

N° d'ordre :

ANNÉE



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

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

présentée par

Marieke Salacroup

née le 5 octobre 1984 à Rodez

**La prescription de
médicaments en médecine
générale :
attentes, représentations et
perspectives**

**Etude qualitative à partir de 26
entretiens semi-dirigés**

**Thèse soutenue à RENNES
le 31 octobre 2014**

devant le jury composé de :

Bernard GROSBOIS
Professeur – CHU Rennes – Président

Emmanuel OGER
Professeur – CHU Rennes – Juge

Françoise TATTEVIN
Docteur en médecine – Maître de conférence associé –
DMG Rennes – Juge

Pierre FROUARD
Docteur en médecine – Membre invité – Juge

Jean-Pierre URBAN
Docteur en médecine – Directeur de thèse

N° d'ordre :

ANNÉE



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

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

présentée par

Marieke Salacroup

née le 5 octobre 1984 à Rodez

**La prescription de
médicaments en médecine
générale :
attentes, représentations et
perspectives**

**Etude qualitative à partir de 26
entretiens semi-dirigés**

**Thèse soutenue à RENNES
le 31 octobre 2014**

devant le jury composé de :

Bernard GROSBOIS
Professeur – CHU Rennes – Président

Emmanuel OGER
Professeur – CHU Rennes – Juge

Françoise TATTEVIN
Docteur en médecine – Maître de conférence associé –
DMG Rennes – Juge

Pierre FROUARD
Docteur en médecine – Membre invité – Juge

Jean-Pierre URBAN
Docteur en médecine – Directeur de thèse

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

NOM Prénom	AFFECTATION
ANNE-GALIBERT Marie Dominique	Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire
BELAUD-ROTUREAU Marc-Antoine	Service de cytologie génétique et biologie cellulaire
BELLISSANT Eric	Pharmacologie
BELLOU Abdel	Fédération d'accueil et de traitement des urgences
BELOEIL Hélène	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale, médecine d'urgence
BENDAVID Claude	Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire
BENSALAH Karim	Service d'Urologie
BONAN Isabelle	Médecine physique et de réadaptation fonctionnelles
BONNET Fabrice	Département de médecine de l'adulte / Service d'endocrinologie
BOUDJEMA Karim	Département de chirurgie viscérale
BOUGET Jacques	Fédération d'accueil et de traitement des urgences
BOURGUET Patrick	Service de Médecine Nucléaire - CRLCC
BRASSIER Gilles	Neurochirurgie
BRETAGNE Jean-François	Service des maladies de l'appareil digestif
BRISSOT Pierre	Service des maladies du foie
BRISSOT Régine	Médecine physique et de réadaptation
CARRE François	Médecine du Sport
CATROS Véronique	Biologie cellulaire
COLIMON Ronald	Bactériologie-Virologie
CORBINEAU Hervé	Chirurgie Thoracique et Cardio Vasculaire - CCP CHU
CUGGIA Marc	Biostatistiques, Informatique Médicale et technologies de la communication

DARNAULT Pierre	Anatomie Organogénèse
DAUBERT Jean-Claude	Département de Cardiologie et Maladies Vasculaires
DAVID Véronique	Laboratoire de génétique moléculaire et hormonologie
DE CREVOISIER Renaud	Cancérologie et Radiothérapie - CRLCC.
DELAVAL Philippe	Pneumologie
DESRUES Benoît	Pneumologie
DEUGNIER Yves	Service des maladies du foie
DONAL Erwan	Département de cardiologie et maladies vasculaires CCP CHU
DRAPIER Dominique	Psychiatrie d'adultes
DUPUY Alain	Dermatologie
DUVAUFERRIER Régis	Département de radiologie et d'imagerie médicale
ECOFFEY Claude	Service d'Anesthésie-Réanimation Chirurgicale II
EDAN Gilles	Clinique Neurologique
FEST Thierry	Laboratoire d'Hématologie biologique et Immunologie
FREMOND Benjamin	Chirurgie Infantile
GANDEMER Virginie	Service de médecine de l'enfant et de l'adolescent
GANDON Yves	Département de radiologie et d'imagerie médicale
GANGNEUX Jean-Pierre	Parasitologie et Zoologie appliquée
GARIN Etienne	Service de médecine nucléaire - CRLCC
GAUVRIT Jean-Yves	Service de radiologie et d'imagerie médicale
GODEY Benoit	O.R.L. et Chirurgie Maxillo-faciale
GROSBOIS Bernard	Département de médecine de l'adulte
GUEGAN Yvon	Neurochirurgie
GUGGENBUHL Pascal	Rhumatologie - Pôle Orthopédie, traumatologie, rhumatologie

GUIGUEN Claude	Parasitologie
GUILLE François	Directeur du CRLCC Centre anticancéreux
GUYADER Dominique	Hépatologie, Gastro-entérologie
HOUOT Roch	Hématologie, Transfusion option Hématologie
HUSSON Jean Louis	Chirurgie orthopédique et traumatologique
HUTEN Denis	Fédération de chirurgie orthopédique
JEGO Patrick	Médecine Interne ; gériatrie et biologie du vieillissement
JEGOUX Franck	O.R.L. et Chirurgie Maxillo-faciale
KAYAL Samer	Bactériologie-Virologie
KERBRAT Pierre	Cancérologie et Radiothérapie - CRLCC.
LAMY Thierry	Hématologie Clinique CRLCC
LE BRETON Hervé	Département de Cardiologie et Maladies Vasculaires
LE GALL Edouard	Pédiatrie
LE GUEUT Maryannick	Service de Médecine Légale et de médecine pénitentiaire
LE POGAMP Patrick	Néphrologie
LE TULZO Yves	Réanimation Médicale
LECLERCQ Christophe	Département de Cardiologie et Maladies Vasculaires
LECLERCQ Nathalie née RIOUX	Anatomie et Cytologie Pathologiques - Pôle cellules et tissus
LEGUERRIER Alain	Département de chirurgie thoracique et cardio-vasculaire CCP CHU
LEVEQUE Jean	Gynécologie et Obstétrique
LIMEUL Jean-Yves (Professeur Associé des Universités de Médecine Générale)	Département de Médecine Générale
MABO Philippe	Département de Cardiologie et Maladies Vasculaires CCP CHU
MALLEDANT Yannick	Anesthésie-Réanimation I - SAMU 35
MEUNIER Bernard	Chirurgie digestive

MICHELET Christian	Clinique des Maladies Infectieuses et Réanimation Médicale
MILLET Bruno	Service de Psychiatrie adultes et de psychiatrie médicale Centre Hospitalier G. Régnier Rennes
MOIRAND Romain	Unité fonctionnelle d'Addictologie / Service d'hépatogastro-entérologie
MORANDI Xavier	Anatomie / Service de Neurochirurgie
MORTEMOUSQUE Bruno	Ophthalmologie
MOSSER Jean	Biochimie et Biologie Moléculaire
MOULINOX Jacques	Histologie-Embryologie-Cytogénétique
ODENT Sylvie	Service de Génétique Médicale
OGER Emmanuel	Pharmacologie Clinique
PERDRIGER Aleth	Rhumatologie
PLADYS Patrick	Pôle médico-chirurgical de pédiatrie et de génétique clinique
POULAIN Patrice	Département de Gynécologie-Obstétrique et Reproduction Humaine
RAOUL Jean-Luc	Cancérologie-Radiothérapie - CRLCC
RAVEL Célia Nadège	Cytologie et Histologie - Pôle cellules et tissus
RIFFAUD Laurent	Neurochirurgie
ROCHCONGAR Pierre	Médecine du Sport
ROUSSEY Michel	Pédiatrie Génétique Médicale
SAINT-JALMES Hervé	PRISM
SEGUIN Philippe	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale Pôle anesthésie réanimation - SAMU
SEMANA Gilbert	INSERM 4917
SIPROUDHIS Laurent	Service des maladies de l'appareil digestif
SOMME Dominique	Service de médecine gériatrique La Tauvrais - Rennes
TARTE Karin	INSERM 4917
TATTEVIN Pierre	Maladies infectieuses, maladies tropicales

THOMAZEAU Hervé	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
TORDJEMANN Sylvie née LUBART	Pédopsychiatrie - Centre Médico-Psychologique 154 rue de Chatillon - Rennes
VERGER Christian	Médecine et Santé au Travail - Centre Antipoison
VERHOYE Jean-Philippe	Département de chirurgie thoracique et cardio-vasculaire - CCP CHU
VERIN Marc	Neurologie
VIEL Jean-François	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
VIGNEAU Cécile	Service de néphrologie
VIOLAS Philippe	Chirurgie Infantile Pôle pédiatrique médico-chirurgical et génétique clinique
WATIER Eric	Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique ; Brûlologie
WODEY Eric	Service d'Anesthésie-Réanimation chirurgicale II

