



Année 2016/2017

N°

Thèse

Pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'État

par

Lise TOUTFAIRE

Née le 22 Juin 1989 à Mont-Saint-Aignan (76)

Et

Lucie CHEVALIER

Née le 26 Octobre 1987 à Longjumeau (91)

LA NON PRESCRIPTION MÉDICAMENTEUSE EN CONSULTATION
DE MÉDECINE GÉNÉRALE :
LE RESSENTI DES PATIENTS ET DES MÉDECINS

Présentée et soutenue publiquement le 11 Décembre 2017

Président du Jury: Professeur Dominique PERROTIN, Réanimation médicale, Médecine d'urgence, Faculté de Médecine - Tours

Membres du Jury:

Professeur Théodora BEJAN-ANGOULVANT, Pharmacologie Clinique, Faculté de Médecine -Tours

Professeur Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ, Médecine Générale, PU, Faculté de Médecine -Tours

Docteur Adrien DUMAS, Médecine Générale, CCA, Faculté de Médecine - Tours

RÉSUMÉ

Introduction: La grande majorité des consultations de médecine générale en France se conclut par une ordonnance de médicaments. Les médecins ressentent une attente forte en médicaments de la part des patients. Pourtant l'attente des patients est complexe et ils ne sont pas contre d'autres moyens pour se soigner. L'objectif de ce travail était d'explorer le ressenti des patients et des médecins lors d'une consultation sans prescription médicamenteuse.

Matériel et méthode: Etude qualitative par entretiens semi-directifs de groupe auprès de patients et entretiens individuels auprès de médecins généralistes dans le département du Loiret. Entre Février et Avril 2017, 38 patients et 17 médecins ont été interrogés. Retranscription écrite intégrale et analyse thématique de contenu par double codage en aveugle. Triangulation des résultats et analyse des résultats par théorisation ancrée.

Résultats: Les consultations sans prescription médicamenteuse pouvaient être sources de satisfaction mais aussi d'incompréhension. Les déterminants étaient la confiance, la communication et la transparence. L'avis des médecins était partagé sur la prise du temps que nécessitait les explications mais ils semblaient peu subir la pression liée aux patients. Il persistait tout de même une foi symbolique dans le médicament, malgré la diminution des prescriptions médicamenteuses. L'orientation vers les alternatives non médicamenteuses semblait difficile pour les médecins malgré l'esprit d'ouverture des patients.

Conclusion: L'amélioration de la communication des médecins et la sensibilisation des patients à la non prescription peuvent être des points d'amélioration.

Mots-clés:

Consultation

Médecine générale

Ressenti

Ordonnance

Médicaments

Non prescription médicamenteuse

Relation médecin-patient

ABSTRACT

Introduction: The vast majority of general practice consultations in France end with a drug prescription. Practitioners feel strong medication expectations from the patients. However, patient expectations are more convoluted and they are actually open to other treatment ways. The aim of this study is the exploration of the perception of both the patients and the practitioners during a consultation without any medication prescription.

Methods: Qualitative study through semi-structured group interviews with patients and individual interviews with general practitioners in the Loiret area. Between February and April 2017, 38 patients and 17 practitioners were interviewed. Full written transcript and thematic analysis of the content through blind double coding. Triangulation and analysis of the results through the grounded theory approach.

Results: Consultations without drug prescription were a source of satisfaction but also of misunderstanding. The drivers are the trust, the communication and the transparency. The practitioners' opinions are divided on the time needed for the explanations. Also they seem to undergo some patient pressure. There was a symbolic faith in the power of the medication in spite of the decrease of the medication prescriptions. Providing guidance on non-medicated therapies seem difficult for practitioners whereas patients are open to considering other practices.

Conclusion: The information to practitioners and the education of the patients linked to the non-prescription are levers for improvements.

Key words:

Consultation

General Medicine/Practice

Perception

Prescription

Non-medicated prescription

Doctor-patient relationship

UNIVERSITE FRANCOIS RABELAIS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN

Professeur Patrice DIOT

VICE-DOYEN

Professeur Henri MARRET

ASSESEURS

Professeur Denis ANGOULVANT, *Pédagogie*
Professeur Mathias BUCHLER, *Relations internationales*
Professeur Hubert LARDY, *Moyens – relations avec l'Université*
Professeur Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ, *Médecine générale*
Professeur François MAILLOT, *Formation Médicale Continue*
Professeur Patrick VOUREC'H, *Recherche*

SECRETAIRE GENERALE

Madame Fanny BOBLETER

DOYENS HONORAIRES

Professeur Emile ARON (†) – 1962-1966
Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962
Professeur Georges DESBUQUOIS (†) - 1966-1972
Professeur André GOUAZE - 1972-1994
Professeur Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004
Professeur Dominique PERROTIN – 2004-2014

PROFESSEURS EMERITES

Professeur Daniel ALISON
Professeur Catherine BARTHELEMY
Professeur Philippe BOUGNOUX
Professeur Pierre COSNAY
Professeur Etienne DANQUECHIN-DORVAL
Professeur Loïc DE LA LANDE DE CALAN
Professeur Noël HUTEN
Professeur Olivier LE FLOCH
Professeur Yvon LEBRANCHU
Professeur Elisabeth LECA
Professeur Gérard LORETTE
Professeur Roland QUENTIN
Professeur Alain ROBIER
Professeur Elie SALIBA

PROFESSEURS HONORAIRES

P. ANTHONIOZ – A. AUDURIER – A. AUTRET – P. BAGROS – G. BALLON – P. BARDOS – J.L. BAULIEU – C. BERGER – J.C. BESNARD – P. BEUTTER – P. BONNET – M. BROCHIER – P. BURDIN – L. CASTELLANI – B. CHARBONNIER – P. CHOUTET – T. CONSTANS – C. COUET – J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – J. FUSCIARDI – P. GAILLARD – G. GINIES – A. GOUAZE – J.L. GUILMOT – M. JAN – J.P. LAMAGNERE – F. LAMISSE – Y. LANSON – J. LAUGIER – P. LECOMTE – G. LELORD – E. LEMARIE –

G. LEROY – Y. LHUINTE – M. MARCHAND – C. MAURAGE – C. MERCER – J. MOLINE – C. MORAINÉ – J.P. MUH – J. MURAT – H. NIVET – L. POURCELOT – P. RAYNAUD – D. RICHARD-LENOBLE – M. ROBERT – J.C. ROLLAND – D. ROYERE – A. SAINDELLE – J.J. SANTINI – D. SAUVAGE – B. TOUMIEUX – J. WEILL

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

ANDRES Christian	Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis	Cardiologie
ARBEILLE Philippe	Biophysique et médecine nucléaire
AUPART Michel	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BABUTY Dominique	Cardiologie
BALLON Nicolas	Psychiatrie ; addictologie
BARILLOT Isabelle	Cancérologie ; radiothérapie
BARON Christophe	Immunologie
BEJAN-ANGOULVANT Théodora	Pharmacologie clinique
BERNARD Anne	Cardiologie
BERNARD Louis	Maladies infectieuses et maladies tropicales
BODY Gilles	Gynécologie et obstétrique
BONNARD Christian	Chirurgie infantile
BONNET-BRILHAULT Frédérique	Physiologie
BRILHAULT Jean	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNEREAU Laurent	Radiologie et imagerie médicale
BRUYERE Franck	Urologie
BUCHLER Matthias	Néphrologie
CALAIS Gilles	Cancérologie, radiothérapie
CAMUS Vincent	Psychiatrie d'adultes
CHANDENIER Jacques	Parasitologie, mycologie
CHANTEPIE Alain	Pédiatrie
COLOMBAT Philippe	Hématologie, transfusion
CORCIA Philippe	Neurologie
COSNAY Pierre	Cardiologie
COTTIER Jean-Philippe	Radiologie et imagerie médicale
DE TOFFOL Bertrand	Neurologie
DEQUIN Pierre-François	Thérapeutique
DESTRIEUX Christophe	Anatomie
DIOT Patrice	Pneumologie
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague	Anatomie & cytologie pathologiques
DUCLUZEAU Pierre-Henri	Endocrinologie, diabétologie, et nutrition
DUMONT Pascal	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
EL HAGE Wissam	Psychiatrie adultes
EHRMANN Stephan	Réanimation
FAUCHIER Laurent	Cardiologie
FAVARD Luc	Chirurgie orthopédique et traumatologique
FOUQUET Bernard	Médecine physique et de réadaptation
FRANCOIS Patrick	Neurochirurgie
FROMONT-HANKARD Gaëlle	Anatomie & cytologie pathologiques
GOGA Dominique	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
GOUDEAU Alain	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUPILLE Philippe	Rhumatologie
GRUEL Yves	Hématologie, transfusion
GUERIF Fabrice	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
GUYETANT Serge	Anatomie et cytologie pathologiques
GYAN Emmanuel	Hématologie, transfusion
HAILLOT Olivier	Urologie

HALIMI Jean-Michel	Thérapeutique
HANKARD Régis	Pédiatrie
HERAULT Olivier	Hématologie, transfusion
HERBRETEAU Denis	Radiologie et imagerie médicale
HOURIOUX Christophe	Biologie cellulaire
LABARTHE François	Pédiatrie
LAFFON Marc	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LARDY Hubert	Chirurgie infantile
LARIBI Saïd	Médecine d'urgence
LARTIGUE Marie-Frédérique	Bactériologie-virologie
LAURE Boris	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LECOMTE Thierry	Gastroentérologie, hépatologie
LESCANNE Emmanuel	Oto-rhino-laryngologie
LINASSIER Claude	Cancérologie, radiothérapie
MACHET Laurent	Dermato-vénéréologie
MAILLOT François	Médecine interne
MARCHAND-ADAM Sylvain	Pneumologie
MARRET Henri	Gynécologie-obstétrique
MARUANI Annabel	Dermatologie-vénéréologie
MEREGHETTI Laurent	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MORINIERE Sylvain	Oto-rhino-laryngologie
MOUSSATA Driffa	Gastro-entérologie
MULLEMAN Denis	Rhumatologie
ODENT Thierry	Chirurgie infantile
OUAISSI Mehdi	Chirurgie digestive
OULDAMER Lobna	Gynécologie-obstétrique
PAGES Jean-Christophe	Biochimie et biologie moléculaire
PAINTAUD Gilles	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PATAT Frédéric	Biophysique et médecine nucléaire
PERROTIN Dominique	Réanimation médicale, médecine d'urgence
PERROTIN Franck	Gynécologie-obstétrique
PISELLA Pierre-Jean	Ophtalmologie
PLANTIER Laurent	Physiologie
QUENTIN Roland	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
REMERAND Francis	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe	Biologie cellulaire
ROSSET Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
RUSCH Emmanuel	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SAINT-MARTIN Pauline	Médecine légale et droit de la santé
SALAME Ephrem	Chirurgie digestive
SALIBA Elie	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
SANTIAGO-RIBEIRO Maria	Biophysique et médecine nucléaire
SIRINELLI Dominique	Radiologie et imagerie médicale
THOMAS-CASTELNAU Pierre	Pédiatrie
TOUTAIN Annick	Génétique
VAILLANT Loïc	Dermato-vénéréologie
VELUT Stéphane	Anatomie
VOURC'H Patrick	Biochimie et biologie moléculaire
WATIER Hervé	Immunologie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

LEBEAU Jean-Pierre
LEHR-DRYLEWICZ Anne-Marie

PROFESSEURS ASSOCIES

MALLET Donatien	Soins palliatifs
POTIER Alain	Médecine Générale
ROBERT Jean	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

BAKHOS David	Physiologie
BARBIER Louise	Chirurgie digestive
BERHOUET Julien	Chirurgie orthopédique et traumatologie
BERTRAND Philippe	Biostatistiques, informatique médical et technologies de communication
BLANCHARD-LAUMONIER Emmanuelle	Biologie cellulaire
BLASCO Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
BRUNAUT Paul	Psychiatrie d'adultes, addictologie
CAILLE Agnès	Biostatistiques, informatique médical et technologies de communication
CLEMENTY Nicolas	Cardiologie
DESOUBEAUX Guillaume	Parasitologie et mycologie
DOMELIER Anne-Sophie	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
DUFOUR Diane	Biophysique et médecine nucléaire
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie	Anatomie et cytologie pathologiques
GATAULT Philippe	Néphrologie
GAUDY-GRAFFIN Catherine	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUILLEUX Valérie	Immunologie
GUILLOIN Antoine	Réanimation
GUILLOIN-GRAMMATICO Leslie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
HOARAU Cyrille	Immunologie
IVANES Fabrice	Physiologie
LE GUELLEC Chantal	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
MACHET Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques
PIVER Éric	Biochimie et biologie moléculaire
REROLLE Camille	Médecine légale
ROUMY Jérôme	Biophysique et médecine nucléaire
TERNANT David	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
ZEMMOURA Ilyess	Neurochirurgie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

AGUILLON-HERNANDEZ Nadia	Neurosciences
BOREL Stéphanie	Orthophonie
DIBAO-DINA Clarisse	Médecine Générale
LEMOINE Maël	Philosophie
MONJAUZE Cécile	Sciences du langage - orthophonie
PATIENT Romuald	Biologie cellulaire
RENOUX-JACQUET Cécile	Médecine Générale

CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRA

BOUAKAZ Ayache	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
CHALON Sylvie	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
COURTY Yves	Chargé de Recherche CNRS – UMR INSERM 1100

DE ROCQUIGNY Hugues	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 966
ESCOFFRE Jean-Michel	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
GILLOT Philippe	Chargé de Recherche INRA – UMR INRA 1282
GOUILLEUX Fabrice	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 7292
GOMOT Marie	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
HEUZE-VOURCH Nathalie	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
KORKMAZ Brice	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
LAUMONNIER Frédéric	Chargé de Recherche INSERM - UMR INSERM 930
LE PAPE Alain	Directeur de Recherche CNRS – UMR INSERM 1100
MAZURIER Frédéric	Directeur de Recherche INSERM – UMR CNRS 7292
MEUNIER Jean-Christophe	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 966
PAGET Christophe	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
RAOUL William	Chargé de Recherche INSERM – UMR CNRS 7292
SI TAHAR Mustapha	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
WARDAK Claire	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 930

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'Ecole d'Orthophonie

DELORE Claire	Orthophoniste
GOUIN Jean-Marie	Praticien Hospitalier
PERRIER Danièle	Orthophoniste

Pour l'Ecole d'Orthoptie

LALA Emmanuelle	Praticien Hospitalier
MAJZOUB Samuel	Praticien Hospitalier

Pour l'Ethique Médicale

BIRMELE Béatrice	Praticien Hospitalier
------------------	-----------------------

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté,
de mes chers condisciples
et selon la tradition d'Hippocrate,
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur
et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent,
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux
ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira
les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas
à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres,
je rendrai à leurs enfants
l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime
si je suis fidèle à mes promesses.
Que je sois couvert d'opprobre
et méprisé de mes confrères
si j'y manque.

REMERCIEMENTS

Remerciements des membres du jury

A Monsieur le Professeur Dominique PERROTIN,
Merci de nous faire l'honneur de présider le jury de cette thèse et pour l'intérêt que vous avez bien voulu porter à notre travail.

A Madame le Professeur Théodora BEJAN-ANGOULVANT,
Merci de nous faire l'honneur de juger ce travail et d'y apporter votre regard et votre expérience.

A Madame le Professeur Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ,
Merci d'avoir co-dirigé notre thèse. Merci pour vos conseils et votre disponibilité tout au long de ce travail.

A Monsieur le Docteur Adrien DUMAS,
Merci d'avoir accepté de diriger notre thèse et de nous avoir aidé à la réalisation de ce travail.

Remerciements de Lise Toutfaire

A mon mari Florent, merci pour ta patience, ton soutien pendant ces longues années d'études et tout le bonheur que tu m'apportes. Merci d'être toujours là pour moi.

A mes parents, merci pour vos encouragements et pour vos attentions bienveillantes pendant toutes ces années. Vous n'êtes en rien étranger à la réussite de la P1.

A ma soeur Marie, merci pour notre complicité. Bientôt la fin pour toi aussi et le début d'une nouvelle vie! A Adrien, merci pour ta bonne humeur. J'aimerais vous voir plus souvent.

A mes beaux-parents, merci pour votre accueil chaleureux dans votre famille. Merci pour vos encouragements et pour la relecture.

A ma famille, merci pour tous les bons moments partagés. Même si les kilomètres nous séparent, je pense toujours bien à vous.

A Lucie, merci d'avoir accepté de me suivre dans cette aventure. Merci pour nos moments partagés aux urgences de Pithiviers. Une nouvelle vie commence, j'espère que tu t'épanouiras dans ton cabinet!

A Anaïs, Céline et Juliette, en souvenir de nos années d'externat. Que de chemin parcouru depuis nos premières expériences en blouse!

A Claire, merci pour notre belle amitié.

A Clémence et Kevin, merci pour nos parenthèses sportives et surtout culinaires.

A tous les médecins et soignants qui ont croisé ma route, merci pour votre accueil, votre sympathie et votre soutien.

A mes maîtres de stage de niveau 1, Dr Chaillou, Dr Cordier et Dr Delarue et à ceux de SASPAS Dr Chaumont, Dr Drahi et Dr Renaud-Brivet, merci de m'avoir fait découvrir et confirmer ma passion pour la médecine générale. Merci pour vos conseils, j'ai énormément appris à vos côtés.

A tous les patients et à tous les médecins qui ont participé à cette thèse, sans qui ce travail n'aurait jamais pu voir le jour. Un grand merci pour votre participation.

Remerciements de Lucie Chevalier

A mes parents, merci pour tout.

A mes frères Quentin et Benjamin, pour leurs encouragements et leurs bons conseils.

A ma famille, un super fan club.

A Lise, merci de m'avoir proposé de partager tout cela avec toi et d'avoir été le moteur de notre équipe. Je te souhaite de t'épanouir dans ton exercice professionnel.

A mes amies Amandine, Diana, Léna et Pauline pour votre soutien, mais surtout pour tous nos bons moments et nos voyages.

A mes amies de toujours et maintenant Amandine et Axelle.

A tous mes amis de la musique notamment Amandine, Arnaud, Emilie, Jérémy, Ludo et Maxime pour tout ce que vous m'apportez.

A Jean-Hugues, Laurence et Monique, merci pour avoir toujours été présents pour moi.

A toutes les personnes qui m'ont éclairées de leurs bons conseils pendant mes stages et mes remplacements.

Aux patients et médecins qui ont accepté de se livrer en participant à notre thèse.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	15
MATÉRIEL ET MÉTHODE	16
1. Méthode et population	16
2. Entretiens	16
3. Retranscription et analyse	17
RESULTATS	18
1. Caractéristiques de la population et des entretiens	18
2. Ressenti des patients	18
2.1 Place de la prescription médicamenteuse dans une consultation	18
2.1.1 Fréquence des consultations sans prescription médicamenteuse	18
2.1.2 Contexte de la non prescription médicamenteuse	18
2.1.3 Ressenti de la prescription médicamenteuse	19
2.2 Ressenti de la non prescription médicamenteuse	19
2.2.1 Ressenti positif	19
2.2.2 Ressenti négatif	20
2.3 Éléments facilitant la non prescription médicamenteuse	21
2.3.1 Liés aux médicaments	21
2.3.2 Liés à la pathologie	21
2.3.3 Liés au patient	21
2.3.4 Liés au médecin	22
2.3.5 Liés à la relation médecin-patient	22
2.4 Limites et freins à la non prescription de médicaments	23
2.4.1 Vision positive des médicaments	23
2.4.2 La prescription, un rituel de la consultation	23
2.4.3 Automédication avant la consultation	23
2.4.4 La prescription, un gain de temps	24
2.4.5 Pression des laboratoires pharmaceutiques	24
2.5 Attentes de la consultation chez leur médecin généraliste	24
2.5.1 Attente d'une écoute, d'un examen clinique et d'un diagnostic	24
2.5.2 Attente d'une solution à leur problème	24
2.5.3 Attente d'une transparence de la part des médecins	25
2.6 Demande de médicaments et pression de la part des patients	25
2.6.1 Contexte de la demande de médicaments	25
2.6.2 Réactions face à la demande de médicaments	25
2.6.3 Ressenti des patients en cas de refus du médecin	25
2.7 Evolution des prescriptions	26
2.7.1 Selon les médecins	26
2.7.2 Selon les médicaments	26
2.8 Alternatives à la prescription médicamenteuse	27
2.8.1 Médecines parallèles	27
2.8.2 Autres professionnels	27
2.8.3 Conseils	27
3. Ressenti des médecins	28
3.1 Généralités et place de la prescription médicamenteuse en consultation de médecine générale	28

3.1.1	Objectif d'une consultation de médecine générale	28
3.1.2	Ressenti de la prescription médicamenteuse	28
3.1.3	Effet placebo	29
3.2	Place des consultations sans prescription médicamenteuse	30
3.2.1	Pratique des consultations sans prescription médicamenteuse	30
3.2.2	Contexte de la non prescription médicamenteuse	30
3.3	Ressenti de la non prescription médicamenteuse	32
3.3.1	Ressenti positif	32
3.3.2	Ressenti négatif	32
3.4	Éléments facilitant la non prescription médicamenteuse	33
3.4.1	Liés au médicament	33
3.4.2	Liés au patient	33
3.4.3	Liés au médecin	34
3.4.4	Liés à la relation médecin-patient	36
3.4.5	Outils	36
3.5	Limites et freins à la non prescription de médicaments	38
3.5.1	Liés au médicament	38
3.5.2	Liés aux médias	39
3.5.3	Frein sociologique	39
3.5.4	Liés au contexte	40
3.5.5	Liés à la pression du temps	41
3.5.6	Liés à la pression des laboratoires pharmaceutiques	42
3.5.7	Liés au patient	42
3.5.8	Liés au médecin	43
3.5.9	Liés à la faculté de médecine	44
3.5.10	Liés à un défaut de communication	45
3.5.11	Influence des pharmacies sur les prescriptions	45
3.5.12	Liés à l'hôpital	45
3.6	Attentes de la consultation perçues par les médecins	46
3.7	Ressentis des patients perçus par le médecin en cas de non prescription	47
3.8	Evolution des prescriptions	48
3.9	Alternatives à la prescription médicamenteuse	48
3.9.1	Médecines parallèles	48
3.9.2	Autres professionnels	49
3.9.3	Autres formes de prescription	50
3.9.4	Conseils	50
3.10	Propositions pour moins prescrire	51
3.10.1	Au niveau national	51
3.10.2	Au niveau des patients	52
3.10.3	Au niveau des médecins	52
4.	Comparaison du ressenti des patients et des médecins	54
4.1	Tableau comparatif	54
4.2	Schéma: la relation médecin-patient et ses interactions	57
DISCUSSION		58
1.	Résultats principaux	58
1.1	Résultats principaux des patients et comparaison à la littérature	58
1.2	Résultats principaux des médecins et comparaison à la littérature	59
1.3	Comparaison des résultats entre patients et médecins	63
2.	Forces et limites de l'étude	65
2.1	Points forts	65
2.2	Limites	66

CONCLUSION	67
BIBLIOGRAPHIE	68
ANNEXES	71
Annexe 1: Guide d'entretien des patients	71
Annexe 2: Guide d'entretien des médecins	72
Annexe 3: Lettre d'information pour les patients	73
Annexe 4: Lettre d'information pour les médecins	73
Annexe 5: Caractéristiques des patients	74
Annexe 5: Caractéristiques des médecins	76
Annexe 6: Lexique des termes utilisés en recherche qualitative	76
Annexe 7: Liste des abréviations	79

INTRODUCTION

La France est le premier pays consommateur de médicaments en Europe. Près de 90% des consultations se concluent par une ordonnance de médicaments, ce qui est bien plus que dans nos pays voisins (1). Cela s'est confirmé dans une étude nationale où 80,7% des consultations ont donné lieu à au moins une prescription médicamenteuse (2). Pourtant les enjeux de la consommation médicamenteuse sont multiples: industriels, sanitaires, écologiques et financiers. Les pouvoirs publics français ont ainsi déjà proposé des campagnes afin de freiner ces dépenses (par exemple, la campagne « Les antibiotiques, c'est pas automatique »).

Différents facteurs liés aux caractéristiques du médecin, du patient et de la consultation influencent la prescription médicamenteuse (2, 3). Les médecins français ressentent une attente de médicaments de la part des patients (1) et 46% des médecins déclarent faire l'objet de pression de la part des patients (1). Ce sentiment de pression ressenti par le médecin influence la décision de prescription. Il existe alors une sur prescription notamment dans les pathologies virales.

Pourtant, 8 patients sur 10 ont déclaré avoir confiance dans un médecin sachant remplacer certains médicaments par des conseils utiles (1). Les attentes prioritaires des français sont donc davantage des attentes d'explications et d'écoute plutôt qu'une prescription de médicaments (4).

Mais les patients présentent parfois une certaine ambiguïté quant à l'attente d'une ordonnance (5). Ainsi, le ressenti des patients face à une consultation sans prescription médicamenteuse est variable : rassurante pour certains ou gênante pour d'autres (6). Un décalage peut donc exister entre les attentes supposées et ressenties par les médecins et les attentes réelles des patients (7).

Pour faciliter ces consultations, la relation médecin-patient est primordiale et doit reposer sur des messages d'information, de prévention et d'éducation (4, 6, 8). Mais le frein majeur aux consultations sans prescription de médicaments est le manque de temps des médecins (6).

Les solutions proposées face à la sur prescription sont: valoriser l'examen médical, encourager les fonctions pédagogiques du médecin et modifier le rapport aux médicaments (9).

Une thèse évaluant le ressenti des patients et des médecins lors d'une consultation sans prescription médicamenteuse a été réalisée en 2012 dans le nord de la France (5). Nous trouvons intéressant de comparer les résultats 5 ans plus tard dans une autre région.

Le ressenti des patients sur les consultations sans prescription de médicaments a-t-il évolué? Leurs attentes ont-elles changé? Quels sont les freins à la non prescription? Quels outils les médecins peuvent-ils utiliser pour faire accepter aux patients le fait de ne pas avoir de médicaments?

