commerce, science politiques etc.) qui sont tout autant destinés à être en lien avec l'humain.

4.3.3. Evolution de la démarche scientifique de prescription raisonnée

Une baisse progressive de la vérification de leur prescription médicamenteuse en contradiction avec le principe de pharmacovigilance

Les études citées préalablement, concernant les objectifs de formation des étudiants de médecine en France, mettent également en avant le fait de prêter attention à des conduites de pharmacovigilances. La formation des étudiants et les pratiques des médecins généralistes en exercice sur ce point présenterait des défaillances (6,39,76,134,135).

La place de la pharmacie est d'ailleurs de manière générale relativement peu commentée par rapport à son importance dans les déterminants de la prescription raisonnée. Pour rappel, le rapport de confiance des patients envers leur médecin et le médicament se place pourtant en partie sur des attentes de compétences en matière de pharmacologie et pharmacovigilance.

Si quelques internes parlent de réévaluation d'ordonnance dans la définition de l'usage rationnel du médicament, aucun n'a cité la surveillance et la déclaration des effets indésirables liés aux médicaments (pharmacovigilance) en rapport avec le fait de bien prescrire ou la prescription raisonnée. Une seule interne évoque avoir bénéficié d'un travail collectif avec des pharmaciens en service hospitalier ayant amélioré ses pratiques de pharmacovigilance et secondairement ses connaissances pharmacologiques.

Concernant la sensibilité des internes à la pharmacovigilance, l'évolution de la vérification de leur prescription est tout à fait intéressante. Comme nous l'avons vu, notamment dans l'entretien avec E6, cette vérification dépend de la sensibilité et de la subjectivité des internes à considérer une prescription comme complexe ou dangereuse. L'exemple du paracétamol qui n'est plus vérifié peut paraître compréhensible.

Si on l'extrapole à d'autres médicaments, on peut toutefois estimer qu'il s'agit pour les internes d'avoir au préalable de bonnes connaissances en pharmacologie afin de pouvoir faire des choix éclairés quand ils « retirent » la nécessité de vérification d'un médicament. Cela d'autant plus qu'ils semblent construire, en parallèle de cette diminution de vérification, des habitudes de prescription sur les médicaments concernés. Cela rejoint leur attrait (et attentes de formation pour certains) envers des ordonnances types.

Par ailleurs, ce temps de vérification, qui peut ne plus être pris, est souvent le reflet d'un temps de questionnement par l'interne du bien-fondé de sa prescription.

Pertinence et méthodologie d'utilisation des supports de prescription

Trois principaux déterminants influencent les internes dans leurs pratiques de prescriptions raisonnées et leurs habitudes de prescription. Il s'agit de leur expérience de pratique médicamenteuse (efficacité/survenue d'effets indésirables), des supports de connaissances auxquels ils ont recours et, parmi ceux-ci, de l'influence notable de leurs pairs, principalement les médecins encadrants.

Si l'on reprend les supports de prescription médicamenteuse utilisés de manière plus ou moins courante par les internes présentés en analyse, on peut en faire l'évaluation suivante.

Premièrement, la base de données médicamenteuse du Vidal constitue le premier support de prescription utilisé par les internes, par lequel ils maintiennent l'essentiel de la vérification de leur prescription. Que penser de celle-ci ?

Le Vidal semble être un outil à la hauteur de nombre des attentes des internes. Il est à la fois facile d'accès, gratuit, numérisé, actualisé, fiable, et comporte de nombreuses options d'utilisation. Une rapide recherche d'informations confirme la place prépondérante de ce support parmi les prescripteurs français (27). L'importance de son utilisation émanant autant des prescripteurs que des outils à leurs disposition en pratique. Par exemple, en 2021, sur les 87 logiciels professionnels d'aide à la prescription certifiés, 62 le sont avec le thériaque Vidal, 20 avec la Base Claude Bernard, 3 avec Thériaque et 2 avec Thésorimed (88).

La base de données Vidal et ses outils (tel que Vidal Recos) sont issus d'une société privée, à actionnariat, rachetée par un conglomérat japonais en 2016 et financée par l'industrie pharmaceutique. Ce financement est entre autres issu de l'inscription des médicaments sur la base, ce qui peut limiter le critère d'exhaustivité que lui prête pourtant tous les internes y faisant référence (6).

Toutefois, il faut souligner que les données fournies par la société Vidal n'ont jamais été entachées de scandales liés à son indépendance. Le Vidal est même un support recommandé par des associations de médecins, y compris le Formindep[33], militant pour une formation indépendante des professionnels de santé (136). Ce support paraît donc adapté aux demandes des internes et relativement pertinent.

Concernant les autres ressources de prescription, l'IGAS a publié en 2007 un rapport sur l'information des médecins généralistes sur le médicament, qui peut servir de base de comparaison avec les résultats de cette étude (27). Tout comme les internes interrogés actuellement, les supports de prescription utilisés en 2007 étaient multiples tant par leur sources (*industrie pharmaceutique, autorités sanitaires, assurance maladie, presse médicale, formation continue, sociétés savantes, relations avec des confrères, patient etc*.) que par leurs moyens d'accès (*papier, internet, téléphone, humain etc.*).

[33] Association qui milite pour une formation indépendante des professionnels de santé)

En 2007 les thériaques (Vidal) figuraient au premier plan des ressources de prescription, avec la littérature scientifique, les recommandations institutionnelles et celles des sociétés savantes. La visite médicale par des intervenants de l'industrie pharmaceutique, qui était peu encadrée, prenait une grande place chez les médecins. Internet était un moyen d'accès à l'information déjà conséquemment utilisé.

Les informations rapportées par les participants de cette étude sur leur usage de supports de prescription suggèrent que ceux-ci peuvent parfois manquer de temps mais aussi de méthodologie pour accéder et utiliser pertinemment ces ressources. Le problème de méthodologie semble se cristalliser sur la recherche d'informations, notamment lorsque l'interne présente des incertitudes diagnostiques ou thérapeutiques et qu'il utilise un outil comme internet. Ces difficultés sont relativement similaires à celles déjà exprimées en 2007 par des prescripteurs en exercice qui déclarait leur complexité à ordonner et hiérarchiser l'information reçue, d'autant que les possibilités de choix médicamenteux sont comme nous l'avons vu, profuses, avec des produits aux caractéristiques ou aux effets thérapeutiques très proches.

Paradoxalement à cet apparent manque de méthodologie, la moitié des participants considèrent pourtant la prescription raisonnée comme étant au premier plan le reflet d'un temps de réflexion et d'une méthodologie prescriptive plus rigoureuse qu'une simple mobilisation d'un socle de connaissances.

Trois champs d'apprentissage fondamentaux et intriqués sont mentionnés dans la littérature concernant la démarche scientifique des internes lorsque ceux-ci ont recours à des supports d'information :

- Savoir procéder à une recherche scientifique, constituer une bibliographie et procéder à une lecture critique d'articles scientifiques (76,134) ;
- Savoir évaluer et se tourner vers des sources indépendantes (137) ;
- Avoir un esprit critique affuté et être en connaissance d'outils cognitifs pour éviter les principaux écueils liés au principe "d'interstices pseudoscientifiques" dans la transmission des savoirs (Objectif de l'enseignement de la Zététique) (58).

Une préparation à la revue critique de littérature scientifique

La Haute Autorité de Santé résume ainsi les objectifs d'acquisition des étudiants de médecine en matière d'usage rationnel du médicament :

« Le bon usage du médicament et des thérapeutiques non médicamenteuses doit être fondé sur des données scientifiques validées et l'étudiant doit connaître les bases de la pharmacologie médicale, les principes de l'évaluation, les niveaux de preuve, les principales sources d'information et doit pouvoir critiquer un essai d'intervention ou une méta-analyse. » (76)

La moitié des participants font part de cours sur la recherche et la littérature scientifique, reçu à la faculté de Marseille (module spécifique et cercles de lectures). Si la réception a été contradictoire selon les internes, l'intérêt d'un tel enseignement, sur leurs pratiques de prescription a, quant à lui, été bien perçu.

Un interne fait état du bénéfice quant à sa connaissance de l'utilisation de la base de données PubMed. Néanmoins, on peut douter à travers les propos des étudiants que cette formation soit parvenues à leur faire adopter une méthodologie de recherche (notamment sur internet) favorisant la sélection de données actualisées et indépendantes.

Une difficulté d'accéder à des informations indépendantes et/ou jugées fiables

Comme nous avons pu le voir en revue de littérature, l'indépendance des sources d'(in)formation a été pointée par plusieurs organismes du fait d'un lobbying par l'industrie pharmaceutique. Quatre étudiants dans mon étude ont regretté l'influence de l'industrie pharmaceutique sur la société et la croyance des patients d'une part et d'autre part sur l'information médicale partagée pendant la formation initiale ou continue. Sur ce deuxième point, un des participant énonce sa difficulté à trouver de l'information qu'il juge fiable.

Le Formindep, a publié plusieurs documents d'alerte qui rappellent que les médecins ne sont pas immunisés contre le lobbying qui peut prendre bien d'autres formes que la classique et désormais régulée « visite médicale » (27,92–94,138). Plusieurs publications mettent en exergue que cette influence s'exerce tout autant sur les étudiants même si les internes interrogés ne l'ont pas mentionné (130,137,139).

Un collectif d'étudiants en médecine, appelé la « Troupe du Rire », conscient de cette influence, a d'ailleurs édité une version simplifiée d'un rapport de l'OMS de 2009 intitulé « Comprendre la Promotion Pharmaceutique et y répondre » à destination des étudiants (140,141). Cela étant, aucun interne interrogé n'a fait part de cette influence dans ses prescriptions, y compris E8 lorsqu'elle relate sa modification de choix de prescription d'antihypertenseur après présentation par un expert dans son service. Cela se recoupe avec une sous-estimation fréquente, montrée dans les études citées, de la conscientisation des modalités d'influences par les prescripteurs (médecins ou étudiants).

Toujours sur le site du Formindep, sont référencées un ensemble de publications, à destination des professionnels de la santé et étudiants. Elles visent à leur fournir des outils/sources de formation répondant aux critères de médecine fondées sur des preuves et à des critères d'indépendance. On y retrouve des rappels sur les bases de la lecture médicale scientifique critique (142) ; des liens vers des sites de publications scientifiques et des commentaires sur leur indépendance ou modalité/facilité d'utilisation ; des références sur des revues médicales telles que Prescrire (citée par plusieurs participants) ou Exercer ; des listes vers des sites de références de recommandations types collèges des enseignants ou des sites d'aides à la prescription (136,143,144).

Cet effort de référencement renforce l'idée que fournir à un étudiant des bases de recherche passe par le fait premier de l'orienter vers ces types de sources en les lui présentant. Cette présentation est réalisée par la faculté de Marseille. Or, si elle a été profitable à certains internes, elle ne semble pas toucher l'ensemble des étudiants puisque dans mon étude, cela ne semble avoir été ni retenu, ni utilisé par d'autres.

À partir de l'exemple du module thématique ou des cercles de lecture, il semble que proposer des enseignements (modules, e-learning etc.) stimulant à un usage répété de ces sources et à la lecture scientifique, plus qu'une simple présentation, a une influence plus importante sur leur démarche. Cette stimulation est offerte dans le cursus mais trop souvent limitée au deuxième cycle en préparation des Epreuves Classantes Nationales. Il serait licite, quelle que soit la spécialité, de la poursuivre ultérieurement d'autant que l'évaluation des Dr Mancini, Dufour, Giorgi et Gaudart en 2009 a montré son efficacité (145).

L'importance de la compréhension statistique

La compréhension des données chiffrées et des statistiques est aussi un outil fondamental de la lecture critique des données médicales. Des données avancées peuvent être fausses, erronées, utilisées et présentées à mauvais escient. A ce titre, elle est évoquée par une participante dans l'étude, en mentionnant toutefois que cet enseignement a été reçu très précocement dans ses études (en première année), comme le précise également la littérature (6,122).

Une récente étude d'un interne marseillais sur l'hésitation vaccinale pointait les défects d'une petite cohorte d'étudiants sur des notions basiques mais sources fréquentes de confusion, telles que les Valeurs Prédictives Positives et Négatives, la Sensibilité et Spécificité d'un test. L'intérêt d'un entrainement aux statistiques de type e-learning des internes de médecine générale a été cité par plusieurs études. (132,147). Sur le site du Formindep de nombreuses sources de formation personnelle sont aussi accessibles sur le sujet (143,146).