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

NOM Prénom	AFFECTATION
AMIOT née BARUCH Laurence	Hématologie
BEGUE Jean-Marc	Physiologie Médicale
BEGUE-SIMON Anne-Marie (Maître de Conférence)	Département de Santé Publique
CABILLIC Florian	Biologie cellulaire - Pôle cellules et tissus
CAUBET Alain	Médecine et Santé au Travail
DAMERON Olivier (Maître de Conférence)	Laboratoire d'Informatique Médicale
DE TAYRAC Marie	Biochimie et Biologie moléculaire
DECAUX Olivier	Médecine Interne ; Gériatrie et Biologie du Vieillessement
DEGEILH Brigitte	Parasitologie et Mycologie
DUBOURG Christèle	Biochimie et Biologie moléculaire
GALLAND Françoise	Endocrinologie, diabète, maladies métaboliques
GANGNEUX née ROBERT Florence	Parasitologie et Mycologie
GUILLET Benoit	Département d'Hématologie Immunologie
HAEGELEN Claire	Anatomie Service de neurochirurgie
HUGÉ Sandrine née LAFAYE (Maître de conférence Associé des Universités de Médecine Générale)	Département de Médecine Générale
JAILLARD Sylvie	Cytologie et Histologie
JOUNEAU Stéphane	Pneumologie
LAVENU Audrey (Maître de Conférence)	Biostatistique Laboratoire de pharmacologie
LAVIOLLE Bruno	Pharmacologie
LE CALVE née LE FRANC Michèle	Histologie-Embryologie et Cytogénétique
LE GALL François	Département d'Anatomie et Cytologie Pathologiques
LE JEUNE-PRIGENT Florence	Biophysique et médecine nucléaire

NOM Prénom	AFFECTATION
LE RUMEUR née FERRET Elisabeth	Physiologie Médiale
MAHÉ Guillaume	Chirurgie vasculaire, médecine vasculaire
MASSART née LE HERISSE Catherine	Biochimie générale et enzymologie
MENARD Cédric	Immunologie
MENER Eric	Département de Médecine Générale
MILON née LE GUEN Joëlle	Anatomie Organogénèse
MOREAU Caroline	Biochimie et biologie moléculaire
MOUSSOUNI Fouzia (Maître de Conférence)	INSERM U 49
MYHIE Didier (Maître de Conférence Associé des Universités de Médecine Générale)	Département de Médecine Générale
PANGAULT Céline	Hématologie ; Transfusion
RENAUT Pierrick	Département de Médecine Générale
REYMANN Jean-Michel	Pharmacologie
RIOU Françoise	Département de Santé Publique
ROPARS Mickaël	Anatomie Organogénèse
SAULEAU Paul	Neurologie 5ème étage
TADIÉ Jean Marc	Réanimation médicale, Médecine d'urgence
TATTEVIN-FABLET Françoise (Maître de Conférences Associé des Universités de Médecine Générale)	Département de Médecine Générale
THOMAS Patricia née AMÉ	Micro Environnement et Cancer - Immunologie
TURLIN Bruno	Département d'Anatomie et Cytologie Pathologiques
VERDIER-LORNE Marie clémence	Pharmacologie
VINCENT Pascal	Bactériologie-Virologie

Serment d'Hippocrate

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

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

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

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

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

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies.

Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission.

Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

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

REMERCIEMENTS

En préambule de cette thèse, je souhaiterais adresser mes remerciements les plus sincères aux personnes qui m'ont apporté leur aide et ont contribué à l'élaboration de cette thèse.

A mon président de jury, Monsieur le Professeur Grosbois.

Vous me faites l'honneur de présider mon jury de thèse. Je vous remercie pour votre disponibilité et l'intérêt porté à ce sujet. Je vous prie d'accepter l'expression de ma sincère gratitude et de tout mon respect.

A Monsieur le Professeur Oger.

Je vous remercie d'avoir accepté de participer au jury et de me faire l'honneur de juger ce travail. Veuillez accepter toute ma sincère reconnaissance et mon profond respect notamment pour votre disponibilité.

A Madame le Docteur Tattevin.

Je vous remercie d'avoir accepté de participer au jury et de me faire l'honneur de juger ce travail. Veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements et de mon profond respect.

A Monsieur le Docteur Frouard.

Je vous remercie d'avoir accepté de participer au jury et de me faire l'honneur de juger ce travail. Je vous sais gré des conseils et de l'écoute que vous m'avez prodigués. Veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements et de mon profond respect.

A mon directeur de thèse, Monsieur le Docteur Jean-Pierre Urban.

Je te remercie d'avoir accepté, avec enthousiasme, de diriger cette thèse. Merci pour ton soutien, ta disponibilité, tes conseils et pour tes encouragements. Je te prie d'accepter à travers ce travail, le témoignage de ma profonde reconnaissance.

Aux personnes qui ont accepté de participer aux entretiens, je vous suis infiniment reconnaissante d'avoir donné un peu de votre temps et de vous-même. Vos enseignements ont été riches et ont fait progresser ma pratique à travers une meilleure compréhension des patients. J'espère avoir été digne de la sincérité avec laquelle vous vous êtes livrés.

A toi Thibault, qui as partagé les moments de doute comme les moments d'enthousiasme, merci pour ton aide, ta patience et ton amour.

A ma famille, mes parents, mes frères et sœurs, Sarah, Adèle, Félix, Eva, qui m'ont toujours soutenue et écoutée. Merci à Nizar pour son aide et sa gentillesse.

A ma belle-famille, Josseline, Jean-Pierre et Léo, à Mamie Paulette, merci pour votre aide.

A Anne-Cécile, Christophe et toute leur tribu.

A mes collègues et amis de Rennes : Ophélie, Laure, Benoit, Marine, Marilyne, Arthur...

A mes amis Rennais : Benance, Betty, Bertrand, Laure-Anne, Mélanie, John, Mattance, Marine, Mehdi, Priscilla, Aurore...

A mes amies et collègues toulousaines : Zélia, Bertille, Anne, Nounja, Marie, Aurélie, Emeline...

A mes amis aveyronnais, à Rémi.

A mes amies et collègues de Tremblay : le Dr Marie-Christine Cudicio, le Dr Francine Mottay, ainsi que toute l'équipe de la maison médicale de Tremblay (Sandrine, Charlotte, Huguette...), merci à Mr Didier Jamet et à Mlle Camille Jamet.

Aux médecins que j'ai rencontrés au cours de mes études et pour lesquels j'éprouve beaucoup de respect : le Dr Bordier (Dol-de-Bretagne), le Dr Herzi à Toulouse.

A Aline qui m'a soutenue et aidée.

Au Dr Jan Nieuweboer, médecin généraliste à Grootebroek.

Au Dr Marc Bony pour son écoute et son aide.

Aux relecteurs : Mme Marie-Paule Picault, et Mme Marie-Claire Menard, merci pour votre aide.

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	16
I. ETAT DES LIEUX.....	18
I.1. La prescription en France : comparaisons et constat.....	18
I.2. Définitions et cadre législatif de la prescription de médicaments en France.....	18
I.3. La prescription dans le cadre de la relation médecin-patient	20
I.4. Les facteurs de prescription de médicaments.....	20
I.4.1. Les facteurs objectifs influençant le médecin.....	20
I.4.2. Les facteurs subjectifs influençant le médecin et sa prescription.....	21
I.4.2.1. La pression ressentie.....	21
I.4.2.2. L'influence de l'attente ressentie.....	22
I.4.3. Evaluation de l'attente de prescription de la part du patient.....	22
I.4.3.1. Les données quantitatives.....	22
I.4.3.2. Les déterminants de l'attente chez le patient.....	22
I.4.3.3. Une mauvaise évaluation des attentes de la part du médecin.....	23
I.4.3.4. Comment expliquer cette mauvaise évaluation ?.....	23
I.5. Problématique et questions	24
II. MATERIEL ET METHODE.....	25
II.1. Choix de la méthode.....	25
II.2. Sélection de la population.....	26
II.2.1. Critères d'inclusion.....	26
II.2.2. Choix du mode d'accès aux interviewés.....	26
II.3. Grille d'entretien.....	27
II.4. Réalisation des entretiens.....	27
II.5. Modalités des entretiens.....	28
II.6. Méthode d'analyse.....	29
III. RESULTATS.....	30
III.1. Caractéristiques de la population interrogée.....	30
III.2. Présentation des entretiens.....	32
III.3. Résultats de l'analyse qualitative des données.....	35
III.3.1. Opinions concernant les médicaments et leur prescription en général.....	35
III.3.1.1. Opinions sur le médicament.....	35