Ainsi, l'objectif principal de cette thèse est de répondre à la question suivante:

Quel est le ressenti des patients et des médecins lors d'une consultation sans prescription médicamenteuse?

Pour répondre à cette question, un travail de recherche a été mené sur la population des patients et un autre sur la population des médecins.

Mieux comprendre les patients nous permettra peut-être de mettre en avant des outils pour aider les médecins à moins prescrire.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

1. Méthode et population

Il s'agit d'une étude qualitative par entretiens semi-directifs individuels et de groupe (focus group).

Un premier travail de recherche a été mené par Lise Toutfaire auprès de patients de plus de 18 ans résidant dans le département du Loiret.

Un deuxième travail de recherche a été mené auprès de médecins exerçant dans le Loiret par Lucie Chevalier. L'étude s'est déroulée entre Février et Avril 2017.

Le recrutement des patients a eu lieu dans des associations sportives et culturelles puis par connaissances (recrutement boule de neige). Nous ne voulions pas recruter les patients via leur médecin généraliste pour éviter un biais de sélection. Les responsables d'associations ont été contactés par téléphone et/ou par mail.

Le recrutement des médecins s'est fait par courriel par l'intermédiaire de l'Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS) et par courrier déposé dans les boîtes aux lettres de cabinets médicaux.

L'échantillonnage des patients a été réalisé en variation maximale sur l'âge, le sexe et le niveau socio-économique. Cela nous a permis d'obtenir un panel diversifié même si la représentativité d'une population n'est pas recherchée dans une étude qualitative.

L'échantillonnage des médecins a également recherché la variation maximale, sur les critères d'âge, de sexe et de mode d'exercice.

Un avis a été demandé auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL), celui-ci est revenu favorable sous le numéro 2017_017.

Un avis auprès du comité d'éthique a également été favorable sous le numéro 2017_029 pour l'étude réalisée auprès des patients et sous le numéro 2017_033 pour celle réalisée auprès des médecins.

2. Entretiens

Des focus groups ont été organisés pour les patients afin de faciliter les échanges et de pouvoir confronter certaines opinions. L'avantage de cette technique est de créer une dynamique de groupe.

Pour les médecins, des entretiens individuels ont été organisés afin de laisser les participants s'exprimer librement sans influence.

Nous avons élaboré un guide d'entretien (Annexes 1 et 2) après recherches bibliographiques et analyse de la littérature. Les moteurs de recherche utilisés étaient Pubmed, Cismef, Cairn.info, Google scholar et SUDOC (catalogue du système universitaire de documentation). La recherche était menée avec les mots-clefs suivants: non prescription médicamenteuse, médicaments, ordonnance, ressenti, relation médecin-patient, médecine générale. La trame a évolué en fonction des résultats des premiers entretiens.

Les entretiens individuels et de groupe ont été menés jusqu'à suffisance des données.

Une lettre d'information a été remise aux patients avant leur participation afin de leur expliquer les modalités de l'entretien et obtenir leur consentement (Annexe 3). Les patients ne connaissaient pas la thématique précise qui serait abordée.

Les focus groups ont été réalisés par un modérateur et un observateur (les deux internes responsables du projet de thèse).

Les patients devaient remplir, au début de l'entretien, une fiche administrative avec leur âge, sexe, profession, lieu d'habitation, situation maritale, nombre d'enfants et couverture sociale.

Les médecins avaient connaissance de la thématique de la thèse par le courrier qu'ils avaient préalablement reçu. Ils ont eu un rappel de la garantie de leur anonymat en début d'entretien.

Les entretiens individuels ont été réalisés par un intervieweur sans observateur. Ils ont été menés dans les cabinets de consultation des médecins interrogés.

3. Retranscription et analyse

Les entretiens ont été enregistrés avec un dictaphone sur téléphone et/ou par le logiciel Audacity installé sur un ordinateur, après accord des participants.

La retranscription a été faite mot à mot dans des fichiers Word, au fur et à mesure afin de modifier le guide si besoin.

La numérotation des patients et des médecins a permis de préserver l'anonymat et les entretiens ont été supprimés après analyse.

Nous avons proposé aux participants de relire l'entretien pour apporter des modifications si besoin.

Un double codage ouvert a été réalisé par trois chercheurs. Ce codage a été réalisé en aveugle afin de diminuer les biais d'interprétation.

L'analyse des données a ensuite été faite par codage axial. Il y a eu une triangulation des données.

L'analyse des résultats a été réalisée par théorisation ancrée.

RESULTATS

1. Caractéristiques de la population et des entretiens

Six entretiens de patients ont été réalisés entre Février et Avril 2017 avec une population étudiée de 38 patients. Deux entretiens ont été réalisés avec seulement deux personnes faute de participants.

La durée des entretiens était comprise entre 25 et 66 minutes.

Dix-sept médecins ont été interrogés individuellement entre Février et Avril 2017.

La durée des entretiens était comprise entre 20 et 55 minutes, avec une moyenne de 30 minutes par entretien.

Un tableau des caractéristiques des patients et des médecins a été élaboré (Annexes 5 et 6).

2. Ressenti des patients

2.1 Place de la prescription médicamenteuse dans une consultation

2.1.1 Fréquence des consultations sans prescription médicamenteuse

La non prescription médicamenteuse était **peu vécue** mais elle était **plus fréquente en pédiatrie**. Un père a expliqué qu'une fois sur deux il sortait sans prescription médicamenteuse pour ses enfants.

P4: « *Le médecin, il prescrit forcément des médicaments.* »

P5: « *Moi à chaque fois j'ai eu une ordonnance. Même plusieurs!* »

P32: « *C'est rare.* »

P24: « *Une fois sur deux tu n'as pas d'ordonnance.* »

2.1.2 Contexte de la non prescription médicamenteuse

Les patients ont cité des exemples de consultation sans prescription médicamenteuse, notamment les visites pour obtenir un **certificat** médical pour le sport et les **viroses**.

Ils pouvaient également avoir une ordonnance uniquement pour des **examens complémentaires**.

P1: « *Pour un certificat pour la gym par exemple.* »

P25: « *Pour le sport il faut un certificat médical donc pour ça j'y vais une fois par an.* »

P6: « *Une grippe, c'est pas obligé non.* »

P9: « *De médicaments, oui moi ça m'est déjà arrivé. C'était une ordonnance pour faire une radio, c'est tout.* »

P19: « *Non enfin sauf pour la prise de sang mais il faut dire que je ne venais pas chercher des médicaments, je n'étais pas malade.* »

Un autre exemple était lorsqu'il leur restait des médicaments au domicile ou pour les médicaments **non remboursés**.

P24: « *Ca arrive dans le cas où il nous reste des médicaments.* »

P29: « *Moi ça m'est déjà arrivé mais c'est parce que j'ai des problèmes de peau donc j'ai des pommades qui ne sont pas remboursées par la sécurité sociale.* »

2.1.3 Ressenti de la prescription médicamenteuse

La prescription de médicaments pouvait permettre une **reconnaissance du statut de malade** pour certains patients.

P10: « *Je sais que je n'ai pas spécialement de plaisir à aller voir le médecin donc quand j'y vais en général c'est que je suis malade, c'est que j'ai quelque chose.* »

Les patients ont reconnu qu'il existait une **surconsommation** et un gaspillage de médicaments. Les patients ont pourtant signalé avoir conscience du **coût de la santé** et de la **surveillance** des médecins par la sécurité sociale.

P2: « *C'est dommage d'ailleurs... je crois que c'est en Angleterre qu'il donne juste les quantités qu'il faut. On nous dit toujours de faire le traitement jusqu'au bout mais souvent il reste quelque chose.* »

P7: « *On entend souvent ça, que les français sont de gros consommateurs de médicaments.* »

P2: « *On pense toujours un petit peu au trou de la sécu.* »

P23: « *Avant tu allais chez le médecin, il te donnait une prise de sang comme il te donnait un Doliprane. Maintenant ils sont surveillés et puis ils le disent.* »

L'**observance** médicamenteuse était **variable**. Certains patients indiquaient faire le **tri** dans les médicaments prescrits. Alors que d'autres trouvaient qu'il était important de suivre l'ordonnance prescrite sinon cela ne servait à rien d'aller chez le médecin. Une exception était quand ils avaient déjà le médicament dans leur pharmacie.

P16: « *Mais bon c'est vrai que l'on ressort avec des médicaments que je prends ou que je ne prends pas...* »

P32: « *S'il donne un médicament il faut le prendre. Il faut suivre le traitement.* »

P33: « *On doit respecter une ordonnance ou alors ce n'est pas la peine d'aller voir un médecin.* »

P37: « *Il faut suivre ce que le docteur donne.* »

P2: « *Je trie parfois parce qu'il y a ce qu'il faut à la maison.* »

P4: « *Moi je regarde toujours si j'ai les médicaments. S'il me prescrit quelque chose, je regarde dans ma pharmacie si je les ai.* »

2.2 Ressenti de la non prescription médicamenteuse

2.2.1 Ressenti positif

Des patients nous révélèrent accepter l'absence de prescription si celle-ci n'était pas nécessaire. Certains affirmaient être **satisfaits** de l'absence de prescription. L'absence de prescription pouvait même **rassurer** et indiquait alors un état de **bonne santé**.

P1: « *Si y'a pas besoin.* »

P5: « *Quelque part si on peut s'en passer pourquoi pas.* »

P21: « *On ne peut pas en penser du mal je pense, si on n'en a pas besoin!* »

P15: « *Ah très bien! J'ai dit mais c'est parfait, c'est parfait.* »

P24: « *Ils sont pas plus malades que les autres et ça dure guère plus longtemps donc ouais ouais ça me satisfait.* »

P28: « *Je suis pas à prendre des médicaments, si j'en n'ai pas tant mieux.* »

P24: « *Moi ça ne me dérange pas du tout. C'est rassurant et puis s'il n'y en a pas besoin, y'en n'a pas besoin.* »

P29: « *S'il vous dit « C'est bien monsieur, vous êtes en pleine forme, allez rentrer chez vous », tant mieux!* »

P30: « *C'est que c'est pas grave.* »

P19: « *Ca voudrait dire qu'on n'est pas malade.* »

P28: « *Bah si y'a pas de médicament, c'est que ça va bien!* »

La baisse de prescription voire l'arrêt de médicaments pouvait être considérée comme **bénéfique**.

P35: « *Il les a diminué et je les ai même supprimés complètement. Ca a été très bénéfique en fait.* »

L'absence de prescription médicamenteuse était perçue comme un concept **étonnant** mais intéressant. La plupart des patients se disaient prêts à essayer à avoir plus de consultations sans prescription médicamenteuse mais il faudrait du **temps** et que la méthode fasse ses **preuves**.

P8: « *Étonnant mais à creuser.* »

P10: « *Étonnant oui! Oh oui!* »

P8: « *Moi je pense qu'il faudrait essayer de tendre vers ça, ça pourrait être bien, pour la santé.* »

P21: « *Mais je pense que tout ça ne peut pas se faire brutalement, il faut faire ça dans le temps... il faut que ça rentre dans les moeurs, dans les esprits. Il faut que ça vienne, il faut qu'il y ait des résultats... que des gens disent tiens j'ai été chez le médecin, il m'a dit de rien prendre et finalement ça va mieux! On a discuté... alors oui effectivement après avec le bouche à oreille ça fonctionne. Parce que je pense que qui a envie de prendre plus de médicaments? Pas grand monde, ce n'est pas des bonbons, il sont pas toujours très sympas quoi!* »

2.2.2 Ressenti négatif

Des patients pouvaient ressentir une **incompréhension** d'une consultation sans prescription de médicaments. La consultation **ne répondait pas aux attentes** de certains patients. Ils ressentaient alors un **besoin d'explications**.

P2: « *En fait concrètement, je ne vois pas pourquoi on va chez le médecin si on sort sans ordonnance.* »

P6: « *Si j'y vais pour les bronches et s'il me donne des conseils, ça me fait une belle jambe j'ai toujours mon problème quoi!* »

P2: « *Je voudrais comprendre le pourquoi!* »

Une consultation sans prescription médicamenteuse était parfois considérée comme **inutile** et une **perte de temps**. L'absence de prescription pouvait les obliger à retourner chez le médecin; **plusieurs consultations** étaient alors nécessaires.

P10: « *Ca veut dire que la personne elle est venue pour rien quelque part.* »

P18: « *Qu'on pouvait éviter une consultation!* »

P23: « *Si j'y vais c'est que y'a besoin, sinon c'est une perte de temps.* »

P8: « *J'ai emmené mon fils en consultation, on n'a pas eu de médicaments, enfin pas d'antibiotiques. Du coup son état s'est aggravé et on y est retourné deux jours après et là il a été mis sous antibiotiques. Donc on est parti une fois sans médicaments, on a dû revenir...»*

P8: « *mais c'est vrai que c'est toujours embêtant de prendre un rendez-vous et que 48h après ça ne va pas, il faut y retourner.* »

Une consultation sans prescription médicamenteuse pouvait être source **d'inquiétude** et entraîner une peur de **l'aggravation** de leur état de santé. Cela a donc pu pousser des patients

à demander un **deuxième avis** ou à changer de médecin, l'absence de prescription pouvant être considérée comme **dangereuse**.

P35: « *On va chez le médecin quand même à la dernière limite donc moi si vraiment j'allais chez le médecin que ça allait mal et qu'il me donnait rien je m'inquiérais un peu.* »

P22: « *J'ai changé de médecin qui m'a confirmé que si je n'avais pas insisté et que je n'étais pas allé le voir, j'aurais fini aux urgences.* »

P32: « *Je changerai de médecin!* »

P38: « *C'est dangereux.* »

2.3 Éléments facilitant la non prescription médicamenteuse

2.3.1 Liés aux médicaments

Les patients nous ont fait part de leur **méfiance** vis-à-vis des médicaments. La vision négative des médicaments, notamment le risque **d'accoutumance** et de **iatrogénie**, pouvait faciliter la non prescription.

La polymédication pouvant être dangereuse, les patients préféraient prendre moins de médicaments.

P8: « *Parce que je reste quand même persuadé que... après est-ce-qu'on ne fait pas une dépendance aux médicaments aussi?* »

P33: « *Plus vous prenez un médicament, plus vous avez une accoutumance, il en faut de plus en plus.* »

P12: « *Moi je pense qu'il ne faut pas trop de médicaments, je n'aime pas quand il me fait une liste comme ça parce que je ne suis pas sûr qu'il n'y a pas des interactions entre les médicaments, qu'il n'y a pas des effets secondaires...* »

Des patients ont également remarqué que les médicaments étaient parfois **inefficaces**. Le paracétamol n'était, d'ailleurs, pas considéré comme un médicament.

P7: « *Justement quand on a un gros rhume et tout ça, on nous donne des médicaments mais c'est long, c'est long.* »

P22: « *Le Doliprane ça ne soigne pas, nan.* »

Comme cela a déjà été cité auparavant, les patients ont signalé qu'il n'y avait pas besoin d'ordonnance pour les **médicaments non remboursés**.

P24: « *Regarde le Stérimar, tu y vas sans ordonnance et c'est très bien.* »

2.3.2 Liés à la pathologie

Il a été mis en évidence que les patients avaient une plus grande tolérance à la non prescription lors d'une **pathologie aiguë**.

P19: « *Je n'ai pas de traitement, j'ai rien donc je suis sortie sans médicament.* »

P34: « *Moi une grippe, un rhume, moi pour moi, je le traite par l'indifférence, je le laisse un peu tomber.* »

2.3.3 Liés au patient

Certains patients pensaient que la non prescription était plus facile si des personnes consultaient alors qu'elles n'étaient **pas vraiment malades**.

P10: « *C'est sûr que si la personne elle va voir le médecin et qu'elle a rien, c'est bien qu'il ne lui donne pas de médicaments!* »

P29: « *Et puis le médecin il doit voir beaucoup de malades qui ne sont pas des vrais malades.* »

2.3.4 Liés au médecin

Des patients considéraient qu'un **bon médecin** pouvait ne pas prescrire. Ils précisait que le médecin était le **seul juge** et qu'il ne faisait rien sans raison. Ils ont également affirmé que la consultation chez leur médecin avait un **effet placebo**.

P33: « *Si le médecin est bon, c'est rassurant.* »

P1: « *Si le médecin juge que ce n'est pas nécessaire.* »

P2: « *Après quand je vais chez le médecin, je n'attends pas systématiquement des antibiotiques, c'est lui qui jugera.* »

P18: « *De toute façon, quand on sort de chez le médecin, on a déjà moins mal.* »

2.3.5 Liés à la relation médecin-patient

La notion de **médecin de famille** a été régulièrement abordée. La relation médecin-patient est fondée sur la **connaissance** de l'autre et sur le **respect**. Les patients ont souligné que la **confiance** en leur médecin traitant facilitait la non prescription.

P27: « *Je pense que c'est bien de connaître son médecin, qu'il vous connaisse et on peut échanger. Il connaît votre histoire, il sait comment réagir.* »

P28: « *On fait confiance au médecin.* »

P34: « *Si on est en confiance avec son médecin, si le contact passe bien et qu'on a une explication, qu'il nous dit « C'est pas la peine de vous donner un traitement, ça risque de vous donner des maux d'estomac », y'a toujours une explication. Vous ne faites pas les choses sans raison donc bon ben on est en confiance, on se fait confiance.* »

Il a été mis en évidence que les **explications** et la **relation médecin-patient** facilitaient la compréhension de la non prescription médicamenteuse.

P2: « *Du moment que c'est justifié, c'est la relation là je pense qui est en jeu. Si c'est justifié, non... Mais ça doit être dans les deux sens, que le patient puisse aussi s'exprimer et qu'il puisse avoir des réponses à ses interrogations.* »

P12: « *Donc moins il y a de médicaments, je dirai pas mieux je me porte mais plus je préfère. Mais ça s'accompagne peut être effectivement d'une discussion, il faut convaincre le patient que c'est une bonne solution et non pas prescrire le médicament et puis au revoir. Il faut un petit peu d'attention.* »

P15: « *Tout dépend de ce qui s'est dit, du contexte, d'être rassuré ou pas, du niveau de confiance qu'on peut avoir après la consultation où on sort sans médicament. C'est le dialogue qu'on aurait pu avoir avec le médecin, qu'il nous aurait éclairé pourquoi il ne nous donne pas de médicament.* »

P18: « *Effectivement, si on a l'explication pourquoi on ne nous prescrit pas de médicaments, au contraire c'est très bien, oui!* »

2.4 Limites et freins à la non prescription de médicaments

2.4.1 Vision positive des médicaments

Un frein à l'absence de prescription était la **foi symbolique** des patients envers les médicaments. Une antibiothérapie leur semblait nécessaire en cas de pathologie grave ou en cas de persistance des symptômes. Les patients reconnaissaient pourtant un **effet placebo** des médicaments.

P6: « *Quand on a vraiment la crève ou autre, si on ne prend pas de médicaments, ça va trainer, trainer en longueur et on finira jamais par s'en sortir. Il y a un moment on est obligé d'en prendre quand même!* »

P29: « *Après un antibiotique sur quelque chose de très grave c'est normal.* »

P2: « *C'est quand les symptômes s'accumulent que là en fait on sait qu'il faut les antibiotiques.* »

P5: « *Et c'est vrai que c'est dans la tête, du moment qu'on prend les médicaments, on pense que ça va mieux.* »

2.4.2 La prescription, un rituel de la consultation

Les patients ont affirmé que la prescription médicamenteuse était une **habitude**, un **rituel** de la consultation.

P8: « *Oui je pense qu'on est un peu...* »

P6: « *...formaté.* »

P14: « *C'est parce qu'on est un peu programmé pour ça!* »

En cas de **pathologies chroniques**, ils ont mentionné avoir besoin de renouveler leurs ordonnances par le médecin. Ces médicaments semblaient être difficiles à arrêter.

P1: « *Quand j'y vais, c'est pour un renouvellement pour la tension donc il me renouvelle mon ordonnance.* »

P11: « *Une personne qui a un traitement qui est suivi régulièrement, il ne peut pas sortir sans son renouvellement, c'est évident.* »

P30: « *Y'a des traitements qu'on ne peut pas arrêter.* »

2.4.3 Automédication avant la consultation

L'automédication était fréquente avant de consulter leur médecin. Ils attendaient donc des médicaments en cas de symptômes persistants et notamment des médicaments non disponibles en vente libre.

P6: « *Oui voilà parce qu'en général quand on a un petit rhume ou autre on va déjà à la pharmacie avant d'aller au médecin,* » [...] « *Je vais à la pharmacie et puis si vraiment ça s'arrange pas je prends rendez-vous chez le médecin.* »

P21: « *Nous on va chez le médecin... c'est pas immédiat, on attend peut-être une semaine ou dix jours et puis bon si ça va pas, on prend rendez-vous. Et à ce moment forcément qu'on attend quelque chose pour remédier à ce qui ne s'est pas passé tout seul pendant une semaine.* »

P27: « *Si je vais voir le médecin, c'est pour qu'il me donne quelque chose que je ne peux pas avoir sans ordonnance.* »

2.4.4 La prescription, un gain de temps

Les patients ont remarqué que la prescription de médicaments était **plus facile** et prenait **moins de temps**. Le manque de temps lors des consultations était en lien avec la pénurie de médecins.

P19: « *On a l'impression que les rendez-vous sont pris toutes les dix minutes et que ça va plus vite de donner des médicaments que de discuter.* »

P16: « *Ils n'ont plus le temps parce qu'il n'y en a pas assez.* »

2.4.5 Pression des laboratoires pharmaceutiques

Des patients pensaient que la prescription des médecins était influencée par les **laboratoires pharmaceutiques**.

P8: « *Mais c'est entretenu ça peut-être aussi par les médecins, le fait de prescrire des médicaments... pas à tout va mais souvent. Peut-être que du coup ça instrumentalise aussi un peu...* »

P9: « *Tu es en train de dire qu'il y a un lobbying.* »

2.5 Attentes de la consultation chez leur médecin généraliste

2.5.1 Attente d'une écoute, d'un examen clinique et d'un diagnostic

La majorité des patients ont révélé que la consultation était **rassurante** si elle comprenait une **écoute**, un **examen clinique** et un **diagnostic**.

P1: « *Ce que l'on attend... savoir ce que l'on a.* »

P18: « *Qu'il y ait de l'écoute et pouvoir échanger.* »

P29: « *Qu'il nous pose des questions j'aime bien moi. Parce qu'on se sent bien après quand on part, c'est qu'on a été écouté. Ca c'est important.* »

P30: « *Qu'il nous regarde, nous ausculte...* »

P8: « *Déjà de nous rassurer. Nous rassurer, c'est très important.* »

La **communication** était essentielle car les patients attendaient des explications compréhensibles. Mais, comme les patients l'ont remarqué, les explications prennent du temps. Ils souhaiteraient pourtant un **temps** de consultation plus long. Les parents appréciaient également une **complicité** avec leurs enfants.

P8: « *Après c'est un vocabulaire adapté aussi qu'il faut.* »

P5: « *Il faut que ce soit clair et simple.* »

P35: « *Parce que des fois moi je trouve que c'est très rapide les visites.* »

P2: « *Une complicité, que les enfants ne ressortent pas de là traumatisés.* »

2.5.2 Attente d'une solution à leur problème

Des patients nous ont indiqué attendre un **traitement** pour guérir de leur pathologie.

P8: « *Le bon traitement, tout de suite.* »

P16: « *Les gens qui vont chez le médecin attendent un médicament! La plupart.* »

P17: « *En tout cas je vais chez le médecin pour avoir un médicament. Je m'en rends compte en en parlant. Finalement je me rends compte que si je vais chez le médecin c'est pour avoir des médicaments!* »

P29: « Vous partez vous êtes content, il vous donne des médicaments, il vous donne les bons médicaments en plus. »

La solution à leur problème pouvait également être des **conseils**. Une **prise en charge globale** semblait importante pour certains patients.

P4: « Oui mais les conseils ça peut être aussi pour remédier au problème des fois. »

P15: « On vient avec notre maladie et on ressort avec des médicaments mais on n'est pas qu'une maladie, on est un ensemble, un tout. »

P21: « Il faut aussi une prise en charge plus globale à prendre en compte. »

2.5.3 Attente d'une transparence de la part des médecins

Plusieurs patients attendaient de leur médecin qu'il reconnaisse ses **limites** et qu'il les adresse à un **spécialiste** si besoin.

P2: « Il sait très bien qu'il est médecin généraliste et il sait que quand ce n'est plus dans sa compétence, il m'oriente vers les médecins spécialistes. Ca c'est quelque chose que j'apprécie. »

P4: « Ce que j'attends d'un médecin généraliste, c'est que, par exemple, moi j'ai des problèmes de coeur, c'est qu'il nous envoie directement chez un cardiologue qu'il attende pas, et ça c'est important. »

2.6 Demande de médicaments et pression de la part des patients

2.6.1 Contexte de la demande de médicaments

Des patients nous ont avoué demander parfois des médicaments à leur médecin. Il pouvait s'agir de médicaments pour avoir une **réserve** personnelle, des médicaments à visée **préventive** ou des médicaments spécifiques. A l'inverse, d'autres patients trouvaient qu'il ne fallait pas demander des médicaments à son médecin.

P2: « J'avoue que j'y vais peut-être une fois dans l'année donc je prépare ma petite liste de ce qui va me manquer dans ma pharmacie. »

P23: « Je me suis déjà vu partir à l'étranger et aller chez le médecin chercher des médicaments préventifs que j'emmenais là-bas. »

P27: « De temps en temps je lui dis que je voudrais bien un somnifère. »

P33: « Je ne me permettrais jamais de dire à mon médecin traitant de me donner un médicament qu'il ne m'a pas prescrit. »

2.6.2 Réactions face à la demande de médicaments

Certains médecins **cédaient facilement** face à la demande alors que d'autres **refusaient** la prescription.