Cette discussion sur l'enseignement théorique doit néanmoins prendre en compte une limitante présentée par plusieurs étudiants dans cette étude. Il s'agit de la perte d'entrain à ce type de formation au cours de l'internat, en raison du faible retour du corps enseignant. Ils sont en effet considérés comme peu nombreux et peu disponibles du fait d'une charge de travail déjà importante.

Les propos des internes interrogés font également part d'une dissociation de demandes émanant des stages et de celle émanant de la formation universitaire théorique. Les internes sont sollicités pour des présentations pédagogiques par l'un ou l'autre indépendamment. Or, vu l'importance que ces derniers accordent à leur formation en stage, ce terrain paraît être un bon moyen d'accroche pour stimuler les étudiants à un travail personnel. Des présentations en stage systématique des travaux pédagogiques émanant de la Faculté pourraient répondre à leur reproche de manque de valorisation et d'évaluation sur ces derniers.

Enfin les études, citées préalablement à propos des recommandations de formation à la prescription, font figurer parmi les critères de bonnes compétences prescriptives celui de se référer à des données dites en Evidence Based Medecine (76).

4.3.4. Démarche scientifique – Evidence versus Eminence Based Medecine

Différentes modalités de transmission des savoirs

Les résultats ont pu mettre en exergue l'influence importante des médecins référents sur les pratiques de certains internes, dans le cadre d'une reproduction mimétique des prescriptions pour plusieurs d'entre eux. Elle s'effectue malgré une relation ambigüe avec les maîtres de stage concernant leur rapport à la supervision/hiérarchie, mais aussi leur confiance envers la fiabilité des savoirs transmis par les médecins encadrants.

Plusieurs parutions internationales rapportent ce paradoxe de transmission des savoirs rencontrés par les étudiants de médecine entre « Eminence Based Médecine » versus « Evidence Based Medecine », soit médecine basée sur les propos d'un « ponte » versus médecine basée sur les données probantes. Ce changement de paradigme est sous tendu par une évolution majeure de la diffusion des données scientifiques avec internet qui a contribué à la reconnaissance supérieure des données dîtes EBM par rapport aux recommandations d'experts locaux.

Il est intéressant de noter que les critiques d'absence d'objectivité sont formulées à l'encontre des deux écoles. Les savoirs issus d'« Eminences » sont décriés pour leur partialité et les risques souvent avérés d'interférence avec l'industrie pharmaceutique. Les données dîtes Evidence Based Medecine, et surtout les protocoles en étant issus, sont remis en cause au regard également d'une interférence potentielle de l'industrie pharmaceutique, de leur favorisation des « nouveaux traitements », mais aussi de leur « rigidité » ne permettant pas de répondre à l'incertitude récurrente en pratique clinique (148–150).

C'est cette incertitude diagnostique et thérapeutique qui explique majoritairement l'invocation de la part « Eminence » de la médecine, qu'elle soit associée à des recommandations d'experts locaux ou parfois à la subjectivité individuelle d'un prescripteur. Ce renvoi permanent à l'incertitude revient à dire qu'il est impensable d'imaginer qu'un prescripteur puisse exercer ses prescriptions seulement à partir d'une pratique protocolaire simplifiée, en se passant de la construction d'un raisonnement personnel.

Or pour plusieurs internes de cette cohorte, le cursus de formation universitaire s'apparente à un enseignement de « techniciens », voués à appliquer le médicament sans comprendre le « fait » sous-jacent, ni pouvoir le mettre en perspective, le critiquer ou se l'approprier. E3 résume ce propos en disant que « *La médecine est une science qui se construit avec le temps et dans laquelle j'aurais aimé être impliqué* ».

Les résultats de l'analyse soulignent que plusieurs participants se sentent démunis lorsqu'ils doivent mener un raisonnement médicamenteux. Sentiment renforcé par la préoccupation omniprésente du temps. Dans ce contexte, les étudiants se tournent facilement vers un mode de transmission des savoirs type Eminence.

Apparition d'habitude de prescription

Si les internes se tournent majoritairement vers des savoirs de type éminence, portent-ils un regard critique sur ces données et si oui, avec quels outils ? L'enjeu est d'autant plus grand du fait de la construction précoce rapportée d'habitudes de prescription. Ces habitudes ont en outre tendance à rester dans le temps par biais d'ancrage/mémorisation comme cela a été démontré par le Dr Rossman (38).

Dans l'analyse, la variabilité de pratiques des encadrants en stage est un des premiers éléments poussant l'interne à mobiliser une pensée critique et à personnaliser ses décisions prescriptives. Il apparaît néanmoins que pour certains la critique se limite surtout au choix de référents de confiance plutôt que de référents jugés non compétents. Ces propos concernent surtout des internes en début de cursus aux urgences. Un autre participant, plus avancé dans son internat, affirme au contraire sa préférence de « remonter à la source de l'information » par manque de confiance dans l'interposition d'intermédiaires dans la transmission des savoirs.

Si cette cohorte est trop limitée pour évaluer la répartition de la pensée critique en fonction du semestre d'internat, les travaux en zététique soulignent néanmoins que le niveau d'études n'est pas comme une garantie, pour un individu, de ses capacités critiques.

Intérêt d'une formation à la pensée critique (Zététique)

La littérature présente l'intérêt d'une formation à l'esprit critique en adjonction du cursus, tout étudiant confondu. Sur ce sujet, les travaux du Pr Monvoisin qui enseigne la zététique à l'université Grenoble Alpes et ceux de l'association CORTECS [34]recensent et analysent les mécanismes opérant sur la sélection critique d'informations scientifiques (58,151,152).

L'objectif de l'enseignement de la zététique est de développer la capacité à repérer d'éventuels « interstices pseudoscientifiques » dans la transmission de savoirs dits scientifiques, quelle que soit leur source de transmission, humaine ou non. Mis à disposition sous forme de vidéos et/ou de lectures, cet enseignement est profitable aux étudiants pendant leur cursus mais aussi dans l'optique de leur formation continue. En effet, malgré l'ambivalence rencontrée à son égard dans cette étude, l'auto-formation occupe dans les deux cas une place prépondérante.

[34] Collectif de recherche transdisciplinaire esprit critique & sciences

Dans la relation à son enseignant et le processus triangulé de décision partagée, l'étudiant fait face à plusieurs principes pouvant favoriser ces interférences cognitives :

- Le principe de l'argument d'autorité, qui contribue à rendre les propos portés par un médecin encadrant auto validant. Plusieurs paramètres renforcent cet effet d'autorité, illustrés dans l'analyse par le rapport ambivalent des internes à la supervision. On trouve ainsi le rapport de hiérarchie, la compétence imaginée du formateur ou un éventuel affect interpersonnel.
- Le principe de la preuve sociale (effet panurge), c'est-à-dire l'influence compréhensible de l'effet de groupe. Si, dans un service, un ensemble de référents applique la même manière de procéder, l'adhésion de l'interne à celle-ci sera plus grande sans forcément avoir évalué à l'aune de son propre raisonnement/recherche cette conduite prescriptive.
- Le principe du biais de mémorisation des cas les plus marquants rencontrés en stage, explicité dans l'analyse.

D'autres principes zététiques, brièvement évoqués, sont applicables à la démarche scientifique et peuvent influencer l'interne dans son usage rationnel du médicament. Ils émanent tous du premier principe de l'esprit critique : « Les faits, toujours les faits, rien que les faits ».

- Savoir remonter à l'origine de l'information et évaluer sa fiabilité supposée. C'est à dire savoir évaluer la fiabilité du rapporteur (effet vitrine : personnalité star, journal de "référence", titres honorifiques) et celle de la source de diffusion. Il peut s'agir par exemple pour un journal scientifique de l'impact factor, du financement ou de l'existence d'un comité de lecture.
- Savoir se départir des chiffres, qui sont présentés fréquemment comme quasi "auto-validant" dans des propos argumentaires. Alors qu'ils devraient s'accompagner de décomptes permettant d'en justifier la signification déclarée.

- Concernant particulièrement la présentation des thérapeutiques non médicamenteuses, prendre conscience que la bonne foi ou l'idée plaisante d'un scénario n'en fait pas la validité. On peut illustrer cet enjeu par les confusions fréquentes faites entre les médecines alternatives, les mouvances de l'écologie, les croyances du New Age, et le féminisme dont chacun des postulats de base peut partir de bien-fondés réels mais s'étoffer en route de rhétoriques pseudoscientifiques servant à argumenter leur légitimité (58).

Les principes énumérés ici constituent les principales interférences avec la rigueur d'un raisonnement scientifique. D'autres existent et sont présentés dans les ressources bibliographiques. Il serait avantageux d'outiller l'étudiant en zététique afin qu'il maintienne une démarche scientifique de qualité en faveur d'un usage rationnel du médicament, pendant sa formation et au cours de sa vie professionnelle. Un tel type d'enseignement existe actuellement à la faculté de Marseille sous forme d'un module facultatif, dont la systématisation à tous les étudiants présenterait un intérêt.

Dans la même veine, des modalités d'enseignement d'analyse critique orientées sur les biais spécifiques de l'influence pharmaceutique peuvent aussi être une piste intéressante comme le souligne la thèse du Dr Desclaux – Arramond en 2017 sur une formation FACRIPP (Formation à l'Analyse Critique de la Promotion Pharmaceutique). Cette thèse démontre l'influence des praticiens encadrants sur les prescriptions des internes y compris lorsque ceux-ci ont une pratique influencée par l'industrie pharmaceutique. Elle met par ailleurs en exergue l'impact d'une telle formation pour les étudiants, dont certains ont fait preuve, à la suite, d'une implication personnelle et critique accrue sur leurs choix de prescription. (95)

En complément de la discussion sur les résultats de cette étude, j'ai procédé à une liste - résumé de l'ensemble des déterminants liés à la prescription raisonnée et identifiés dans ce travail. Elle recense ainsi les déterminants systémiques, tant limitantes que ressources, les freins individuels et les ressources individuelles accessible à l'interne/prescripteur. Une dernière liste, reprend à partir des ressources individuelles les axes d'interventions possibles, en lien avec la formation, dans le but de promouvoir un apprentissage de pratiques prescriptives raisonnées. Ces documents sont accessibles en Annexe E.

Conclusion et ouverture

Cette analyse tend à montrer que les internes ont une vision du bien prescrire et de l'usage rationnel du médicament en accord avec les définitions internationales. Ils présentent, tout comme des médecins en exercice, des difficultés à procéder à un usage rationnel du médicament (prescription raisonnée) et donc à moins prescrire. Ces difficultés sont globalement liées aux mêmes motifs et portent sur les mêmes médicaments. Les internes portent une attention particulière à la population gériatrique et/ou aux insuffisants rénaux. Le patient, ses attentes de prescription médicamenteuse parfois inappropriées, la pression de prescription consécutive ressentie par l'interne et les conflits pouvant survenir à la suite d'un refus sont mis en avant comme les principales situations à l'origine de prescriptions raisonnées et des freins rencontrées à les mener.

Concernant les déterminants liés aux patients, les internes rapportent toute la complexité de les intégrer, avec leurs représentations, dans leur rationnel de prescription. Cette difficulté est ressentie en conscience d'une place légitime de ces derniers et de l'intérêt d'obtenir des décisions partagées dans un soin dont le patient est avant tout le destinataire. Ils prêtent aux patients le même attachement aux médicaments que la littérature et ont tendance à surestimer la fréquence de survenue du conflit avec ces derniers en cas d'opposition. Les situations conflictuelles rencontrées paraissent avoir été marquantes avec un biais d'ancrage qui pourrait tendre rapidement, à des attitudes d'évitement ou de concessions chez les internes. Ces réactions sont comparables aux médecins dans la littérature et sont motivées principalement par peur des coûts organisationnels et relationnels.

En ce qui les concernent, les internes rapportent également un attachement porté au médicament ainsi qu'à l'ordonnance. Cet attachement semble moindre que ce qui est décrit dans la littérature chez des médecins en exercice. Cette étude fait le constat d'une conception valorisée du soin non médicamenteux et d'une forte sensibilisation aux enjeux d'un usage rationnel du médicament parmi cette population. En revanche, les résultats montrent un poids de l'incertitude diagnostique et/ou thérapeutique, qui paraît plus grand chez les internes et pourrait majorer en pratique le recours au médicament, considéré alors comme objet de réassurance pour ces jeunes praticiens.