III.3.1.1.1. Opinions positives.....	35
III.3.1.1.2. Opinions négatives.....	36
III.3.1.1.3. Influence médiatique sur la vision du médicament	37
III.3.1.1.4. Opinions sur les effets indésirables.....	38
III.3.1.2. Opinions concernant la consommation de médicaments.....	41
III.3.1.2.1. Relation personnelle avec le médicament.....	41
III.3.1.2.2. Critique de la consommation de médicaments en France.....	43
III.3.2. Evaluation des attentes de prescription de médicaments lors d'une consultation de médecine générale.....	44
III.3.2.1. Facteurs amenant à la consultation.....	44
III.3.2.1.1. Les symptômes désagréables.....	44
III.3.2.1.2. Le facteur temps.....	45
III.3.2.1.3. Une nécessité, un besoin de consulter.....	46
III.3.2.2. Les attentes des patients lors de la consultation.....	46
III.3.2.2.1. Demande de guérison.....	47
III.3.2.2.2. Demande d'efficacité.....	48
III.3.2.2.3. Demande de soulagement et de solution.....	48
III.3.2.2.4. Attentes de prescription médicamenteuse explicites et implicites.....	49
III.3.2.2.5. Anticipation de la prescription.....	49
III.3.2.2.6. Expression des attentes.....	50
III.3.2.3. Réactions à une consultation sans prescription de médicaments.....	51
III.3.2.3.1. Acceptation.....	51
III.3.2.3.2. Autres réactions et significations.....	51
III.3.2.3.3. Conditions d'acceptation.....	53
III.3.2.4. L'option d'une ordonnance de conseils.....	54
III.3.3. Importance de la relation médecin-malade.....	55
III.3.3.1. Importance de la connaissance de son patient.....	55
III.3.3.2. Importance de l'écoute.....	57
III.3.3.3. Importance de la participation dans la prescription.....	59
III.3.3.3.1. Volonté de savoir.....	59
III.3.3.3.2. Participation à la décision de prescrire.....	59
III.3.3.4. Importance de la confiance.....	60
IV. DISCUSSION.....	62
IV.1. Discussion sur la méthode de recherche.....	62

IV.1.1. Les forces.....	62
IV.1.1.1. Forces de la méthode	62
IV.1.1.2. Forces des résultats	63
IV.1.2. Biais et limites.....	63
IV.1.2.1. Liés à la méthode	63
IV.1.2.2. Biais lié à l'enquêteur	64
IV.1.2.2.1. Biais d'intervention	64
IV.1.2.2.2. Biais de sélection.....	64
IV.1.2.2.3. Biais liés à la méthode d'analyse et d'interprétation.....	64
IV.2. Discussion des résultats.....	65
IV.2.1. Des opinions contrastées concernant les médicaments.....	65
IV.2.1.1. Une vision ambivalente.....	65
IV.2.1.2. L'influence médiatique.....	66
IV.2.1.3. L'influence des effets secondaires.....	66
IV.2.2 Explications de l'attente de prescription des médicaments.....	66
IV.2.2.1. Représentation de la maladie.....	66
IV.2.2.2. La prescription, reflet de la fonction du médecin.....	67
IV.2.2.3. Fonctions de la prescription dans la consultation.....	67
IV.2.2.4. Explications sur la notion de besoin.....	68
IV.2.3. Importance de la relation médecin-malade dans la prescription de médicaments	69
IV.2.3.1. Attente d'une relation de qualité avec son médecin.....	69
IV.2.3.2. Attente d'une attitude d'écoute de la part du médecin.....	70
IV.2.3.3. Les effets thérapeutiques de la relation médecin-malade.....	71
IV.2.3.4. Evaluation du souhait de participation des patients.....	71
CONCLUSION.....	73
BIBLIOGRAPHIE.....	75
ANNEXES.....	82

Liste des annexes :

Annexe 1 : Grille d'entretien initiale.....	82
Annexe 2 : Grille d'entretien finale.....	83
Annexe 3 : Tableau récapitulatif des caractéristiques des personnes interrogées.....	84
Annexe 4 : Schéma détaillant le recrutement des participants à l'étude.....	87

INTRODUCTION

En France, une consultation de médecine générale se termine de façon quasi-systématique par la prescription de médicaments (1, 2).

La comparaison aux autres pays européens et notamment aux Pays-Bas, permet d'affirmer que la prescription de médicaments en France est excessive, exposant les patients à des risques injustifiés et le système de santé à un surcoût.

De nombreux facteurs interviennent dans la prescription médicamenteuse. Parmi eux, les médecins déclarent ressentir une attente importante de médicaments de la part des patients, et cela influence leur prescription (3).

Or, une étude de l'IPSOS de 2005 montre que seules 20% des personnes interrogées estiment la prescription de médicaments obligatoire en fin de consultation (1). Et celle-ci n'arrive qu'en quatrième position des attentes après les explications, les conseils et l'écoute.

Ces constatations nous interrogent. Comment expliquer ces divergences ? La prescription de médicaments répond-elle aux attentes du patient ?

Ces interrogations s'inscrivent dans la notion d'approche centrée sur la personne. Celle-ci fait partie de la définition de la médecine générale actuelle (WONCA) : *« Il est aussi important de comprendre comment le patient fait face à la maladie et comment il l'envisage, que de s'occuper de la maladie elle-même. Le dénominateur commun est la personne avec ses croyances, ses peurs, ses attentes et ses besoins (4). »*

Notre souhait est donc à travers cette étude, de comprendre ce que les patients attendent, à travers la prescription de médicaments en médecine générale.

Pour cela, l'utilisation d'une méthode qualitative semble appropriée grâce à sa fonction de compréhension et d'analyse.

Nous allons dans un premier temps rappeler le contexte, puis détailler les connaissances que nous avons des attentes des patients, notamment en terme de prescription à travers les études

sur le sujet. Puis nous décrivons et analyserons l'étude qualitative que nous avons réalisée auprès d'usagers du système de santé, afin de répondre à nos questions.

I. ETAT DES LIEUX

I.1. La prescription en France : comparaisons et constat

La consommation de médicaments en France est plus importante que dans la majorité des autres pays européens, c'est-à-dire à niveau de vie et à épidémiologie similaires. Elle se situe au troisième rang mondial en terme de dépenses médicamenteuses, derrière les Etats-Unis et le Canada.

En France, la dépense en terme de médicaments est de 532 €/hab/an (5). En comparaison, elle s'élève à 341€/hab/an aux Pays-Bas, pays régulièrement cité en exemple pour ses dépenses de santé maîtrisées.

Selon l'étude IPSOS, plus de 90% des consultations de médecine générale se terminent par la prescription de médicaments en France. Ce chiffre s'élève seulement à 43,2% aux Pays-Bas. Dans la même étude, on constate que la consommation de médicaments dans les 7 derniers jours est supérieure en France par rapport aux Pays-Bas.

Il existe des variations entre les études. Les chiffres souvent cités sont ceux du rapport de la DREES de 2005, celui-ci retrouve un taux de prescription de médicaments de 78% à la fin des consultations, ce qui reste néanmoins plus élevé en comparaison des Pays-Bas.

La surprescription médicamenteuse a conduit les autorités de santé internationales et nationales à émettre des recommandations en vue d'en diminuer la prescription, ce qui permettrait une baisse des dépenses de santé et des expositions aux effets indésirables injustifiés (6, 7).

I.2. Définitions et cadre législatif de la prescription de médicaments en France

Dans le dictionnaire (8), la prescription est définie comme suit : « *un ordre formel, catégorique* », « *un commandement, un précepte, une règle à suivre* ».

Prescrire signifie « *donner des conseils, des ordres, recommander fermement des soins, un traitement* ».

De même, l'ordonnance correspond à « *une prescription émanant d'une autorité supérieure* » .

La définition du médicament quant à elle, est mentionnée dans l'article L.511 du code de la santé publique : « *On entend par médicament toute substance ou composition présentée comme possédant des propriétés curatives ou préventives à l'égard des maladies humaines ou animales.* »

Depuis 1972, un médicament a l'obligation d'obtenir une autorisation de mise sur le marché ou AMM pour être vendu. Celle-ci est donnée aux produits ayant fait preuve d'un effet thérapeutique et d'une sécurité à l'usage.

Plusieurs articles légifèrent la prescription de médicaments :

- Article 8 du code de déontologie médicale (article R.4127-8 du code de la santé publique) :

« Dans les limites fixées par la loi, le médecin est libre de ses prescriptions qui seront celles qu'il estime les plus appropriées en la circonstance. Il doit, sans négliger son devoir d'assistance morale, limiter ses prescriptions et ses actes à ce qui est nécessaire à la qualité, à la sécurité et à l'efficacité des soins. Il doit tenir compte des avantages, des inconvénients et des conséquences des différentes investigations et thérapeutiques possibles. »

- Article 32 du code de déontologie médicale (article R.4127-32 du code de la santé publique) :

« Dès lors qu'il a accepté de répondre à une demande, le médecin s'engage à assurer personnellement au patient des soins consciencieux, dévoués et fondés sur les données acquises de la science, en faisant appel, s'il y a lieu, à l'aide de tiers compétents. »

- Article L.162-4 du code de la sécurité sociale :

« Les médecins sont tenus, dans toutes leurs prescriptions, d'observer, dans le cadre de la législation et de la réglementation en vigueur, la plus stricte économie compatible avec l'efficacité du traitement » .

I.3. La prescription dans le cadre de la relation médecin-patient

On constate que les textes législatifs vus précédemment à propos de la prescription médicamenteuse, ne reflètent pas l'évolution de la relation entre médecin et patient et prennent peu en compte l'avis du patient dans la prescription.

Autrefois, le patient était soumis à l'autorité du médecin, seul décideur dans le cadre d'une relation paternaliste. Maintenant, celle-ci tend à être plus égalitaire, le but étant que le médecin et le patient soient partenaires dans le soin.