P2: « Il prend mon post-it et il recopie. »

P27: « Il ne m'a jamais prescrit de somnifère. »

2.6.3 Ressenti des patients en cas de refus du médecin

Certains patients nous ont dit **comprendre** le refus de leur médecin. Mais d'autres nous ont révélés ne pas être satisfaits du refus.

P23: « *Nan nan j'aurai bien compris.* »

P17: « *Tu n'aurais pas été content.* »

2.7 Evolution des prescriptions

2.7.1 Selon les médecins

Les patients ont remarqué une **évolution** des prescriptions notamment selon les générations de médecins. Ils trouvaient que les **jeunes médecins** étaient plus minutieux.

P7: « *Mais je pense que ça dépend des générations des médecins aussi. Les médecins qui vont être plus jeunes à l'heure d'aujourd'hui, par rapport à des anciens qui sont plus proches de la retraite, je pense que...* »

P10: « *Oui, ils sont plus pointilleux.* »

P3: « *Oui, ils vous consultent d'avantage.* »

P34: « *Moi mon médecin à Paris, il prenait beaucoup de stagiaires, alors elles, elles me posaient beaucoup de questions, ce que j'avais, pourquoi je prenais si, pourquoi enfin je prenais rien mais... elles reparlaient des problèmes que j'avais pu avoir.* »

Il a été souligné que changer de médecin permettait d'avoir un **nouveau regard** sur la prise en charge et parfois de diminuer voire stopper des traitements.

P31: « *Oui, des fois changer de médecin c'est bien.* »

P35: « *Nous on est arrivé y'a un an et demi, [...] j'avais un traitement très fort et le médecin de S. quand il m'a vu arriver, il m'a dit « je comprends même pas qu'une nature comme vous prenne des médicaments comme ça. ». Il les a diminué et je les ai même supprimés complètement. Ca a été très bénéfique en fait. Donc il faut quand même...[...] Y'a du bon des fois de changer.* »

Les patients ont signalé qu'une **prescription identique** entre les médecins pouvait être source d'inquiétude.

P18: « *Ils ont tendance à recopier l'ordonnance précédente.* »

P35: « *Ce qui est inquiétant quand même, c'est que le nouveau médecin n'apprend pas à nous connaître, il suit l'ordonnance... Il copie l'ordonnance. Il apprend pas à connaître son patient.* »

2.7.2 Selon les médicaments

Les patients ont remarqué que les médecins prescrivait **moins de médicaments** qu'avant, notamment moins d'antibiotiques. Les patients n'étaient d'ailleurs pas contre la baisse de prescription des antibiotiques.

P1: « *Maintenant on prescrit de moins en moins de médicaments.* »

P7: « *Ils sont réticents pour en donner, on le sent.* » (référence aux antibiotiques)

P16: « *Ils ont raison parce que si on guérit autrement c'est bien!* »

P27: « *Je pense que c'est bien mieux si on peut s'en passer.* »

2.8 Alternatives à la prescription médicamenteuse

2.8.1 Médecines parallèles

Les patients ont fréquemment cité l'**homéopathie**, la **phytothérapie** et la **médecine traditionnelle chinoise** comme alternative aux médicaments. Mais ils reconnaissaient qu'une **croyance** aux médecines parallèles était nécessaire. Ils ont également proposé les **cures thermales** comme alternative.

P24: « *L'homéopathie, ça marche bien.* »

P8: « *Les compléments alimentaires.* »

P4: « *Il y a les huiles essentielles.* »

P16: « *Moi c'est des plantes, des plantes, de l'argile, des choses comme ça.* »

P4: « *Il fait de l'acupuncture et des massages chinois et ça fait du bien.* »

P10: « *Oui mais il faut y croire. Après c'est juste une histoire de croyance, il faut y croire.* »

P22: « *Une thalasso ça peut être une alternative. Pour les gens allergiques, avec des problèmes de peau.* »

P26: « *Les cures.* »

2.8.2 Autres professionnels

Une autre alternative était les **consultations paramédicales** chez les kinésithérapeutes ou les ostéopathes.

P21: « *Moi je reviens sur l'histoire de l'ostéopathe qui ne nous donne aucun médicament mais qui nous fait du bien.* »

P33: « *De la kiné aussi.* »

2.8.3 Conseils

Certains patients nous ont dit apprécier les conseils de leur médecin tels que des **règles hygiéno-diététiques** ou des **remèdes**.

P16: « *Il peut nous dire il faut bouger, il faut que vous marchiez ou des choses comme ça.* »

P20: « *Comme alternative, il y aurait la nutrition pour moi.* »

P23: « *Des remèdes de grands-mères, des astuces...* »

P25: « *Je pense qu'on est tous friands de bon conseils pour éviter de se bourrer de médicaments.* »

P28: « *J'avais souvent des crampes et le toubib m'a dit de mettre un savon de Marseille dans le lit et c'est vrai que c'est efficace, depuis ça je n'ai plus de crampes. Pas besoin de médicament et j'avais trouvé ça sympa!* »

Les conseils pouvaient être par voie orale et/ou écrite. Un **support écrit** permettait une transmission de l'information au conjoint et était apprécié en cas d'informations nombreuses ou complexes. Certains patients aimeraient des **sites internet de référence** pour trouver des informations et conseils sur leurs pathologies.

P26: « *Orales, moi j'aime bien.* »

P8: « *Moi je pense que par écrit c'est bien.* », « *Tu t'en rappelles et pour transmettre à madame, c'est plus facile car on a tendance à oublier des choses qui sont peut-être importantes.* »

P12: « *Ca dépend de la complexité du diagnostic. Il y a certainement des maladies ou des maux qui se soignent avec peu de conseils et puis il y en a d'autres il en faut davantage. Donc*

s'il y en a peu et que ça reste oral ça ne me gêne pas. S'il y en a beaucoup par contre, Alzheimer fait que... (rires) on n'imprime plus. Donc il vaut mieux que ce soit écrit. »

P25: *« Des sites internet recommandés ça peut être... Parce que sur internet on trouve tout et n'importe quoi. »*

Le rôle des médias a également été évoqué. Les patients ont mentionné que les **campagnes de santé publique** pouvaient être utiles.

P11: *« Ca a un côté humoristique. »*

P21: *« C'est bien, ça marque les esprits. »*

3. Ressenti des médecins

3.1 Généralités et place de la prescription médicamenteuse en consultation de médecine générale

3.1.1 Objectif d'une consultation de médecine générale

L'objectif identifié par les médecins était d'obtenir l'**apaisement** des patients. Le médecin avait un devoir d'**information et d'enseignement** auprès du patient.

M1: *« Les gens doivent être de mon point de vue apaisés en fin de consultation. »*

M13: *« C'est qu'on a un devoir d'informations et d'explications. »*

M6: *« Alors notre capacité à être comme des professeurs, je pense que notre métier y est très très lié. C'est un métier où non seulement il faut soigner les gens et aussi enseigner la santé. Je pense que plus on enseigne la santé mieux le patient pourra appréhender ses symptômes. »*

3.1.2 Ressenti de la prescription médicamenteuse

L'ordonnance permettait d'améliorer le **confort** du patient. Elle était identifiée comme faisant partie intégrante du **métier** de médecin et la formation facultaire était dispensée à cette fin. Mais il était aussi du rôle du médecin de la **refuser** s'il estimait qu'elle n'était pas nécessaire. Elle permettait également de **clôturer** la consultation.

Pour certains, la prescription évitait de **perdre du temps** et d'**affronter** certains patients et pouvait justifier le **coût** de la consultation.

M14: *« Au moins du doliprane euh si dans le sens où j'ai l'impression... je vois plus sur les anti-inflammatoires. Je mets un peu plus facilement de l'ibuprofène parce qu'au niveau confort [...] je privilégie quand même assez le confort. Je sais que pendant 3 jours on n'est pas bien. Si c'est une grippe ou une grosse rhino et du coup je privilégie le confort en gros, c'est à peu près tout ... »*

M16: *« Ca fait quand même partie de notre métier que de prescrire. », « On part avec cette idée parce qu'on est quand même formatés pour prescrire et on a nos petites cases. »*

M5: *« C'est à nous, de nous dire voilà le patient peut repartir pas content parce qu'il a pas eu son médicament. Je pense qu'il faut aussi tenir le truc parce que si le patient arrive en faisant son ordonnance, autant qu'on devienne épicier et voilà. »*

M7: *« Ce qu'on écrit dessus je suis pas sûre, mais le fait de donner un document écrit voilà, on a l'impression que ça clôture une consultation, je pense que c'est le sentiment de beaucoup de patients. »*

M9: *« Oui, comme quand tu es dans un exercice, où tu cherches à justement économiser un peu de temps, où t'as intérêt à automatiser des choses et quand tu les automatises, tu ne réfléchis plus. Tu automatises des gestes, des façons, voilà, de gestion du temps, le temps de*

déshabillage, ne serait-ce que passer la carte vitale, tout en parlant, etc... mais je pense que tu automatises aussi des réactions face à des patients et qu'il y a des créneaux, enfin y'a des profils vis-à-vis desquels... des façons de ne pas affronter le problème. »

M10: « On prescrit plus qu'avant, on passe moins de temps avec le malade d'où la difficulté si vous passez pas beaucoup de temps avec le malade de lui prendre 23 euros et qu'il reparte sans ordonnance. Il va dire « attends qu'est-ce qui se passe, moi je l'ai payé 23 euros et il m'a rien donné ». »

Les médecins ont perçu une diminution du **pouvoir** de l'ordonnance. Une **contre proposition au médicament** leur semblait importante voire même prioritaire sur le médicament. Mais il ne fallait pas se priver du **médicament** quand il était indiqué ou pouvait être aidant.

De plus la prescription était **basée sur des preuves** mais parfois les recommandations pouvaient être contradictoires.

M16: « La prescription donne aussi un espèce de pouvoir, il me semble qu'on est sorti de cette ère de pouvoir qu'on n'a pas moins de pouvoir si on ne prescrit pas, on ne prescrit pas de formule magique... »

M2: « Je pense que le médicament on sait tous que c'est pas la panacée, il faut savoir...rien c'est pas la solution, on prépare d'autres trucs. »

M17: « Oui, si on a le sentiment qu'on peut régler, qu'on peut mieux prendre en charge les problèmes d'une façon non médicamenteuse, dans la mesure du possible, je privilégierai cette prise en charge. »

M16: « Si on peut baisser un petit peu vos antalgiques et que vous fassiez de la gestion de la douleur par la respiration et puis prise de conscience de soi moi ça me va. Par contre si ouais vous privez pas un d'un peu de morphine de temps en temps, on en a besoin. »

M12: « Moi je suis les recommandations qu'on me donne, pour le cholestérol je sais pas. Parce qu'on a changé plusieurs fois nos objectifs là il y a des échos encore un peu bizarre, il y a des recos qui disent qu'il faut baisser d'autres qui disent que non mettre une statine à petite dose et puis si ça baisse ça suffit, je parle en secondaire. Euh pff, alors je sais pas. Mais je suis bête j'obéi (rires). Je fais ce qu'on me dit de faire même si on se forme moins maintenant. »

Pour certains, la prescription de **paracétamol** était ressentie comme une prescription pour le patient mais pour eux elle était ressentie comme une non prescription.

M4: « Chez l'enfant c'est un sujet intéressant, pour moi c'est une non prescription et pour les gens c'est une prescription. »

3.1.3 Effet placebo

L'effet placebo était d'**utilisation courante** et pouvait être lié à la **consultation**, au **médecin** ou au **médicament**.

M2: « On s'en sert tous les jours de l'effet placebo. »

M2: « On a un effet placebo dans la consultation aussi. Peut être qu'on le fait pas assez jouer aussi. »

M16: « On sait que le soignant a un effet placebo. Il n'y a pas à en penser vraiment quelque chose puisque c'est une réalité. »

M2: « Le médicament il a un effet extraordinaire, c'est l'effet placebo. Ca c'est extraordinaire. Donc quand on ne prescrit pas on se prive de l'effet placebo puisque c'est à peu près 20% d'efficacité. »

Du fait de la manipulation induite par cette prescription, ils pensaient qu'il y avait un risque d'un **effet négatif sur la relation médecin-patient**. De plus le placebo sous entendait une notion de **déresponsabilisation** du patient par le fait même de prescrire.

D'un autre côté, les placebos pouvaient permettre de **moins prescrire de médicaments** « à **risque** ». Ainsi, ils voyaient peu d'intérêt à supprimer le placebo chez les patients très âgés.

M16: « *Mais je crois que j'en prescris pas, j'aime pas cette notion de trahir la confiance du patient.* », « *J'aime pas cette notion de manipulation entre guillemets même si ça peut avoir un effet positif je trouve que ça casse un peu le vrai du lien. Bon j'en prescris pas du tout.* »

M16: « *On est pas dans la responsabilisation.* »

M15: « *Et puis j'essaie si tu veux d'avoir d'autres arsenaux à ma disposition, utiliser des modificateurs de terrain, des oligosols, des plantes, des... alors tu sais très bien que ça va pas avoir un effet phénoménal mais le simple effet placebo bah ça parfois ça fonctionne. Et ça permet d'éviter d'utiliser un anxiolytique ou autre.* »

M16: « *Après à la limite j'ai des patients qui avaient 95 ans je les ai laissés sous placebo.* »

3.2 Place des consultations sans prescription médicamenteuse

3.2.1 Pratique des consultations sans prescription médicamenteuse

Pour certains médecins ce type de consultation était **relativement fréquent** et surtout chez les **enfants**. Mais pour d'autres il s'agissait d'une pratique **inhabituelle**.

M1: « *Oui bien évidemment ça m'arrive de rien prescrire du tout.* »

M4: « *Mais euh chez les enfants c'est ultra fréquent.* »

M16: « *Bon après faut faire attention les consultations sans prescription restent très marginales finalement. Là on parle des bons côtés mais c'est très précaire quand même.* »

3.2.2 Contexte de la non prescription médicamenteuse

Les différentes situations de consultation sans prescription médicamenteuse citées par les médecins relevaient de certaines **viroses** (rhinopharyngite, gastro-entérite, maladies infantiles).

M15: « *Donc euh, les rhumes aussi on en a dans la salle d'attente c'est pareil je leur dis moi j'ai rien à vous prescrire la preuve c'est que ce que je vais vous prescrire c'est pas remboursé ce n'est que du confort.* »

M2: « *Une gastro ça guérit tout seul, dans 90% des cas. Les gens ils peuvent aller acheter un truc à la pharmacie et quelque chose comme ça. On pourrait ne rien prescrire.* »

M4: « *Personnellement dans la varicelle je ne fais rien. Je demande aux gens s'ils ont l'eau courante et du savon.* »

Cela pouvait être aussi lors des consultations à **orientation psychiatrique** (dépression réactionnelle, anxiété mineure, troubles du sommeil).

M3: « *Peut-être la psychiatrie légère, les dépressions réactionnelles.* »

M15: « *Troubles du sommeil aussi je mettrais ça là dedans, mineurs bien tendus et problèmes voilà qualifiés de stress par les patients.* »

Dans les situations **d'urgence** ou **incertitude diagnostique** ils pouvaient être amenés à ne pas prescrire.

M1: « *Dans le cadre de l'urgence ça m'arrive aussi de voir les gens en situation d'urgence et leur dire qu'ils vont aux urgences de l'hôpital, dans quel cas je ne prescris rien.* »

M1: « Parce qu'il y a une prescription en cours et que j'arrive pas à trouver la clé du problème et que je souhaite un avis spécialisé, je reste sur la prescription médicamenteuse que j'ai fait. »

Dans les pathologies **rhumatologiques**, **dermatologiques** ainsi que certaines relevant de consignes **nutritionnelles** (obésité, diabète, insuffisance cardiaque), ils ne faisaient pas de prescription médicamenteuse.

M3: « J'ai pensé aux douleurs articulaires, j'ai pensé à tout ce qui est psychiatrie légère, j'ai pensé à tout ce qui est diététique. »

M3: « On sait très bien que la plupart de nos patients ont besoin de diététique, nos insuffisants cardiaques, nos diabétiques, nos obèses, ça c'est prouvé, c'est évident. »

M12: « J'ai vu le frangin pour un problème dermato qui ne justifiait pas non plus de prescription. »

Les consultations de **prévention** (diabète, vaccin, dépistage, suivi de nourrisson, suivi gynécologique) ne s'accompagnaient pas nécessairement de prescription médicamenteuse.

M6: « Alors un patient pour lequel j'avais programmé un bilan annuel de dépistage. Et qui s'est avéré avec des anomalies, notamment une glycémie à jeun à 1.48. »

M17: « Dépistage de MST. Donc prescription des sérologies mais pas de traitement. »

M14: « Les thèmes où on prescrit rien en fait, alors je fais beaucoup de gynéco souvent je prescris pas forcément dans tout ce qui est suivi. »

M12: « C'est rare qu'il y ait prescription, ils viennent pour les vaccins et puis c'est tout. »

Lors de consultations de **réévaluation**, il n'y avait pas forcément de prescription à l'issue, ainsi que les consultations pour **intolérance médicamenteuse** qui pouvaient se terminer par une déprescription.

M17: « J'ai arrêté un IEC parce qu'elle fait une tension un petit peu basse, une fonction rénale qui avait faibli et je lui ai donc simplement demandé d'arrêter ce médicament là. Il n'y a eu donc pas besoin de prescription. »

M17: « Une autre madame diabétique, hypercholestérolémique qui ne supportait pas bien la statine que je lui avais prescrit. Donc même chose, je lui ai demandé d'arrêter et je ne lui ai pas fait de prescription. »

M16: « Il y a celle où on réévalue, les consultations de réévaluation sur un traitement qui a été introduit et puis là on va être dans une consultation classique de réévaluation à 48h une semaine qui voilà est-ce que ça fonctionne, est-ce que sa tension est bien contrôlée, est-ce que c'est bien réglé, le traitement observé n'a pas trop d'effets secondaires. »

Les consultations **d'ordre administratif** se terminaient par une prescription d'arrêt de travail ou un certificat médical.

Lors de consultations où le patient avait déjà tout dans sa **pharmacie personnelle**, il n'y avait pas de prescription médicamenteuse.

M6: « Il est sorti un peu interloqué parce que je ne lui avais pas prescrit de médicament. Je lui ai dit « mais monsieur vous avez tout chez vous. ». »

M12: « Samedi j'en ai eu 2 sans prescription aussi parce que une c'était un certificat final il n'y avait pas eu de prescription. », « J'ai eu aussi un accident de travail pour un mal de dos, il avait déjà ce qu'il fallait chez lui donc il est reparti sans prescription aussi. »

3.3 Ressenti de la non prescription médicamenteuse

3.3.1 Ressenti positif

Les consultations sans prescription médicamenteuse étaient, pour un certain nombre de médecins, ressenties de façon positive par le sentiment d'une **meilleure prise en charge** et d'une **meilleure qualité de suivi** du patient. Elles pouvaient être source de **satisfaction** pour le médecin.

M1: « *Plus que bien et je me sens un super grand docteur !* »

M16: « *En tout cas quand je prescris pas, j'ai pas l'impression de les abandonner c'est juste que je me dis au contraire j'aurais plus de mal à prescrire. Je leur dis « je vais être plus mauvaise à vous prescrire quelque chose qu'à vous observer 48h là et à vous donner les moyens d'y arriver. » .* »

M2: « *Moi c'est ça que ça m'apporte et que peut-être qu'aborder le fait de moins prescrire ou ne pas prescrire ça peut entrer dans les facteurs de qualité de suivi.* »

M17: « *Ca fait plutôt une satisfaction de laisser repartir un patient sans médicament.* »

Leurs refus de prescription pour eux étaient **justifiés** et ils nous ont fait part de leur **motivation** à changer leurs pratiques.

M3: « *Si je dis non c'est pas parce que c'est un caprice de ma part c'est parce que c'est médical c'est tout.* »

M2: « *C'est trop rare, on aimerait en faire plus.* »

M3: « *Donc c'est pour ça que je vous reçois aussi, c'est peut-être pour faire évoluer ma pratique.* »

Un médecin a noté qu'il était plus facile de ne pas prescrire de médicament que de ne pas prescrire d'**examen complémentaire**.

M15: « *Sachant que dans cette pathologie là, le dos en particulier, les gens sont très très demandeurs et de radios et d'examens complémentaires, ils en sont friands. Quand on leur dit c'est plus facile de ne pas prescrire de médicaments que de ne pas prescrire de radio.* »

3.3.2 Ressenti négatif

Pour certains médecins les consultations sans prescription médicamenteuse étaient ressenties comme **difficiles** par le sentiment de **culpabilité**, de **frustration** ou par peur de **rompre le lien thérapeutique** avec leur patient. Quelques uns avaient le sentiment que leur consultation était **inachevée**. Ils avaient peur que le message qu'ils voulaient faire passer en ne prescrivant pas soit mal compris.

M2: « *Oui c'est plus difficile de ne pas prescrire que de prescrire, ça c'est sûr !* »

M6: « *Faut batailler c'est pas évident.* »

M2: « *Voilà, donc on est un peu obligé de leur donner un truc.* »

M3: « *Si on culpabilisait pas quelquefois de laisser partir le patient sans ordonnance.* »

M1: « *Est-ce-qu'il y a une frustration à ne pas prescrire?* »

M16: « *On a intérêt à garder le lien thérapeutique de toute façon dès que ça marche pas, même si on va être un peu hors reco au départ, on est obligé, ça fait partie de la com.* »

M2: « *J'ai pas considéré que c'était une vraie consultation.* »

M1: « *Je ne sais pas ce que les gens pensent en sortant d'ici.* »

M2: « *On a l'impression de bien faire, d'expliquer mais qu'en fait c'est pas d'aussi bonne qualité que ce qu'on pense. On n'est pas dans la réalité oui.* »

3.4 Éléments facilitant la non prescription médicamenteuse

3.4.1 Liés au médicament

Le **risque iatrogène** encouru facilitait la décision de ne pas prescrire, notamment en cas de balance bénéfico-risque défavorable. Cette notion était aussi diffusée au niveau des **médias**.

M3: « *Quand on me demande des anti-inflammatoires avec une insuffisance rénale ou une insuffisance cardiaque ou un bouquet d'herpès euh je dis bah non c'est pas possible.* »

M3: « *J'explique que la demande n'est pas conforme à un bénéfice pour la santé voire une toxicité pour la santé.* »

M15: « *De toute façon on est dans une période à la fois positive et négative à savoir qu'il y a tellement eu de dégâts fait dans les médias au sujet des médicaments x ou y que les patients viennent te voir avec dans la tête moins j'en prends, mieux c'est.* »

Le **déremboursement** de certains médicaments a facilité la non prescription par la diminution de leur demande. L'**inefficacité** des médicaments dans certaines pathologies était un argument de plus pour ne pas en prescrire.

M16: « *Encore le déremboursement des médicaments c'est pas si mal ça nous a aidé quand même, les patients ils payent donc ils n'en veulent plus.* »

M2: « *Je pense que le médicament on sait tous que c'est pas la panacée.* »

3.4.2 Liés au patient

L'**ouverture** du patient facilitait pour le médecin la non prescription. La **demande de non prescription médicamenteuse** émanait parfois directement du patient. Cela semblait plus facile dans la population **jeune**, chez les **nouveaux patients** et dans une patientèle **rurale**.

M6: « *Je peux le faire qu'avec des patients qui peuvent entendre ça, ce n'est pas toujours le cas.* »

M2: « *Elle voulait une prise en charge plus douce, non médicamenteuse.* »

M16: « *Moi je trouve qu'il y a de moins en moins de difficultés. Moi je suis encore jeune dans l'expérience mais quand même je le vois dans les 8 dernières années avec moins de réticences. Après ça dépend de l'âge de celui qu'on a en face aussi. Je trouve que les plus jeunes sont plus...ils comprennent qu'il y ait pas besoin. On leur a donné une explication, il y a des alternatives, il y a une conclusion ça leur convient.* »

M2: « *Moi j'ai du mal à...ou alors si on veut faire de la pédagogie, dans ma clientèle, les nouveaux on essaie de faire des cures courtes mais les anciens depuis longtemps même en faisant des protocoles c'est difficile, très très difficile de pas faire de prescription.* »

M11: « *L'avantage aussi de la ruralité, c'est la fidélité de la clientèle.* »

Le **terrain** du patient, ses **comorbidités**, sa **polymédication** pouvaient être un critère facilitant la non prescription.

M3: « *Face aux obèses en particulier.* »

M2: « *Les patients à qui on donne pas de médicaments c'est soit les gens qui en ont déjà plein ou les gens qui sont capables de comprendre mais y a des gens qui malheureusement on peut pas leur dire je vous donne ça mais ça sert pas à grand chose.* »

L'**éducation à la santé** par les messages de santé publique ou se faisant au fur et à mesure des consultations était facilitant. Ainsi les patients **comprenaient** l'intérêt de la non prescription et par conséquent il y avait une moindre demande en médicaments.

M2: « *Oui ben ça a progressé un petit peu. Mais on voit encore des gens qui viennent le premier jour de la rhino.* »

M16: « C'est un constat. C'est intéressant de le savoir autant je trouve que les messages, même si on peut râler un petit peu parce que c'est parfois radical comme sur les messages sur les transports non remboursés, sur les médicaments non remboursés, les génériques, c'est de l'énergie au début c'est pas toujours compris par les gens, ça fait son petit bonhomme de chemin je trouve. »

M6: « Il a compris que c'était pas forcément pour un traitement. Il était même pas demandeur du tout. »

M14: « Il y en a beaucoup qui me disent ou qu'ils ont l'air de le savoir déjà que ça sert pas à grand chose donc... »

M2: « On a moins de demande de prescription d'antibiotiques. On en a encore mais on en a moins. »

M1: « Aidée par le patient qui ne souhaite pas non plus prendre de médicament. »

Les patients pouvaient **choisir leur médecin** en sachant que ce dernier n'était pas forcément prescripteur. Par conséquent, il était plus facile de ne pas prescrire lorsque les patients étaient **habitués** aux consultations sans prescription médicamenteuse et celles-ci se **renforçaient par les expériences positives** de non prescription. En fonction du **langage corporel**, notamment un retour positif, pouvait encourager ou non la prescription.