Plusieurs déterminants de prescription raisonnée paraissent être en lien plus spécifiquement avec la formation des internes. Les résultats soulignent le sentiment des participants d'être insuffisamment préparé à la prescription. Certains enseignements relatifs à cette dernière sont proposés en décalage des périodes d'application pratique, alors que les stages constituent le premier lieu d'apprentissage des pratiques prescriptives. Cette étude révèle l'importance du travail réflexif en amont d'une prescription raisonnée. Les résultats mettent en évidence que la prise de ce temps de réflexion n'est pas une constante chez les internes. La démarche scientifique de prescription dîtes en Evidence Based Medecine est en pratique affectée par des contraintes organisationnelles (rapport temps/charge de travail), relationnelles (relation patient/médecins encadrants) mais aussi méthodologiques. Sur ce point, les internes relatent d'une part un rapport ambivalent à l'auto-formation, entre utilité perçue mais faible application, notamment quand elle concerne des temps jugés personnels ou des demandes émanant de la Faculté et non en lien avec leur pratique clinique. D'autre part, si l'incertitude clinique récurrente rencontrée en pratique invite les internes à se tourner vers des ressources dédiées, ils paraissent peu outillés pour évaluer la pertinence et l'indépendance des sources d'informations auxquelles ils ont accès. En somme l'expérience expose fréquemment la démarche de prescription des internes à des interférences "pseudoscientifiques" alors que le rappel à des données scientifique paraît en pratique, moins évident. Ces interférences entre paradigme de consultation centrée patient et paradigme de raisonnement centré EBM, sont fondamentales dans l'usage rationnel du médicament par les prescripteurs.

La faculté de Marseille fournit en début d'internat des bases de formation à la revue de la littérature scientifique et organise des "cercles de littérature" où les étudiants sont invités à la lecture d'articles. Ces enseignements semblent pertinents au vu des enjeux de formation personnelle sur le médicament. Leurs contenus, d'après quelques participants, pourraient se rapprocher du médicament et le choix des articles pourrait être fait par les internes en rapport avec leurs vécus clinique (de même que les RSCA). D'après la littérature, la stimulation répétée (type e-learning) favoriserait un meilleur acquis des capacités de lecture critique et pourrait également être utilisé pour renforcer la compréhension des biostatistiques par les internes - connaissance essentielle au décryptage des publications scientifiques.

Par ailleurs, les internes bénéficieraient d'un outillage tel qu'un enseignement à l'esprit critique (Zététique) pendant leur formation afin d'accompagner une construction pertinente de leur démarche prescriptive. Un module d'enseignement facultatif de ce type est actuellement déjà proposé qui pourrait être diffusé à l'ensemble des étudiants. Cet enseignement paraît d'autant plus important que les internes mentionnent prendre rapidement des habitudes de prescriptions, qui tendent à persister, dans un contexte de responsabilisation rapide et de recherche d'efficacité en pratique clinique.

L'ensemble de ces points met en avant l'internat comme une période essentielle de préparation des prescripteurs et la formation comme un déterminant notable à l'usage rationnel du médicament au cours de leur vie professionnelle.

Pour approfondir la réflexion proposée dans cette étude, il serait intéressant, dans le cadre d'une étude quantitative, d'explorer les liens entre la formation au raisonnement critique et la démarche scientifique mobilisée par les étudiants de médecine générale. Cette recherche pourrait être prolongée par une investigation plus aboutie dans le champ des sciences humaines (éducatives, cognitives, psychologiques et sociales). D'autres points d'intérêts de la prescription raisonnée n'ont été que succinctement abordés dans cette étude et mériteraient un approfondissement, tels que la gestion du conflit et les techniques de communication mobilisables ainsi que la connaissance et l'usage des thérapeutiques non médicamenteuses, notamment dans une approche scientifique.

Bibliographie

1. Chapeau J. Éduquer à la protection? Spirale-Rev Rech En Educ. 2020;(3):119-36.

2. OMS | Promouvoir l'usage rationnel des médicaments, c'est sauver des vies et faire des économies [Internet]. WHO. World Health Organization; [cité 6 sept 2021]. Disponible sur: https://apps.who.int/mediacentre/news/notes/2004/np9/fr/index.html

3. Promouvoir l'usage rationnel des médicaments: éléments principaux - Perspectives politiques de l'OMS sur les médicaments, No. 05 septembre 2002 [Internet]. [cité 6 sept 2021]. Disponible sur: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67533/WHO_EDM_2002.3_fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y

4. WHO EMRO | Usage rationnel | Politiques en matière de médicaments essentiels et de produits pharmaceutiques [Internet]. [cité 4 oct 2021]. Disponible sur: http://www.emro.who.int/fr/essential-medicines/strategy-rational-use/

5. Helali A. LE BON USAGE DES MÉDICAMENTS. :4.

6. Bégaud B, Costagliola D. Rapport sur la surveillance et la promotion du bon usage du médicament en France. :57.

7. Amar E, Pereira C, Delbosc A. Les prescriptions des médecins généralistes et leurs déterminants. 2005;

8. Santé I. Le rapport des Français et des Européens à l'ordonnance et aux médicaments. Ipsos Santé. 2005;

9. 2018 - Dépenses de santé − Tableaux de l'économie française | Insee [Internet]. [cité 5 oct 2021]. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/4277750?sommaire=4318291#titre-bloc-3

10. Jabri K (DREES/SEEE/BACS). Les dépenses de santé en 2018 > édition 2019 > DREES. :2.

11. OCDE. Panorama de la santé 2017: Les indicateurs de l'OCDE [Internet]. OECD; 2017 [cité 4 oct 2021]. (Panorama de la santé). Disponible sur: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/panorama-de-la-sante-2017_health_glance-2017-fr

12. Naudin F, Sermet C. La prescription de médicaments à service médical rendu insuffisant en 2001. 2001;6.

13. Pichetti S, Sermet C. Le déremboursement des médicaments en France entre 2002 et 2010 : éléments d'évaluation. 2002;8.

14. Article R4127-8 - Code de la santé publique - Légifrance - Cadre de Prescription [Internet]. [cité 1 oct 2021]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000025843565/

15. Le code de déontologie, Articles R.4127-8 ; R.4127-39 ; R.4127-40 ; R.4127-70 [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins. [cité 6 oct 2021]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/code-deontologie

16. BCB - Base Claude Bernard l'expertise thérapeutique [Internet]. [cité 2 oct 2021]. Disponible sur: https://www.bcb.fr/informations-base-medicaments-bcb.jsp#referentiel

17. Les dénominations communes internationales (DCI) [Internet]. [cité 2 oct 2021]. Disponible sur: https://www.who.int/fr/teams/health-product-and-policy-standards/inn/guidance-on-inn

18. WHO model list of essential medicines [Internet]. [cité 2 oct 2021]. Disponible sur: https://www.who.int/publications-detail-redirect/WHOMVPEMPIAU2019.06

19. eEML - Electronic Essential Medicines List [Internet]. [cité 2 oct 2021]. Disponible sur: https://list.essentialmeds.org/

20. Osadtchy-Urvoas Z. La non-prescription en consultation de médecine générale: pourquoi et comment: étude qualitative à partir de 3 focus group. 1986;63.

21. Bourbon L. La consultation sans prescription médicamenteuse: perceptions des médecins généralistes, obstacles à la non-prescription, et conditions pour une évolution des pratiques. 2016;46.

22. Duffaud S, Liébart S. Comment les médecins généralistes limitent-ils leurs prescriptions ? Étude qualitative par entretiens collectifs. Sante Publique (Bucur). 24 juill 2014;Vol. 26(3):323-30.

23. Toutfaire L, Chevalier L. La non prescription médicamenteuse en consultation de médecine générale: le ressenti des patients et des médecins. 2017;

24. Stoessel A. Freins et réticences à la non-prescription médicamenteuse en consultation de médecine générale: enquête qualitative par focus groups de médecins généralistes francs-comtois. 2014;18.

25. Ngouana U. Le déremboursement entraîne une hausse immédiate des ventes des médicaments non remboursables. 2019;

26. Bedoin D, Charles R. La prise en charge des affections transitoires bénignes en médecine générale : avec ou sans médicaments ? Prat Organ Soins. 1 oct 2012;Vol. 43(2):111-9.

27. Bras P-L, Ricordeau P, Roussille B, Saintoyant V. L'information des médecins généralistes sur le médicament. Rep No RM. 2007;136.

28. Observatoire Sociétal du médicament - IPSOS pour le Leem - 4ème édition - 2014 [Internet]. [cité 7 oct 2021]. Disponible sur: https://www.leem.org/publication/observatoire-societal-du-medicament-ipsos-pour-le-leem-4eme-edition-2014

29. Le médicament tient-il trop de place dans la relation médecin-malade ? La Croix [Internet]. 22 nov 2016 [cité 19 oct 2021]; Disponible sur: https://www.la-croix.com/Sciences/Sciences-et-ethique/Le-medicament-tient-trop-place-dans-relation-medecin-malade-2016-11-22-1200804909

30. Monod O. La France fait-elle partie des plus gros consommateurs de médicaments dans le monde ? [Internet]. Libération. [cité 19 oct 2021]. Disponible sur: https://www.liberation.fr/checknews/2019/07/29/la-france-fait-elle-partie-des-plus-gros-consommateurs-de-medicaments-dans-le-monde_1740068/

31. Guyot C, Garet A, Birgé J, Fay R, Di Patrizio P, Boivin J-M. Prescription médicamenteuse en médecine générale: les attentes des français en cas de pathologies bénignes. In 2011.

32. Charra E. Représentations et vécu des patients à propos de la non-prescription médicale: étude qualitative à partir de 4 focus group. 2012;

33. Vega A. Positivisme et dépendance : les usages socioculturels du médicament chez les médecins généralistes français. Sci Soc Sante. 28 déc 2012;Vol. 30(3):71-102.

34. OMS - Définition du principe de Santé [Internet]. [cité 28 oct 2021]. Disponible sur: https://www.who.int/fr/about/governance/constitution

35. Grun S. Vécu de la non-prescription médicamenteuse par les parents consultant en médecine générale pour leur enfant. 2015;

36. Le bon usage du médicament, ça s'apprend [Internet]. Le Quotidien du Pharmacien. [cité 28 oct 2021]. Disponible sur: https://www.lequotidiendupharmacien.fr/exercice-pro/nouvelles-missions/le-bon-usage-du-medicament-ca-sapprend

37. Déremboursement des traitements dits « anti-Alzheimer » : une injustice difficile à comprendre – SFGG [Internet]. Société Française de Gériatrie et Gérontologie (SFGG). 2019 [cité 10 nov 2021]. Disponible sur: https://sfgg.org/actualites/deremboursement-des-traitements-symptomatiques-dits-anti-alzheimer-une-injustice-difficile-a-comprendre/

38. Rosman S. Les pratiques de prescription des médecins généralistes. Une étude sociologique comparative entre la France et les Pays-Bas [Internet]. Presses de l'EHESP; 2010 [cité 5 oct 2021]. Disponible sur: https://www.cairn.info/singuliers-generalistes--9782810900213-page-117.htm?contenu=resume

39. Lefort A. Les médecins généralistes sous-déclarent les effets indésirables liés aux médicaments: quelles pistes pour améliorer les actions de pharmacovigilance? Résultats d'une enquête en Aquitaine en 2018. :91.

40. Tan S. Représentations et perceptions de la pharmacovigilance par les médecins généralistes [Internet] [other]. Université de Lorraine; 2013 [cité 28 oct 2021]. p. non renseigné. Disponible sur: https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01770808

41. Quien S. Les déterminants de la prescription médicamenteuse en médecine générale. Nice Fr Univ Nice Sophia Antipolis. 2014;

42. Lozza L. L'observatoire sociétal du médicament 2013. 2013;45.

43. Les médecins doivent argumenter pour faire admettre leur prescription [Internet]. Le Quotidien du Médecin. [cité 19 oct 2021]. Disponible sur: https://www.lequotidiendumedecin.fr/actus-medicales/sante-publique/les-medecins-doivent-argumenter-pour-faire-admettre-leur-prescription

44. Rosman S. Sylvie Fainzang, La Relation médecins/malades : information et mensonge. L'Homme Rev Fr D'anthropologie. 1 nov 2007;(184):246-8.

45. Waissman R. Sylvie Fainzang, Médicaments et Société. Le patient, le médecin, et l'ordonnance. Arch Sci Soc Relig. 2 oct 2001;(116):93-156.

46. Little P, Dorward M, Warner G, Stephens K, Senior J, Moore M. Importance of patient pressure and perceived pressure and perceived medical need for investigations, referral, and prescribing in primary care: nested observational study. BMJ. 19 févr 2004;328(7437):444.

47. Delga C, Megnin Y, Oustric S, Laurent C, Pauly L, Vergez J-P, et al. Pression de prescription : étude pilote en médecine générale. Therapies. 1 nov 2003;58(6):513-7.