Les facteurs de ce changement ont été multiples. D'une part, l'accès à l'information est généralisé. D'autre part, la médecine n'a plus l'image de toute-puissance puisqu'elle ne parvient pas à guérir certaines maladies qui deviennent chroniques. Les malades ont des traitements au long cours et deviennent de fait, partenaires des médecins. Enfin, une remise en question de l'autorité médicale s'est développée.

La loi du 4 mars 2002, dite Loi Kouchner, illustre la modification de la relation entre le médecin et son patient. Le médecin est depuis lors tenu d'obtenir le consentement, donc l'accord du patient, après l'avoir informé. Le rôle du patient devient donc actif, par l'intermédiaire de l'information reçue de son médecin.

La définition du médecin généraliste de la WONCA en 2002 intègre également la notion d'autonomie, faisant ainsi état de la participation du patient dans les soins (4).

I.4. Les facteurs de prescription de médicaments

La prescription de médicaments dans le cadre d'une consultation de médecine générale est un phénomène complexe (9). Son explication exhaustive est difficile. Aussi, nous allons essayer de décrire ce que l'on sait des facteurs qui influencent le médecin et le patient dans la prescription, par l'intermédiaire de la littérature française et étrangère.

I.4.1. Les facteurs objectifs influençant le médecin

Le médecin étant le prescripteur, il est évident que ses propres déterminants font partie des facteurs pouvant influencer sa prescription (2).

Ainsi, il existe des caractéristiques propres telles que l'âge et le sexe, mais également le lieu

d'installation (zone rurale ou urbaine, ou région géographique), le type d'exercice, son parcours universitaire et professionnel antérieur, le lien avec l'industrie pharmaceutique, la participation à des formations continues, l'affiliation au secteur I ou II.

Mais plus encore, la prescription du médecin est influencée par les caractéristiques du patient (2), telles que son âge, son sexe, ses antécédents, le fait qu'il soit en ALD, son niveau socio-économique, le fait qu'il s'agisse d'un patient ancien ou nouveau, le motif de consultation (recours dans un contexte chronique, décompensation d'une pathologie, pathologie aiguë...) et le diagnostic.

Ainsi, dans le cas d'une pathologie chronique, la probabilité de se voir prescrire au moins un médicament est en outre plus élevée que dans le cas d'une pathologie aiguë.

Comme on le voit ici, les facteurs pouvant influencer la prescription du médecin sont nombreux, et dépendent entre autres de ses propres caractéristiques et de celles de son patient.

I.4.2. Les facteurs subjectifs influençant le médecin et sa prescription

Certaines études montrent que les médecins sont influencés par des facteurs de prescription qui sont parfois peu rationnels, c'est-à-dire sans raisonnement scientifique (10, 11).

I.4.2.1. La pression ressentie

Ainsi, le médecin met souvent en avant le ressenti d'une pression de la part du patient qui souhaite une prescription. Cela correspond à une demande ou une attente de médicaments, que le médecin perçoit comme étant injustifiées (12).

La pression ressentie par les médecins est une composante connue en Europe, comme en témoigne l'étude réalisée par IPSOS en 2005 sur la relation qu'entretiennent les européens avec l'ordonnance. Ce rapport témoigne d'une pression ressentie par 46% des médecins français interrogés, et par seulement 20% des médecins néerlandais.

La thèse de C. Bedel réalisée en 2002, présente une étude observationnelle, quantitative, concernant la pression de prescription de médicaments (12). Elle ne comptabilise que 23,7% de demandes explicites de prescriptions de médicaments, assimilées à une pression directe. La conclusion de l'étude est que la pression de patients ne peut expliquer à elle seule la surprescription de médicaments, point de vue également partagé par N. Britten (13).

I.4.2.2. L'influence de l'attente ressentie

L'étude réalisée par Cockburn en Australie en 1992 illustre les effets de ce que le médecin perçoit comme étant l'attente de prescription du patient. Il s'agit d'une étude quantitative dont le but est de mesurer à la fois les effets des attentes réelles des patients et des attentes perçues par le médecin, sur la prescription de médicaments (14).

Il s'avère que plus encore que l'attente du patient elle-même, c'est la perception qu'a le médecin de la demande qui est le plus gros facteur de prescription de médicaments. En effet, les patients qui avaient une attente de prescription de médicaments avaient trois fois plus de chances d'en obtenir, par contre, si le médecin pensait qu'ils attendaient une prescription, ils avaient dix fois plus de chances d'en avoir une.

L'idée, selon laquelle la perception de l'attente par le médecin constitue un facteur important de prescription, est partagée par plusieurs études (11, 15–17).

I.4.3. Evaluation de l'attente de prescription de la part du patient

1.4.3.1. Les données quantitatives

Il existe de nombreuses études dont l'objectif est de mesurer l'attente de prescription médicamenteuse des patients (16, 18–21). Il s'agit en majorité d'études quantitatives.

Selon les études, les chiffres varient de 33% à 67% pour les études étrangères.

En France, l'attente de prescription de médicaments est de 70,3% dans l'étude réalisée par Doumenc (19), et d'environ 30% dans la thèse de G. Monraizin (mais l'existence d'un biais relativise cette information) (21).

Il existe une étude qualitative réalisée par Butler au Pays de Galles (22). Celle-ci retrouve une attente de prescription d'antibiotiques chez environ un tiers des patients interrogés.

On constate une grande variabilité des chiffres ce qui rend son analyse difficile.

1.4.3.2. Les déterminants de l'attente chez le patient

L'attente de prescription de médicaments est bien réelle et il existe des déterminants pouvant influencer cette attente.

Elle augmente avec l'âge, la durée, la sévérité, la récurrence des symptômes, le niveau socio-

économique, et est influencée par la pathologie pour laquelle on vient consulter (exemple : pathologies respiratoires). Les hommes seraient plus en attente de prescription de médicaments selon l'étude de Webb (16). De même, Gillam constate des différences selon l'origine ethno-géographique en lien avec des représentations différentes (20).

On note que l'étude australienne de Cutts ne trouve pas de différences selon que les personnes habitent en ville ou à la campagne (18).

1.4.3.3. Une mauvaise évaluation des attentes de la part du médecin

La capacité des généralistes à déterminer les attentes de prescription de leur patient semble relativement faible dans plusieurs études (12, 22–25).

On peut prendre en exemple l'étude de N. Britten : un quart des patients qui attendait une prescription ne l'avait pas reçue, et un autre quart qui n'en attendait pas, en avait reçu (13). Dans l'étude de Himmel, elle n'est reconnue seulement que dans 40,7% (26).

Outre une mauvaise compréhension, celle-ci tend parfois vers une surestimation (27). L'étude française de Doumenc montre également 20% de prescriptions non attendues (19). Dans la thèse de Mauraizin, les médecins ont une estimation des attentes de prescription supérieure à celles déclarées par les patients dans les questionnaires (21).

1.4.3.4. Comment expliquer cette mauvaise évaluation ?

D'une part, les patients auraient une image plus négative des médicaments que les soignants et expriment peu leur méfiance durant la consultation. C'est une des explications avancées par N. Britten.

D'autre part, ils auraient d'autres attentes qui ne concernent pas la prescription de médicaments : une demande d'écoute (19), de réassurance (28), de diagnostic (21), d'information (22, 23, 29).

L'étude quantitative réalisée par Little retrouve chez les patients interrogés une attente de prescription de médicaments chez un quart d'entre eux (30). Par contre, ils souhaitent une approche globale de leur problème, des informations concernant leur santé, dans le cadre d'un partenariat médecin-patient.

I.5. Problématique et questions

La prescription du médecin est influencée par la perception qu'il a de l'attente des patients. Sauf que l'évaluation qu'il en a semble imprécise.

Au final, nous ne sommes pas sûrs que la prescription de médicaments soit la réponse attendue par les patients lorsqu'ils consultent. Car au vu des références auxquelles nous avons eu accès pendant la préparation du travail, il semble que les patients aient une attente moindre en terme de prescription de médicaments.

Nous avons fait le choix d'explorer les attentes de prescription de médicaments des patients en médecine générale par l'intermédiaire d'une étude qualitative. En effet, les méthodes d'investigation qualitative sont adaptées pour permettre l'exploration, la compréhension des opinions et des représentations mentales qui sous-tendent les comportements.

Nous avons donc choisi, par l'intermédiaire d'entretiens semi-directifs, de répondre à la question suivante :

« Les patients attendent-ils une prescription de médicaments lorsqu'ils consultent leur médecin traitant ? »

Il s'agit en effet d'une question que tout médecin peut être amené à se poser au cours de ses consultations.

Les objectifs secondaires que nous nous sommes fixés sont constitués de l'exploration des opinions à propos des médicaments et de la recherche de perspectives par l'intermédiaire de la relation médecin-patient.

II. MATERIEL ET METHODE

II.1. Choix de la méthode

Les méthodes de recherche qualitative sont utilisées dans les sciences humaines. Leur but est l'analyse en profondeur d'un discours ou d'un comportement.

Il y a plusieurs techniques d'enquête :

- L'observation directe ; elle permet l'analyse descriptive d'un comportement.