M4: « Ca se sélectionne tout seul c'est-à-dire que les gens choisissent leur médecin et les médecins choisissent leurs patients. »

M16: « Si ça leur va comme ça, chacun y trouve son compte, on est dans une période riche entre guillemets c'est à dire qu'on peut changer de patient. »

M4: « C'est beaucoup plus facile quand on a une patientèle qui est habituée à ça, que ceux qui n'y sont pas habitués. »

M3: « Il réagit bien. »

M1: « En fonction de ce qu'ils me renvoient au niveau de leur visage. »

3.4.3 Liés au médecin

La **diplomatie** dans sa façon d'expliquer ainsi que la **disponibilité** du médecin aidaient lors des consultations sans prescription médicamenteuse. La **pédagogie** était également un élément déterminant, notamment en **expliquant sa démarche clinique** afin de **rassurer** le patient, ainsi que la **bonne compréhension des attentes** du patient. **Prendre le temps d'examiner** le patient semblait aussi un élément clé pour les médecins. Ils mentionnaient aussi essayer d'**adapter leur discours** au patient. L'**expérience, l'assurance** rendait plus facile ce type de consultation et la délivrance d'explications.

M6: « Mais pour faire valoir ça, il faut être très diplomate et bien expliquer les choses. »

M1: « S'ils ont le moindre doute dans l'évolution, qu'ils n'hésitent pas à revenir et que voilà ça me pose pas de problème de réévaluer la situation. »

M6: « Je suis joignable si ça se dégrade. Ne pas fermer la porte. »

M1: « Je développe en disant que pour moi aujourd'hui à l'examen, à l'auscultation, à l'examen de la gorge et des oreilles j'ai rien trouvé qui appelle les antibiotiques mais qu'il faut rester vigilant et qu'on va surveiller. »

M2: « Il y a une stratégie à adopter pour dire « alors... » où là on essaie de faire de la pédagogie. »

M17: « En général ça se passe bien à condition d'expliquer pourquoi on estime que c'est pas forcément la meilleure prise en charge donc en général si on donne des explications intelligibles ça se passe bien. »

M1: « Il faut écouter ce que le patient vous renvoie, ce qu'il attend de vous. »

M16: « *« Là vous avez les ressources », leur donner les ressources « c'est bien vous êtes venus, ça permet de faire le point vous avez... mais pas maintenant, ça va vraiment aller mieux, reposez-vous un peu. ».* »

M15: « *Moi je suis favorable au partage de la réflexion avec le patient.* »

M16: « *Après on peut se permettre de pas prescrire si on passe un peu de temps et ça après on se le donne ou on se le donne pas mais après c'est difficile en revanche parce que là ça va être perçu comme il a pas bien fait parce qu'il ne m'a pas regardé quoi.* »

M7: « *J'essaie avec des mots simples. Alors on affine tout ça au fur et à mesure, on oublie le vocabulaire médical évidemment donc il faut trouver des exemples il faut trouver des métaphores.* »

M15: « *Je leur explique évidemment dans des termes traduits de façon compréhensible.* »

M3: « *Vous savez moi après plus de 30 ans d'exercice ça ne me gêne pas.* »

M1: « *Non, parce que je suis un vieux médecin, j'ai plein de mécanismes dans la tête et pour moi ça va assez vite.* »

M7: « *Faut pas hésiter à asseoir sa position, attention je me prends pas pour un grand docteur, on a nos failles, on a nos faiblesses. Quand on sait pas il faut le dire aussi, il a des choses, j'ai des méconnaissances, on peut pas tout savoir.*»

Ils essayaient d'enlever le médicament de son piédestal **sans le décrédibiliser** complètement, en mentionnant son éventuelle **iatrogénie**, en s'appuyant sur les **études** pour argumenter, tout en sécurisant le patient par la possibilité d'une **réévaluation**.

M2: « *Je pense qu'il faut que ce soit recentré, lui dire qu'on peut faire autrement.* »

M14: « *Les médicaments c'est pas la solution miracle à tout. Pour certaines choses non, un rhume...* »

M16: « *Maintenant l'évolution fait que, un : vous en avez probablement moins besoin à titre individuel et deux: on s'est rendu compte que ça apportait peut-être pas un effet qu'on espérait au début et puis voilà vous payez moins cher.* »

M16: « *C'est pareil on peut pas faire tout d'un coup faut que ça passe aussi, toujours garder la crédibilité de ce qui avait été prescrit.* »

M3: « *J'explique que la demande n'est pas conforme à un bénéfice pour la santé voire une toxicité pour la santé.* »

M2: « *Alors ça, ça a été démontré avec les sirops chez les petits enfants. Avant on larguait des tonnes de sirops antitussifs, des expectorants et tout... et maintenant c'est interdit. Voilà! Donc ça s'est bien passé, les gens ils le comprennent.* »

M17: « *J'explique les arguments que j'ai en expliquant que ça n'est pas le docteur moi qui a décidé mais qu'il y a eu des études et des recommandations et que les recommandations sont que ben voilà, on pensait que ce médicament là pendant des années avait des avantages mais qu'on s'est rendu compte qu'à la longue il avait peut être plus d'inconvénients que d'avantages ou qu'il ne répondait pas à la problématique donnée.* »

M1: « *Sécuriser ça veut dire expliquer aux gens que s'ils ont le moindre doute dans l'évolution qu'ils n'hésitent pas à revenir et que voilà ça me pose pas de problème de réévaluer la situation.* »

Mais ce type de consultation dépendait de la **motivation du médecin** d'être dans la démarche d'essayer de moins prescrire.

M3: « *Mais ça nécessite un investissement psychologique de la part du médecin plus important parce qu'il doit encore une fois faire comprendre à son malade que s'il ne prescrit pas c'est parce qu'il pense qu'il y a d'autres façons de faire et qui seront plus efficaces.* »

M14: « *Puis c'est un changement, être plus de base à prescrire le moins possible que le plus. Si on est déjà dans ce comportement là c'est vrai que ça réduit.* »

Pour eux il était important d'apprendre au patient les **indications de consultation** et de reconnaître le **statut de malade** au patient.

M16: « En éducation j'essaie à l'inverse de pas les voir tout de suite leur dire quand ils viennent le premier jour « vous savez vous êtes grands vous savez gérer, vous pouvez vous donner 48h et puis vous le connaissez vous voyez s'il change de comportement, s'il mange un peu moins vous lui donnez bien à boire, du Doliprane et puis vous me rappelez si la fièvre dure 48h », donc on leur dit une fois. Ça marche quand même un peu, ils reviennent pas tous. C'est rare, on les voit rarement d'emblée cette fois. »

M16: « Oui, vous êtes malade mais ça ne nécessite pas forcément de médicament. Vous allez trouver les ressources soit la patience soit un petit peu de positivisme en soi, pour finalement, ça va passer tout seul ou vous allez pouvoir gérer tranquillement ce passage. »

La **proximité de la retraite** rendait cela plus facile par la diminution de la pression liée au patient. La **salle d'attente pleine** était aussi source de diminution de pression de prescription pour les médecins, de même que **la faible concurrence**.

M4: « Et comme moi je suis proche de la retraite moi je m'en fous mais alors.. J'ai pas dit que ça a toujours été comme ça mais je m'en fous mais complètement. C'est comme ça, ceux qui ne sont pas contents vont ailleurs. »

M4: « Plus ma salle d'attente est pleine moins ça me gêne. »

M4: « Ces gens là sont tellement contents d'avoir un médecin que si je leur prescris rien ils viennent quand même. Il faut être honnête. C'est d'autant plus facile qu'il n'y a pas de concurrence. »

3.4.4 Liés à la relation médecin-patient

Le **lien de confiance** était un élément fondateur des consultations sans prescription médicamenteuse.

M3: « Il y a une relation de confiance qui existe depuis longtemps parce que c'est une vieille patientèle donc les gens me connaissent. Si je dis non c'est pas parce que c'est un caprice de ma part c'est parce que c'est médical c'est tout. »

M15: « Je pense que ça passe en premier par la pédagogie et par le relationnel, la confiance qu'il y a entre le patient et le médecin ça je pense que c'est primordial. »

La décision de non prescription était **partagée** avec le patient mais parfois nécessitait une **négociation** avec le patient. Il arrivait aussi que cela soit favorisé par la **passivité du patient** qui s'en remettait au médecin.

M1: « Ça m'arrive aussi de ne rien prescrire d'accord avec les patients. »

M16: « Là c'est un peu difficile mais on arrive à passer des petites... « J'en ai toujours eu. » Mais peut être que là vous n'en n'avez plus besoin. On peut essayer de s'en passer on prend pas de risque et si vraiment ça va pas on reprendra. »

M2: « Alors les gens ils ont dit « eh ben on va chez le docteur. Le docteur il nous fait ci il nous fait ça. Voilà, c'est le docteur qui décide et tout. ». »

3.4.5 Outils

Certaines aides techniques pouvaient aider le médecin comme l'utilisation du **strepto-test** ou **l'utilisation de l'informatique** afin de trouver des documents pour appuyer son argumentation.

M2: « Maintenant on a le test d'angine ça c'est facile, on va en profiter pour faire de la pédagogie, ça peut être un point de départ. »

M3: « *Donc de ce côté là avoir des pages avec des preuves écrites, on retourne l'écran on montre ça aux gens plutôt que de sortir un papier au fond du tiroir que l'on ne trouve pas.* »

L'utilisation d'outils de communication pouvaient aussi aider le médecin à faire passer son message comme l'utilisation des techniques d'**entretien motivationnel**, de **programmation neurolinguistique**, la réalisation de **dessins** ou même l'**affichage d'informations** dans leur salle d'attente.

M3: « *Je pense aussi qu'il faut du coaching motivationnel pour y arriver.* »

M1: « *Ah si faire des dessins, pour des diagnostics un peu particuliers par exemple dans les lombalgies je fais des dessins.* »

M14: « *Là y en a pas à l'entrée mais on a une espèce de grille d'affichage et on renouvelle un peu les thèmes. Donc on avait fait une campagne sur la vaccination au moment de la grippe ,donc les infirmières avaient augmenté leurs permanences sur place et on avait fait toute une campagne sur la vaccination et je ne sais plus...on essaie de changer régulièrement les thèmes donc...* »

M12: « *Je pense que la PNL c'est génial. Mais moi je l'utilise pas dans les consultations de tous les jours, si je vais l'utiliser...j'en fais moins, parce que c'est toujours pareil j'ai pas le temps.* »

L'aide d'une **tierce personne**, comme l'aidant principal pouvait être une ressource pour le médecin.

M2: « *Par exemple en diététique y a un truc qui est important, le module y a...les gens viennent avec leur femme qui fait la cuisine. C'est des gens hein...qui amènent leur femme, ou leur femme demande à venir, c'est plutôt dans ce sens là parce que justement dans l'entretien on leur dit qu'il y a un entretien de diététique dans la cuisine et tout donc ça motive les femmes, ça motive l'aidant.* »

Ils pouvaient aussi utiliser des techniques d'**éducation thérapeutique**.

M2: « *On fait un accompagnement pour l'éducation thérapeutique c'est un moyen, un peu plus à la mode, de moins prescrire. Peut-être pas prescrire mais un moyen de répondre aux questions des gens quand ils vous sollicitent pour un médicament ou peut-être il y a des règles d'hygiènes thérapeutiques ou de meilleures connaissances du médicament ou du traitement qu'ils ont. Ca, ça me semble important aussi, l'éducation thérapeutique du patient.* »

Un médecin s'appuyait sur des recherches canadiennes liées au **concept de déprescription**.

M1: « *Ca s'appelle Déprescription.* », « *Surtout que c'est récent, c'est de janvier 2017 ce truc. C'est complètement up to date (travaux canadiens).* »

Ce même médecin, pour s'aider à prescrire à bon escient, utilisait diverses ressources documentaires: **Observatoire des Médicaments, des Dispositifs médicaux et de l'Innovation Thérapeutique, la Société Française de Gériatrie et Gériatrie et Gériatrie et Gériatrie** ou les **réseaux sociaux**.

M1: « *Donc c'est la ressource OMÉDIT, c'est une ressource médicamenteuse que je connais, c'est adressé aux médecins coordonnateurs en EHPAD, on a une liste de médicaments qu'il faut privilégier par rapport à d'autres et on a aussi un mode d'emploi pour les formes en fonction de ce que les gens peuvent avaler ou pas.* »

M1: « *Il y a aussi en gériatrie quelque chose qui a été fait par la société française de gériatrie donc pour les gens âgés il y a un petit manuel, un petit fascicule, des médicaments à privilégier.* »

M1: « *Twitter c'est un super outil pour glaner des informations médicales pour les médecins généralistes et en particulier, il y a certains médecins qu'on finit par connaître qui sont un peu, comment dire..., on sait que c'est des références, on peut se fier à ce qu'ils disent.* »

Le relevé **Système National Inter-Régimes** et celui des indicateurs des **Rémunérations sur Objectifs de Santé Publique** étaient pour eux un moyen de les informer sur leurs pratiques de prescription. Ils pouvaient également être perçus comme un encouragement.

M16: « *C'est toujours intéressant d'avoir des informations sur sa pratique.* »

M16: « *Je trouve que ces espèces d'obligation sécu ça a quand même pas mal fonctionné [...], des prescriptions plus anciennes de la génération qui prescrivait beaucoup de compléments de Vastarel et compagnie là, on déjà bien, on a pu diminuer au fur et à mesure.* »

M7: « *En tout cas là-dessus oui, ça me conforte. Un encouragement, en plus on est payé pour ça maintenant.* »

Les **Formations Médicales Continues** aidaient les médecins, notamment animées par des spécialistes.

M4: « *Il est tout à fait vrai que ma formation de FMC m'a bien aidée à être sur de ce que je... par exemple sur l'angine j'avais travaillé dessus depuis longtemps.* »

M15: « *Je me rappelle une FMC où c'était uniquement sur les troubles mineurs du sommeil etc, il y a eu des pistes que nous a apportées un psychiatre, moi ça m'a été utile dans la gestion des troubles du sommeil.* »

Pour s'aider à moins prescrire certains médecins s'appuyaient sur des **revues** comme **Exercer** et **Prescrire**.

M1: « *Je pense qu'il faut s'abonner à Prescrire. C'est une étape importante dans la déprescription.* »

M2: « *Il y a une stratégie. Je crois qu'il y a un article dans le dernier Exercer sur la stratégie de prescription.* »

La délivrance de **fiches d'information** pouvait permettre la compensation du manque de temps d'explication.

M6: « *Qui est en même temps une façon de se dédouaner, souvent par faiblesse par manque de temps.* »

3.5 Limites et freins à la non prescription de médicaments

3.5.1 Liés au médicament

Pour les médecins, le médicament par sa **facilité d'accès** et parfois son effet **addictif** pouvait être freinateur.

M2: « *Les nouveaux on essaie de faire des cures courtes mais les anciens depuis longtemps même en faisant des protocoles c'est difficile, très très difficile de pas faire de prescription.* »

M2: « *Pourquoi pas aller sur internet hein pour, par exemple pour les somnifères sur internet, il y a machin truc chouette là...comment...* »

Le **pouvoir** octroyé par le patient au médicament pouvait être un frein. Ils mentionnaient que ne pas prescrire de médicament privait aussi de son **effet placebo**.

M17: « *Il y a des gens qui s'imaginent que s'ils n'ont pas de médicaments ils ne vont pas guérir, s'ils n'ont pas d'antibiotiques ils ne vont pas être soignés.* »

M2: « *Donc quand on ne prescrit pas on se prive de l'effet placebo puisque c'est à peu près 20% d'efficacité.* »

Selon les médecins interrogés, il y avait une **méconnaissance du risque lié au médicament** par les patients notamment la notion de **résistance aux antibiotiques**. Ce risque pouvait être oublié par le patient par sa **confiance envers son pharmacien** lorsque celui-ci lui délivrait un médicament sans ordonnance.

M15: « *« Je l'ai tellement depuis longtemps », ils comprennent pas. Ils comprennent même pas du tout le discours concernant le risque. »*

M7: « *La notion de résistance aux antibiotiques, c'est quelque chose que les gens ne comprennent pas c'est pas possible. C'est pas quelque chose qu'ils arrivent à saisir. Pourquoi on est résistant à un antibiotique, pourquoi à force de donner des antibiotiques...ça leur échappe, c'est difficile à expliquer. »*

M7: « *Si le médicament est délivré par un pharmacien pour eux c'est pas dangereux. »*

Mais d'autre part, ils reconnaissaient que les patients **incriminaient facilement le médicament** en cas de problème.

M15: « *Dès qu'il y a quelque chose on incrimine le médicament. Systématique. « Ah bah oui docteur je l'ai arrêté parce que je pensais que...», ou « j'ai lu la notice et... » C'est sans arrêt. »*

3.5.2 Liés aux médias

Les médecins mettaient en cause la **publicité** sur des médicaments dans les médias. Ils pensaient aussi que la **surinformation par internet** pouvaient être dangereuse et entraînait une forme de prise d'otage du médecin.

M11: « *C'est une mode. Tous les programmes de télé, il y a 5 pages bien-être sur les pilules contre l'arthrose. Avant c'était discret, maintenant c'est sur n'importe quel journal. C'est bon pour le marchand mais c'est pas bon pour le malade. »*

M6: « *On est dans un mouvement historique où je pense que l'information qui circule beaucoup par internet comme ça c'est un danger parce que ce n'est pas du tout de l'enseignement, on ne peut pas vérifier ce qui est donné. »*

M5: « *Ca vient déjà de la connaissance. Parce que les jeunes bah ils vont tous fouiner sur internet et ils arrivent ici avec des idées préconçues. »*

3.5.3 Frein sociologique

Les médecins ont reconnu qu'il existait une **spécificité culturelle française** de la prescription médicamenteuse notamment une grande habitude de l'**antibiothérapie**.

M2: « *Molière se moquait déjà des patients et des médicaments donc je comprends que c'est complètement culturel en France. C'est certainement pour ça aussi qu'on est un des pays qui consomme le plus de médicaments. Il y a un facteur culturel immense. Immense! »*

M15: « *Oui, les parents entendent pas ce discours sauf si t'as des gens très très cortiqués ou ils sont dans le milieu tu vois infirmier ou tout ça mais difficile à faire ça. Dans les angines oui tu arrives mieux à gérer ça. Il y a plein de pays, en Allemagne particulièrement, il y a plein d'otites qui sont pas antibiothérapées. Là c'est plus difficile. »*

Pour les médecins les français auraient une **moindre tolérance de leurs symptômes**.

M6: « *C'est moins le cas dans d'autres pays mais chez nous c'est ça. On a un rapport à la douleur en France qui est probablement pas le même c'est à dire qu'il faut que le symptôme soit traité. »*

3.5.4 Liés au contexte

Les médecins pouvaient faire l'objet de pression de la part de **parents inquiets**.

M15: « *C'est juste pas possible de dire à quelqu'un «oui bon là il a 39, il a mal aux oreilles votre gamin il a une otite mais on sait globalement que dans 48h ça sera passé même si je donne rien, revenez dans 48h si ça s'est pas amélioré », mais tu peux pas.* »

La pression de prescription était forte lors des **échecs de sevrage de médicaments**, comme les anxiolytiques et hypnotiques, ou dans les situations où le patient s'était déjà **automédiqué**.

M15: « *Avec l'expérience on se rend compte il y a des patients, tu ne peux pas les sevrer en anxiolytique ni en somnifère, c'est pas faute d'avoir essayé sur des modèles extrêmement progressifs.* »

M2: « *Elle avait tout fait elle-même et elle avait commencé son traitement.* »

M2: « *Les demandes qu'on a le plus, [...]c'est pour les tranquillisants, les somnifères.* »

M15: « *Et y en a tu sais que tu pourras pas, tu continues même si tu sais que les benzos c'est très mauvais pour cette tranche de population.* »

Les médecins étaient ambivalents sur la thématique de **l'automédication**: d'un côté cela permettait d'**éviter une consultation**, avec potentiellement l'aide du pharmacien, mais avec la peur du **risque iatrogène** sans avis professionnel.

M2: « *Sinon ils peuvent acheter du Smecta déremboursé, y a de l'Imodium déremboursé, Vogalib déremboursé, hein ils peuvent faire de l'auto-prescription tout seul sans problème. Le pharmacien peut le faire sans problème.* »

M2: « *Je pense que ça évite une iatrogénie.* » (passer par l'avis médical plutôt que l'automédication)

Le médecin pouvait **céder** aux pressions de prescription. Ainsi devant un patient agité, fragile ou supportant difficilement ses symptômes les médecins pouvaient être amenés à prescrire. Il était également difficile de refuser un médicament à un patient qui en recevait toujours pour une pathologie donnée comme les antibiotiques.

M2: « *Moi quand il insiste, j'obtempère (rires). J'ai pris moi l'habitude de, même si je ne suis pas tout à fait d'accord, je dis « je ne suis pas tout à fait d'accord » mais j'obtempère la plupart du temps.* »

M16: « *Après pour ceux qui...Les crises d'angoisse là je prescris pas toujours en tout cas pas au début, ou ça dépend si il y a une vraie agitation anxieuse alors j'aurai tendance à prescrire, pas trop discuter au début (rires), à faire 4 jours de Bromazepam et un peu de Tercian et puis vous revenez dans 3-4 jours on rediscutera. Quand c'est trop dispersé ça vaut pas le coup (rires).* »

M6: « *Quand je vois devant moi qu'il y a quelque chose psychologiquement un peu plus fragile j'aurai tendance à le prescrire.* »

M9: « *J'ai l'impression que les femmes qui supportent très très mal la situation des troubles climateriques de la ménopause, c'est en général les femmes qui supportent pas la ménopause tout court. C'est un peu ça, quoi, c'est quelque chose c'est trop, c'est trop un virage dans la vie, c'est trop une marque de vieillesse, trop la fin de quelque chose, c'est trop la perte de la féminité, enfin j'en sais rien, c'est vraiment trop! Et du coup, bah voilà...je le fais. Parce que voilà, je ne sais pas faire autrement.* »

M4: « *Ils ont toujours pris un antibiotique à chaque fois qu'ils avaient un rhume et qui t'expliquent que s'ils ne prennent pas d'antibiotique ils guérissent pas.* »

Il était compliqué d'arrêter un traitement que les patients prenaient **depuis longtemps**. Ils ont noté que sur certaines **pathologies chroniques** comme les cardiopathies et les diabètes non contrôlés il était difficile de ne pas prescrire.

M3: « *Tes insuffisants cardiaques bah non ça va pas le faire...(rires), tes diabétiques rebelles ça va pas le faire.* »

M15: « *«Je l'ai tellement depuis longtemps», ils comprennent pas. Ils comprennent même pas du tout le discours concernant le risque. 85 ans, du Temesta.* »

3.5.5 Liés à la pression du temps

Le **ressenti au niveau temporel** des consultations sans prescription médicamenteuse était **ambivalent**. Pour certains elles étaient ressenties comme une pratique non chronophage pour d'autres elles étaient ressenties comme chronophage. Cependant le fait qu'elles soient ressenties comme chronophages n'était pas forcément ressenti comme un frein.

M2: « *C'est pas pire que d'expliquer la maladie à une patiente. Ca prend pas plus de temps.* »

M14: « *Enfin c'est pas vraiment le temps parce que vraiment on peut expliquer très rapidement, très simplement.* »

M4: « *Je pense que c'est beaucoup plus facile de prescrire que de ne pas prescrire. Ca prend du temps. Il faut expliquer.* »

M15: « *C'est qu'il y a la notion de temps dès que tu veux être pédagogique ça prend du temps donc c'est plus simple de rédiger quelque chose que de passer du temps.* »

M6: « *Moi ça me pose pas plus de difficultés que ça mais ça me demande du temps.* »

M3: « *Non c'est pas un frein, je suis toujours en retard.* »

Les **éléments chronophages** mentionnés étaient par exemple le temps d'explication, le fait de parfois devoir débattre avec le patient, le temps de déshabillage, la traçabilité de la consultation et leurs emplois du temps chargés.

M2: « *La solution c'est la pédagogie, mais on a peut-être pas le temps de le faire.* »

M5: « *C'est un peu chronophage. Parce qu'il faut être pédagogiquement correctement c'est à dire qu'il faut bien expliquer les choses.* »

M15: « *Si tu commences à passer du temps tu vas t'exposer forcément à un peu de débat parfois.* »

M15: « *J'ai beaucoup de gens âgés qui sont dans ma patientèle c'est la catégorie de patient où il y a le plus de travail à faire, faut les habiller déshabiller et compagnie, imagine toi en 15 minutes de consultation à faire tout ça plus ajouter la composante pédagogique par rapport et bah tient pas dans le délai imparti et malgré tout t'es quand même obligé d'avoir ça à l'esprit si tu veux on est quand même dans une logique comptable avec un prix de consultation aussi faible.* »

M6: « *Aujourd'hui parce que les consultations chez le médecin généraliste c'est 10 minutes, on doit informatiser tout, être dans l'efficacité, la traçabilité. Moi je veux bien mais ça laisse peu de place à l'examen clinique, ça laisse très peu de temps à l'explication. Je pense aussi que la médecine ça se fait en examinant le malade, en expliquant ce qu'on a eu à l'examen ou pas.* »

M6: « *On est quand même limité quand on a une consultation qui est un peu chargée. Il nous arrive aussi par facilité de sanctionner ça par une prescription.* »

Il n'était pas toujours facile au niveau organisationnel aussi de proposer une **réévaluation**.

M15: « *Par exemple il y a des otites où ça sert à rien mais tu peux pas te permettre quand tu es en ville de dire à la maman « bah écoutez vous regardez si dans 48h c'est comme ci c'est comme ça revenez. » C'est juste pas possible.* »

3.5.6 Liés à la pression des laboratoires pharmaceutiques

Certains médecins ont mentionné l'**investissement des laboratoires** dans leur pratique par les visiteurs médicaux mais pour d'autres leur pratique semblait indépendante des laboratoires.