48. Longour A. La rédaction d'une ordonnance est-elle le seul gage de réussite d'une consultation en médecine générale. 8 nov 2017;48.

49. Mauraizin G. La prescription médicamenteuse en médecine générale: attentes des patients, perceptions des médecins et comportements associés. 2007;

50. Cauchois C, Malatrasi G. Les déterminants des consultations sans prescription médicamenteuse et des prescriptions contre le gré des médecins généralistes en France: étude auprès de 631 médecins généralistes en France. Univ Nice-Sophia Antipolis. 2009;

51. Arzur J. Le refus de prescription: impact sur la relation médecin-patient. 2011;

52. Juillard M. Savoir dire non à bon escient : vécu des internes en médecine générale. Études quantitative et qualitative auprès des internes de Médecine Générale de Paris V. :158.

53. Sarrazin C. Gestion des relations médecin-patient conflictuelles en médecine générale: enquête auprès de vingt médecins généralistes par entretiens semi-dirigés. Fac Médecine Poitiers. 2012;

54. Darmon D, Belhassen M, Quien S, Langlois C, Staccini P, Letrilliart L. Facteurs associés à la prescription médicamenteuse en médecine générale : une étude transversale multicentrique. Sante Publique (Bucur). 24 août 2015;Vol. 27(3):353-62.

55. Harmand D. Ressenti du médecin généraliste et des remplaçants en médecine générale face à la pression de prescription exercée par les patients. 2019;

56. Dufour Pueyo S. Ressenti des médecins généralistes face à la pression de prescription: définition d'une demande abusive [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Rouen Normandie; 2017.

57. Wagner-Egger P. Les canons de la rationalité : essai de classification des points de vue dans le débat sur les biais cognitifs et la rationalité humaine. LAnnee Psychol. 2011;111(1):191-224.

58. Monvoisin R. Pour une didactique de l'esprit critique - Zététique et utilisation des interstices pseudoscientifiques dans les médias. 2007;445.

59. Fainzang S. La communication d'informations dans la relation médecins-malades. Quest Commun. 1 juill 2009;(15):279-95.

60. 20 biais cognitifs utilisés en marketing [Internet]. Codeur Mag. 2020 [cité 10 nov 2021]. Disponible sur: https://www.codeur.com/blog/biais-cognitifs-marketing/

61. Moreau A, Boussageon R, Girier P, Figon S. Efficacité thérapeutique de "l'effet médecin" en soins primaires. Presse Med. 1 juin 2006;35:967-73.

62. Jeannet E, Cozon-Rein L. Évaluation de l'impact de Fiches d'Information Patient (FIP) sur le comportement des patients face à des pathologies courantes en médecine générale: étude randomisée et contrôlée. :59.

63. Darmon D. Les déterminants de la prescription médicamenteuse en médecine générale. 2014;113.

64. Le cercle de Prochaska et Di Clemente [Internet]. intervenir-addictions.fr, le portail des acteurs de santé. [cité 10 nov 2021]. Disponible sur: https://intervenir-addictions.fr/intervenir/le-cercle-de-prochaska-et-di-clemente/

65. Helali A. Promouvoir l'Usage Rationnel des Médicaments dans les pays. 2013;9.

66. Comparaison Européenne des incitations à la prescription dans le répertoire des génériques. 2010;4.

67. des Comptes C. Rapport de la cour des comptes - La Sécurité Sociale. 2009;

68. DSS_Carine.D, DSS_Carine.D. Réforme relative à la prise en charge des médicaments pour lesquels il existe des génériques. Mention « Non Substituable ». [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2021 [cité 19 oct 2021]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/communiques-de-presse/article/mise-en-oeuvre-de-la-reforme-relative-a-la-prise-en-charge-des-medicaments-pour

69. Magnaval V. La mention" non substituable" de la prescription à la délivrance: comparaison des points de vue des médecins généralistes libéraux et des pharmaciens d'officine de la région Midi-Pyrénées. 2013;

70. Article L5123-8 - Code de la santé publique - Dispensation des médicaments à l'unité. [Internet]. [cité 19 oct 2021]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000041583132/2022-01-01

71. Conditionnement des médicaments - Sénat [Internet]. [cité 28 oct 2021]. Disponible sur: https://www.senat.fr/questions/base/2012/qSEQ120322812.html

72. adsp n° 107 - Soins de proximité : vers un exercice d'équipe [Internet]. [cité 28 oct 2021]. Disponible sur: https://www.hcsp.fr/explore.cgi/adsp?clef=169

73. DGOS. L'exercice coordonné [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2021 [cité 28 oct 2021]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/se-former-s-installer-exercer/l-exercice-coordonne-entre-professionnels-de-sante/article/l-exercice-coordonne

74. Afrite A. Des organisations et des pratiques coopératives diverses entre médecins généralistes et infirmières dans le dispositif Asalée : une typologie des binômes. :8.

75. Développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses validées [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 28 oct 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1059795/fr/developpement-de-la-prescription-de-therapeutiques-non-medicamenteuses-validees

76. UE 10 : Le bon usage du médicament et des thérapeutiques non médicamenteuses [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 28 oct 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2615258/fr/ue-10-le-bon-usage-du-medicament-et-des-therapeutiques-non-medicamenteuses

77. Adamo B. Perception et utilisation des médecines non conventionnelles par les médecins généralistes. 2012;

78. Gueguen J. Evaluation des médecines complémentaires : quels compléments aux essais contrôlés randomisés et aux méta-analyses ? [Internet] [These de doctorat]. Université Paris-Saclay (ComUE); 2017 [cité 28 oct 2021]. Disponible sur: https://www.theses.fr/2017SACLS072

79. La rémunération sur objectifs de santé publique (Rosp) | ameli.fr | Médecin [Internet]. [cité 19 oct 2021]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/remuneration/remuneration-objectifs

80. Maladie CN d'Assurance. La rémunération sur objectifs de santé publique: une amélioration continue en faveur de la qualité et de la pertinence des soins. Bilan à 4 ans. 2016;

81. Les relations conventionnelles entre l'assurance maladie et les professions libérales de santé [Internet]. Cour des comptes. [cité 19 oct 2021]. Disponible sur: https://www.ccomptes.fr/fr/publications/les-relations-conventionnelles-entre-lassurance-maladie-et-les-professions-liberales

82. Bras P-L, Duhamel G. Rémunérer les médecins selon leurs performances : les enseignements des expériences étrangères - IGAS [Internet]. Vie publique.fr. [cité 6 oct 2021]. Disponible sur: https://www.vie-publique.fr/rapport/30082-remunerer-les-medecins-selon-leurs-performances-les-enseignements-des

83. Bras P-L. Le contrat d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI) à la lumière de l'expérience anglaise. J Econ Medicale. 2011;Volume 29(5):216-30.

84. Bras PL, Duhamel G. Formation médicale continue et évaluation des pratiques professionnelles des médecins. Insp GÉNÉRALE Aff Soc Paris. 2008;57.

85. British National Formulary | Evidence and best practice resources | What we do | About [Internet]. NICE. NICE; [cité 10 nov 2021]. Disponible sur: https://www.nice.org.uk/about/what-we-do/evidence-services/british-national-formulary

86. Médicaments : les bases de données sur Internet [Internet]. [cité 19 oct 2021]. Disponible sur: https://www.caducee.net/medicaments/bases-donnees.asp

87. Base de données publique Transparence Santé [Internet]. [cité 19 oct 2021]. Disponible sur: https://www.transparence.sante.gouv.fr/flow/main;jsessionid=D8F5127145AD8AA1842E49A0352609E6?execution=e1s1

88. Les logiciels d'aide à la prescription (LAP) en médecine ambulatoire certifiés [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 5 nov 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_672760/fr/les-logiciels-d-aide-a-la-prescription-lap-en-medecine-ambulatoire-certifies

89. Prescription médicamenteuse inappropriée : les nouveaux critères STOPP/START [Internet]. Revue Medicale Suisse. [cité 10 nov 2021]. Disponible sur: https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2015/revue-medicale-suisse-494/prescription-medicamenteuse-inappropriee-les-nouveaux-criteres-stopp-start

90. mondiale de la Santé A. Stratégie pharmaceutique de l'OMS: rapport de situation: Rapport du Secrétariat. Organisation mondiale de la Santé; 2003.

91. Prix Prescrire 2013 • Comprendre la promotion pharmaceutique et y répondre. Un manuel pratique. [Internet]. [cité 6 sept 2021]. Disponible sur: https://www.prescrire.org/Fr/3/31/48737/0/NewsDetails.aspx

92. Formindep. Paiements des firmes et influence sur les prescriptions : une interdiction s'impose [Internet]. Formindep. 2021 [cité 4 oct 2021]. Disponible sur: https://formindep.fr/paiements-des-firmes-et-influence-sur-les-prescriptions-une-revue-systematique-enfonce-le-clou/

93. Steinbrook R. Physicians, Industry Payments for Food and Beverages, and Drug Prescribing. JAMA. 2 mai 2017;317(17):1753-4.

94. Lieb K, Scheurich A. Contact between Doctors and the Pharmaceutical Industry, Their Perceptions, and the Effects on Prescribing Habits. PLOS ONE. 16 oct 2014;9(10):e110130.

95. Desclaux-Arramond D. Perception de l'industrie pharmaceutique par les internes en médecine générale après FACRIPP (Formation à l'Analyse CRItique de la Promotion Pharmaceutique) et perception de la formation. :90.

96. editionsmontparnasse. Les Médicamenteurs - Extrait [Internet]. 2011 [cité 5 nov 2021]. Disponible sur: https://www.youtube.com/watch?v=_DC9Kxw1lg4

97. EurosforDocs - Pour la transparence du lobbying des industries de santé. [Internet]. Euros For Docs. [cité 19 oct 2021]. Disponible sur: https://www.eurosfordocs.fr

98. #NoFreeLunch | Loi santé [Internet]. ISNAR-IMG. 2019 [cité 19 oct 2021]. Disponible sur: https://www.isnar-img.com/nofreelunch-idee-recue/

99. Article 1 - Ordonnance n° 2017-49 du 19 janvier 2017 relative aux avantages offerts par les personnes fabriquant ou commercialisant des produits ou des prestations de santé - Légifrance [Internet]. [cité 19 oct 2021]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000033893410

100. Renaudin P. Place du pharmacien dans le système de soins et la prise de décision : application clinique à la iatrogénie médicamenteuse : vers une démarche de pratique collaborative pluriprofessionelle [Internet] [These de doctorat]. Aix-Marseille; 2018 [cité 28 oct 2021]. Disponible sur: https://www.theses.fr/2018AIXM0733

101. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P. Introduction à la recherche qualitative. 19:4.

102. Blais M, Martineau S. L'analyse inductive générale: description d'une démarche visant à donner un sens à des données brutes. Rech Qual. 2006;26(2):1-18.

103. Frappé P. Initiation à la recherche 2e édition. Assoc Fr Jeunes Cherch En Médecine Générale. 2011;

104. Kohn L, Christiaens W. Les méthodes de recherches qualitatives dans la recherche en soins de santé : apports et croyances. Reflets Perspect Vie Econ. 2014;Tome LIII(4):67-82.

105. Dumez H. Qu'est-ce que la recherche qualitative? Libellio Aegis. 2011;7(4-Hiver):47-58.

106. Jones RA. Méthodes de recherche en sciences humaines [Internet]. De Boeck Supérieur; 2000 [cité 9 oct 2021]. Disponible sur: https://www.cairn.info/methodes-de-recherche-en-sciences-humaines--9782804128005.htm

107. Paillé P. De l'analyse qualitative en général et de l'analyse thématique en particulier. Rech Qual. 1996;15:179-94.

108. Pope C, Mays N. Reaching the parts other methods cannot reach: an introduction to qualitative methods in health and health services research. BMJ. 1 juill 1995;311(6996):42-5.