- Les techniques d'entretien ; elles correspondent à des interactions individuelles entre enquêteur et enquêté, produisant un discours qui est analysé. Parmi elles, il existe l'entretien libre dans lequel le sujet est très restreint et où il y a très peu de questions, l'entretien directif qui contient de nombreuses questions, dont les réponses sont soit oui, soit non, l'entretien semi-directif ou semi-dirigé, constitué de questions ouvertes permettant de centrer le discours sur différents thèmes d'un même sujet. L'entretien semi-directif est utilisé afin de compléter, d'approfondir des domaines de connaissances et de révéler la logique d'une action (31).

- La technique du focus group ; elle correspond à l'analyse du discours produit par un collectif de personnes interagissant à propos d'un sujet. Le focus group a la même fonction que l'entretien semi-dirigé.

Afin de répondre à notre question, nous avons la possibilité d'utiliser la méthode du focus group ou celle de l'entretien semi-dirigé.

La méthode du focus group présente plusieurs inconvénients, parmi lesquels une difficulté d'organisation, la nécessité d'une formation spécifique et d'une personne accompagnante dont la fonction est d'être médiateur du groupe.

Enfin Mme Fainzang, dans son ouvrage *Médicaments et société* (32) : *le patient, le médecin et l'ordonnance*, signalait la possibilité d'une attitude défensive concernant l'évocation de la consommation de médicaments. Cela aurait pu entraîner une inhibition dans le discours produit, limite connue de la méthode des focus group.

Nous avons donc choisi de réaliser des entretiens semi-dirigés, méthode qualitative qui permet de répondre aux objectifs de notre enquête.

II.2. Sélection de la population

II.2.1. Critères d'inclusion

Pour répondre à la question de notre étude qui est d'ordre général, il était important d'obtenir une variété de réponses. Pour cela, il nous a semblé nécessaire d'obtenir une population aussi variée que possible.

Les personnes incluses sont des usagers du système de soins. Cela comprend également des personnes ayant une faible fréquence de consultation auprès de leur médecin traitant. Celles-ci pourraient en effet avoir des attentes auxquelles la médecine générale ne répond pas.

Ainsi, nous avons décidé d'inclure des personnes majeures sans distinction d'âge, sans troubles cognitifs a priori. De plus, les antécédents ont été considérés comme étant des facteurs de variété et non discriminants.

II.2.2. Choix du mode d'accès aux interviewés

La question s'est posée d'un mode d'accès direct par exemple à la sortie d'une consultation de médecine générale ou dans une officine de pharmacie. Cela présentait deux inconvénients : le recrutement aurait pu être difficile du fait d'une sensation d'agression et d'inconnu. De plus, le fait de recruter à proximité d'une consultation aurait pu réduire le discours à la seule expérience de la consultation récente.

L'option du recrutement par l'intermédiaire d'un médecin constituait un biais de sélection.

Finalement nous avons opté pour un mode d'accès indirect par l'intermédiaire d'un tiers ou méthode de proche en proche. Cette méthode consiste à demander à un premier interviewé d'indiquer d'autres personnes susceptibles d'être interrogées en vue de constituer une chaîne. Puis, l'interviewé les contacte afin de nous introduire et d'obtenir leur accord de principe.

Cette méthode présente comme avantage un recrutement facile et orienté en fonction des caractéristiques potentielles en vue d'obtenir un échantillon diversifié. Les inconvénients sont constitués par :

- un risque de divulgation et de rétroactions, ce que nous avons essayé de limiter en demandant expressément à l'interviewé de ne pas s'étendre sur le contenu des

questions de l'enquête. Cela a, semble-t-il, été respecté, nous n'avons pas constaté d'éléments en faveur d'une divulgation.

- Un défaut de neutralité. Pour y pallier, les personnes incluses ne devaient pas être connues de l'enquêtrice.

II.3. Grille d'entretien

La grille d'entretien contient les questions ouvertes posées à l'enquêté. Elle comprend à la fois l'ensemble organisé des thèmes que l'on souhaite explorer et les stratégies d'intervention de l'enquêteur afin de maximiser l'information.

Les thèmes correspondent aux hypothèses formulées dans le cadre de la question, à partir de la littérature médicale et sociologique concernant les attentes des patients. Nous nous sommes également inspirés de la grille d'entretien élaborée dans la thèse de M. Audoual, *Le patient et l'ordonnance, étude qualitative à partir de 15 entretiens* (33).

Nous avons déterminé les thèmes suivants :

- Opinion concernant les médicaments (vision, consommation) ;
- Attentes vis-à-vis de son médecin en terme de prescription lors d'une consultation ;
- Expression des attentes et participation ;
- Réactions à une consultation sans prescription de médicaments ;
- Autres attentes (confiance, écoute...).

La grille d'entretien a été réévaluée plusieurs fois en fonction de l'efficacité des questions et des réponses données. La première et la dernière grilles sont reproduites en annexe.

II.4. Réalisation des entretiens

Nous avons réalisé 4 entretiens tests, le but étant de vérifier la faisabilité et l'acceptabilité de la grille d'entretien, et d'acquérir de l'expérience.

Les 4 personnes qui ont participé à ces entretiens font partie de l'entourage de l'enquêtrice. Ces entretiens n'ont été ni retranscrits, ni analysés.

Ces quatre personnes ont constitué le point de départ du recrutement.

Comme décrit précédemment, nous avons réalisé un recrutement de proche en proche. Ainsi nous avons demandé à chaque enquêté de proposer une ou deux personnes susceptibles d'être intéressées par la participation à l'étude. Ces contacts secondaires devaient être inconnus de l'enquêtrice. A la fin de l'entretien, nous chargions l'enquêté de les contacter afin de leur demander leur accord préalable à la participation. Cela a permis d'obtenir un consentement de principe. Il était demandé explicitement de ne pas révéler les questions mais de nous présenter comme une étudiante en médecine à la recherche de participants dans le cadre d'une enquête par entretien.

Secondairement, nous contactions les personnes ayant accepté l'idée d'un entretien afin de leur expliquer le déroulement et si elles étaient toujours d'accord, de prendre rendez-vous.

II.5. Modalités des entretiens

Les entretiens devaient être réalisés dans un endroit calme, de préférence au domicile de la personne interrogée. Cela a été majoritairement le cas, 1 personne a refusé pour des raisons personnelles, 4 personnes ont refusé pour des raisons pratiques et professionnelles avec des conditions d'enregistrement et d'enquête acceptables. Concernant ces quatre personnes, l'entretien a été réalisé sur les lieux de travail ou à proximité, pour une personne, celui-ci a eu lieu au domicile d'un tiers avec accord de celui-ci.

Au début de l'entretien, l'enquêtrice se présentait comme étudiante en médecine, préparant, en vue d'obtenir le titre de docteur, un travail de recherche. Elle expliquait la réalisation de celui-ci, la raison de l'enregistrement, donnait l'assurance du respect de l'anonymat, ce qui permettait d'obtenir le consentement de l'enquêté.

Les caractéristiques telles que l'âge, la catégorie socio-professionnelle étaient demandées en début ou en fin d'entretien.

Après la réalisation des entretiens, la retranscription mot pour mot était faite le plus rapidement possible afin de ne pas perdre d'information.

Les entretiens ont été réalisés jusqu'à saturation des données.

II.6. Méthode d'analyse

Dans un premier temps, une analyse longitudinale thématique du verbatim a été réalisée à la recherche d'unités de sens, ensuite, une analyse transversale qui a permis de rechercher une cohérence thématique inter-entretiens en vue d'élaborer des modèles explicatifs de représentations et de discours.

III. RESULTATS

26 entretiens ont été réalisés entre le 9 octobre 2013 et le 22 janvier 2014.

La durée minimale a été de 20 minutes, et la durée maximale de 1h23. La moyenne est de 45 minutes par entretien.

Il y a eu une perte d'informations : l'entretien 9 a été effacé par erreur informatique le jour même de l'entretien. Refaire l'entretien était impossible et aurait constitué un biais. Nous avons donc décidé de noter les thèmes et les idées principales.

III.1. Caractéristiques de la population interrogée

Les personnes interrogées sont identifiées de [1] à [26] selon l'ordre chronologique de réalisation de l'entretien de façon à les anonymiser. Les entretiens-tests sont quant à eux identifiés par une numérotation de T1 à T4.

26 personnes ont été interrogées dont les caractéristiques sont les suivantes:

- Ages : entre 24 ans [17] à 83 ans [15]. Age moyen de 52,9 ans.
- Sexe : -10 hommes [3, 4, 6, 8, 9, 13, 16, 20, 25, 26] ;
-16 femmes [1, 2, 5, 7, 10, 11, 12, 14, 15, 17, 18, 19, 21, 22, 23, 24].
- Lieu d'habitation : - 16 personnes vivent en milieu rural [1, 2, 8, 9, 11, 12, 14, 15, 16, 18, 19, 20, 21, 23, 25, 26] ;
- 3 personnes vivent en milieu semi-rural [5, 6, 22] ;
- 7 personnes en milieu urbain [3, 4, 7, 10, 13, 17, 24].