M1: « *En particulier ceux de ma génération qui ont été très très investis par les laboratoires et c'est compliqué de déprescrire.* »

M4: « *La visite médicale t'oblige un peu à prescrire quand tu vois les visiteurs médicaux.* »

M1: « *Moi j'ai tendance à considérer que tout ce qui vient des laboratoires doit être foutu à la poubelle.* »

M4: « *Il faut dire aussi que notre association de formation médicale continue a été, à ma connaissance la première ou une des 2 premières en région Centre à ne plus être financées par les laboratoires.* »

3.5.7 Liés au patient

Les médecins étaient conscients de la **pression de la société** exercée sur le patient et certains pensaient que les patients risquaient de **reconsulter** en l'absence de prescription.

M6: « *Bah moi je travaille je ne peux pas me permettre d'avoir ça. Et puis je dois être en forme, il me faut un traitement de cheval parce que j'ai pas le droit de rater mon travail.* »

M4: « *Elle subit une pression considérable de la directrice de la crèche pour qu'on leur donne quelque chose.* »

Les **patients âgés** ont semblé plus consommateurs peut être par une **habitude** de la prescription et par **non acceptation du vieillissement**. Certains précisait la génération des septuagénaires et octogénaires. Ils trouvaient que les patients bénéficiaires de la **CMU** étaient également plus consommateurs de médicaments.

M16: « *La personne plus âgée, pas 90, mais les 70-80 je trouve que ceux là sont beaucoup plus consommateurs que les 65-85. Et là les, « j'ai droit à », « on m'a toujours donné ça », ça c'est quelque chose qui revient facilement.* »

M16: « *On devrait avoir compris qu'on peut pas tout apporter mais ils ont une attente quand même qui est plus grande encore, qui est plus exigeante encore et presque déraisonnée quand ils commencent à avoir leur arthrose « mais je comprends pas », « si c'est normal ».* »

M2: « *Faire une consultation sans prescription chez une personne âgée, quasiment mission impossible.* »

La non prescription semblait dépendante de la **capacité de compréhension** du patient, de son niveau social, mais aussi liée à la **confiance** du patient en son médecin. Les médecins mettaient en cause le **manque de connaissance** des patients du corps humain. De plus, le **non médicamenteux** nécessitait **plus d'efforts** de la part du patient que les thérapeutiques non médicamenteuses.

M17: « *Tout le monde a pas le QI d'Einstein.* »

M17: « *Mais ça fait partie de la relation de confiance avec le patient et je dirais que si les patients ne vous font... ne me font pas confiance au point d'accepter ça, je leur fais comprendre qu'ils tirent les conséquences de leur absence de confiance.* »

M6: « *Donc il y a des situations où on sent le patient à l'écoute...c'est très très dépendant de la capacité d'écoute de ce qu'on dit et de son esprit de synthèse ça dépend aussi de son niveau social.* »

M7: « *Je pense que les gens ont une grande méconnaissance du corps humain, globalement, même des gens qui ont un bon niveau d'étude.* »

M7: « *Le problème du non médicament, un médicament ça demande pas d'effort t'as une boîte t'ouvres t'avales c'est simple.* »

Toutefois ils pensaient avoir une **fausse représentation de l'attente des patients** en médicaments.

M8: « *Oui je pense que j'étais dans ce vieux cycle sans doute surfait où le patient vient demander, alors encore une fois ceux qui viennent en consultation sans rendez vous je suis pas certains que s'ils sortent sans médicaments...eux ils consomment, ce sont des consommateurs de médecine, souvent en CMU en général.* »

3.5.8 Liés au médecin

Certains médecins ont témoigné de leur **manque de volonté** à réaliser des consultations sans prescription médicamenteuse. Ils se décrivaient parfois **réfractaires** à la prescription d'autres thérapeutiques ou ne mettant pas suffisamment en cause leurs **habitudes** de prescription.

M3: « *Je n'arrive pas à m'engager à ne pas faire de prescription du tout, à dire aux gens voilà, je vous ai donné des exercices à faire.* »

M2: « *Moi j'ai pas encore l'habitude de ça. Même si je dis « Tiens là on pourrait faire, ne rien faire et tout ».* »

M2: « *C'est peut-être là qu'il faudrait qu'on motive plus ou qu'on fasse plus de pédagogie.* »

M16: « *Ca oui c'est un frein parce qu'on a quand même cette arrière pensée occidentale du charlatanisme ou de la médecine parallèle. Ce qui est pas tout faux non plus il y en a qui ont abusé des autres et puis y en a qui la prennent en charge avec une vraie complémentarité.* »

M1: « *Le problème c'est qu'on est beaucoup dans la prescription, ça c'est un énorme problème des médecins.* »

M2: « *Il y a le médecin qui est en cause.* »

Ils témoignaient aussi de leur difficulté à rester dans la **médecine basée sur les preuves** selon les situations. Certains mentionnaient leur **manque d'assurance**, notamment dans l'entretien des troubles psychiques et se posaient la question de la peur d'une exposition personnelle. Ils pensaient que c'était plus difficile pour les jeunes médecins.

M15: « *Il y a des moments où tu vas prescrire en sachant que...tu n'es pas dans le rationnel scientifique mais voilà. Il y a la médecine générale et ses impératifs et il y a la théorie.* »

M15: « *Il n'y a pas que l'histoire du temps et bah voilà on peut être réticent, insuffisamment formé pour conduire un entretien avec un patient sur le mode voilà, des troubles psychologiques purs.* », « *Il y a dans le domaine des troubles psychologiques...quand on entre dans ce terrain là avec le patient peut-être qu'on s'expose un peu plus soi et tout le monde n'est pas prêt à faire ça non plus.* »

M15: « *Je pense que quand on démarre nécessairement on a moins de pratique moins d'expérience et on va avoir un peu tendance entre guillemets à se réfugier derrière une médication.* »

Les **différences de prise en charge** selon les médecins n'étaient pas toujours un facteur aidant. Le **statut de remplaçant** est parfois un frein par le fait de devoir respecter les habitudes du médecin en place.

M1: « *Même parmi les jeunes médecins, parmi les internes, parmi les remplaçants, on voit des choses...des conneries quoi. Chacun fait comme il veut, on fait un boulot différent, chacun à son appréciation.* »

M16: « *Après quand on remplace on peut pas se permettre d'imposer non plus sa façon de faire et j'ai commencé à rayer les Vastarels quand je suis arrivée ou enlever un peu les Ginkor, les Daflons.* »

Les médecins ont également mentionné la peur de **perdre leurs patients**, la peur de ne pas bien faire ou que cela s'**aggrave**.

M4: « *Et il avait la ferme conviction que s'il ne prescrivait pas de médicaments, il n'aurait plus de patients.* »

M4: « *Je sais pourquoi elle en prescrit plus c'est parce qu'elle même sait qu'elle en prescrit de trop mais je pense qu'elle maîtrise son angoisse en prescrivant.* »

Certains médecins justifiaient leurs prescriptions pour **éviter que les patients reconsultent**, par **confiance dans les médicaments**, par des **pressions de prescription** comme en EHPAD ou par une **mauvaise analyse des attentes** du patient.

M8: « *Je parlais du principe que je préférais taper fort pour ne pas qu'ils reviennent.* »

M12: « *Est-ce-qu'on peut changer le mode de fonctionnement d'un médecin, c'est pas si simple. Tiens pour prendre l'exemple des antibiotiques on a déjà notre petit truc au départ. J'en connais qui sont des super prescripteurs euh...en fait je pense qu'ils sont eux persuadés que c'est bien, parce que s'ils sont malades ils vont le prendre et ça pour le faire changer c'est très compliqué.* »

M13: « *Parce que, si tu veux moi je suis très prescripteur. Parce que j'ai pas d'arrière pensée du tout au niveau des médicaments - ni des vaccins d'ailleurs, mais ça c'est accessoire. Je prescris beaucoup et je dirais même quand je vois quelqu'un pour de la bobologie, je creuse un peu pour savoir si finalement - par exemple en pédiatrie - revoir les vaccins, la vitamine D, donc je creuse toujours pour savoir si on est à jour de toutes les prescriptions finalement et c'est vrai que j'ai tendance à être très prescripteur au niveau médicament ou équivalent.* »

M4: « *Où il y a une pression importante c'est en EHPAD.* »

M9: « *Ce serait un peu l'idée que je me fais de ce que le patient attend. C'est sans doute un espèce de truc préconçu qui fait que ça limite même l'idée qu'on pourrait avoir de ne pas prescrire.* »

Quelques uns disaient **moins se former** avec l'âge ou avoir des difficultés à se libérer pour aller en formation.

M12: « *Mais bon j'ai fait ça il y a 15-20 ans c'était facile, on prenait un remplaçant pendant 2 jours et on faisait des formations, maintenant c'est impossible moi je suis pas allé faire de trucs depuis...4-5 ans.* »

3.5.9 Liés à la faculté de médecine

Certains médecins mettaient en cause le **manque de formation** initiale sur la **pédagogie** et la **non prescription**, ainsi que sur la faiblesse de leur formation en **pharmacologie** et leur **manque de regard critique** sur leurs prescriptions au sortir de la faculté.

M7: « *Oui mais c'est peut être l'expérience qui parle. Je l'étais pas du tout quand j'ai commencé à...parce que hein c'est pas notre faute en tant que telle, c'est notre formation qui est mal adaptée.* »

M5: « *On a jamais été formé à ne pas prescrire. On a toujours été formé à prescrire.* »

M7: « *Parce qu'à mon époque c'était extrêmement léger parce que côté pharmaco, je sais plus on faisait ça en 2ème année, mais c'était même pas ciblé sur la prescription.* », « *Donc on avait pas du tout ce regard critique et cette question, cette interrogation permanente sur ce qu'on écrit sur une ordonnance.* »

3.5.10 Liés à un défaut de communication

La non prescription médicamenteuse était rendue difficile lorsque les informations données par le médecin étaient **mal comprises** par le patient. Pour appuyer son refus de prescription il était nécessaire d'avoir une **bonne argumentation**. Ainsi le médecin pouvait céder à la pression et prescrire après **échec d'explications**.

M2: « *Oui oui encore plein de questions, plein de trucs, de fausses idées, plein de choses comme ça. Et ça alors on tombe des nues!* »

M2: « *Faut vraiment avoir de bons arguments pour refuser.* »

M17: « *Des fois on est obligé au bout d'une demi heure ou trois quarts d'heure de guerre lasse quand l'enjeu n'est pas considérable. Je ne dirais pas qu'il m'arrive pas de céder pour conclure une consultation mais c'est pas la règle.* »

3.5.11 Influence des pharmacies sur les prescriptions

Certains médecins ont mentionné que les pharmacies n'avaient pas d'impact sur leurs prescriptions et d'autres prenaient en compte la notion de **sauvegarde des pharmacies locales**.

M16: « *Je dirais pas que je me soucierai des problèmes économiques des pharmacies dans mes prescriptions, pour moi il n'est pas question de me soucier de ça. Ce n'est pas mon problème, ça doit pas interférer et ça n'interfère pas et j'ai aucune pression des pharmaciens dans ce sens là.* »

M16: « *C'est des enjeux financiers. La pharmacie a besoin de fonctionner bah sur les médicaments non remboursés ou faiblement remboursés avec des marges.* », « *Y'a une problématique financière derrière moi. Quand je suis arrivée ici je prescrivais. J'étais puriste dans les trucs et la pharmacie: « tu sais c'est quand même la dessus aussi qu'on fait notre marge ».* Et puis on a besoin. On est dans un village, on a besoin qu'il y ait une pharmacie. »

Les médecins ont témoigné de leur intérêt des **échanges médecins-pharmaciens** et de leurs rôles complémentaires.

M16: « *Mais par contre les échanges médecins pharmaciens c'est intéressant, c'est potentiellement constructif et je pense qu'on doit renouveler cette expérience.* »

M17: « *On avait organisé une réunion au sein de la MSP en invitant tous les pharmaciens du secteur et que c'était un échange très intéressant sur...comment dire...sur la complémentarité du rôle entre médecin et pharmacien à plusieurs niveaux, sur l'observance, sur les explications que les uns et les autres peuvent être amenés sur des modifications d'ordonnances donc c'était très enrichissant.* »

3.5.12 Liés à l'hôpital

Les médecins rapportaient une **discordance** sur la demande de non prescription et les pratiques hospitalières.

M4: « *Les médecins généralistes prescrivent beaucoup trop d'antibiotiques, c'est des mauvais mais on ne se pose pas la question de ce qu'on fait à l'hôpital et on se pose pas la question de ce qu'on fait dans un service d'urgence hospitalier.* »

3.6 Attentes de la consultation perçues par les médecins

Il semblait aux médecins que la consultation devait se **clôturer** par la rédaction d'une ordonnance. Ils pouvaient être en difficulté par les **attentes précises** des patients et notamment leurs attentes en médicaments. Cela permettait aussi au patient d'être **remboursé** de ses médicaments.

M7: « *Ce qu'on écrit dessus je suis pas sûre, mais le fait de donner un document écrit voilà, on a l'impression que ça clôture une consultation, je pense que c'est le sentiment de beaucoup de patients.* »

M15: « *Il y en a d'autres bah voilà il faut expliquer un peu plus parce qu'ils sont venus avec leur idée.* »

M2: « *Ils viennent chez le docteur c'est pour avoir des médicaments.* »

M2: « *Ils veulent être remboursés.* »

Les patients attendaient une **réponse à un symptôme** voire la suppression du symptôme, ainsi qu'une résolution rapide de leur problème. Il a semblé à certains médecins qu'ils avaient une **vision stéréotypée** des attentes des patients, conditionnée en partie par la faculté.

M6: « *La personne vient « j'ai ça j'ai ci" donc il faut répondre par une médication qui va détruire le symptôme, parce qu'ils viennent pour ça.* »

M15: « *Y'a le fait du désir de tout tout de suite je vais chez le docteur donc il faut trouver une solution qui va me guérir si c'est pas dans l'instant c'est sous 48h.* »

M14: « *Oui c'est vrai c'est comme les arrêts de travail. On a l'image que le patient il vient, il veut des médicaments et un arrêt de travail. Mais pas du tout en fait.* »

Pour les médecins leurs motifs de consultation ont évolué vers plus de consultations pour des viroses. Mais ils ont noté une moindre demande en médicaments et en arrêts de travail.

M15: « *De la même façon qu'il y a 20 ans on n'avait pas de grippe dans les salles de consultation. J'ai beau demander à mes secrétaires, je reçois pas les gens qui ont la grippe sauf cas particulier enfin bref un détail les vieux les femmes enceintes les gens débilités et tout ça, y'a pas moyen.* »

M14: « *Il y en a plutôt plus qui refusent, qui veulent pas trop de médicaments « moi vous savez, je suis tout à fait d'accord, moins vous m'en mettez... » et des qui refusent l'arrêt plutôt que des qui nous en demandent.* »

M14: « *Pas tant que ce qu'on nous apprenait, je m'attendais à plus et en fait je trouve que par exemple les antibiotiques bah il y a très peu de gens qui nous en réclament et quand on met pas ça parait normal de pas en mettre en fait.* »

Les patients pouvaient attendre des antibiotiques en cas de prescription antérieure mais ils n'attendaient pas forcément de médicaments.

M6: « *Oui évidemment s'il y a une certaine pression d'un patient qui dit « je suis fragile de base et en général le médecin que je voyais avant donnait des antibiotiques ».* »

M12: « *Très bien. Euh non, elle a l'habitude, là c'était une visite du 4ème mois mais l'autre il a 2 ans et demi, je l'ai suivi aussi, c'est des consults où en principe, c'est rare qu'il y ait prescription, ils viennent pour les vaccins et puis c'est tout.* »

La mentalité des patients évolue. Ils acceptent plus facilement la non prescription avec des explications. Les médecins pouvaient prendre en compte le **langage corporel** pour savoir si les patients étaient satisfaits ou non de la prescription.

M3: « *Les patients ont plus facilement accès à l'information et sont plus ouverts et je pense que c'est ce que votre collègue va recevoir mais ils vont dire qu'ils sont plus ouverts mais faut-il qu'ils l'admettent si vous voulez que le médecin traitant fait son travail même s'il ne sort pas une ordonnance.* »

M1: « Je demande aux gens, en fonction de ce qu'ils me renvoient au niveau de leur visage, par exemple quand les gens j'ai l'impression qu'ils sont désappointés parce que je ne leur donne pas l'antibiotique. »

3.7 Ressentis des patients perçus par le médecin en cas de non prescription

Les ressentis perçus par les médecins étaient de **l'inquiétude**, de la **déception**, de la **stupéfaction**, l'impression d'être **venus pour rien** et de **doute**.

M6: « Et quand ils sortent sans aucune prescription, ils sont un peu en état de panique. »

M14: « Oui sauf certains voilà on sent qu'il y a un petit doute derrière mais ça va être plus des doutes bah moi je leur fais passer dans le sens où c'est comme les antitussifs « il n'y a rien de magique il n'y a rien qui va apporter un bénéfice supérieur au fait que prenez un médicament en plus » du coup il y en qui ouais, c'est plus de la déception que du doute, enfin un peu mélangé mais dans l'ensemble ça va. »

M14: « Puis il y en a qui sont plus interloqués « donc il n'y a rien, donc je continue à tousser? » « Bah oui » (rires) moi je leur dis de prendre du lait chaud avec du miel parce que c'est ce qu'il y a mieux contre la toux et je leur explique qu'il n'y a pas grand chose de magique (rires). Ils acceptent ou ils restent un peu bah... »

M14: « Des fois ils ont vraiment l'impression qu'ils sont venus pour rien, on le sent, mais je leur explique que bah non, qu'il fallait qu'on vérifie voilà on a éliminé et puis il y a pas besoin de quelque chose. »

D'un autre côté, certaines consultations sans prescription médicamenteuse semblaient **évidentes** pour les patients **rassurés** par les explications.

M14: « Des fois on a l'impression de pas le justifier qu'on en met pas mais en fait pour eux « oui oui bah pas de soucis ». »

M6: « Le fait de leur expliquer un peu les choses et qu'il y a possibilité de nous rappeler s'il y a des prescriptions à venir, les rassurent. »

Pour certains médecins, les patients ont évolué vers une plus grande **ouverture** et se demandent si ceux ci ne sont pas plus prêts à la non prescription médicamenteuse qu'eux mêmes.

M3: « Les patients ont plus facilement accès à l'information et sont plus ouverts. »

M16: « Après faut que ça soit accepté par les patients mais peut être que les patients vont plus vite que les médecins aussi dans leur...je trouve déjà que ceux qu'on voit là... »

Les patients pouvaient **ne pas être satisfaits** d'une consultation sans médicaments. S'il n'y avait pas de prescription, ils pouvaient demander un **second avis** ou aller acheter des médicaments chez le **pharmacien**.

M8: « Il prescrivait très peu, je pense que ça plaisait pas trop mais je pense qu'il y avait aussi le problème de la linguistique. Le comportement oral faisait comme il y avait un problème de compréhension les gens avaient un doute. Moi j'ai jamais vu d'erreur notable. Les gens veulent vite fait bien fait quand ils sont malades. Sans vouloir être méchant avec T., la grippe simplement avec du doliprane...au bout d'un moment, 4-5 jours, si ça persiste les gens ils en ont marre...donc ça plait à la sécu mais ça plait pas aux gens. »

Mais parfois le patient acceptait facilement la non prescription à la surprise du médecin.

M8: « Le seul fait de leur dire « je prescris rien en plus vous irez voir le kiné » j'ai l'impression qu'ils étaient soulagés déjà avant même de voir le kiné. »

3.8 Evolution des prescriptions

Il a semblé aux médecins que leurs prescriptions **diminuaient en quantité** mais **augmentaient en coût**, en partie lié à l'âge des patients. Il leur paraissait avoir **diminué** notamment la prescription des **traitements symptomatiques** et des **traitements non remboursés**.

M2: « Alors je prescris certainement moins mais en coût c'est plus cher. », « Donc une personne âgée c'est plus cher c'est bien connu. »

M17: « *Il y a 30 ans c'était plus difficile ce que les patients acceptaient moins bien de sortir du cabinet médical sans avoir une prescription. On avait plus facilement recours à des traitements symptomatiques pour des choses banales.* »

M13: « *Y'a eu des médicaments dé-remboursés, j'en prescris beaucoup moins qu'à une époque. Mais ça c'est un peu par la force des choses, genre, je sais pas, les phlébotoniques, les médicaments à visée circulatoire, entre guillemets "accessoires", on en prescrit très peu, mais ça c'est toujours pareil c'est en fonction de l'évolution de la pharmacopée.* »

Les médecins ont mis en cause la **responsabilité de l'assurance maladie et de l'état** dans cette problématique de sur prescription.

M16: « *Pour les patients il est certain que l'assurance maladie, que l'état, que le ministère ont des responsabilités de communication sur un certain nombre de ces sujets là.* »

3.9 Alternatives à la prescription médicamenteuse

3.9.1 Médecines parallèles

Elles permettaient un **enrichissement de la médecine**, comme par exemple l'ostéopathie pour améliorer l'examen clinique. Cependant ils mentionnaient avoir besoin de **preuves** pour en prescrire, connaître les professionnels en exercice et que ces professionnels reconnaissent leurs limites. Ces thérapeutiques pouvaient aussi susciter la **méfiance** de la part des médecins.

M15: « *Et puis je pense que la médecine c'est une discipline qui doit s'enrichir de techniques et de pratiques qui sont autour.* », « *Moi je ne manipule personne mais euh par contre dans mon examen il y a des éléments que je prends en compte et que je ne connaissais pas auparavant et ça je trouve que c'est intéressant sur le plan clinique.* »

M3: « *Le médecin généraliste de base que je suis, ne pratique pas de médecine parallèle, attend de prescrire avec une preuve.* »

M16: « *Ils vont tous voir le rebouteux, enfin tous, y en a plein qui vont voir les rebouteux et les magnétiseurs. Il vaut mieux qu'ils soient connus qu'on puisse gérer quand ça déborde un peu, qu'ils ont besoin d'autre chose.* », « *Mais alors après y en a un sur R. un rebouteux que j'avais eu une fois au téléphone parce qu'il était embêté, je trouve ça sain,* « *bah moi je peux pas faire* », « *bah oui on peut faire aussi nous* ». *Donc quand les gens connaissent leurs limites et les limites de ce que ça peut avoir, après moi ça m'est égal.* »

M16: « *Après la kinésiologie, ça voilà je m'en méfie. Alors après je reste classique la sophrologie, homéopathie, un peu d'acupuncture.* »

Ils créaient leurs **réseaux de professionnels** mais avaient des difficultés à savoir à qui adresser leurs patients et comment connaître le niveau de compétence. Certains se questionnaient sur la place de ces professionnels en maison de santé pour en favoriser le recours.

M16: « *Oui, oui c'est une difficulté je trouve. Et c'est probablement un frein sur certaines orientations.* »

M15: « Il y aussi de tout dans l'ostéopathie. Il faut travailler avec ceux qui sont compétents. »

M16: « Après on se fait un petit carnet, j'étais allée voir la sophrologue, y'a une homéopathe sur C. qui est très bien. Après on se fait un petit réseau, mais il est partiel. »

M15: « Dans ces cas là je conseille quelqu'un de bien précis. »

M16: « Est-ce-qu'il faut faire rentrer l'homéopathe ou les sophrologues dans les maisons de santé? Est-ce-que ça aiderait si les médecins amenaient les patients à se dire qu'il y a d'autres méthodes et pas de se dire qu'il y a des médecines parallèles? »

Pour eux, les médecines alternatives nécessitaient une **démarche active** du patient et n'étaient pas non plus des solutions miracles.

M16: « Je leur dis toujours « pas trop d'argent quand même et puis voyez ce que ça vous apporte » et puis en leur disant que ça va pas tomber du ciel non plus. C'est un travail la sophro ça se bosse. »

Pour certains médecins, les patients quadragénaires semblaient plus enclins aux médecines alternatives et le succès de ces pratiques résidait dans le fait que ces thérapeutes accordaient **plus de temps** au patient.

M16: « Surtout les 45-50. Il y a une histoire d'âge dans la prescription. Ca les gens le prennent bien. »

M10: « Ils ont du succès parce qu'ils palpent le malade, ils massent le malade c'est tout. Ils font ce qu'on a plus le temps de faire, ils écoutent le malade ils le laissent expliquer tous ses ennuis, contrariétés, émotions rien que le fait de diminuer le potentiel d'angoisse, bah c'est comme ça. »

3.9.2 Autres professionnels

Les médecins pouvaient orienter leurs patients vers un **spécialiste**.

M1: « Quelquefois je ne prescris rien parce que je renvoie la personne vers un spécialiste. »

M3: « Je pense que ces exercices seront mieux suivis si c'est un rééducateur qui le fait, donc quelqu'un qui fait de la rééducation fonctionnelle. »

Pour les **troubles psychologiques**, ils pouvaient adresser un psychologue, psychothérapeute, vers certaines pratiques comme le yoga, la méditation, la sophrologie ou l'hypnose.

M2: « On l'avait orienté vers un psychologue. »

M17: « En particulier dans les problèmes d'anxiété, de phobie, oui oui on privilégie même par rapport au traitement médicamenteux. Au maximum dans ces indications là, enfin dans ces..., sur ces problèmes là surtout que là depuis quelques temps dans les recommandations ça fait longtemps qu'on nous parle des TCC mais il se trouve qu'avant c'était dans les reco mais on avait pas les professionnels pour les pratiquer mais on commence à avoir dans un périmètre accessible des thérapeutes. »

M16: « Je prescris pas mal de sophrologie, on en a une qui est bien. Alors faut voir en fonction des gens il y en a qui ont déjà des techniques de respirations ou de la méditation, le sport, le yoga, des choses comme ça. », « Un peu d'hypnose. »

Parfois pour les **troubles musculo-squelettiques**, ils pouvaient orienter vers un kinésithérapeute ou un ostéopathe.