109. Touboul P. Guide méthodologique pour réaliser une thèse qualitative. Collège Médecine Générale Nice. 2013;

110. Traitement et analyse des données qualitatives. :15.

111. Suristat. L'Analyse Qualitative. Disponible sur: Suristat Le portail des enquêtes et de l'analyse de données· © 2007, http://www.suristat.org/methodologie

112. CFPU UMONS. Nvivo - Tutoriel [Internet]. 2020 [cité 9 oct 2021]. Disponible sur: https://www.youtube.com/watch?v=Re3Wf0bV3w8

113. DocToBib - YouTube [Internet]. [cité 8 oct 2021]. Disponible sur: https://www.youtube.com/

114. Gallien DS. Autorisations règlementaires : CPP, comité d'éthique, ANSM, CNIL. :49.

115. Comité d'éthique d'Aix-Marseille Université | Aix-Marseille Université [Internet]. [cité 9 oct 2021]. Disponible sur: https://www.univ-amu.fr/fr/public/comite-dethique

116. RGPD : de quoi parle-t-on ? | CNIL [Internet]. [cité 9 oct 2021]. Disponible sur: https://www.cnil.fr/fr/rgpd-de-quoi-parle-t-on

117. Loi du 5 mars 2012 relative aux recherches impliquant la personne humaine [Internet]. Vie publique.fr. [cité 9 oct 2021]. Disponible sur: https://www.vie-publique.fr/loi/20822-recherche-medicale-recherche-biomedicale

118. Jamoulle M, Roland M, Bae J-M, Heleno B, Visentin G, Gusso G, et al. Implications éthiques, pédagogiques, socio-politiques et anthropologiques de la prévention quaternaire. Rev Médicale Brux [Internet]. sept 2018 [cité 10 nov 2021];39. Disponible sur: https://orbi.uliege.be/handle/2268/226522

119. Less is more [Internet]. Revue Medicale Suisse. [cité 10 nov 2021]. Disponible sur: https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2013/revue-medicale-suisse-381/less-is-more

120. Calet Z, Turrière C. Mise en pratique du principe éthique de non malfaisance en consultation: représentations et expériences des médecins généralistes à Marseille. 2017.

121. Les internes de médecine générale face aux inégalités sociales de santé : faire partie du problème ou contribuer à la solution ? :1.

122. Maxwell S, Walley T. Teaching safe and effective prescribing in UK medical schools: a core curriculum for tomorrow's doctors. Br J Clin Pharmacol. juin 2003;55(6):496-503.

123. Aronson JK, Henderson G, Webb DJ, Rawlins MD. A prescription for better prescribing. BMJ. 1 sept 2006;333(Suppl S3):0609313.

124. James H, Tayem YIY, Al Khaja K a. J, Veeramuthu S, Sequeira RP. Prescription Writing in Small Groups as a Clinical Pharmacology Educational Intervention: Perceptions of Preclerkship Medical Students. J Clin Pharmacol. août 2016;56(8):1028-34.

125. Guney Z, Uluoglu C, Yucel B, Coskun O. The impact of rational pharmacotherapy training reinforced via prescription audit on the prescribing skills of fifth-year medical students. Int J Clin Pharmacol Ther. 1 nov 2009;47(11):671-8.

126. Boaventura I, Costa J, Fernandes RM, Ferreira J. [Perception and Attitudes About Rational Prescription During Medical Training: Results of Focus Groups Including Medical Students and Residents]. Acta Med Port. 2 sept 2019;32(9):593-9.

127. Akici A, Gören MZ, Aypak C, Terzioğlu B, Oktay Ş. Prescription audit adjunct to rational pharmacotherapy education improves prescribing skills of medical students. Eur J Clin Pharmacol. 1 oct 2005;61(9):643-50.

128. Cercles de qualité médecins-pharmaciens, pour une responsabilité partagée de la liberté de prescription [Internet]. Revue Medicale Suisse. [cité 28 oct 2021]. Disponible sur: https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2012/revue-medicale-suisse-341/cercles-de-qualite-medecins-pharmaciens-pour-une-responsabilite-partagee-de-la-liberte-de-prescription

129. Celebi N, Kirchhoff K, Lammerding-Köppel M, Riessen R, Weyrich P. Medical clerkships do not reduce common prescription errors among medical students. Naunyn Schmiedebergs Arch Pharmacol. août 2010;382(2):171-6.

130. Qayyum F, Wright M, Lee M, Leung C, Sada A, Holbrook A. Medical student opinions on their training in clinical pharmacology and therapeutics. McMaster Univ Med J. 2012;9(1):4-8.

131. Santé M des S et de la, Santé M des S et de la. Adapter les formations aux enjeux du système de santé [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2021 [cité 5 nov 2021]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/rapports/sante/article/adapter-les-formations-aux-enjeux-du-systeme-de-sante

132. Séméria F. Les internes de médecine générale face à l'hésitation vaccinale. Représentations et stratégies de communication. Étude qualitative auprès de quatorze internes de médecine générale des Hautes-Alpes. 27 nov 2020;119.

133. Larapidie C. Évaluation des attentes des internes de médecine générale de Midi-Pyrénées concernant une formation à la communication dans la relation médecin-patient [Internet] [exercice]. Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2018 [cité 5 nov 2021]. Disponible sur: http://thesesante.ups-tlse.fr/2122/

134. Bensadon A-C, Marie E, Morelle A. Rapport sur la pharmacovigilance et gouvernance de la chaîne du médicament. Insp Générale Aff Soc IGAS. 2011;

135. Guerriaud M. La formation des professionnels de santé pour une efficience de la pharmacovigilance : une analyse juridique d'un système en manque de pédagogie [Internet] [These de doctorat]. Dijon; 2014 [cité 28 oct 2021]. Disponible sur: https://www.theses.fr/2014DIJOPE01

136. Fomindep. Bien s'informer sur le web au quotidien Sites en langue française sélection 2016. :3.

137. Pu PA-MM, Ibanez DG, Monnier DS. Exposition des internes de médecine générale aux techniques de promotion médicamenteuse au cours de leurs stages. 2014;166.

138. Formindep. Les surprescriptions de médicaments en France: le vrai méchant loup de l'industrie pharmaceutique [Internet]. Formindep. 2011 [cité 5 nov 2021]. Disponible sur: https://formindep.fr/les-surprescriptions-de-medicaments-en-france-le-vrai-mechant-loup-de-lindustrie-pharmaceutique/

139. Etain B, Guittet L, Weiss N, Gajdos V, Katsahian S. Attitudes of medical students towards conflict of interest: a national survey in France. PloS One. 2014;9(3):e92858.

140. Comprendre la promotion pharmaceutique et y répondre - un manuel pratique. 2009;181.

141. Pourquoi garder son indépendance face aux laboratoires pharmaceutiques. :36.

142. Formindep. Décrypter l'information santé [Internet]. Formindep. [cité 4 nov 2021]. Disponible sur: https://formindep.fr/prendre-soin/decrypter-linformation-sante/

143. Formindep. Sources indépendantes pour les soignants [Internet]. Formindep. [cité 5 nov 2021]. Disponible sur: https://formindep.fr/prendre-soin/sources-pour-les-soignants/

144. Formindep. Sources fiables d'information [Internet]. Formindep. [cité 5 nov 2021]. Disponible sur: https://formindep.fr/prendre-soin/sources-fiables-dinformation/

145. Mancini J, Giorgi R, Gaudart J, Dufour J-C, Fieschi M. Dispositif pédagogique de formation à la lecture critique d'articles scientifiques utilisant une plate-forme numérique : impact sur les performances des étudiants à l'examen sommatif. Pédagogie Médicale. 1 mai 2009;10(2):131-44.

146. Formindep. DOCTEUR G [Internet]. Formindep. 2020 [cité 4 nov 2021]. Disponible sur: https://formindep.fr/docteur-g/

147. Guimaraes MP, Ycart B, Robert C. Formation en ligne à la statistique médicale.

148. Choisir le bon médicament pour votre patient : evidence vs eminence-based medicine [Internet]. Revue Medicale Suisse. [cité 4 nov 2021]. Disponible sur: https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2017/revue-medicale-suisse-556/choisir-le-bon-medicament-pour-votre-patient-evidence-vs-eminence-based-medicine

149. Eminence-Based Medicine vs. Evidence-Based Medicine [Internet]. Students 4 Best Evidence. 2016 [cité 4 nov 2021]. Disponible sur: https://www.students4bestevidence.net/blog/2016/01/12/eminence-based-medicine-vs-evidence-based-medicine/

150. Alan C. Eminence vs. Evidence [Internet]. [cité 4 nov 2021]. Disponible sur: https://consumers.cochrane.org/blog/eminence-vs-evidence

151. Hauteurs UGA. #Zététique, autodéfense intellectuelle, paranormal : Cours 1 Épisode 1 - Introduction [Internet]. 2017 [cité 8 oct 2021]. Disponible sur: https://www.youtube.com/watch?v=CGEmZaIeB2Q

152. Le CORTECS – Le Cortecs [Internet]. [cité 4 nov 2021]. Disponible sur: https://cortecs.org/le-cortecs/

Table des figures

Figure 1 - Nuage de mots – les médicaments dans les médias en 2013-2014 17
Figure 2 - Représentation du concept d'Evidence Based Medecine 108

Abréviations

AINS	Anti Inflammatoires Non Stéroïdiens
AMM	Autorisation de Mise sur le Marché
Asalée	Action de Santé Libérale en Equipe
AVC	Accident Vasculaire Cérébral
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
COREQ	Consolidated Criteria for Reporting Qualitative research
CORTECS	Collectif de recherche transdisciplinaire esprit critique & sciences
CSBM	Consommation de Soins et de Bien Médicaux
DCI	Dénomination Commune Internationale
DGS	Direction Générale de la Santé
DRESS	Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques
EBM	Evidence Based Medecine
ECN	Épreuves Classantes Nationales
FACRIPP	Formation à l'Analyse Critique de la Promotion Pharmaceutique
Formindep	Association pour une formation et une information médicales indépendantes de tout autre intérêt que celui de la santé des personnes
HAS	Haute Autorité de Santé
IGAS	Inspection Générale des Affaires Sociales
INSEE	Institut National de la Statistique et des Études Économiques
IPSOS	Institut de sondage IPSOS
LCA	Lecture Critique d'Articles
LEEM	Syndicat Professionnel « Les Entreprises du Médicament »
MS1	Maîtrise de Stage de Niveau 1
MSU	Maître de Stage Universitaire
NICE	National Institute for Health and Care Excellence
OCDE	Organisation de Coopération et de Développement Économiques
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PACES	Première Année Commune des Etudes de Santé
PIB	Produit Intérieur Brut
ROSP	Rémunération sur objectifs de santé publique
RSCA	Récit de Situation Complexe et Authentique

SASPAS	Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée
SMR	Service Médical Rendu
START	Screening Tool to Alert to Right Treatment
STOPP	Screening Tool of Older People's Prescriptions
TNM	Direction Générale de la Santé

ANNEXES

A. Grille de codage I
B. Guided'entretien XIV
C. Données brutes XVI
D. Formulaire de consentement XVI
E. Déterminants de prescription raisonnée XVIII
Principaux concepts émergants de la recherche XVIII
Freins Individuels liés à une difficulté de prescription XVIII
raisonnée Ressources systémiques XX
Ressources individuelles : XXI
Impact de la formation sur les ressources individuelles XXII

A. Grille de codage

Police italique : données préétablies à partir de la revue de la littérature.
Texte en gras : principales données citées par les internes

I/ Rapport à la prescription médicamenteuse et à l'Usage Rationnel du Médicament	Ressenti initial	**Négatif** (Anxiété, peur, stress de l'erreur médicale, difficulté) (8/10) (tous sauf E1 et E3) **Inexpérience et manque de compétence** (9/10) (tous sauf E3) Positif (3) (E2, E7, E10)
	Représentation d'une bonne prescription médicamenteuse	*Adaptée (5/10)* *Justifiée par des recommandations en EBM (5/10)* *Nécessaire (4/10)* *Balance Bénéfice/Risque à faveur :* - *Efficace (4/10)* - *Sécuritaire [contre-indications – interactions] (8/10)* *(tous sauf E2, E9)* *Centrée patient (8/10) :* - *Répondre à sa problématique (8/10)* *(E1, E3, E4, E6, E7, E8, E9)* - *Décision partagée (5/10)* - *Adaptation socioéconomique (3/10)* *Prise en compte du coût sociétal (4/10)* Respectant les règles administratives de prescription (2/10) (E4, E7) « Minimaliste » (5/10) (E1, E3, E5, E6, E9)