Tous les participants habitent en Ille-et-Vilaine sauf l'interviewé [4] qui vit à Auray dans le Morbihan mais travaille à Rennes.

- Vies maritales : - 19 personnes mariées [1, 2, 3, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 19, 20, 21, 22, 23, 25, 26] ;
- 1 personne célibataire [24] ;

- 1 personne veuve [15] ;
 - 1 personne pacsée [4] ;
 - 3 personnes vivant en concubinage [8, 17, 18].
- Origines géographiques : Il n'y a pas de personnes d'origine étrangère dans l'échantillon sélectionné.
 - Professions : Toutes les catégories socio-professionnelles de niveau 1 de l'INSEE sont représentées.
 - Prise de traitement dans le cadre de pathologies chroniques :
 - d'origine cardio-vasculaire : HTA [15, 19, 21, 23], cardiopathie [2, 6, 20, 24] ;
 - d'origine psychiatrique : troubles anxieux et/ou dépressifs [3, 7, 10, 14] ;
 - d'origine endocrinienne : thyroïdopathie [21], diabète non insulino-dépendant [20] ;
 - d'origine ORL : maladie de Ménière [5] ;
 - d'origine digestive : recto-colite hémorragique [18] ;
 - d'origine respiratoire : bronchopneumopathie chronique obstructive [26], fibrose pulmonaire [6].

Un tableau récapitulatif des caractéristiques est présenté en Annexe, ainsi qu'un schéma représentant le recrutement.

Tableau 1 : Répartition de la population en fonction des catégories socio-professionnelles

Catégories socio-professionnelles		Entretien	Précisions
1	Agriculteurs, exploitants	[16]	Agriculteur
2	Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	[25]	Patron d'une entreprise de couverture
3	Cadres et professions intellectuelles supérieures	[3, 13] [4]	Cadres supérieurs Juriste
4	Professions intermédiaires	[7]	Assistance sociale (milieu hospitalier- secteur public)

5	Employés	[10, 11] [14, 18, 21, 22] [17] [19]	Secrétaires ([11] secrétaire médicale) Agents administratifs Serveuse Assistante maternelle
6	Ouvriers	9]	Chauffeur-magasinier
7	Retraités	[1, 26] [2, 15] [5, 6, 8] [24]	Agriculteurs Education nationale Educateurs spécialisés Aide-soignante
8	Sans activité professionnelle	[12] [20] [23]	Congé parental (travailleuse sociale) Cessation d'activité Chômage (directrice médico-sociale)

III.2. Présentation des entretiens

La majorité des entretiens a eu lieu au domicile sauf ceux de [4, 9, 10, 11, 23] pour des raisons pratiques et professionnelles. [23] a refusé la réalisation de l'entretien à domicile pour des raisons personnelles.

Entretien 1 : Il s'agit de la voisine de T1. Elle est retraitée (ancienne agricultrice), habite à Dingé. Elle a été traitée pour une néoplasie utérine, actuellement en rémission.

Entretien 2 : Cette femme de 82 ans est la voisine de [1]. Elle est retraitée, ancienne Inspectrice de l'Education Nationale. Elle est mariée, n'a pas d'enfants.

Entretien 3 : Il s'agit du père de T2. Il a 56 ans, est cadre supérieur dans une entreprise d'électronique. Il a 3 enfants et habite à Vern sur Seiche. Il est traité dans le cadre d'un burn-out.

Entretien 4 : [4] est juriste dans un service administratif de la mairie de Rennes. Il habite à Auray, a déménagé récemment de la région parisienne. Sa compagne est assistante vétérinaire, ils n'ont pas d'enfants. L'entretien a été réalisé dans un café, en fin de journée à cause de l'éloignement de son domicile.

Entretien 5 : Il s'agit de la belle-soeur de [2]. Elle a 62 ans, habite à Combourg. Elle est une ancienne éducatrice spécialisée. Elle est divorcée, a une fille et vit seule.

Entretien 6 : Cet homme de 63 ans est le voisin de [5], il est marié, sans enfant, retraité, ancien éducateur spécialisé. Il a récemment été victime d'un infarctus du myocarde pour lequel il a bénéficié d'un pontage. Il est également atteint d'une fibrose pulmonaire.

Entretien 7 : [7] est l'épouse de [3] et la mère de T2. Elle a 56 ans et travaille comme secrétaire médicale hospitalière.

Entretien 8 : Il s'agit d'un ancien collègue de [6]. Il est depuis peu à la retraite et donc ancien éducateur spécialisé. Il habite Saint Pierre-de-Plesguen. Il est divorcé, en couple, a deux enfants et il a 62 ans.

Entretien 9 : Cet homme de 49 ans a été recruté par l'intermédiaire de T3 dont il est un des collègues. Il est chauffeur-magasinier, marié, deux enfants. L'entretien a été réalisé sur le lieu de travail. Une erreur de manipulation a provoqué la perte de l'entretien, nous avons donc noté les thèmes et sous-thèmes correspondants.

Entretien 10 : Il s'agit de la collègue de travail de [9] et de T3. Elle est secrétaire et à 43 ans. Elle a déménagé récemment de la région parisienne. Elle est mariée, a deux enfants, habite à Pacé. L'entretien a été réalisé sur le lieu de travail.

Entretien 11 : [11] a 28 ans, elle est mariée, a deux enfants et travaille comme assistante sociale dans une structure hospitalière rennaise et travaille avec [7]. Elle habite à Irodouër. Elle travaille avec [7].

Entretien 12 : [12] est une femme de 32 ans, elle est mariée à un Anglais, habite à Feins, a trois enfants. Elle est travailleur social, actuellement en congé parental. Il s'agit de la fille de [5].

Entretien 13 : Cet homme de 43 ans habite Saint Malo. C'est un collègue et un ami de [3], il est cadre supérieur également. Il est divorcé, s'est remarié, a 4 enfants de deux mariages.

Entretien 14 : Il s'agit d'une femme de 55 ans, mariée, trois enfants dont [11]. Elle est agent administratif dans un collège et habite à La Chapelle du Lou. Elle est traitée pour une hypothyroïdie.

Entretien 15 : [15] est la mère de [8] et la grand-mère de [17]. Elle habite à Saint Aubin d'Aubigné, a 83 ans, est veuve depuis 10 ans. Elle était professeure des écoles.

Entretien 16 : [16] a 49 ans. Il a une double activité d'agriculteur et de technicien agricole à La Chapelle du Lou. Il est marié et a deux enfants.

Entretien 17 : Il s'agit de la fille de [8] et la petite-fille de [15]. Elle vit en couple, a 23 ans, habite Saint Malo, et travaille comme serveuse dans un restaurant.

Entretien 18 : Il s'agit d'une amie de [11]. Elle a 28 ans, est mariée, mère d'un enfant. Elle travaille comme agent administratif à Rennes mais habite à La Chapelle du Lou. Ses antécédents sont marqués par une recto-colite hémorragique.

Entretien 19 : Il s'agit de la mère de T4. Elle a 60 ans, habite Meillac. Elle est mariée, a 4 enfants, et travaille actuellement comme assistante maternelle à domicile.

Entretien 20 : [20] est le mari de [19] et le père de T4. Il a 60 ans, est en invalidité. Il présente de multiples antécédents (fibrillation auriculaire, diabète non insulino-dépendant, arthropathie goutteuse...) pour lesquels il prend quotidiennement de nombreux médicaments.

Entretien 21 : [21] est une collègue de travail de [14], Elle habite à Saint Thurial, 57 ans, est mariée. Elle a deux enfants. Ses antécédents sont marqués par une hypothyroïdie et de l'hypertension artérielle.

Entretien 22 : [22] est la fille de [19] et [20] et la sœur de T4. Elle a 34 ans, habite Combourg. Elle est mariée, a deux enfants. Elle a été opérée récemment d'une cholécystectomie.

Entretien 23 : [23] est l'épouse de [9]. Elle a 52 ans, habite Pancé. Elle est mariée, a deux enfants. Elle est directrice médico-sociale, a déjà officié en tant que directrice de maison de retraite. Elle cherche actuellement un emploi. Ses antécédents sont marqués par une hypertension artérielle et une maladie de Crohn.

Entretien 24 : [24] est une voisine de T3. Elle a 77 ans, habite à Rennes. Elle est célibataire.

Elle est traitée dans le cadre d'un accident vasculaire cérébral et de troubles du rythme cardiaque.

Entretien 25 : [25] est l'employeur du mari de T4. Il a 40 ans, habite Meillac, est marié, a deux enfants. Il est couvreur et dirige son entreprise.

Entretien 26 : [26] est un ami de T1. Il habite à Rimou, est ancien agriculteur. Il a 78 ans, est marié. Il est traité pour une broncho-pneumopathie chronique obstructive.

III.3. Résultats de l'analyse qualitative des données

III.3.1. Opinions concernant les médicaments et leur prescription en général

III.3.1.1. Opinions sur le médicament

III.3.1.1.1. Opinions positives

Un des objectifs de l'étude est de connaître l'opinion des personnes interrogées à propos des médicaments. Nous leur avons donc posé la question suivante : « que pensez-vous des médicaments ? »

Les réponses ont montré une opinion globalement positive.