M7: « Beaucoup de kiné dans tout ce qui est problème musculo-squelettique. », « Et puis un truc que je fais souvent aussi alors souvent chez les patients âgés qui sont chez eux, qui ont une certaine autonomie et qu'ont des douleurs partout bah je deviens leur coach sportif. C'est-à-dire que je reste avec eux 20 minutes et je leur explique plein de petits exercices à faire. »

M5: « Je lui ai conseillé de voir un ostéopathe, je lui ai dit « ça va éviter de prendre des médicaments ». Ici l'ostéopathie ça se fait assez rapidement. On a des rendez vous...demain elle va pouvoir voir quelqu'un. Ca m'a évité de prescrire un palier 2 puisqu'elle avait du doliprane. »

Ils pouvaient aussi orienter leurs patients vers des **techniques de respiration et de relaxation**.

M2: « projet de soin avec la kiné et la psychologue sur la lombalgie et les troubles musculo squelettiques donc elles vont faire des ateliers de relaxation psychologue-kiné donc zéro médicament. »

3.9.3 Autres formes de prescription

Les médecins pouvaient être amenés à prescrire de **l'homéopathie, phytothérapie ou oligothérapie**.

M5: « Certains trucs d'homéopathies qui sont plutôt assez efficaces. »

M16: « Mais là par contre, ou quand on voit que c'est un peu névrosé mais que ça tient bon qu'il y a besoin d'une réassurance ou d'orienter vers des méthodes plus de relaxation ou de sophro des choses comme ça là il n'y pas de prescription ou je leur dis bon voilà, si il y a un petit peu d'homéopathie, peut-être un peu d'ignatia, mais pas toujours et là ça peut arriver de pas prescrire. »

M15: « Et puis j'essaie si tu veux d'avoir d'autres arsenaux à ma disposition , utiliser des modificateurs de terrain, des oligosols, des plantes... »

M11: « L'euphytose, y'a des plantes, un peu de valériane. »

Ils pouvaient également prescrire du repos sous forme d'**arrêt de travail** ou des **soins ciblés** sous forme de cure thermale.

M1: « Avec un arrêt de travail mais ça c'est pas une prescription. »

M2: « Elle-même voulait faire une cure thermale. »

3.9.4 Conseils

Le médecin pouvait simplement **écouter** le patient, lui donner des **explications**.

M14: « Dans les pathologies ostéoarticulaires je leur explique le chaud « bah le chaud par exemple », des méthodes de décontractions, de massages, des choses comme ça pour éviter les décontracturants." »

M3: « Les gens qui ont un trouble psychologique réactionnel je les écoute. »

M6: « Consultation purement pédagogique, d'explications. »

Il pouvait aussi délivrer des **conseils** par exemple diététique ou d'activité physique, des remèdes "maison", ou délivrer des consignes de surveillance.

M7: « Tu peux être diététicienne, nutritionniste. Par exemple sur une situation de diabète de découverte récente mais qui est pour l'instant modérée ou ça peut attendre un peu la prescription. Donc là aussi, j'aurai plutôt une intervention de conseil diététique. »

M6: « Je lui ai donné des conseils : hyperhydratation, repos. »

M16: « Surveillance de la température...voilà donc, ça peut être des prescriptions de consignes. »

M2: « On lui a dit d'acheter du sérum physiologique pour son nez puis voilà. »

M14: « Comme le lait chaud avec du miel, les lavages de nez je leur montre, mais je leur marque peu en fait. »

M3: « Même si j'aime bien expliquer à mes patients quelques fois les gestes qui pourraient limiter la douleur. »

M2: « Et puis l'activité physique on leur donne des petites clés, c'est du bon sens, rien d'extraordinaire. »

Ces conseils pouvaient être remis sous forme de **fiche diététique** rédigées par le médecin, par la sécurité sociale ou par des revues comme Prescrire.

M6: « Je peux sortir de mon ordinateur une fiche récapitulative antidiarrhéique. Pareil pour un diabétique je peux lui donner une fiche conseil sur ce qu'il peut manger ou pas, pour le cholestérol pareil. Je suis assez fiche diététique. »

M6: « Je pense qu'on pourrait s'aider avec des petites fiches de type « voilà dans une rhino pour avez tel et tel symptômes vous pouvez tousser tant de temps c'est normal. » Des fiches pré tapées qui expliquent si on a plus de mal à être dans l'explication et dans la pédagogie. »

M6: « Il y a toujours celles de la sécu dans le placard. »

M7: « Alors après c'est vrai que Prescrire ils ont des fiches toutes faites, des fiches patients donc ça tu peux les distribuer aussi. »

Il leur semblait important que ces fiches soient **remises par le médecin** et non à disposition afin de garder la valeur objective du document, et qu'elles soient accompagnées d'informations orales.

M6: « Je pense que c'est à nous de les remettre, c'est un travail pédagogique, qui doit venir du médecin surtout pas en salle d'attente. »

M7: « C'est souvent un complément. »

Ils n'étaient pas sûrs que les informations dans la salle d'attente aient un réel impact.

M7: « Alors je ne suis pas sûre que tout le monde la voit en rentrant (rires). Et encore moins la lisent! »

3.10 Propositions pour moins prescrire

3.10.1 Au niveau national

Les médecins pensaient que des **campagnes d'information** au niveau du grand public étaient complémentaires à leur action individuelle au cabinet pour une prise de conscience collective et que la prévention était la clé de la moindre prescription.

M16: « Tout ce qu'on fera dans le cadre du colloque singulier ne pourra être que renforcé que s'il a une diffusion large, grand public sur ben la santé en générale, sur la prévention, sur les traitements, sur...hein il y a une responsabilité des pouvoirs publics et de l'assurance maladie en la matière. »

M15: « Il y a surement des campagnes institutionnelles à faire sur le thème. »

M16: « Et puis que chacun ait conscience... »

M14: « Je ne sais si ça peut rentrer dans de la prévention en fait. Privilégier sa santé globale et plein d'autres mesures. Et puis accepter qu'on ait des fois des maladies... après c'est de l'information je pense. Sous quelle forme...? Comme celle des campagnes sur les antibiotiques où c'est quand même bien rentré dans la tête des gens. »

M16: « Plus on fera de la prévention, moins on fera de prescription. »

Cela pouvait être aussi de la sensibilisation en passant par les **revues lues par les patients**.

M7: « Avec des moyens peut être plus larges sur des revues qui seraient plus sérieuses, bon ils vont pas lire Prescrire, sur des revues qui sont au contraire lues par beaucoup de gens donc ça soit des articles avec derrière un repérage argumenté par des ressources scientifiques. »

3.10.2 Au niveau des patients

Les médecins pensaient que pour moins prescrire il fallait leur apprendre l'auto-gestion de leurs symptômes, **responsabiliser le patient**.

M16: « Développer les méthodes de ressources responsabilisation, les ressources propres. »

Les médecins ont fait part de leur besoin que le patient reconnaisse que **le fait de ne pas prescrire ne fait pas d'eux de mauvais médecins**.

M3: « Ils vont dire qu'ils sont plus ouverts mais il faut qu'ils l'admettent, si vous voulez, que le médecin traitant fait son travail même s'il ne sort pas une ordonnance. »

M16: « C'est vrai, si les patients disent c'est un mauvais médecin parce qu'il ne m'a rien prescrit on a pas tellement avoir envie d'être un mauvais médecin qui prescrit pas donc. »

M16: « Parce que ne pas prescrire ça veut pas dire qu'on a pas fait une consultation, on y a passé plus d'énergie. »

M16: « C'est les craintes qu'on a au début de dire si je ne prescris pas je suis un mauvais médecin parce que quand même les prescriptions que vous voyez... le bon médecin qui connaît quand même les médicaments ce qui doit faire du bien et va tout miser là dessus et ça ça a un peu changé quand même. »

L'**apprentissage de la santé à l'école** était évoqué, afin de diminuer le nombre de consultations et redonner du temps au médecin.

M6: « Je pense qu'il faut apprendre la santé à l'école. Absolument persuadé. C'est-à-dire qu'on voit encore une ignorance médicale qui est inquiétante, je trouve que les gens ne font pas du tout de différence entre un simple rhume et une bronchite. »

M6: « C'est une information mais c'est loin d'être une connaissance. Je pense qu'il faut travailler sur la connaissance du patient, à la fois sur son propre corps, sa propre réaction, il faut pouvoir apprendre aussi, que s'il a ça c'est qu'il faut reconsulter je pense qu'aujourd'hui le moindre symptôme quel qu'il soit est sujet de consultation. Là moi ça me pose problème. »

M6: « Je pense que la santé c'est aussi la connaissance de son propre corps et de savoir qu'avoir ce type de douleur bah c'est pas très embêtant, quand on a mal au ventre et qu'on est un peu constipé c'est un petit peu normal d'avoir un inconfort. »

M6: « Je pense qu'il faut un minimum d'enseignement de la santé à l'école et des choses pratiques. Conduite à tenir devant une fièvre... des choses pratiques qui à long terme amèneront moins de ces consultations. »

3.10.3 Au niveau des médecins

Les médecins pensaient que la participation à des **groupes de pairs** pour les médecins en difficulté pouvait favoriser la non prescription médicamenteuse.

M16: « Eh bien je pense que ces médecins là devraient faire partie de groupes de pairs pour échanger justement sur cette problématique qu'ils ont avec leur confrères et ça leur permettrait de savoir que la problématique est partagée et que certains ont développé des stratégies ou des réponses dont ils pourraient s'inspirer. »

Ils avaient besoin d'un **retour positif des patients** sur les consultations sans prescription médicamenteuse pour les encourager.

M16: « Que les patients sont pas moins bien soignés. Oui je pense, on a peut-être besoin de données sur on n'est pas moins bien soigné si on a moins de médicaments et puis je suis pas un mauvais médecin parce que je ne prescris pas. Et ça le retour patient par contre peut être important. »

Il leur semblait important de **moins culpabiliser** de ne pas prescrire et d'améliorer leur assurance.

M16: « *Prévention, l'estime de soi et puis sortir de la culpabilité de ne...moi je vais essayer.* »

Pour mieux faire passer leur message un renforcement en **entretien motivationnel** pouvait les aider.

M16: « *Quand on ne met pas de médicament on fait plus d'entretien motivationnel, d'entretien psycho-social. Donc c'est peut-être renforcer peut-être plus sur ces méthodes-là.* »

Pour certaines pathologies un **argumentaire déjà prêt** pouvait aussi les aider.

M14: « *Pour ceux pour qui c'est plus difficile qu'ils se préparent un peu les arguments un peu tout fait sur certaines réponses.* »

Besoins de preuves de l'efficacité d'alternatives par rapport à la prescription.

M3: « *Ca c'est important que l'on puisse donner des preuves au patient si vous voulez.* »

Certains médecins se posaient la question d'une **incitation financière** à moins prescrire mais le risque est que cela soit mal perçu par les patients et d'autres pensaient que les incitations ne devaient pas un objectif économique.

M3: « *Peut-être un geste de la sécurité sociale par rapport à la prise en charge parce que malheureusement le C est le même quoi que vous fassiez et le C est très mal calculé.* »

M3: « *Il se dira « s'il ne prescrit pas c'est parce qu'il est mieux payé. Il m'a demandé de faire 3 exercices dans la journée et il touche 28 euros au lieu de 23 euros plutôt que de me donner des anti-inflammatoires qui feront en sorte que je vais mieux dans 2 jours ... ».* »

M2: « *Alors ça dépend quel est l'impact, aussi, si on nous demande de ne pas prescrire pour faire des économies c'est pas le bon truc.* »

D'autres proposaient à l'issue de la thèse la rédaction d'une **fiche de déprescription**.

M1: « *Faudrait faire des fiches comme ça, faudrait que votre thèse se termine par la rédaction d'une fiche de déprescription !* »

Les critères des médecins concernant une **formation à la non prescription** étaient: une formation centrée sur le patient, avec des stratégies précises de prise en charge, sur des thématiques comme la rééducation fonctionnelle, l'écoute psychologique, les pathologies métaboliques, et basée sur des preuves.

M2: « *Il faut vraiment que ce soit centré sur le patient.* »

M3: « *Des formations en rééducation fonctionnelle, des formations en écoute psychologique des patients, en métabolisme.* »

M3: « *Déjà il faut qu'il y ait effectivement quelques recherches dans certains domaines comme la diététique, ça tout le monde en convient.* »

M3: « *Quelqu'un qui serait susceptible de nous démontrer que de proposer des exercices à quelqu'un qui a des douleurs articulaires c'est aussi efficace et que les résultats sont meilleurs qu'une prescription d'anti-inflammatoires, là aussi c'est pareil, faut faire son travail en fonction des preuves que l'on reçoit. Il faut qu'il y ait une preuve quoi.* »

L'avis était partagé concernant les formations, pour certains il était plus important de **privilégier le partage entre confrères**.

M3: « *Je pense qu'il faut que ça soit des formations avec un partage entre collègues avec quelqu'un qui fait une formation réelle si vous voulez.* »

M16: « *Les formations alors...c'est pas de moi non plus. Les formations c'est intéressant mais ça modifie très peu les pratiques par contre les échanges de pratiques ça a démontré que ça modifiait les pratiques.* »

Pour certains, l'occasion de l'entretien a permis une **remise en question de ses pratiques**.

M3: « *L'occasion de cette thèse m'a permis de m'interroger sur ma pratique, justement de me dire si toutes les prescriptions étaient finalement justifiées.* »

Travailler avec l'hôpital pour homogénéiser les prescriptions ou non prescriptions, notion de cohérence plus simple pour le patient.

M4: « *Il faut qu'il y ait aussi un discours au niveau local avec une attitude commune, en particulier de l'hôpital.* »

Formation des étudiants en médecine au **coût de la santé**.

M5: « *Voilà, quand on sort de la faculté de médecine, peu de gens connaissent disons la problématique de la sécurité sociale qui vient nous rencontrer tous les 2 mois avec des tableaux, des graphiques pour montrer exactement ce que tu coutes à la collectivité. Et que tu es...il faudrait que tu fasses des efforts. [...] maintenant on est vachement sensibilisés. Vous l'êtes moins que nous étudiants. Quand vous sortez de la fac vous l'êtes beaucoup moins que nous et c'est vrai, je pense que c'est le plus gros frein à la prescription.* »

Certains médecins évoquaient la **prescription d'activité physique** dans certains départements.

M7: « *Tu vois dans certains départements ils commencent à, on peut prescrire de la gymnastique donc il y a des départements pilotes qui font ça.* »

4. Comparaison du ressenti des patients et des médecins

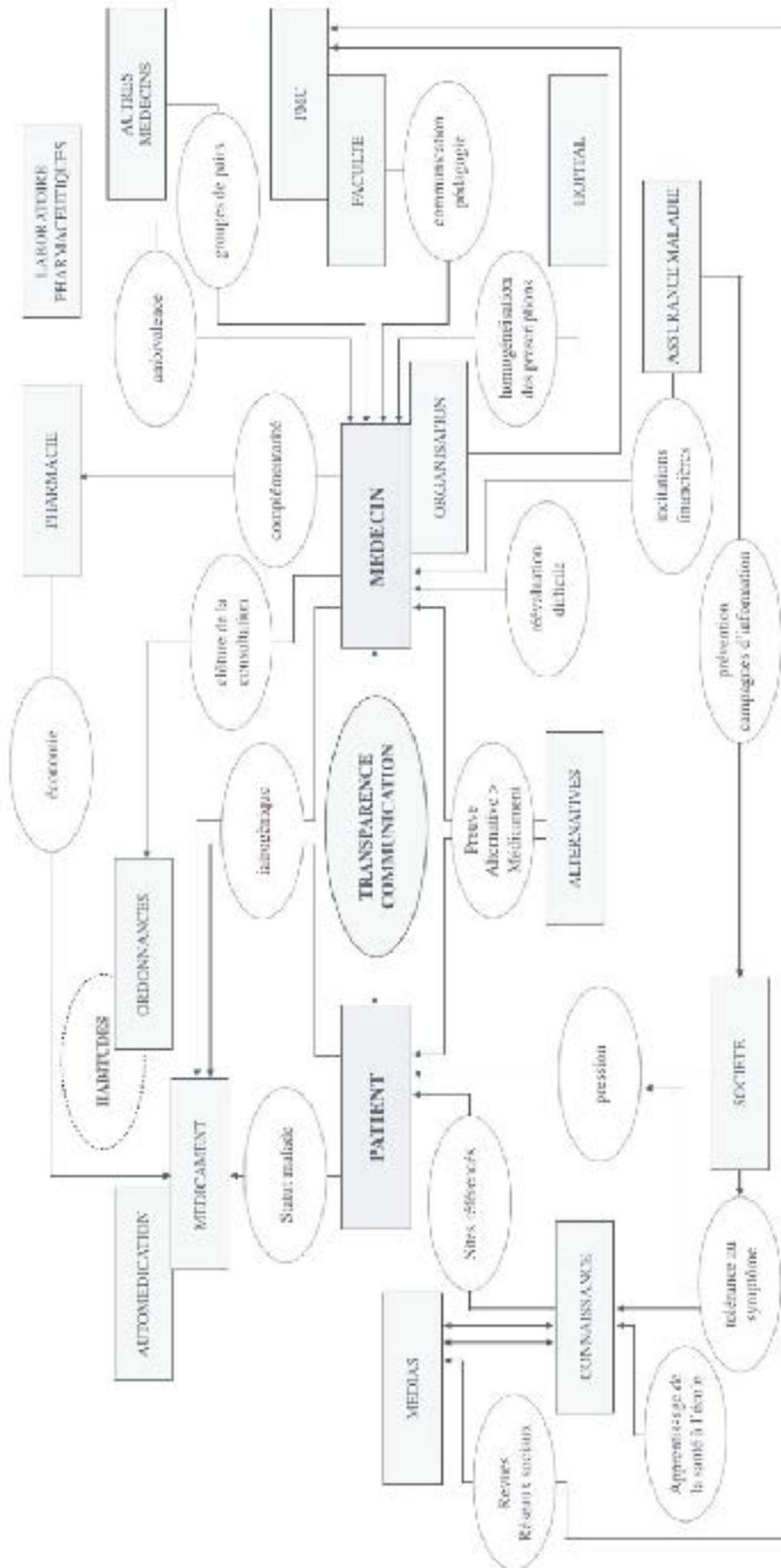
4.1 Tableau comparatif

	Ressentis des patients	Ressentis des médecins
Fréquence de la non prescription	Peu vécue Plus fréquente en pédiatrie	Fréquence variable selon les médecins Plus fréquente en pédiatrie
Ressenti de la prescription médicamenteuse	Reconnaissance du statut de malade Conscience du coût de la santé, de la surconsommation médicamenteuse et que les prescriptions des médecins sont surveillées Observance médicamenteuse variable	Amélioration du confort du patient Rôle du médecin Diminution du pouvoir de l'ordonnance

<p>Ressenti des consultations sans prescription</p>	<p><u>Positif:</u> Acceptée si non nécessaire Source de satisfaction et de réassurance Non prescription = bon état de santé Diminution des médicaments considérée comme bénéfique Concept étonnant mais intéressant</p> <p><u>Négatif:</u> Incompréhension Consultation inutile Source de multiplication des consultations Source d'inquiétude voire dangereux</p>	<p><u>Positif:</u> Sentiment de meilleure prise en charge, facteur de qualité de suivi Source de satisfaction Plus facile de ne pas prescrire de médicaments que de ne pas prescrire d'examen complémentaires Envie d'en faire plus souvent</p> <p><u>Négatif:</u> Difficile, culpabilité, frustration Peur de rompre le lien thérapeutique Sentiment de consultation inachevée Peur de l'incompréhension du patient</p>
<p>Éléments facilitant la non prescription</p>	<p>Risque d'accoutumance et de iatrogénie Polymédication parfois dangereuse Inefficacité des médicaments Déremboursement de médicaments Plus facile en cas de pathologie aiguë Effet placebo de la consultation Relation médecin-patient primordiale Explications</p>	<p>Risque iatrogène Déremboursement de médicaments Ouverture du patient Sensibilisation par les campagnes de santé publique Habitudes de non prescription des patients Motivation du médecin Expérience Formations Relation de confiance Outils de communication</p>
<p>Freins à la non prescription</p>	<p>Foi symbolique dans le médicament Rituel de la consultation Médicaments difficiles à arrêter dans les pathologies chroniques Effet placebo des médicaments Echec de l'automédication avant la consultation Manque de temps et pénurie de médecins Pression des laboratoires pharmaceutiques</p>	<p>Manque d'assurance et de motivation du médecin Echec d'automédication Habitude de prescription du patient Côté magique du médicament Difficultés de communication Investissement par les laboratoires pharmaceutiques Facilité d'accès aux médicaments Privation de l'effet placebo Pression du temps de consultation Difficulté à rester dans la médecine basée sur des preuves Manque d'alternatives fiables Différences de prise en charge entre les médecins Peur de perdre les patients, de la concurrence</p>

Attentes de la consultation	Réassurance Ecoute, examen clinique, diagnostic Explications compréhensibles avec parfois un support écrit Complicité avec leurs enfants Solution à leur problème sous forme de traitements ou de conseils Prise en charge globale Transparence de la part des médecins Orientation vers un spécialiste Ambivalence sur la demande en médicaments	+/- Ordonnance de médicament, parfois pour être remboursé Réponse à un symptôme Résolution d'un problème
Demandes de médicaments	Le médecin peut céder face à la pression ou refuse la prescription Ce refus peut être compris des patients Rôle des médias et des campagnes de santé publique	Pression face aux parents inquiets Échecs de sevrage Peut céder face à la pression Patients âgés plus consommateurs Diminution de la pression du patient: par la proximité de la retraite, faible concurrence Pression de la société sur le patient favorisant sa demande
Evolution des prescription	Evolution des prescriptions selon les générations de médecins Jeunes médecins plus minutieux Diminution des prescriptions notamment des antibiotiques	Diminution de la prescription d'antibiotique et de traitements symptomatiques Tendance à la déprescription Rationalisation des prescriptions par les recommandations
Alternatives aux médicaments	Médecines parallèles Kinésithérapie, ostéopathie Conseils appréciés	Ambivalence sur les médecins parallèles Avis spécialisé Ecoute Conseils, diététique, activité physique, relaxation

4.2 Schéma: la relation médecin-patient et ses interactions



DISCUSSION

1. Résultats principaux

1.1 Résultats principaux des patients et comparaison à la littérature

Lors des entretiens, la prescription était rapidement abordée lorsque les patients décrivaient leur dernière consultation chez leur médecin généraliste. La non prescription était peu vécue par les patients comme dans deux études (5, 6). Mais elle était plus fréquente en pédiatrie comme dans la thèse de Serge Grun (10) qui a exploré le vécu de parents consultant pour leur enfant.

Ainsi, sortir du schéma traditionnel d'une consultation et passer outre la prescription médicamenteuse peut être difficile (11). Une ordonnance confirme au patient son statut de malade (5, 6, 11) et témoigne du bien-fondé de ses plaintes. L'idée de sortir de la consultation sans prescription a donc pu interpeller les patients. Les patients ressentaient une certaine ambivalence face à la non prescription: satisfaction pour certains et incompréhension pour d'autres. Plusieurs études ont mis en évidence que les explications facilitaient la compréhension de la non prescription (5, 6, 10, 12), cela s'est confirmé dans notre travail. La place de la relation médecin-patient reste au cœur de la consultation comme cela a déjà été décrit dans la littérature (5, 6, 10, 12, 13, 14).

Nous avons cherché à explorer les attentes des patients d'une consultation chez leur médecin car il a été montré qu'explorer les attentes réelles des patients permet de moins prescrire (15). L'attente des patients est complexe comme dans d'autres études (1, 6, 12, 16, 17). Ils attendaient une solution à leur problème et cela passait souvent par une prescription de médicaments (12, 16). La plupart des patients faisaient de l'automédication contrairement à la thèse de Mohamed El Amine Bouras (16). L'attente de médicaments était alors plus forte et cela pouvait être un frein à la non prescription. Pourtant, comme dans l'étude de Valérie Piguet et al., la représentation des médicaments était variable: soulagement d'un côté et risque iatrogène de l'autre (18). Les patients ressentaient alors une certaine ambiguïté, ils nous ont souvent révélé être « anti-médicaments » et ils préféraient éviter leur prise par peur du risque iatrogène ou de dépendance. Dans notre étude, l'observance était d'ailleurs variable. Comment changer cette ambivalence? Une information écrite complétée par une explication du médecin ou du pharmacien semble appréciée par les patients (18). Une meilleure connaissance des traitements permettait aux patients d'être rassurés en participant à la décision.

Les patients attendaient également une réassurance de leur consultation chez leur médecin via une écoute et une relation médecin-patient de qualité (12). D'ailleurs, refuser une prescription est possible si le médecin écoute et explique le refus à son patient (19).

Il nous a semblé intéressant de rechercher les alternatives à la prescription pour sortir de l'équation consultation = prescription médicamenteuse. Certains patients ne sont d'ailleurs pas contre d'autres moyens que les médicaments pour se soigner.

Les alternatives les plus fréquemment citées étaient les médecines parallèles comme l'homéopathie. Contrairement à la thèse réalisée dans le Nord-Pas-de-Calais (6), aucun patient n'a cité la demande d'arrêt de travail. Cela est probablement en lien avec le fait qu'une grande partie de la population recrutée était retraitée. Les conseils étaient appréciés, sous forme orale et/ou écrite. L'ordonnance ayant une valeur symbolique forte, inscrire les thérapeutiques non médicamenteuses peut faciliter la non prescription (11).

1.2 Résultats principaux des médecins et comparaison à la littérature

Les médecins considéraient la prescription comme un apport de confort pour le patient. Certains expliquaient la forte demande de prescription par la mauvaise tolérance aux symptômes de leurs patients, ceci était renforcé par d'autres études (4, 9, 20). Ils étaient satisfaits de ne pas prescrire de traitement médicamenteux et il leur semblait moins prescrire de traitements symptomatiques comme dans l'étude d'Olivier Benard sur la pratique antitussive de 2013 (21) alors que dans la thèse de Lille de la même année il était évoqué l'utilisation fréquente des médicaments de confort tout en sachant leur faible efficacité (6). Ces différences peuvent être liées à différents biais de sélection des médecins et l'obtention de populations de médecin différentes.