	Représentation de l'Usage Rationnel du Médicament	**Avis :** *Positif (9/10)* *(tous sauf E8)* - *Bien prescrire (3/10)* *(E4, E5, E6)* - ***Difficile / Effort*** *(8/10)* *(tous sauf E3 et E9)* - Une restriction (1/10) (E8) **Définition :** - *Adapté (indication)* - *Justifiée par des recommandations en EBM (2/10)* *(E3, E6)* - **Nécessaire** (7/10) (E1, E3, E4, E5, E6, E7, E10) - Non systématique (6/10) (E1, E3, E4, E5, E6, E8) *Balance Bénéfice/Risque à faveur :* - *Une meilleure prise en compte du* ***coût (patient/société)*** *(6/10)* *(E2, E3, E4, E5, E9, E10)* - **Encore plus** centrée patient (*répondre problématique, décision partagée, adaptation socioéconomique*) (7/10) (E1, E3, E4, E5, E6, E8, E9) - *Moins prescrire :* ▪ ***Moins initier, réévaluer*** *(8/10)* *(E1, E2, E3, E5, E6, E7, E8, E10)* ▪ *Déprescrire (3/10)* *(E1, E4, E7)* - Moins intervention médicale = **plus sécuritaire** (8/10) (E1, E3, E4, E5, E6, E7, E8, E10) - Laisse place **soin non pharmacologique** (5/10) (E1, E3, E6, E7, E9) - **Raisonnement critique** (7/10) - Capacité à refuser (4/10) (E3, E5, E7, E9) - *Temps imparti (4/10)* *(E1, E3, E5, E6)*

	Rôle de l'interne	- Détachement du médicament de l'image du médecin (2/10) (E1, E3) - Être étudiant (2/10) (E2, E4) / Être médecin (3/10) (E1, E3, E5) - **L'interne, responsable de ses prescriptions** (7/10) (E1, E3, E4, E5, E7, E8, E10) - Une distinction peu évidente entre droit, devoir et nécessité de prescription médicamenteuse (E3, E5, E7 vs E10) - Un rôle du médecin pas toujours rattaché à la prescription (4/10) (E1, E3, E7, E8) - *Une légitimité à prescrire de manière raisonnée, par rapport au patient (4/10) (E3, E5, E7, E9)* - Une image négative des pairs « surprescrivant » (3/10) (E4, E5, E6) - Une **valorisation de leur pratique** (5/10) (E1, E3, E4, E5, E6) - Influence des prescripteurs sur les patients et sur la société (3/10) (E3, E5, E7) - *Une conscience des enjeux de l'URM (4/10) (E2, E4, E9, E10)* - Un sentiment d'attentes globales envers leur qualité de prescription (3/10) (E4, E5, E7) - *L'image critiquée d'une société surmédicalisée (3/10) (E3, E5, E7)*

II/ Quels sont les déterminants de la prescription raisonnée en pratique ?	Les contextes de prescription raisonnée	*Peu fréquent (5/10)* *(E2, E5, E7, E8, E9)* **Motifs :** - ***Pathologie bénigne*** *(8/10)* - *Demandes inappropriées (4/10)* - *Virologie (4/10)* - *Rhinopharyngite (4/10)* - *Troubles légers du sommeil (2/10)* - *Troubles anxieux légers (2/10)* - *Réévaluation d'ordonnance (2/10)* - *Troubles digestifs fonctionnels bénins (1/10)* - *Demande de conseil médical (1/10)* **Profils des patients :** - *Gériatrie (4/10)* (E4, E6, E8, E9) - Insuffisants rénaux (3/10) (E8, E9, E10) - *Pédiatrie (2/10)* (E2, E8) **Médicaments :** - ***Antibiotiques*** *(5/10)* (E3, E4, E5, E7, E10) - *Benzodiazépines (3/10)* (E6, E7, E8) - AINS (3/10) (E6, E9, E10)

	Freins	**<u>Liés aux patients</u>** : - *Une **interaction complexe** (6/10)* (E1, E2, E4, E5, E6, E8) - *Un **attachement important aux médicaments** (tous)* ▪ **Un objet de guérison** (7/10) (E3, E5, E6, E7, E8, E9, E10) ▪ *Des habitudes de prescription (3/10) (E2, E4, E5)* ▪ *Un objet de consommation (3/10)* (E5, E6, E10) - **L'ordonnance comme clôture de consultation** (5/10) (E1, E3, E4, E5, E6) ▪ *Un lien avec le paiement à l'acte ? (1/10) (E3)* - Le statut d'interne/étudiant (4/10) (E1, E4, E6, E8) - ***Reconnaissance inhomogène de la place et des représentations des patients (7/10) :*** ▪ *Acceptation (E3, E4, E6, E9, E10)* ▪ *Valorisation (E1)* ▪ *Déconsidération (E5)* **<u>Liés aux prescripteurs :</u>** - Le ressenti de l'interne, entre : ▪ *Incertitude (4/10) (E4, E6, E8, E10)* ▪ Manque de confiance (5/10) (E1, E2, E4, E6, E8) ▪ *Pression de prescription (3/10) (E2, E3, E5)* - *Un attachement au médicament :* ▪ *Premier recours de pensée (4/10) (E2, E4, E5, E8)* ▪ ***Le malaise de l'absence de proposition thérapeutique** (5/10)* (E2, E4, E5, E8, E10) ▪ **Un report de prescription (examens complémentaires)** (5/10) (E2, E5, E6, E7 E8) ▪ Un sentiment de manque de compétences (4/10) (E2, E4, E6, E8)

		▪ Une peur de ne pas savoir soigner (3/10) (E2, E4, E8) - *L'ordonnance comme fin de consultation, lien avec la tarification à l'acte ? (2/10) (E1, E3)* **<u>La place notable du conflit, quelle place réelle ?</u>** - L'échec de l'absence d'adhésion (2/10) (E1, E8) - ***Appréhension du conflit** (6/10) (E1, E2, E5, E6, E7, E8)* - *Surestimation du conflit (4/10) (E2, E3, E7, E10)* - *Réactions émotionnelles des patients : colère, déception, incompréhension, inquiétude (5/10)* - *Réactions comportementales des patients : agressivité, remise en cause, automédication, nomadisme, rupture de la relation (2/10) (E2, E5)* - *Réactions émotionnelles des internes : fatalisme (2/10) inquiétude des conséquences (2) (E2, E4), majoration de la pression de prescription (4/10) (E2, E5, E6, E8)* - *Réactions comportementales des internes : maintien d'un refus (3/10) (E3, E5, E7), concession (4/10) (E1, E2, E5, E8)* **<u>Organisationnels :</u>** - ***Le manque de temps** (9/10) (tous sauf E2)* - *Sous densité médicale (1/10) (E3)*

	Ressources	*La **communication*** - ***Explications** (tous)* - *Arguments institutionnels (3/10) (E4, E5, E7)* - *Implication personnelle (4/10) (E1, E2, E7, E9)* - ***L'attitude médecin** (8/10)* (E1, E2, E3, E4, E7, E8, E9, E10) - *Des supports de prescription (FIP etc.) (4/10) (E1, E3, E7, E9)* - *Un temps imparti (4/10) (E1, E3, E5, E7)* *Un investissement futur par l'éducation thérapeutique ? (4/10) (E1, E3, E5, E7)* *Le recours à des **Thérapeutiques Non Médicamenteuses** (7/10) (E1, E2, E3, E4 ? E6, E7, E9)* *Un recours à l'exercice collectif (3/10) (E1, E4, E8)* *Une évolution sociétale et des institutions à faveur d'un URM (3/10) (E3, E4, E5)* *Le paradoxe des inégalités sociale en santé (2/10) (E1, E5)*

<table>
<tr><td rowspan="2">III/
Une démarche de prescription (raisonnée)</td><td>Ressources individuelles</td><td>Connaissances personnelles (tous)
Préparation préalable à l'internant (5/10) (E2, E3, E5, E6, E7)</td></tr>
<tr><td>Le recours à des supports de prescription</td><td><u>Pourquoi :</u>
- Vérification fréquente par/pour (tous)
▪ Besoin de réassurance (6/10) (E1, E2, E6, E8, E9, E10) devant la méconnaissance (2/10) (E5, E6), la complexité (3) (E1, E5, E6) ou la dangerosité (4/10) (E1, E5, E6, E7) des médicaments.
▪ Confirmation d'un choix médicamenteux (tous) ; Renseignement sur la procédure pharmacologique ; éviter l'erreur de prescription médicamenteuse (tous)
<u>Quoi :</u>
- L'Encadrement en stage (9/10) (tous sauf E3) en premier recours (4) (E1, E2, E6, E9)
- Les thériaques en premier recours (Vidal) (8/10) (tous sauf E1 et E3)
▪ Le Vidal : Majoritaire (8/10), fiable, exhaustif et actualisé (5/10) (E4, E5, E8, E7, E9). Apprécié pour son accessibilité [numérique et gratuité] (3/10) (E6, E8, E9)
- Des référentiels de recommandations (9/10) (tous sauf E8)
▪ Référentiels de l'externat (5/10) (E5, E6, E7, E9, E10)
▪ Des guides de recommandations par maladie ou terrains de stage (3/10) (E4, E9, E10)
▪ Des sites (internet) d'aides à la décision thérapeutique et prescription [Antibioclic, Urgences Online tec.] (6/10) (E2, E4, E5, E6, E7, E10) et de recommandations (4/10) (E5, E6, E7, E10)
▪ La lecture de publications scientifiques (6/10) (E1, E3, E4, E7, E9, E10), via PubMed (3/10) (E3, E7, E9)
▪ Des revues médicales (Prescrire) (4/10) (E1, E3, E4, E5)</td></tr>
</table>

	Pertinence des supports de prescription	Des supports pas toujours adaptés *à la médecine générale (3/10)* *(E4, E6, E10)* *et peu actualisés* (1/10) (E4) Une incertitude « hors recommandations » fréquentes (3/10) (E1, E4, E6) L'intérêt envers une (in)formation indépendante (2/*10*) (E1, E3, E4) **Des difficultés à mener une recherche d'informations :** - Méthodologie et pertinence critique (3/*10*) (E2, E6, E9) - Contraintes organisationnelles (6/*10*) (E1, E3, E5, E7, E9, E10)
	Evolution de la démarche de prescription avec la pratique	**Amélioration des connaissances** (9/10) (tous sauf E9) Evolution du rapport à l'erreur : - **Diminution du stress [de l'erreur]** (7/10) (E2, E4, E5, E6, E7, E8, E10) - Distinction entre erreur de prescription, survenue d'évènement indésirable et gravité (2/10) (E5, E6) - **Une baisse de la vérification** (5/10) (E2, E4, E5, E7, E10) - ***Apparition d'habitudes de prescriptions*** *(6/10)* *(E1, E4, E5, E7, E8, E9)* - L'efficacité et la survenue d'effets indésirables comme critères les plus retenus (3/10) (E4, E5, E8) **Remise en perspective de l'Evidence Based Medecine par l'intégration du facteur patient** (6/10) (E1, E2, E4, E5, E6, E9), *parfois une distanciation (3/10)* *(E1, E5, E9)* - Persistance du sentiment de légitimité (3/10) (E3, E5, E7) - Un rapport au médicament qui ne se modifie pas forcément avec l'internat (4/10) (E3, E4, E5, E6) - Implication non systématique au raisonnement de prescription (3/10) (E1, E6, E9)

IV/ Rôle de la formation dans la construction de la démarche prescriptive de l'interne et son rapport à un usage rationnel du médicament	L'impact majeur des stages	**<u>Une ressource :</u>** **Les stages** comme **principale ressource compétences prescriptives** en général (9/10) (tous sauf E3) - **Variabilité des situations d'apprentissage** (5/10) (E1, E4, E6, E8, E9) - *Encadrement humain (9/10) (tous sauf E3)* - *Des référentiels spécifiques [protocoles de services] (3/10) (E3, E5, E9)* - *Parfois des temps théoriques (présentations pédagogiques, spécialistes) (2/10) (E8, E9)* **Une ressource d'usage rationnel du médicament** (7/10) (E1, E3, E4, E5, E6, E7, E8) - *Expérience de prescription raisonnée (4/10) (E3, E4, E5, E6)* - *Expérience de pression de prescription et de conflit (3/10) (E1, E4, E5)* - *Des terrains de stages stimulant (gériatrie etc.) (3/10) (E4, E6, E8)* - *Un accès à de l'exercice collectif (1/10) (E8)* - *Améliorer sa communication et apprendre à mieux connaître ses limites de concession (2/10) (E1, E5)* **<u>Un frein :</u>** Un **apprentissage** réparti **inégalement entre les stages** et globalement **inadapté à la médecine générale** (6/10) (E1, E3, E6, E7, E9, E10) - Une formation trop tournée vers l'hôpital (4/10) (E1, E3, E7, E10) - Une formation inadaptée à la médecine générale (4/10) (E6, E7, E9, E10) - Une répartition et qualité inégale médiée par le classement ECN (1/10) (E3)