En effet, 21 personnes [1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 11, 13, 14, 16, 17, 18, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26] voient dans le médicament des éléments positifs.

Pour [1, 4, 5, 8, 13], les médicaments représentent le progrès [1, 5, 8], une évolution scientifique [4], ayant permis une amélioration de la qualité de vie [9]. Ils sont le résultat d'une technologie et d'une recherche pointues [13].

[8, homme de 62 ans] : *« Ben moi j'ai une vision plutôt positive, je pense que c'est un progrès de ces cent dernières années les médicaments en général. »*

Les médicaments sont vus comme utiles [1, 6], nécessaires [3, 25], voire indispensables [26]. Ils renvoient à une notion de besoin [4, 7, 24].

[6, homme de 63 ans] : *«le médicament moi ça me semble très utile.»*

Pour [19, femme de 60 ans], ils sont obligatoires pour guérir : *« les médicaments, t'as quelque chose, t'es bien obligé d'en prendre ou alors tu vas pas t'en sortir... »*

[26, homme de 78 ans] : *«Bien utilisé, à dose normale euh... C'est indispensable !»*

[24, femme de 77 ans] : *«Positive moi. Positive parce que... quand y a besoin.»*

6 personnes ont une vision positive grâce à leurs effets. Ceux-ci permettent de soulager [3, 22], de se sentir mieux [10], de se soigner [11, 18]. Enfin, ils sont efficaces [7, 8, 13, 23].

Les médicaments représentent une aide [22], une solution [4, 5] à un problème donné.

[3, homme de 57 ans] : *«Le médicament est nécessaire, je reste persuadé qu'il est nécessaire, nécessaire contre la douleur...»*

[10, femme de 43 ans] : *« Si y a des médicaments qui sont là pour mieux se sentir... »*

III.3.1.1.2. Opinions négatives

L'opinion des personnes interrogées n'est pour autant pas exclusivement positive.

Au contraire, 16 personnes émettent des avis négatifs concernant les médicaments soit [2, 3, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 19, 20, 23, 26].

Pour 4 personnes, les médicaments ont une utilité contestée [3, 15, 20], et la mise en place d'alternatives telles que l'activité physique ou les régimes sont préférables à la consommation de médicaments [3, 13].

[3, homme de 57 ans] : *«... je pense qu'on peut faire autrement qu'avec des médicaments... »*

L'évocation des effets indésirables fait partie de l'aspect négatif des médicaments [8, 15], et cela concerne plus particulièrement la tolérance pour [1, 19].

[8, homme de 62 ans] : *«Y a effectivement des effets qui peuvent être annexes qui sont pas forcément positifs. »*

[19, femme de 60 ans] : *C'est mitigé quoi, c'est mitigé... (...) c'est quelquefois on prend un médicament euh, ça t'arrange d'un sens, ça te dérange un peu de l'autre hein.»*

Au-delà de l'évocation des effets secondaires, on constate qu'il existe pour 7 personnes [2, 3, 10, 11, 15, 19, 20], une méfiance, un manque de confiance à l'encontre du médicament.

[15, femme de 82 ans] : *«...je pense que le médicament il devient... un peu suspect. »*

[19, femme de 60 ans] : *«Ben parce que je fais confiance au médicament sans... C'est mitigé*

quoi, c'est mitigé... »

[20, homme de 60 ans] : *«Euh, de ma personne je serais méfiant... »*

Cette méfiance s'explique par une peur qui peut être celle de l'intoxication :

[5, femme de 62 ans] : *«...j'ai peur de l'intoxication...»*

La peur peut être celle du danger que représente le médicament. Ainsi, pour deux personnes, il n'est *pas anodin* de prendre des médicaments [3, 11], voire ceux-ci peuvent aller à l'encontre de la santé :

[10, femme de 43 ans] : *«... c'est pas sain de prendre des médicaments...»*

Une personne mentionne clairement le caractère dangereux du médicament :

[11, femme de 28 ans] : *«... je fais attention déjà de les mettre hors d'accès, euh... Pour moi ça reste quelque chose qui peut nous soigner mais quelque chose qui peut être dangereux, donc je fais attention à la maison... (...) [à] les utiliser avec précaution.»*

Pour 5 personnes [5, 7 10, 14, 18], il existe également un risque ou une peur de dépendance [10, 14, 18], d' *« être accro »* [7].

[18, femme de 28 ans] : *« ... alors que moi les médicaments euh... pour moi en tout cas, faut pas que ça devienne une... une habitude en fait, quelque chose d'addict... à utiliser vraiment en cas de nécessité quoi. »*

Pour ces raisons, l'utilisation des médicaments doit donc être de courte durée pour 4 personnes [3, 10, 11, 18].

III.3.1.1.3. Influence médiatique sur la vision du médicament

5 personnes [8, 11, 12, 15, 23] ont une image négative des médicaments en lien avec l'image négative des laboratoires qui les fabriquent.

Ils sont vus comme des objets de commerce et sont suspectés d'avoir une valeur lucrative plutôt que d'apporter une amélioration à la santé de ceux qui les consomment. Ceci est évoqué par [2, 6, 8, 12, 15, 22, 25, 26] . On retrouve une problématique de consommateur actuel qui veut être maître de sa consommation et être certain de l'objet qu'il consomme, être sûr de sa provenance et de sa fiabilité.

Ainsi, des expressions entendues dans les médias telles que le *"manque de transparence"* [4] ou le problème du *"contrôle des médicaments"* [25] ont été citées.

Les médecins sont également accusés de collaborer avec les laboratoires, de recevoir des

cadeaux afin de prescrire des médicaments qui sont considérés comme inutiles [9, 12, 23].

Nous avons constaté également que des thèmes ne touchant pas forcément le médicament ont été évoqués mais ceux-ci étaient concomitants chronologiquement de faits divers ou d'affaires médiatiques telles que la question du conditionnement des médicaments [12, 15, 16, 20], l'achat de médicaments sur internet [18], l' "affaire Schumacher" [19], les décès de nouveau-nés dans le service de néonatalogie au CHU de Grenoble [21, 24]... Cela ne concerne pas la résolution de la problématique mais montre qu'une grande majorité des personnes interrogées est soumise à l'information grâce aux médias et cela peut les influencer.

Voici quelques témoignages :

[12, femme de 32 ans] : *«Euh, c'est la faute aux laboratoires. J'arrive pas à m'empêcher de penser que... de... l'appât du gain en fait, enfin bref... des fabricants, et que forcément c'est biaisé. C'est biaisé, et du coup je crois à rien, enfin c'est pas que je crois à rien, le problème c'est que j'ai peur qu'il y ait des... on va parler simplement, des mauvaises choses dans le médicament, parce que ça a coûté moins cher à fabriquer parce que ceci, parce que cela... et du coup ça me fait peur quoi... »*

[15, femme de 83 ans] : *«...je pense que le médicament il devient... un peu suspect. On n'est pas toujours sûr qu'il a été fait... pour de bonnes raisons. Et qu'on a vraiment bien vérifié avant de le mettre sur le... euh, sur le marché c'est ça, j'trouve que... (...) Les laboratoires donnent pas une image... très positive je trouve. (...) ... il y a tellement d'enjeux qui rentrent dans leur fabrication, dans leur euh... dans les... on change des médicaments parce que ceux qui existaient, ils sont tombés dans le domaine public, c'est comme pour la littérature (rires) ! Et on... et on en fait d'autres nouveaux qu'on fait payer dix fois plus cher, alors qu'il y a la même chose dedans ou à peu près, y a une partie commerciale dans le médicament... »*

Par contre, seules 2 personnes ont évoqué un scandale sanitaire tel que l'Affaire du Médiator^o [6, 21]. Une méfiance envers les vaccins a été évoquée plusieurs fois [1, 12, 19].

Pour autant huit personnes relativisent les informations données par les médias [3, 13] ou ne se sentent pas concernées [1, 5, 17, 19, 21, 25].

III.3.1.1.4. Opinions sur les effets indésirables

La question des effets secondaires se pose dans le cadre de la prescription du point de vue du

médecin mais qu'en est-il du point de vue du patient ? Entre-t-elle en ligne de compte ?

Les effets indésirables sont en lien avec la lecture de la notice contenue dans la boîte de médicaments. En effet, dix-sept personnes déclarent la lire [1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 10, 11, 12, 14, 15, 16, 19, 23, 24, 26].

Le but est de savoir, connaître, de s'informer sur le médicament, voire d'anticiper les effets indésirables pour [1, 6, 7, 12, 14, 19, 26].

[12, femme de 32 ans] : « ... *j'aime bien regarder avant quand même, si il se passe un truc, essayer d'avoir un réflexe...* »

[1, femme de 68 ans] : « ... *on savait si on avait quelque chose de travers si c'était dû ou pas dû à ça...* »

4 personnes ne lisent pas la notice, [18] parce qu'elle connaît ses médicaments et n'en voit donc pas l'utilité, [20] et [21] parce qu'elles ont eu des explications de la part de leur médecin. [17] n'en a pas eu mais souhaiterait en avoir puisqu'elle ne lit pas la notice.