Pour certains médecins interrogés, l'objectif était d'apaiser le patient. L'explication restait un élément central de cet apaisement (22). Notre étude a aussi renforcé l'idée que passer du temps sur l'examen clinique et l'expliquer participait au respect de la décision médicale (22).

Notre étude conforte la notion de déremboursement comme facteur facilitant ressenti par les médecins (6, 9, 20, 23). Cependant, pour un certain nombre de pathologies, il reste difficile de se passer de médicaments, notamment dans les pathologies chroniques (2, 3, 5).

Les médecins admettaient l'influence des laboratoires pharmaceutiques sur leurs prescriptions tout comme d'autres études (2, 3).

Pour contrer cela, des propositions avaient déjà été avancées comme l'indépendance de la FMC et l'indépendance de la presse (3, 20). Quelques médecins interrogés mettaient en pratique ces propositions par l'autofinancement de leurs associations de formation et la lecture de revues indépendantes comme Prescrire. Pour lutter également contre ce frein, une charte de la visite médicale a été signée en 2004 par les entreprises du médicament et le comité économique des produits de santé et une procédure de certification de la visite médicale des entreprises pharmaceutiques a été élaborée par la HAS en 2009 (13).

L'automédication restait un point d'ambivalence: pour certains elle permettait d'éviter un certain nombre de consultations et pour d'autres le risque iatrogène n'était pas à négliger. Dans l'étude de 2012 sur la rhinopharyngite, l'automédication était considérée par quelques interviewés comme un facteur de surmédicalisation des maux bénins dans la mesure où les médicaments en vente libre en pharmacie n'étaient pas efficaces (9). Peut-être qu'améliorer l'information sur les gestes simples dans les pathologies bénignes pourrait d'une part diminuer un certain nombre de consultation de réassurance et d'autre part diminuer la consommation en médicaments inutiles.

Les médecins interrogés ont consolidé l'idée que les relevés des ROSP et SNIR étaient vus comme encourageant leurs efforts d'amélioration de prescription (23), mais il n'a été fait aucune mention des délégués de l'assurance maladie, mentionnés dans une autre étude de 2015 (2).

Dans notre thèse, il a été évoqué l'incitation financière comme proposition par les médecins mais avec une large réserve : peur d'une mauvaise perception par les patients et motivation à améliorer ses prescriptions ne devant pas être motivée par des raisons économiques. Du côté de l'HAS une réflexion est en cours sur des formes mixtes de rémunération, permettant de modifier l'impact de la contrainte temporelle sur les pratiques médicales (13) car le fait de ne pas s'occuper de la transaction financière peut rendre l'exercice plus confortable (23).

Dans une étude de 2015, il était mentionné que la prescription médicamenteuse était plus fréquente chez les enfants et les plus de 60 ans (2) et dans la thèse de Lille de 2012 ce ressenti faisait débat: pour certains, facile, pour d'autres, prescription quasi systématique (6). Dans cette même thèse il semblait plus facile de ne pas prescrire à un adulte par la plus grande facilité d'explication (6). Notre étude diffère sur ces points. Les récents épisodes médiatiques ont-ils pour grande partie modifié ce point? Est-ce-que pour un enfant et une personne âgée, considérés comme des populations « fragiles », il est plus facilement accepté de ne pas prescrire de médicaments pour le risque iatrogène ? La nouvelle mode du « retour au naturel » peut-elle être aussi une piste d'explication?

Les médecins étaient également demandeurs d'amélioration de leur formation dans l'entretien des troubles psychologiques, avec notamment des outils comme l'entretien motivationnel ou la programmation neurolinguistique. Le manque de formation dans ces domaines avait déjà été mis en évidence pour certaines datant de 10 ans (4, 6, 24). Une autre étude a montré que les consultations pour des problèmes psychologiques étaient souvent plus longues et qu'à l'issue il y avait une prescription de psychotrope dans un cas sur deux (3). Ainsi, être plus efficace dans notre entretien pourrait peut être réduire la durée de la consultation, et de ce fait rendre du temps au médecin, obtenir une meilleure réassurance du patient et ne pas nécessairement prescrire de psychotrope.

En cas d'échec d'explication les médecins de notre étude pouvaient être amenés à prescrire contre leur gré. Dans la thèse du Dr Mauraizin, ¼ des demandes de prescriptions inappropriées se terminaient par une prescription si le patient insistait et ¼ obtenaient un refus (4). Par conséquent, savoir rapidement reconnaître la forme de communication la plus efficace avec le patient que nous avons en face de nous pourrait diminuer ces situations d'échec.

Les médecins ont fait part de leurs difficultés dans le sevrage de médicaments comme les psychotropes. En effet, après les traitements antalgiques et AINS, les médicaments les plus prescrits étaient les antidépresseurs, hypnotiques et tranquillisants sédatifs (3). Le rapport de l'OPEPS souligne à ce propos que l'usage des psychotropes est jugé d'autant plus nécessaire qu'il conforte aussi bien le symptôme dont les patients se plaignent que les explications qu'ils cherchent à lui donner (13).

Lors de nos entretiens un médecin a témoigné de ses difficultés à se libérer ou à trouver des remplaçants pour se rendre en formation. Selon une étude de l'IRDES plus un médecin est impliqué dans sa formation et dans un réseau de soins, moins il prescrit d'antibiotiques pour la rhinopharyngite (4). Le développement de réseaux de remplacement peut être une solution partielle afin de diminuer les freins à la formation.

Dans notre thèse, le concept de formation facultaire centrée prescription a été aussi renforcé (9, 20). A noter que nous avons employé, ainsi que les médecins interrogés, le terme « alternative »; cette opposition du médicamenteux par rapport au non médicamenteux est un élément de réflexion. Dans le rapport de l'HAS les experts se sont donc accordés pour remplacer la notion d'« alternatives à la prescription médicamenteuse » par celle de « prescription de thérapeutiques non médicamenteuses » (13). Peut-être que ce choix spontané s'explique par notre formation médicale, une réflexe binaire alors qu'il existe en effet une complémentarité entre ces différentes catégories de traitements.

Les médecins mettaient en cause les médias par la promotion des médicaments. La prédominance des sources d'informations commerciales est notée dans toutes les études, avec un parallélisme clair entre dépenses promotionnelles et prescriptions (3, 20).

La bonne évaluation des attentes du patient était importante. La surestimation des attentes de prescription médicamenteuse du patient par le médecin est aussi une des raisons de la surprescription (4). Identifier précocement la demande du patient peut permettre d'éviter une prescription (22, 24).

À un moment de la consultation, en tout cas avant prescription, pourquoi ne pas prendre le temps de demander explicitement : « qu'attendez-vous de moi » ou « sommes-nous bien d'accord ? » (3).

D'autant plus qu'informer, rassurer est souvent plus efficace que de satisfaire une attente imprécise (3). Cela peut expliquer que pour certains médecins il n'était pas plus chronophage de ne pas prescrire que de prescrire.

Le temps comme frein à la non prescription pour certains médecins était retrouvé dans d'autres études (3, 4, 6, 13). L'étude menée par Watkins et al. en Grande-Bretagne montre un lien entre les volumes de prescriptions par les médecins et le fait qu'ils aient le sentiment de manquer de temps. Les médecins qui prescrivent le plus de médicaments sont également ceux pour qui le manque de temps cause le plus grand sentiment de frustration (25). Expliquer et montrer à ces médecins que le fait de ne pas prescrire peut être source de satisfaction sur le plan quantitatif (durée des consultations) et qualitatif (meilleure prise en charge) est important.

Pour plusieurs médecins il semblait plus difficile pour un jeune médecin de réaliser des consultations sans prescription médicamenteuse. Dans une autre étude les jeunes médecins semblaient plus à l'aise que les médecins âgés, qui eux ressentaient un manque dans leur formation (23). Probablement que les médecins interrogés transposaient aux jeunes médecins leur expérience personnelle de médecin débutant et les difficultés qu'ils avaient rencontrées. De plus, l'âge moyen des médecins interrogés était de 57 ans, et depuis le cursus de médecine générale s'est enrichi notamment en stages améliorant l'assurance des jeunes médecins.

Quelques médecins pensaient que le patient avait une méconnaissance du risque iatrogénique lié au médicament. Il est possible qu'il existe une sous-estimation par ces médecins des connaissances de leurs patients puisque dans des études grecque, hollandaise, allemande et française, 90% des personnes interrogées étaient au courant de ce phénomène iatrogénique (4).

Le ressenti de la méfiance de leurs patients vis-à-vis des médicaments en lien avec les récents scandales pharmaceutiques et leur diffusion médiatique était retrouvé ailleurs dans la littérature (4).

Le moindre ressenti de la pression de demande d'antibiotiques depuis les campagnes de sensibilisation était cohérent avec les résultats retrouvés dans la thèse de Lille (6).

Les médecins de notre étude ressentaient une évolution positive du ressenti de la consultation sans prescription médicamenteuse chez leurs patients. Ils leur semblaient davantage ouverts. Cela renforçait l'encouragement pour le médecin suscité par ce retour positif évoqué dans la thèse de Mirianna Mouret-Bonzi (4) et dans la nôtre.

L'idée des médecins, retrouvée dans la littérature (4, 6), selon laquelle le faible niveau socio-économique et les personnes âgées étaient les populations où il était le plus difficile de ne pas prescrire peuvent être expliquées, pour partie, par un moindre accès à l'information.

Le médecin pensait avoir un rôle dans l'éducation de ses patients mais que cela pouvait aussi être complété par l'éducation à l'école. En effet pour 87% des patients le médecin est la première source d'information (4).

La piste de l'amélioration des connaissances sur le fonctionnement du corps humain ainsi que sur le rôle et l'utilité des médicaments, déjà évoquée (4, 6), peut être à développer.

L'utilisation des médias pour de nouvelles campagnes d'information sur la non prescription médicamenteuse était proposée par les médecins interrogés mais cela était aussi préconisé dans d'autres rapports (13, 23).

Dans une étude de 2015, il était proposé de rassembler les informations éparses qui se trouvent sur la toile, sur un site unique de références dédié à l'information des patients (4). Cela rejoint l'idée d'une liste de sites internet référencés « fiables » pour les patients, suggérée par les médecins que nous avons interrogés.

L'inquiétude des parents, le patient fragile ou poly pathologique, voire l'angoisse du médecin d'une possible complication pouvaient être d'autant de facteurs précipitants la décision de prescrire. Ces freins étaient également identifiés dans la littérature (4, 23).

La notion qui a distingué nos résultats des autres études est finalement la disparition du concept de clientélisme. Dans notre thèse, les médecins déclaraient comme facilitant la diminution de la démographie médicale, qui entraînait une diminution de la pression liée à la concurrence.

A l'inverse ce point était plutôt vu comme un frein dans la thèse de Lille de 2012 (6) ainsi que dans le rapport de l'HAS sur le développement de thérapeutiques non médicamenteuses, la démographie médicale était une limite en lien avec la charge de travail (6) et la volonté de contenter les patients pouvait conduire à la sur prescription (9).

Ceci peut peut-être s'expliquer par les nombreux départs en retraite non remplacés et une démographie médicale particulièrement appauvrie dans le département du Loiret.

Certains médecins avançaient que le non médicamenteux était à privilégier. Il semblait bénéficier d'un meilleur ressenti dans notre thèse plutôt que dans la thèse de Lille où une minorité de médecins a dit ressentir la non prescription comme valorisante et même parfois satisfaisante pour les patients (6). Dans notre étude les médecins avaient l'impression que les patients étaient demandeurs d'autres types de thérapeutiques.

Une notion importante était aussi le besoin qu'avaient les médecins d'une reconnaissance de leurs compétences même lorsqu'ils ne prescrivaient pas et donc finalement d'une reconnaissance de l'effort intellectuel réalisé. En effet un manque de valorisation de l'acte purement intellectuel (9) et la non prescription pouvant être considérée comme inaction (23) pouvaient expliquer cela.

En 2009 le 49ème congrès national des centres de santé soulignait le peu d'échanges interprofessionnels de « ville » et les réticences à déléguer des médecins généralistes français (26). Dans une étude de 2015 (2) il était proposé un exercice avec davantage de coopération interprofessionnelle pour favoriser ces types de thérapeutiques.

Cependant certains médecins ont mentionné le manque de connaissance sur les indications des autres thérapeutiques. Le rapport de l'HAS avance une explication les enseignements proposés ne suffisent pas à offrir aux étudiants des connaissances solides: sur l'efficacité des thérapeutiques non médicamenteuses dans les différents domaines thérapeutiques; sur les compétences propres des professionnels de santé et des professionnels spécialisés vers lesquels il est pertinent d'orienter les patients (13). Ce même rapport proposait la rédaction d'un annuaire de professionnels spécialisés avec leurs tarifs. Le rapport « Mission de concertation sur la médecine de proximité » proposait que les étudiants en médecine effectuent un stage de quelques semaines chez un professionnel paramédical et qu'ils organisent, dans le cadre de stages hospitaliers, des travaux communs avec des élèves infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes ou de toute autre profession paramédicale.

Ceci peut être une piste pertinente pour amorcer un dialogue avec les autres professionnels et échanger sur les indications de prescription.

La désresponsabilisation du patient, concept retrouvé lors de la réflexion des médecins sur le placebo (20), a été pointée dans le problème de la non acceptation des consultations sans prescription médicamenteuse. Une explication est avancée dans le rapport de l'HAS selon laquelle la dimension symbolique prend racine dans l'idée que le patient n'est pas jugé responsable de son incapacité dès lors qu'il a besoin d'une aide médicamenteuse pour guérir (13). En effet les médecins étaient conscients que le médicament pouvait avoir une valeur symbolique pour leur patient. Dans ce rapport la prescription de médicament est décrite comme le symbole de la connaissance et de l'expérience du médecin. Le fait que les prescriptions de thérapeutiques non médicamenteuses ne bénéficient pas de la même valeur symbolique que les prescriptions médicamenteuses représente un frein pour leur développement (13).

Les médecins ont mentionné cette reconnaissance du statut de malade symbolisée par l'ordonnance médicamenteuse. Dans la thèse de Bénédicte Hauvespre, il est évoqué la non prescription comme garante de l'autonomie du patient dans la relation de soins (23).

Par certains aspects la non prescription était vécue comme une forme de militantisme. Sylvain Duffaud et Sandra Liébard, dans leur étude, se demandaient si elle n'était pas vécue comme un acte de résistance renforcée par l'appartenance à un groupe de pairs ou similaire (22).

L'observation sociologique permet de souligner entre autres deux paradoxes très français: l'exercice médical, au-delà des seuls médecins généralistes, comporte peu d'échanges entre professionnels sur leurs pratiques respectives, d'où des oublis des causes de prescriptions ; la reconnaissance des éventuels effets iatrogènes des traitements prescrits n'est toujours pas partie intégrante de la culture médicale et parfois le surmenage des médecins interviennent de manière importante comme déterminants de la prescription en renforçant le réflexe « ordonnance-médicament » (26).

Notre thèse n'a pas montré ces conclusions: pour majorité les médecins interrogés étaient conscients du risque iatrogène lié au médicament, contrairement à ce qui est évoqué dans l'article d'Anne Vega (26), c'était même un des premiers déterminants cités de non prescription. De plus certains médecins reconnaissent être parfois en désaccord sur certaines prescriptions de spécialiste. Un médecin nous a mentionné appeler ou écrire au spécialiste pour lui expliquer son désaccord, études à l'appui. Mais ce médecin nous avait aussi expliqué que son esprit critique s'était construit avec l'expérience et être peu armée en sortant de la faculté. Anne Vega mentionnait la référence dominante au savoir des « experts » au détriment de la reconnaissance des savoirs généralistes (26). Dans cet article il était proposé : un renforcement en pharmacothérapie dans la formation initiale, présentation critique du travail des grands laboratoires pharmaceutiques, l'initiation à la gestion de l'incertitude et à la coordination des soins.

La faculté de médecine peut nous donner les outils pour aiguïser notre esprit critique mais c'est à nous aussi de l'entretenir.

1.3 Comparaison des résultats entre patients et médecins

Médecins et patients étaient d'accords sur le fait que la consultation sans prescription médicamenteuse résultait d'une décision partagée. L'explication orale était importante pour les médecins et pouvait être complétée éventuellement d'un document écrit, notion également retrouvée dans d'autres recherches (3).

Ce partage dans d'autres études demandait du temps (3, 4, 23) tandis que dans notre étude cette notion du temps restait très variable en fonction des médecins. Les patients étaient conscients du déterminant temporel des consultations sans prescription médicamenteuse.

La non prescription reposant sur la confiance entre le médecin et son patient est une notion retrouvée ailleurs dans la littérature (20). D'autant plus que la relation entre les deux acteurs a évolué d'une relation plutôt verticale, paternaliste, à une hiérarchisation plutôt horizontale. Le rapport de l'HAS nous rappelle que la consultation, c'est une confiance face à une conscience: celle du malade, qui a choisi son médecin face à celle de ce dernier, qui a le pouvoir d'expliquer, comprendre, écouter (9). Ce rôle de prescripteur mais aussi d'informateur et de conseiller a été évoqué par les médecins dans notre étude et fait partie des attentes des patients.

L'HAS proposait d'inscrire les prescriptions en matière de thérapeutiques non médicamenteuses sur l'ordonnance au même titre que les autres interventions de santé (13).

Les consultations sans prescription médicamenteuse étaient globalement peu vécues. Elles semblaient plus fréquentes pour les médecins que pour les patients. Les médecins ont donc cité plus d'exemples de consultations sans prescription. Des deux côtés, ces consultations étaient plus fréquentes en pédiatrie. Les médecins et les patients se rejoignaient sur le fait que la prescription faisait partie intégrante de la consultation et en était un rituel de fin, notion retrouvée dans une thèse de 2014 (22).

Les patients ne considéraient pas le paracétamol comme un médicament contrairement à ce que pensaient les médecins. Les médecins reconnaissaient le rôle important de l'effet placebo de la consultation mais aussi des médicaments, tout comme les patients.

Pour certains patients et certains médecins, les consultations sans prescription médicamenteuse étaient source de satisfaction. Mais elles pouvaient également être source d'incompréhension voire d'inquiétude pour les patients. Les médecins avaient peur que cela ne rompe le lien thérapeutique.

Comme d'autres études (27, 21) pour les deux parties, la relation médecin-patient était le socle fondateur des consultations sans prescription médicamenteuse. Les médecins avaient parfois recours à des outils pour faciliter la communication. Les patients appréciaient le recours aux informations écrites. Le corollaire connu était que la non prescription médicamenteuse permettait d'améliorer, de valoriser la relation médecin-patient (23).

Certains patients admettaient qu'un bon médecin peut ne pas prescrire et cette reconnaissance était importante pour leurs médecins.

Les deux groupes se rejoignaient sur le fait que le risque iatrogène et le déremboursement des médicaments facilitaient la non prescription. Mais ils reconnaissaient également que cela nécessitait du temps et des explications. Pour les patients, la pénurie de médecins était donc un frein aux consultations sans prescription médicamenteuse car ils manquaient de temps à leur consacrer. D'un autre côté, la pénurie de médecins entraînait une diminution de la concurrence; le médecin était donc plus libre de ses prescriptions et ressentait moins la pression des patients.

Pour les médecins, les patients avaient une foi symbolique dans le médicament, ce que ces derniers reconnaissaient.

Pour les patients, les laboratoires pharmaceutiques pouvaient inciter les médecins à prescrire mais les médecins semblaient ambivalents sur ce point.

Ils s'accordaient également pour dire que le médecin pouvait céder face à la pression de prescription.

Pour les médecins, les différences de prise en charge pouvaient être des freins à la non prescription médicamenteuse (23). Les patients, au contraire, appréciaient avoir un nouveau regard sur leurs prescriptions qui pouvait être l'occasion d'une déprescription.

Les médecins et les patients ressentaient une diminution globale des prescriptions notamment des antibiotiques.

Médecins et patients s'accordaient sur le fait que ces derniers attendaient une réponse à une problématique et cela passait souvent par une attente de médicaments.

Les médecins orientaient parfois vers un spécialiste, cela était important dans les attentes des patients qui attendaient une transparence du médecin, une reconnaissance de ses limites et ainsi une orientation vers un autre professionnel.

Toutefois, le besoin de preuves d'efficacité des alternatives pour les médecins et pour les patients était primordial. Des études réalisées sur certaines alternatives sont peut-être à mieux diffuser pour être plus valorisées et favorisées.

Cependant certaines recommandations notamment de règles hygiéno-diététiques s'appuient sur un faible niveau de preuve puisqu'elles reposent principalement sur des accords d'experts (13).

La majorité des études scientifiques sont financées par l'industrie pharmaceutique en vue de l'autorisation de mise sur le marché et du remboursement éventuel par l'Assurance maladie, ce qui pourrait expliquer le peu de financement pour des études sur les thérapeutiques non médicamenteuses (13).

Les patients semblaient plus favorables aux médecines parallèles que les médecins. En effet, ces derniers étaient partagés face au recours aux médecines alternatives notamment par leurs difficultés à connaître le degré de compétence de ces praticiens.

Les médecins ont révélé leur souhait de faire plus souvent des consultations sans prescription médicamenteuse et certains patients trouvaient également cette idée à développer. Pour les patients, il semblait nécessaire que ces consultations fassent leurs preuves et il faudrait du temps pour qu'elles rentrent dans les mœurs. Les médecins se demandaient si les patients n'étaient finalement pas plus prêts qu'eux aux consultations sans prescription médicamenteuse.

2. Forces et limites de l'étude

2.1 Points forts

La méthode choisie a permis de répondre à l'objectif de l'étude qui était d'explorer le ressenti des patients et des médecins lors d'une consultation sans prescription médicamenteuse. L'avantage d'une analyse qualitative est de prendre en compte l'ensemble des idées émises par les participants (28, 29).

Les patients n'ont pas été recrutés via leurs médecins, on peut donc penser qu'ils ont pu s'exprimer librement.

Notre étude permettait la mise en relation des avis des patients et des médecins.

La suffisance des données a été atteinte.

L'analyse des données a été réalisée en double aveugle par trois chercheurs, permettant de limiter le biais d'interprétation et ainsi d'augmenter la validité interne de l'étude.

Nous avons été témoin de l'effet Hawthorne (30); en effet, suite à la réception du courrier proposant la participation à notre étude, un des médecins a réalisé des consultations sans prescription médicamenteuse alors qu'il n'en avait pas fait depuis plusieurs années.

2.2 Limites

Pour les patients, nous avons réalisé des entretiens de groupe. Cette technique permet d'augmenter le nombre d'idées grâce à la dynamique de groupe mais peut faire émerger des personnes leaders.

A l'inverse, les entretiens individuels ont permis aux médecins de s'exprimer pleinement mais sans pouvoir s'enrichir de l'opinion d'autrui.

Nous aurions alors pu proposer les deux techniques d'entretien pour chaque catégorie de participants.

De plus, certains focus group comprenaient un nombre important de participants. Certains patients n'ont donc peut-être pas pu s'exprimer suffisamment. L'idéal est d'obtenir un groupe de 6 à 8 participants (29).

Par ailleurs, nous n'avons pas d'expérience dans la conduite d'entretiens individuels et de groupes. Nous n'avons donc probablement pas permis aux participants de s'exprimer à cause d'interventions trop fréquentes et trop rapides. Cela a donc pu limiter l'émergence de certaines idées et des propos ont pu être insuffisamment explorés.

Il aurait donc pu être utile de faire un premier entretien avec un modérateur expérimenté comme dans certaines thèses (6).

L'âge moyen des patients était de 64 ans avec la présence essentiellement de retraités lors des entretiens. En effet, il nous a été assez difficile de recruter des patients en activité professionnelle. De plus, toutes les catégories socioprofessionnelles n'étaient pas représentées, on peut donc en déduire que l'échantillonnage n'a pas eu lieu en variation maximale sur la catégorie socioprofessionnelle.

La non prescription semblait moins vécue par les patients que par les médecins, cela peut être en lien avec un biais de mémorisation. En effet, les patients ne savaient pas le sujet exact avant de débiter l'entretien contrairement aux médecins.

La méthode qualitative ne permet pas une généralisation des résultats car l'échantillon n'est pas représentatif de la population générale.

CONCLUSION

Les médecins et les patients ont conscience de la spécificité française de la sur prescription médicamenteuse. Le succès de la campagne nationale sur les antibiotiques amène les médecins à demander une campagne similaire sur la non prescription médicamenteuse. Mais l'influence de l'industrie pharmaceutique sur les prescriptions est aussi à prendre en compte.

Les patients sont ambivalents quant à l'attente de médicaments, désirant surtout une solution à leur problème et une réassurance. Une meilleure évaluation des attentes des patients doit être mise en œuvre. La confiance en son médecin et la relation médecin-patient facilitent l'acceptation de la non prescription. Les facultés de médecine peuvent alors avoir un rôle à jouer pour encourager les fonctions pédagogiques des médecins et développer leurs compétences en communication.

Nous sommes dans un nouveau paradigme où les patients deviennent acteurs de leur santé. Mais pour que la décision soit médicalement partagée, les patients doivent avoir tous les outils à leur disposition. Certains médecins ont mentionné l'éducation à la santé à l'école. Cela est déjà dans le programme de l'éducation nationale pour le premier et le second degré. Comment mesurer l'impact de cette formation? Est-elle adaptée?

Les patients ont mentionné leur besoin d'une remise en question fréquente de leurs traitements. Moins prescrire semble moins difficile pour les médecins que de ne pas prescrire du tout. Des algorithmes de déprescription existent déjà au Canada. Peut-être qu'une transposition des algorithmes et leur validation par un comité scientifique français pourrait répondre aux attentes des patients mais aussi des médecins.