		Le possible biais de l'apprentissage par l'expérience (1/10) (E4) Un environnement de stage ne stimulant ou facilitant pas toujours la prescription raisonnée (2/10) (E8, E9) Une contrainte de temps omniprésente (4/10) (E3, E6, E7, E8)
	L'influence notable des médecins référents en stage	Des **supports de connaissances et d'expérience**, ressource de prescription médicamenteuse (7/10) (E2, E4, E6, E7, E8, E9, E10). Appréciés pour : - Une pratique EBM, connaissances actualisées (3/10) - Leur variabilité d'exercice (5/10) (E4, E5, E7, E8, E9) Une influence non négligeable sur les choix de prescription des internes (4/10) (E5, E7, E9, E10) Les médecins référents ne sont pas toujours les garants d'un encadrement de la prescription médicamenteuse de qualité (3/10) (E1, E4, E7) - **Une qualité d'encadrement variable** (7/10) (E1, E2, E4, E6, E7, E8, E10) - Une disponibilité inconstante (4/10) (E1, E4, E6, E7) - Un intérêt et/ou une **sensibilité à l'usage rationnel des médicaments inconstante** (5/10) (E1, E2, E4, E6, E7) Un rapport ambivalent à la supervision - Un levier de réassurance essentiel pour certains (3/10) (E1, E6, E8) - Une ambivalence du rapport à la hiérarchie, entre sentiment d'obligation de respect (3/10) (E5, E7, E10) et contournement des consignes de prescription (3/10) (E3, E7, E10) - Une perte d'autonomie (4/10) (E4, E5, E8, E9)

		Remise en perspective de l'Evidence Based Medecine : une décision partagée à trois parties, l'interne, le patient **et** le médecin référent (6/10) (E2, E3, E4, E5, E9, E10) Le paradoxe de la variabilité des pratiques et recommandations - Un stress (6/10) (E2, E4, E5, E6, E7, E10) et/ou une perte de confiance (3/10) (E4, E5, E7) - **L'impact paradoxalement positif de la variabilité** (6/10) (E4, E5, E6, E8, E9, E10) La peur du jugement, parfois une gêne à solliciter les encadrants (2/10) (E4, E5)
	La place plus accessoire de l'enseignement théorique universitaire	**<u>Une ressource :</u>** - La présentation d'outils d'aide à la décision thérapeutique (2/10) (E6, E7) - **L'appréciation d'une formation à la littérature scientifique – recherche et lecture critique** (5/10) (E4, E6, E7, E8, E10) - Les Récits de Situations Complexes et Authentiques, un outil de formation personnelle apprécié. (3/10) (E1, E6, E8) **<u>Un frein :</u>** - Un apprentissage du soin très orienté sur le médicament (2/10) (E1, E3) - **Un sentiment de faible préparation à la prescription** (7/10) (E1, E4, E6, E7, E8, E9, E10) - Une remise en question de la fiabilité des cours universitaires (3/10) (E3, E5, E7) - Des enseignements parfois trop précoces (externat) (4/10) (E2, E4, E6, E7)

		- **Des enseignements universitaires pendant l'externat tournés majoritairement vers une sensibilisation** éloignée de la pratique (6/10) (E4, E5, E6, E7, E8, E10) - **Une faible préparation au raisonnement de la décision thérapeutique médicamenteuse** et à sa gestion en incertitude (5/10) (E2, E3, E4, E6, E9) - Des attentes de formation un apport de la formation quant à la pression de prescription, à la gestion des demandes inappropriées et des conflits avec les patients (3/10) (E2, E5, E6) - Cas du module patient difficile (4/10) (E2, E6, E9, E10)
	Un rapport ambivalent à l'auto-formation	**L'intérêt d'une formation personnelle (6/10) :** - Un sentiment de **responsabilité de l'autoformation** (5/10) (E1, E3, E5, E6, E10) - Un avantage pour le DPC (2/10) - *Différentes sensibilités d'apprentissage entre l'oral (4) (E2, E4, E6, E8) et l'écrit (3) (E3, E5, E7)* - Un caractère « obligatoire » des enseignement pas toujours apprécié (3/10) (E1, E4, E6) - Un **désintérêt pour les cours magistraux** (6/10) - Un enseignement théorique qui n'a pas sa place dans la préparation à a prescription raisonnée (3/10) (E2, E5, E8) Des **difficultés à appliquer une formation personnelle** (5/10) (E1, E4, E5, E6, E7)

B. Guide d'entretien

I. Recueil des données socio démographiques

Q1. *Pourriez-vous vous présenter ?*

Nom, prénom, âge, sexe, région d'origine, autres études au préalable etc.

Q2. *Quel a été votre cursus d'interne ? Quelles ont été vos expériences de la médecine générale au cours de vos études ?*

Relances : Expériences de remplacement, de MSU et de SASPAS, expériences au préalable de l'internat

II. Ressenti prescription – Représentations

L'internat est associé à l'arrivée, dans la formation des étudiants en médecine du droit de prescription, encadré.

Q3. *Quel a été votre ressenti concernant le droit de prescription médicamenteuse ?*

Relance : Est-ce que votre perception de la prescription médicamenteuse a évolué au cours de l'internat ?

Q4. *Pour vous, qu'est-ce qu'une bonne prescription médicamenteuse ?*

Relance : À l'inverse, que représente pour vous une mauvaise prescription ?

III. Démarche prescriptive de l'interne

Q5. *Concernant votre pratique de la prescription,*

- Vous êtes-vous préparé à prescrire ?
- Sur quoi vous appuyez vous pour guider vos choix ?

Relance :

- Lorsque vous ne savez pas quoi prescrire, comment procédez-vous ?
- Avez-vous des habitudes de prescription ?

Q6. *L'expérience acquise au cours de vos stages a-t-elle influencé votre rapport à la prescription et votre vision d'une bonne prescription ?*

Relance : et les enseignements facultaires ?

IV. Usage rationnel du médicament

Q7. *En tant que prescripteur, quelle est votre représentation de l'usage rationnel du médicament ?*

Relances :

- Quels types de consultations cela vous évoque-t-il ?
- Quels pourraient en être les objectifs ?

Cadrage : Pour la suite de l'entretien, je vais utiliser certains termes que j'aimerais clarifier au préalable. Je vais parler de « limitation » du recours à la prescription médicamenteuse dans le sens de prescrire seulement ce qui vous paraît nécessaire au cours de la prise en charge médicale, donc de prescription médicamenteuse raisonnée en termes d'usage rationnel du médicament.

Q8. *Avez-vous déjà eu l'expérience de démarches de prescription médicamenteuse raisonnée où vous avez limité votre recours au médicament ?*

Relances :

- Avez-vous rencontré des difficultés ou au contraire des facilités ?
- Qu'avez-vous fait à la place de prescrire ?
- Avez-vous trouvé des moyens de contourner vos difficultés ou de faciliter votre pratique dans ces démarches ?
- Vous appuyez-vous sur, ou imaginez-vous d'autres ressources, notamment collectives, pour vous aider dans ces démarches ?

V. FORMATION

Enseignement de l'usage rationnel du médicament, apport de la formation à une pratique de prescription raisonnée, attentes pour une évolution des pratiques

Q9. *Au cours de votre internat, avez-vous abordé les notions d'usage rationnel du médicament, de prescription médicamenteuse raisonnée ?*

Relance : Avez-vous trouvé des ressources dans l'enseignement reçu pour vous aider à prescrire de manière raisonnée ?

Q10. *Avez-vous des attentes en termes de formation à la prescription raisonnée ? Et de manière générale concernant la prescription ?*

VI. Fin

Q11. *Souhaitez-vous ajouter quelque chose ?*

C. Données brutes

Se référer au document pdf annexe *Livret des entretiens*.

D. Formulaire de consentement

« **Moins prescrire, mieux prescrire ? Analyse qualitative du rapport à la prescription médicamenteuse d'internes de médecine générale. »**

BORDAZ, Marie, résidant au 130 route des trois villages, 38660 Saint Hilaire du Touvet, investigateur principal, m'a proposé de participer à la recherche intitulée : « **Moins prescrire, mieux prescrire ? Analyse qualitative du rapport à la prescription médicamenteuse d'internes de médecine générale » et menée à la faculté d'Aix Marseille sous la direction du Dr Calet-Froissard Zoéline.**

J'ai pris connaissance du protocole de recherche qualitative, par entretien individuel, d'une durée d'une heure environ. J'ai pu poser toutes les questions que je voulais. J'ai reçu des réponses adaptées.

J'ai noté que les données recueillies lors de cette recherche demeureront strictement confidentielles.

J'accepte le traitement informatisé des données nominatives qui me concernent en conformité avec la loi Informatique et Libertés. Il est renforcé par le Règlement Général de la Protection des Données et les conditions de son recueil sont précisées dans les articles 4, 6 et 7 et considérants 42) et 43) du RGPD.

J’ai compris que je pouvais refuser de participer à cette étude sans conséquences pour moi, et que je pourrai retirer mon consentement à tout moment (avant et en cours d’étude) sans avoir à me justifier et sans conséquence

Conformément aux dispositions de la loi relative à l’informatique, aux fichiers et aux libertés et au Règlement Européen 2016/679 du 27 avril 2016, entrée en vigueur le 25 mai 2018 (Règlement Général sur la Protection des Données Personnelles ; Commission Nationale Informatique et Liberté) je dispose à tout moment d’un droit d’accès, de portabilité, de rectification, d’effacement, de limitation et d’opposition au traitement des données me concernant. Ces droits s’exercent auprès de l’investigateur principal, joignable par mail à l’adresse bordaz.marie@gmail.com

Compte tenu des informations qui m’ont été transmises, j’accepte librement et volontairement de participer à la recherche intitulée : « **Moins prescrire, mieux prescrire ? Analyse qualitative du rapport à la prescription médicamenteuse d'internes de médecine générale** ».

Mon consentement ne décharge pas l’investigateur de sa responsabilité à mon égard.

Fait à……. Le
En deux exemplaires originaux

Participant à la recherche	Investigateur principal
Nom Prénoms	BORDAZ Marie
Signature :	Signature :

(Précédée de la mention : Lu, compris et approuvé)

E. Déterminants de prescription raisonnée

Principaux concepts émergants de la recherche

Définition de la prescription raisonnée :

Moins prescrire – Mieux prescrire – Déprescrire - prévention quaternaire – soin non pharmacologique

Déterminants de prescription raisonnée :

Décision thérapeutique - Incertitude diagnostique et thérapeutique - Recherche d'information, esprit critique et démarche scientifique – Evidence vs Eminence Based Medecine – Relation médecin patient - Pression de prescription – Conflit - Apprentissage par l'expérience - Thériaque (Vidal) - Habitudes de prescription – Manque de temps omniprésent

Freins Individuels liés à une difficulté de prescription raisonnée

Difficultés communes aux médecins et aux patients

- Le médicament = première place thérapeutique - Confusion des termes thérapeutique et médicamenteuse
- Le médicament = objet de confiance de la relation avec le patient
- Acceptation difficile de l'absence (d'existence) de thérapeutique (médicamenteuse)
    - Laisser un patient sans rien c'est l'abandonner

Des critères patients

Rapport des patients et de la société au médicament et à l'ordonnance

- Attachement important au médicament
    - Confiance
    - Croyance - Guérison – réassurance
    - Consommation
    - Habitudes
    - Reconnaissance par le médecin de la véridicité des plaintes
- Société : faible tolérance du risque, recherche de rapidité et performance individuelle ; notion de santé bien être – confusion médecine curative/préventive. Impact des scandales sanitaire : perte de confiance en la sécurité du médicament - méfiance envers l'industrie pharmaceutique
- Attachement à l'ordonnance en clôture de consultation et contre rémunération

Désacralisation savoir médecin, réappropriation du savoir médical – Légitimité

Des critères Médecin

- Rapport des médecins au médicament, à l'ordonnance et à l'image de leur rôle de prescripteur
  - Attachement au médicament
    - Confiance
    - Reflet expertise/compétence = fait la légitimité
    - Objet de réassurance : jeune médecin = moins confiant = plus prescripteurs.
    - Objet de soin avec une connotation positive (opposée à la prévention quaternaire)
  - Attachement à l'ordonnance en clôture de consultation et contre rémunération
  - Les internes sont sensibilisés à l'usage rationnel du médicament : Ont un rôle de refus des demandes inappropriées.
- Importance de l'incertitude thérapeutique, renforce le recours au médicament

- Sous-évaluation des critères pharmacologiques : Balance bénéfice - risque, crainte des effets indésirables, sous déclaration paradoxale de leur survenue
- Faible place/connaissance des alternatives thérapeutiques non médicamenteuses
- Critères organisationnels qui alimentent d'autres difficulté
  - Faible coordination para professionnelle – exercice coordonné (pharmacie)
  - Omniprésence contrainte temporelle
  - Tarification acte
  - Statut de remplaçant / interne
- Formation
  - La base des compétences prescriptives des médecins (principalement)