La démographie médicale est aussi un paramètre essentiel à prendre en compte. En effet, les médecins demandent plus de prévention et d'éducation pour leurs patients tandis que ces derniers ont besoin de plus d'écoute et d'informations. La question du transfert de tâches peut alors se poser afin de répondre à ces attentes. Une collaboration avec des infirmières menant des actions de prévention peut être intéressante. La délégation de tâches médicales au pharmacien se met en place petit à petit. Ces solutions peuvent peut-être redonner en partie du temps au médecin.

BIBLIOGRAPHIE

1. IPSOS Santé pour la CNAMTS. Les européens, les médicaments et le rapport à l'ordonnance: synthèse générale. Février 2005.
2. 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. Santé Publique. 2015;27(3):353-362.
3. Gallois P, Vallée JP, Le Noc Y. Prescription médicamenteuse: un acte sous influences. Médecine. 2007;3(10):456-461.
4. Mouret-Bonzi M. L'ordonnance médicamenteuse en France et en Europe: les attentes de prescription des patients. Une revue systématique de la littérature de 2005 à 2014. Thèse de médecine. Université de Lille 2;2015,123p.
5. Charra E. Représentations et vécu des patients à propos de la non prescription médicale. Thèse de médecine. Université de Lyon 1; 2012,164p.
6. Hennion-Gasrel F. et Diblanc-Stamm A. Quels sont les ressentis du médecin et du patient lors d'une consultation sans prescription médicamenteuse? Thèse de médecine. Université de Lille 2;2013,153p.
7. Gallois P, Vallée JP, Le Noc Y. Attente des patients et prescriptions des médecins. Bibliomed. 2007;(479).
8. Flouret-Guyot C. Prescription médicamenteuse en médecine générale: les attentes des français en cas de pathologies bénignes. Thèse de médecine. Université de Nancy;2011,135p.
9. Mauffrey V. Rhinopharyngite en médecine générale : pourquoi encore tant de prescriptions médicamenteuses? Thèse de médecine. Université de Nancy;2012,120p.
10. Grun S. Vécu de la non-prescription médicamenteuse par les parents consultant en médecine générale pour leur enfant. Thèse de médecine. Université de Tours;2015,86p.
11. HAS. Haute Autorité de la Santé. Développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses validées. Avril 2011.
12. Barré T. Perception et attentes concernant la prescription médicamenteuse des patients consultant en médecine générale: approche qualitative. Thèse de médecine. Université de Créteil;2016,57p.
13. Dedianne MC, Hauzanneau P, Labarere, Moreau A. Relation médecin-malade en soins primaires: qu'attendent les patients? Investigation par la méthode focus groups. Rev Prat Med Gen. 2003;17(611).
14. Freville A et Poucet-Mathieu D. La non-prescription médicamenteuse en médecine générale: le vécu des patients ayant consulté pour syndrome anxio-dépressif ou insomnie. Thèse de médecine. Université de Toulouse 3;2016,63p.

15. Matthys J, Elwyn G, Van Nuland M, Van Maele G, De Sutter A, De Meyere M, Deveugele M. Patients' ideas, concerns, and expectations (ICE) in general practice: impact on prescribing. *Br J Gen Pract.* 2009;58:29-36.
16. Bouras M. Prise en charge des pathologies bénignes: les attentes des citoyens. Thèse de médecine. Université de Nancy;2013,58p.
17. Loir F. Le médicament objet de consommation ou outils du soin? De l'analyse des attentes des patients aux enjeux de la prescription. Thèse de médecine. Université d'Amiens; 2015,259p.
18. Piguet V, Cedraschi C, Desmeules J, Allez AF, Kondo-Oestreicher M, Dayer P. Prescription médicamenteuse: les attentes des patients. *Rev Med Suisse.* 2000;58(2296): 814-817.
19. Arzur J. Le refus de prescription: impact sur la relation médecin-patient. Thèse de médecine. Université de Caen;2011,145p.
20. Bedoin D, Charles R. La prise en charge des affections transitoires bénignes en médecine générale: avec ou sans médicaments? *Pratiques et Organisation des Soins.* 2012;43(2): 111-119.
21. Benard O. La pratique antitussive chez les parents et les médecins et le ressenti des médecins face à la prescription non médicamenteuse. Thèse de médecine. Université de Nantes;2013,87p.
22. Duffaud S, Liébard S. Comment les médecins généralistes limitent-ils leurs prescriptions? Etude qualitative par entretiens collectifs. *Santé publique.* 2014;26(3):323-330.
23. Hauvespre B. La non-prescription: représentations et vécu des médecins généralistes. Etude qualitative à partir de 13 entretiens. Thèse de médecine. Université de Lyon 1;2012,208p.
24. Lemasson A, Gay B, Lemasson JL, Duroux G. Comment le médecin perçoit-il sa prise en compte des préoccupations du patient? Une étude qualitative en soins primaires en Aquitaine. *Médecine.* 2006;2(1):38-42.
25. Watkins C, Harvey I, Carthy P, Moore L, Robinson E, Brawn R. Attitudes and behaviour of général practitioners and their prescribing costs: a national cross section al survey. *Qual Saf Health Care.* 2003 Feb;12(1):29-34.
26. Vega A. Prescription du médicament en médecine générale. Première partie: déterminants culturels de la prescription chez les médecins français. *Médecine.* 2012;8(4):169-173.
27. Osadtchy-Urvoas Z. La non-prescription en consultation de médecine générale: pourquoi et comment. Etude qualitative à partir de 3 focus group. Thèse de médecine. Université de Rennes;2016,62p.
28. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz AM, Imbert P, Letrilliart L. Introduction à la recherche qualitative. *Exercer.* 2008;19(84):142-145.

29. Moreau A, Dedienne MC, Letriliart L, Le Goaziou MF, Labarere J, Terra JL. S'appropriation de la méthode du focus group. *Rev Prat Med Gen.* 2004;18(645):382-384.
30. Letriliart L, Bourgeois I, Vega A, Cittée J, Lutsman M. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative. Première partie: de « Acteur » à « Interdépendance ». *Exercer.* 2009;20(87):74-9.
31. Letriliart L, Bourgeois I, Vega A, Cittée J, Lutsman M. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative. Deuxième partie: de « Maladie » à « Verbatim ». *Exercer.* 2009;20(88): 106-12.

ANNEXES

Annexe 1: Guide d'entretien des patients

Ressenti des patients lors d'une consultation sans prescription médicamenteuse

1. Racontez-moi la dernière consultation chez votre médecin généraliste.
Vous a-t-il prescrit des médicaments?
S'il ne vous en avait pas prescrit, qu'auriez-vous pensé?
2. Avez-vous déjà eu une consultation qui s'est terminée sans ordonnance de médicaments?
- Si oui:
Qu'avez-vous ressenti?
Pourquoi votre médecin ne vous a-t-il pas prescrit de médicaments selon vous?
- Si non:
Vous a-t-il déjà prescrit uniquement du Doliprane et qu'en avez-vous pensé?
Si vous avez des enfants, vous est-il arrivé de consulter pour eux et de ne pas avoir de médicaments? Qu'en avez-vous pensé?
3. Que pensez-vous d'une consultation qui ne donne pas lieu à la prescription de médicaments?
4. Avez-vous remarqué une différence de prescription selon les médecins?
Que pensez-vous des médecins qui ne prescrivent pas ou peu de médicaments?
Que pensez-vous du fait que votre médecin prescrive moins d'antibiotiques qu'avant?
5. Pensez-vous que un symptôme = un médicament?

Attentes des patients lors d'une consultation chez le médecin généraliste

6. Qu'attendez-vous d'une consultation chez votre médecin généraliste? Et pour vos enfants?
7. Vous est-il déjà arrivé de ne pas utiliser l'ordonnance prescrite ou faites-vous le tri dans les médicaments prescrits?
Pourquoi?
8. Avez-vous déjà consulté votre médecin pour demander des médicaments?
Lesquels ou pour quelles pathologies?
Comment a réagi votre médecin?
En cas de refus, qu'avez-vous ressenti? Comment avez-vous réagi?
Cela pourrait-il être un motif de changement de médecin?
9. Pour quelles raisons iriez-vous consulter un autre médecin suite à une consultation sans prescription médicamenteuse?
Cela vous est-il déjà arrivé?

Alternatives à la prescription

10. Pour vous, quelles sont les alternatives à la prescription de médicaments?
11. Lors des consultations sans prescription, quelles ont été les solutions trouvées par votre médecin à la place des médicaments?
Que pensez-vous des solutions trouvées par votre médecin?

12. Comment souhaiteriez-vous avoir des informations et des conseils? Sous quelle forme (orale, écrite, sites internet recommandés)?

13. Avez-vous quelque chose à ajouter sur la question de la non prescription médicamenteuse?

Annexe 2: Guide d'entretien des médecins

Profil du médecin interrogé

Depuis combien de temps êtes-vous installé?

Travaillez-vous en rural, semi-rural, urbain?

En maison de santé ? Cabinet médical seul ? Associé?

Qu'est-ce-que qui vous a motivé à travailler de cette façon et dans cette localité?

Quelle est votre organisation de travail?

Questionnement premier: Quel est le ressenti des médecins lors d'une consultation sans prescription médicamenteuse?

Racontez-moi votre dernière consultation sans prescription médicamenteuse?

Comment cela s'est-il passé?

Quelles ont été vos difficultés?

Prescrivez-vous des thérapeutiques non médicamenteuses dans ces situations?

Quelle est l'évolution de vos habitudes de prescriptions depuis votre installation?

Comment vivez-vous le fait de ne rien prescrire?

De quelle façon pensez-vous que cela impacte la relation avec votre patient?

2ème questionnement: Comment font-ils intervenir la pédagogie en cas de non prescription?

Comment exprimez-vous vos doutes quant à la réelle utilité des thérapeutiques médicamenteuses?

Vous sentez-vous à l'aise dans ce rôle de pédagogie?

Est-ce-qu'il vous arrive de laisser de côté votre décision de ne rien prescrire et prescrire tout de même?

Pour quels motifs?

Quels sont vos freins à cette décision de ne pas prescrire?

Par quel comportement le patient peut-il être en cause dans cette difficulté?

Comment êtes-vous en lien avec les pharmacies locales?

3ème questionnement: Quelles autres solutions les médecins peuvent-ils proposer pour remédier à l'appréhension de la non prescription médicamenteuse?

Quelles solutions proposez-vous pour remédier à l'appréhension de la non prescription médicamenteuse?

Quelle influence ont les statistiques de la sécurité sociale sur vos prescriptions?

Que pensez-vous du placebo?

Avez-vous quelque chose à ajouter?

Annexe 3: Lettre d'information pour les patients

Bonjour,

Je m'appelle Lise Toutfaire, je suis en dernière année de médecine générale.

Je réalise une thèse sur le ressenti des patients lors des consultations avec leur médecin généraliste.

Pour mener à bien ce projet, j'organise des entretiens individuels et en groupes de 5 à 6 personnes qui dureront environ 1 heure et une collation accompagnera notre discussion.

Je réalise ce travail en parallèle de ma collègue, Lucie Chevalier qui interrogera des médecins sur leur ressenti.

Ce travail nous permettra de connaître au mieux vos attentes lors d'une consultation chez votre médecin et d'obtenir notre doctorat en médecine générale.

La participation à cette étude est entièrement libre et volontaire, vous pourrez vous retirer à tout moment. Il n'y aura pas de compensation financière ni d'assurance spécifique en cas d'accident en vous rendant sur le lieu de l'entretien.

Si vous le souhaitez, vous pouvez venir accompagné d'un ami ou d'un membre de votre famille.

Les données seront enregistrées avec un dictaphone, après votre accord, pour être analysées et seront gardées anonymes. Aucune information nominative vous concernant ne sera conservée ni n'apparaîtra dans l'étude.

Nous vous proposerons de relire la retranscription des entretiens afin d'apporter d'éventuelles modifications.

Je vous remercie d'avance de votre participation.

En cas de questions, voici mes coordonnées:

Lise Toutfaire

Annexe 4: Lettre d'information pour les médecins

Bonjour,

Nous sommes une interne et une ex-interne de médecine générale du Loiret.

Nous sollicitons votre aide pour réaliser notre thèse :

Elle porte sur le ressenti des médecins et des patients lors de consultations sans prescription médicamenteuse.

Nous aurions besoin d'interroger des médecins sur ce sujet.

Contexte :

Les patients sont 8 sur 10 à déclarer avoir confiance dans un médecin sachant remplacer certains médicaments par des conseils utiles.

Et 85% des médecins jugent leurs patients réceptifs aux mesures hygiéno-diététiques quand ils jugent utile de différer une prescription en proposant d'abord un changement de comportement (1).

Mais 78% des consultations comprennent une prescription de médicaments en France, ce qui est beaucoup plus que dans d'autres pays (2).

Nous voudrions essayer de comprendre les blocages qui subsistent à la non prescription médicamenteuse afin d'en dégager des outils pour moins prescrire.

Sujet de notre thèse :

Quel est le ressenti des patients et des médecins lors de consultations sans prescription médicamenteuse ?

Notre étude se fera à l'échelle du Loiret.

Si cela vous intéresse : Votre rôle :

→ Participer à un entretien.

Chaque entretien sera enregistré de façon anonyme.

Nous sommes disponibles les lundis et vendredis.

Nous pouvons nous déplacer directement sur le lieu de votre choix aux horaires qui vous conviennent.

Ci - joint nos coordonnées pour prendre rendez vous ou manifester votre intérêt:

Lise Toutfaire
Lucie Chevalier

(1) M.Mouret-Bonzi. L'ordonnance médicamenteuse en France et en Europe : les attentes de prescription des patients. Une revue systématique de la littérature de 2005 à 2014.Thèse de doctorat en médecine. Université de Lille 2. 2015

(2) Gallois P, Vallée J-P, Le Noc Y. Prescription médicamenteuse: un acte sous influences. Médecine. 2007;3(10):456-461.

Annexe 5: Caractéristiques des patients

		Sexe	Âge	Catégorie socioprofessionnelle
Entretien 1	P1	Féminin	70	Retraité
	P2	Féminin	45	Employé
Entretien 2	P3	Masculin	84	Retraité
	P4	Féminin	49	Ouvrier
	P5	Féminin	69	Retraité
	P6	Masculin	40	Cadre
	P7	Masculin	80	Retraité
	P8	Masculin	29	Profession intermédiaire
	P9	Masculin	54	Profession intermédiaire
	P10	Masculin	55	Ouvrier

Entretien 3	P11	Masculin	58	Agriculteur exploitant
	P12	Masculin	71	Retraité
	P13	Féminin	74	Retraité (cadre de la fonction publique)
	P14	Féminin	62	Retraité
	P15	Féminin	70	Retraité
	P16	Féminin	65	Retraité
	P17	Féminin	64	Retraité (profession intermédiaire)
	P18	Féminin	66	Retraité
	P19	Féminin	77	Retraité
	P20	Masculin	76	Retraité
	P21	Masculin	62	Retraité (profession intermédiaire)
Entretien 4	P22	Féminin	36	Employé de la fonction publique
	P23	Féminin	53	Cadre de la fonction publique
	P24	Masculin	44	Profession intermédiaire de la santé publique
	P25	Féminin	48	Employé de la fonction publique
	P26	Masculin	41	Cadre de la fonction publique
Entretien 5	P27	Féminin	70	Retraité
	P28	Masculin	77	Retraité
Entretien 6	P29	Masculin	72	Retraité
	P30	Féminin	73	Retraité
	P31	Féminin	81	Retraité
	P32	Féminin	84	Retraité
	P33	Masculin	77	Retraité
	P34	Féminin	68	Retraité
	P35	Féminin	63	Retraité
	P36	Féminin	67	Retraité
	P37	Féminin	85	Retraité
	P38	Féminin	73	Retraité

Annexe 5: Caractéristiques des médecins

	Sexe	Âge	Structure	Activité de MSU	Territoire	Types de rendez-vous
M1	Féminin	68	MSP	Oui	Rural	Avec et sans RDV
M2	Masculin	67	MSP	Oui	Rural	Avec et sans RDV
M3	Masculin	59	MSP	Non	Urbain	Avec et sans RDV
M4	Masculin	63	Cabinet associé	Oui	Rural	Avec RDV
M5	Masculin	54	Cabinet associé	Non	Semi-rural	Avec et sans RDV
M6	Masculin	51	Cabinet associé	Non	Semi-rural	Avec et sans RDV
M7	Féminin	50	Cabinet associé	Non	Rural	Avec RDV
M8	Masculin	55	Cabinet associé	Non	Semi-rural	Avec et sans RDV
M9	Féminin	60	MSP	Oui	Urbain	Avec RDV
M10	Masculin	73	Cabinet associé	Non	Rural	Avec RDV
M11	Masculin	63	Cabinet associé	Oui	Rural	Avec et sans RDV
M12	Masculin	58	Cabinet associé	Non	Rural	Avec et sans RDV
M13	Masculin	59	Cabinet associé	Non	Rural	Avec RDV
M14	Féminin	36	MSP	Non	Semi-rural	Avec RDV
M15	Féminin	56	Cabinet associé	Non	Semi-rural	Avec RDV
M16	Féminin	36	MSP	Non	Semi-rural	Avec et sans RDV
M17	Masculin	59	MSP	Oui	Urbain	Avec RDV

Annexe 6: Lexique des termes utilisés en recherche qualitative (30, 31)

Analyse de contenu: Examen systématique d'un texte consistant à identifier et regrouper des thèmes et à coder, classifier et développer des catégories, puis établir des correspondances entre celles-ci.

Analyse qualitative: Travail de construction signifiante, progressant par approximations successives. Le témoignage de l'acteur n'est jamais totalement évident, il n'existe pas de mécanique simple ni de limpidité discursive. L'analyse qualitative ne correspond ni à

l'application d'une technique ni à la simple recherche de récurrences, mais plutôt à un cheminement progressif de question en question.

Catégorisation: Opération intellectuelle qui permet de déduire un sens plus général d'un ensemble d'éléments bruts du corpus ou d'éléments déjà codifiés, sous la forme de catégories. Il s'agit d'un début de théorisation scientifique, qui met en œuvre le(s) paradigme(s) de référence du chercheur, mais en principe sans grille théorique et conceptuelle a priori.

Citation: Extrait d'un entretien, à partir d'un verbatim, d'une séquence audio ou vidéo, permettant d'illustrer les résultats d'une recherche qualitative et de renforcer la plausibilité de l'interprétation des auteurs.

Codification: Opération intellectuelle qui consistent à transformer des données brutes (faits observés, paroles recueillies, etc.), en une première formulation signifiante (code), dont le sens reste cependant très banal et proche du sens commun.

Échantillonnage raisonné: Procédure d'échantillonnage non probabiliste consistant à sélectionner des participants considérés comme typiques de la population cible. Cette procédure est destinée à garantir la validité externe des résultats.

Enregistrement: Les entretiens doivent toujours être enregistrés. L'enregistrement permet de dépasser les « impressions » laissées par l'entretien, qui peuvent être fondées sur quelques moments marquants ne correspondant pas nécessairement à l'essentiel de ce qui a été dit. Il donne accès à l'ensemble du discours de l'interviewé, afin de faire ressortir la parole exacte de l'enquêté ; l'analyse pouvant ainsi se faire en plusieurs étapes après lecture et relecture de l'entretien. Il met à disposition les citations fidèles de la parole des interviewés qui serviront de « preuve » de l'analyse de l'entretien.

Entretien collectif: Méthode d'entretien de groupe, habituellement considérée comme une technique d'entretien semi-structuré, reposant explicitement sur l'interaction au sein du groupe pour générer des données.

Entretien individuel: Méthode d'enquête qualitative reposant sur une situation individuelle de face à face entre un interviewer et un interviewé.

Entretien semi-directif: Entretien en face à face comportant des questions ouvertes. L'interviewer utilise un guide d'entretien dont les thèmes ne sont pas forcément abordés dans l'ordre. Son rôle consiste à effectuer les bonnes relances aux moments opportuns afin de balayer tout le guide de l'entretien, sans pour autant influencer l'interviewé dans ses réponses ou lui couper la parole.

Guide d'entretien: Série de questions ou de consignes servant de fil conducteur et stimulant l'échange dans les entretiens individuels ou collectifs. Les questions sont habituellement courtes et claires, allant du domaine le plus général au plus spécifique, et elles sont évolutives. Le degré de formation du guide dépend de l'objet de l'étude et du type d'analyse projeté.

Observateur: Dans un entretien collectif, personne connaissant la thématique de l'enquête, chargée d'assister l'animateur. Il s'occupe des enregistrements audio (voire vidéo) des séances et prend des notes sur les aspects non verbaux.

Question fermée: Question pour laquelle l'individu choisit sa réponse (modalité de réponse) dans une liste préétablie. Par exemple, les réponses proposées à la question: « Avez-vous été

élevé religieusement? » seraient: oui/non. Ce type de question a pour avantage d'être simple à coder, mais est souvent peu informatif et directif.

Question ouverte: Question pour laquelle la personne interrogée répond comme elle le désire, sans avoir à choisir parmi différentes réponses préétablies. Certaines questions très larges, invitant l'interviewé à se raconter, sont appelées « consignes ». Ce type de question a pour avantage de donner accès à une pensée complexe mais est difficile à coder, car nécessitant la construction de catégories complexes.

Saturation (des données): Terme théorique du développement d'une catégorie conceptuelle à partir duquel aucune propriété, dimension ou relation nouvelle n'émerge plus au cours de l'analyse.

Théorie ancrée: Méthode de recherche inductive visant la construction d'une théorie à partir de données empiriques recueillies. Elle comporte un échantillonnage raisonné et l'analyse est fondée sur la méthode de la comparaison constante entre les données d'analyse et les données du terrain.

Transcription: Première étape de l'analyse des données qualitatives, consistant à représenter sous forme écrite des données orales ou visuelles, et permettant de s'approprier progressivement les propos de l'interviewé. Certains auteurs préconisent de ne noter que les éléments significatifs ; d'autres de respecter une fidélité intégrale au discours tenu, incluant les aspects non verbaux (hésitations, silence, tics de langage, mimiques, etc.) ; d'autres encore de ne noter que les éléments directement en lien avec la recherche. En pratique, la (re)transcription doit être adaptée aux objectifs de recherche.

Triangulation: Utilisation combinée de différentes méthodes de recherche, incluant plusieurs sources d'information, principalement pour contrôler la validité interne des résultats d'une étude. On peut distinguer la triangulation des données (temporelle, spatiale, par combinaisons de niveaux), la triangulation du chercheur, la triangulation théorique et la triangulation méthodologique. La validation par les enquêtés peut aussi être considérée comme une forme de triangulation.

Validation (des résultats): En recherche qualitative, les éléments suivants permettent de limiter le risque d'interprétation subjective des résultats: la saturation des données, la triangulation des données, la congruence avec les données de la littérature, ainsi que la confirmation ultérieure des résultats apportée par des données proches dans de nouvelles enquêtes.

Validation par les enquêtés: Méthode de validation interne des résultats par leur restitution ou retour aux participants à l'étude, afin d'en confirmer, réfuter ou affiner les interprétations.

Verbatim: Compte rendu intégral, mot à mot, d'un entretien. Il peut comporter des caractères spéciaux pour indiquer les expressions non verbales.

Annexe 7: Liste des abréviations

AINS: Anti-inflammatoire non stéroïdien

CMU: Couverture Maladie Universelle

EHPAD: Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

FMC: Formation Médicale Continue

HAS: Haute Autorité de Santé

IEC: Inhibiteur de l'Enzyme de Conversion

IRDES: Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé

MSP: Maison de Santé Pluridisciplinaire

OMéDIT: Observatoire du Médicament, des Dispositifs médicaux et de l'Innovation
Thérapeutique

OPEPS: Office Parlementaire d'Évaluation des Politiques de Santé

PNL: Programmation NeuroLinguistique

ROSP: Rémunération sur Objectifs de Santé Publique

SNIR: Système National Inter-Régimes

TCC: Thérapie Cognitivo-Comportementale

Vu, le Directeur de Thèse

**Vu, le Doyen
De la Faculté de Médecine de Tours
Tours, le**

Toutfaire Lise
Chevalier Lucie

82 pages – 3 tableaux – 1 figure

Résumé :

Introduction: La grande majorité des consultations de médecine générale en France se conclut par une ordonnance de médicaments. Les médecins ressentent une attente forte en médicaments de la part des patients. Pourtant l'attente des patients est complexe et ils ne sont pas contre d'autres moyens pour se soigner. L'objectif de ce travail était d'explorer le ressenti des patients et des médecins lors d'une consultation sans prescription médicamenteuse.

Matériel et méthode: Etude qualitative par entretiens semi-directifs de groupe auprès de patients et entretiens individuels auprès de médecins généralistes dans le département du Loiret. Entre Février et Avril 2017, 38 patients et 17 médecins ont été interrogés. Retranscription écrite intégrale et analyse thématique de contenu par double codage en aveugle. Triangulation des résultats et analyse des résultats par théorisation ancrée.

Résultats: Les consultations sans prescription médicamenteuse pouvaient être sources de satisfaction mais aussi d'incompréhension. Les déterminants étaient la confiance, la communication et la transparence. L'avis des médecins était partagé sur la prise du temps que nécessitait les explications mais ils semblaient peu subir la pression liée aux patients. Il persistait tout de même une foi symbolique dans le médicament, malgré la diminution des prescriptions médicamenteuses. L'orientation vers les alternatives non médicamenteuses semblait difficile pour les médecins malgré l'esprit d'ouverture des patients.

Conclusion: L'amélioration de la communication des médecins et la sensibilisation des patients à la non prescription peuvent être des points d'amélioration.

Mots clés :

Consultation
Médecine générale
Ressenti
Ordonnance
Médicaments
Non prescription médicamenteuse
Relation médecin-patient

Jury :

Président du Jury : Monsieur le Professeur Dominique PERROTIN
Membres du Jury : Madame le Professeur Théodora BEJAN-ANGOULVANT
Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Adrien DUMAS
Co-directeur de thèse: Madame le Professeur Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ

Date de soutenance : 11 Décembre 2017