Le conflit

- *Place du conflit*
  - Pression de prescription importante ressentie
  - Inégalité de pouvoir dans la relation médecin/malade
  - Surestimation des attentes des patients
  - Surestimation du conflit (fréquence, conséquence)
  - Profils patients :
    - Profils patients favorisant incertitude : *Socio-économique* – entourage - inégalités, faculté de compréhension, multimorbidité (gériatrie), maladies chroniques/sévère, méconnaissance patient/dossier, <15 ans et >60 ans, motif incertain, intensité des symptômes, méconnaissance du patient*
    - Profils patient lié émergence conflit : *intensité des plaintes, forte attente initiale de prescription, pédiatrie (diff de discuter parents, lien avec le facteur entourage, + de diff de gérer crainte erreur), habitudes de prescription (ex-gériatrie), Répétition de situation de refus, difficulté de reconsultation – temporalité relation*

➢ *Conséquences du conflit*

- Pour le patient
  - Emotions positives : renforcement positif relationnel, confiance – réassurance (absence de médicament = absence de maladie)
  - Emotions négatives : colère, frustration, inquiétude, méfiance, souffrance de ne pas être reconnu, sentiment d'inutilité de la consultation/temps pris
  - Automédication
  - Rupture de la relation
  - Prise d'un deuxième avis, nomadisme
  - Refus de paiement
  - Négociation
  - Remise en question de la compétence du médecin – erreur médicale
  - Agressivité/manque de respect
- Pour le médecin
  - Pression de prescription
  - Lassitude
  - Appréhension
  - Cycle de l'évitement

Ressources systémiques

- **Politique de santé** : organisme dédié, budget dédié, SMR et déremboursements, AMM, DCI, génériques, DMP, Liste des médicaments essentiels, Cadre législatif en faveur etc.
- **Exercice coordonné** : interprofessionnel : paramédical, pharmaciens, MSP, CPTS, DPC coordonné etc.
- **Place pharmacie** : Hospitalière et ambulatoire, organisme de pharmacovigilance, comités pharmaceutiques, développement de la pharmacie clinique.
- Varier et valoriser les différents **modes de rémunération** : sortir du « tout » tarif à l'acte – passage au forfait (maladies chronique, médecine préventive etc.)
- Fournir une densité médicale suffisante sur le territoire
- **Médecine préventive, Thérapeutiques non médicamenteuses** : Education thérapeutique, éducation à la santé, évaluation et financement adapté des TNM.
- **Sensibilisation de la société** à l'usage rationnel des médicaments : éducation à la santé, campagnes publicitaires etc.
- **Encadrement de la promotion et des incitations financières pharmaceutique**, à tous les échelons, étatique, sociétal, corpus scientifique, prescripteurs de leur formation initiale à leur développement professionnel continu.
- Fournir aux prescripteurs des **recommandations fiables**, basées sur des données issues de preuves scientifiques, indépendantes, harmonisées, et facilement accessibles
- Fournir aux prescripteurs un **accès** facilité à la des **données scientifiques** indépendantes (ex de l'interface NICE anglaise)
- Favoriser des pratiques de **Développement Professionnel Continu** : Organisme dédié, financement, Harmonisation, incitation (obligation), régulation (indépendance) et évaluation des pratiques de DPC.
- Promouvoir la prescription raisonnée pas des incitations (financières, positives) et des moyens accessibles d'évaluation de leurs pratiques par les prescripteurs. *Cas des ROSP et interface Amelie.pro*
- Favoriser l'existence et l'usage par les prescripteurs **d'outils de prescription** (Aide à la décision thérapeutique, aide à la prescription) : DRC, LAP, intérêt d'un thériaque commun (ex du BNF Anglais)

Ressources individuelles :

- **Être motivé** et en faire un **objectif personnel**
- Être **au clair avec la définition d'une bonne prescription**
- Avoir de **bonnes compétences pharmacologiques et une attitude de pharmacovigilance**
- Savoir **gérer l'incertitude thérapeutique et la recherche d'informations** en gardant une **démarche scientifique pertinente** (EBM/indépendante de l'industrie pharmaceutique)
- Utilisation **d'outils d'aide à la décision thérapeutique et à la prescription**
  - Thériaque, LAP, Vidal Interactions, DRC, STOPP and START, Kit médicale et les Clic & co
- Savoir **actualiser ses connaissances** avec les mêmes critères d'infos que ci-dessus
- Connaître les **situations « les plus concernées » par un usage inapproprié**.
- Bien que L'usage rationnel du médicament pour un prescripteur (prescription raisonnée), se pose à chaque consultation
- Se constituer une liste personnelle de médicaments que l'on connait, que l'on a choisi de manière argumentée
- Soigner **sa communication verbale et non verbale (attitude médecin)** – cultiver une base relationnelle saine avec le patient
  - **Explication du diagnostic** (1er critère attendu), puis du **choix thérapeutique** centré B/R
  - **Négociation** - +/- concessions
  - +/- **Arguments institutionnels** (sécurité sociale, coût) ou sécuritaire (*Référence médiatique, scandale sanitaire « faire peur »*).
  - Réassurance sur la maladie,
  - **Reconnaissance des symptômes**
  - **Propositions alternatives** : conseils/éducation à la santé – auto guérison/prévention maladie
    - **Déconstruire les croyances** : médicament curatif = bien être. Médicament = réponse rapide ⇔ médicament inadapté = peu efficace et perte de temps.
    - **Cycle motivationnel de Prochaska et Di Clemente**
  - **Attitude ouverte** : ouverture à la réévaluation – place de la temporisation
  - **Ritualisation de la fin de consultation**
  - **Utilisation de supports de communication** : *FIP, compte rendu de consultation, schéma, forum/associations de patients*
- Avoir des bases pratiques et théoriques en **gestion du refus, du conflit et de la pression de prescription** (cf voir partie formation et cadre théoriqe écrit dessus)
  - Connaître les déterminants de la relation médecin/malade, les enjeux pour les patients et les médecins liés aux médicaments et à l'ordonnance. La surestimation des attentes des patients et du conflit (fréquence, conséquences) > sentiment d'obligation à prescrire.
  - Connaissance des déterminants patients favorisant le conflit
  - Acceptation et reconnaissance de la place patient EBM et intérêt de définir ses limites de concessions.
  - Connaître les mécanismes réactionnels émotionnel et comportementaux chez les patients et les médecins.
- **Connaître des alternatives thérapeutiques** (TNM, éducation thérapeutique, médecine préventive)
- **Evaluer ses pratiques** (exemple ROSP et interface Amélie Santé)

- Avoir une **organisation de sa pratique en faveur de la prescription raisonnée**
  - **Temps dédié** [consultation générale, communication et réévaluation ultérieure]
  - Exercice coordonné (groupe de pairs, MSP, réseaux interprofessionnel, collaboration avec pharmacien clinique)
  - **Tiers payant et autres modes de rémunération que le paiement à l'acte**

Impact de la formation sur les ressources individuelles

Par l'enseignement universitaire :

1. **Bien former à la pharmacologie**
   - Enseignement adapté de la pharmacologie – Choix B/R [contenu, temporalité],
   - Formation à la **pharmacovigilance** (prévention et déclaration des EIs)
   - Santé publique et connaissance **enjeux socioéconomiques de la santé** – choix coût/efficacité
   - Intérêt d'un support physique type formulaire étudiant (guide/portfolio) avec objectifs d'acquisition, liste de médicaments couramment utilisés avec base pharmacologique, indications, mode d'administration, CI principales et EI principaux.
   - Repenser l'idée d'**évaluation des connaissances et de la démarche prescriptives** au cours de l'internat
     - Préparer l'interne à **l'évaluation des pratiques dont prescriptives : RSCA sur la thérapeutique,** présentation des ROSP
2. **Sensibiliser aux enjeux de l'usage rationnel du médicament** – connaître les principaux contexte (motifs de consultation, médicaments, profils de patients)
3. Promouvoir des **enseignements Evidence Based Medecine, indépendants**
4. **Encourager une méthodologie fiable et critique de recours à l'information** *(internet, revue, vidal et son hégémonie vs prescrire, lecture scientifique, ref externat, recos papier et numérique)*
   - **Former à la revue de littérature scientifique et aux biostatistiques**
   - **Former à l'esprit critique (Zététique)**
   - Favoriser le **maintien** d'une **démarche prescriptive <u>scientifique</u>** (Enjeux Eminence vs Evidence based médecine, interaction avec les patients, incertitude, biais d'ancrage et empirisme lié à l'expérience)
   - Anticiper le DPC
   - Favoriser la **constitution critique d'habitudes de prescription, adaptée et leur caractère réévaluable**
5. Présenter et stimuler l'interne à des modalité de **DPC** dès l'internat (ex : formation en lignes, mooc, ex SIDES pour les ECN) avec
6. Sensibiliser aux **TNM et à leurs évaluation critique**
7. Sensibiliser à la **médecine préventive, aux modalités d'éducation thérapeutique et d'éducation à la santé.**
8. **Sensibiliser à l'influence de l'industrie pharmaceutique** à tous les niveaux – y compris dans les données sus jacente
9. Initiation/présentation universitaire **d'outils de prescription** (Aide à la décision thérapeutique, aide à la prescription) : présentation LAP, des thériaques
10. Varier les modalités d'enseignement du seul cours magistral : stimulation en petit groupe, enseignement pluriprofessionnel (pharmacien/médecin etc.) +/- e-learning. *Ex : entrainement à la rédaction ordonnance en petit groupe : recherche et choix médicamenteux, vérification, prescription DCI, réévaluation des traitements.*

11. Importance de la **valorisation – retour sur exercice** de tout travail fournit (intérêt de la mutualisation avec les stages)
12. **<u>Préparer l'interne à vivre la relation thérapeutique</u>** avec le patient
    - **Communication** (verbale et attitude médecin) - **outils/support – enseignement transversal sciences humaines – intervenant pluriprofessionnels.**
    - Socle théorique et simulation pratique aux expériences de pression de prescription, du refus, du conflit. Favoriser la compréhension des internes, de leurs déterminants et réactions.

Par les stages, assurer une expérience pratique de la prescription de qualité :

13. Favorisant la **variabilité d'expérience** (Hospitalière ET **ambulatoire,** ouverture **pratique au TNM** et à la **médecine préventive, exercice coordonné)**

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

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

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

J’informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n’exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

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

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

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

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

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

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

www.conseil-national.medecin.fr

Résumé

Introduction : Les possibilités de choix thérapeutiques accessibles à un médecin sont vastes. Moins prescrire en pratique clinique s'avère difficile. Les déterminants d'un usage rationnel du médicament sont multiples, parmi lesquels les prescripteurs ont un rôle notable. Les bases des compétences prescriptives se constituent dès leurs formations, pendant l'internat. ***Objet de l'étude*** *: Explorer le rapport à la prescription médicamenteuse et à son usage rationnel chez des internes de médecine générale de la Faculté de Marseille. Identifier leurs déterminants de prescription raisonnée et explorer d'éventuels liens entre ceux-ci et la formation initiale*.

Méthode : Etude qualitative sur la base d'entretiens individuels semi dirigés, menée auprès de dix internes de la Faculté d'Aix Marseille. L'analyse des données selon une méthode thématique.

Résultats : La signification de l'usage rationnel du médicament se recoupe avec la définition internationale du terme et le fait de bien prescrire. Il existe une difficulté à moins prescrire, qui semble liée aux mêmes freins que la littérature, principalement l'interaction avec les patients (*pression de prescription, crainte du conflit*) et des contraintes organisationnelles (*temps*). Les internes, inexpérimentés, se trouvent fréquemment dans l'incertitude et sont moins confiants. De ce fait, ils prescrivent plus, malgré l'expression d'un moindre attachement au médicament que leurs ainés. Leurs ressources de prescription raisonnée sont comparables à la littérature (*communication, thérapeutiques non médicamenteuses et éducation thérapeutique*.)

Discussion : Cette étude montre que la formation est un moment charnière de la constitution des pratiques de prescription des médecins généralistes. L'interne y constitue des premières habitudes de prescriptions qui sont moins réévaluées une fois installées. Trois déterminants se distinguent, l'expérience de prescription vécue en stage, pilier de l'apprentissage insuffisant à lui seul, la formation aux bases pharmacologiques, la stimulation à une démarche prescriptive critique en Evidence Based Medecine. Cette dernière peut en effet être affectée au cours de l'internat par les patients et les divers supports de transmission des connaissances.

Mots clés : Médicament ; Prescription ; Usage rationnel ; Interne ; Formation