Pour deux personnes [1, 19], les effets secondaires renvoient à un problème de tolérance.

[1, femme de 68 ans] : « ... *je trouve que souvent, y en a un qui détraque, l'autre qui guérit...* ».

[19, femme de 60 ans] : « ... *c'est quelquefois on prend un médicament euh, ça t'arrange d'un sens, ça te dérange un peu de l'autre hein.* »

Pour [15, femme de 83 ans], les effets nocifs des médicaments sont fréquents.

Pour [2, femme de 82 ans], les médicaments à base de plantes sont gages de sûreté : « *j'ai plus de confiance dans ce que je prendrais dans les médicaments à base de plantes, parce que je pense qu'il y a beaucoup moins d'effets secondaires...* »

Pour plusieurs personnes [6, 8, 13, 16], il y a une notion de risque aléatoire et incompressible : [13, homme de 49 ans, cadre] : « *Voilà, après je veux dire, y a des risques, y a des risques partout hein. On peut prendre la meilleure voiture du monde, la mieux équipée et avec la meilleure technologie en matière de sécurité, ça empêchera pas qu'il pourra y a avoir des accidents et l'accident est pas provoqué par la voiture qui a un bug mais par un aspect comportemental de celui qui conduit ou de l'environnement dans lequel évolue la voiture. Je pense qu'au niveau des médicaments, on a le même phénomène...* »

[16, homme de 49 ans, agriculteur] : « *Mais les effets secondaires de toute façon avec n'importe quel médicament, brouille ou quelque chose de plus costaud enfin ma façon de*

classer les choses, ça peut arriver de toute façon. C'est une réaction de... travailler avec du vivant c'est... on ne connaît jamais la réaction d'une personne vis-à-vis d'un médicament, il peut toujours y avoir une euh... une surprise ! »

Pour autant, dans l'ensemble, les effets indésirables sont une notion qui semble peu les influencer dans leur vision, voire dans leur consommation de médicaments.

Ainsi, [5, 8, 14, 16, 17, 19, 25] y voient d'abord le bénéfice attendu.

[17, femme de 23 ans] : « ... tant que j'ai pas de problème et que ça... soigne ce que j'ai après... je vais pas chercher plus loin quoi. »

[14, femme de 55 ans] : « Je retiens le côté plus positif de prendre le médicament que le côté négatif quoi. »

[8, homme de 62 ans] : « ... quand on voit des fois les effets des euh... indésirables mais quand je vois que je vais pas bien, je continue mon traitement quand même parce que c'est... c'est, bon ben c'est plus important. »

Beaucoup se déclarent peu concernés par les effets indésirables.

Soit parce qu'ils considèrent les médicaments qu'ils prennent comme non dangereux [12, 16, 23, 25] :

[12, femme de 32 ans] : « Mais parce que je vous dis c'est pas des médicaments qu'on prend qui sont... dangereux, enfin... »

Ou parce qu'ils considèrent qu'ils supportent ou réagissent bien aux médicaments [17, 26] :

[17, femme de 23 ans] : « ... je supporte assez bien les médicaments quoi en général... donc euh, voilà. »

[26, homme de 78 ans] « Alors, est-ce que c'est parce que j'en prends pas souvent, j'ai la chance que quand j'ai un traitement, les médicaments réagissent très très vite et très bien. »

Un des arguments avancé est de ne pas avoir été confronté aux effets indésirables [6, 7, 8, 11, 14, 17, 20, 21, 22] :

[8, homme de 62 ans] : « Enfin dans la réalité, j'ai pas constaté d'effets secondaires sur moi régulièrement. »

Et pour finir, beaucoup font tout simplement confiance dans la prescription de leur médecin traitant [17, 19, 20, 22, 23, 25] :

[17, femme de 23 ans] : « Non. Non pas du tout non. J'sais pas, j'ai jamais eu d'effet secondaire avec la prise de médicaments ou d'être pas bien etc... donc du coup je m'inquiète pas, je me dis si il me prescrit ça c'est que... »

[22, femme de 34 ans] : « *Euh... j'y prête pas attention en fait, à partir du moment où on me le prescrit c'est que... ça doit être euh... c'est vrai, je fais pas attention à ce côté là.* »

Certains propos permettent de mettre en évidence certaines croyances ou certaines remarques.

[4, homme de 27 ans] : « *... j'associe pas forcément euh, plus de médication concrètement à plus d'effets secondaires.* »

Pour [26] et [12], le risque d'avoir un effet indésirable augmente avec la puissance du médicament. De même, il y a dans chaque médicament un pourcentage d'"actif" et un pourcentage d'effet secondaire :

[12, femme de 32 ans] : « *Non parce que le médicament il existe parce qu'y a..., on sait qu'il va être actif à tant de pour cent enfin je suppose, les effets secondaires ça va être tant de pour cent, en théorie il devrait pas y avoir d'effets secondaires ou très peu donc voilà...* »

Pour [7], les effets secondaires, c'est « *... quelque chose de très très rare...* »

Pour [16], ce que l'on prend pour des effets secondaires peut être en réalité dû à la maladie pour laquelle on est traité : « *... je ne m'attarde pas sur l'effet secondaire du tout parce que... quand on est moins en forme, on peut toujours mettre ça sur l'effet du médicament ou un effet secondaire ou quelque chose comme ça...* »

Enfin [21], dont la mère a été traitée pendant des années avec du Médiator^o s'exprime sur les effets secondaires liés à ce médicament : « *Moi je pense d'après ce que j'ai cru comprendre, y a certaines personnes qui ont été allergiques à ça et d'autres qui n'ont pas été all... qui en ont pris et qui ont rien eu.* » On note ainsi une confusion entre allergie et effets secondaires.

On constate au vu des réponses, que dans l'ensemble, la notion d'effets indésirables peut être source de confusion. Cette notion est en lien avec la notice et souvent liée, dans les réponses données par les personnes interrogées, aux termes d'allergie et de contre-indication.

III.3.1.2. Opinions concernant la consommation de médicaments

III.3.1.2.1. Relation personnelle avec le médicament

Nous avons voulu savoir ce que chacune des personnes interrogées pense de leur consommation de médicaments.

Une phrase résume la majorité des réponses, il s'agit de « *Je ne suis pas "médicament"* » qui a été citée 5 fois [12, 13, 14, 18, 19].

[7, femme de 28 ans] : « *Mais j'ai pas le réflexe... médicament autrement.* »

[13, homme de 49 ans] : « *je suis pas un adepte de la prise de médicaments...* »

[15, femme de 82 ans] : « *j'aime pas trop prendre de médicaments, j'ai pas trop de contact avec eux...* »

[21, femme de 57 ans] : « *Moi j'abuse pas des médicaments...* »

Les autres réponses vont dans le sens d'une consommation qui est présentée sous forme minimisée :

[5, femme de 62 ans] « *...je prends pas tant que ça de médicaments au fond.* »

[8, homme de 62 ans] : « *Mais j'en prends à petites doses, je ne suis pas... je prends des médicaments mais je suis soucieux de ne pas prendre des grosses doses de médicaments.* »

[16, homme de 49 ans] : « *J'utilise très peu de médicaments, très peu, vraiment qu'en cas de nécessité euh absolue...* »

On retrouve parfois une notion de méfiance voire de répulsion

[23, femme de 52 ans] : « *J'en consomme très peu. J'ai... je... je fais une allergie psychologique aux médicaments, j'aime pas les médicaments...* »

Au final, seules 6 personnes admettent, quand même, avoir un recours régulier ou facile au médicament [5, 8, 14, 19, 20, 24], même si la frontière entre la prise de traitement en aiguë et en chronique semble un peu floue.

Citons tout de même quelques témoignages :

[8, homme de 62 ans] : « *... j'ai peut-être tendance un petit peu à somatiser, pour moi c'est pas magique mais bon les médicaments... j'ai recours régulièrement à des médicaments soit médecine traditionnelle soit des plantes, des choses comme ça.* »

[14, femme de 55 ans] : « *Voilà, c'est vrai que j'ai tendance euh... si j'ai mal quelque part à en prendre facilement.* »

[19, femme de 60 ans] a recours au médicament qu'elle connaît, à savoir le Spasfon[®] : « *Si, je fais confiance au Spasfon[®] par exemple, ça c'est une chose que je prends assez facilement (...) c'est mon médicament, celui-là je l'ai, j'le connais.* »

III.3.1.2.2. Critique de la consommation de médicaments en France

Plusieurs personnes évoquent une consommation de médicaments excessive en France [2, 6, 12, 13, 15, 16, 22, 23, 24].

Les causes de cette surconsommation sont le fait de personnes qui consultent inutilement ou

de façon excessive selon 4 personnes [2, 4, 13, 16]:

[16, homme de 49 ans] : *«Hein et je sais qu'il y a des personnes euh... je dirais complètement différentes de moi, si... si ils n'ont pas consulté leur docteur pour une petite brouille, il n'en seront pas forcément mieux, mais... pour moi j'ai à dire qu'ils y vont trop... »*

Pour d'autres, certaines personnes aiment en consommer, ce qui les rend « heureux » [23] :

[22, femme de 34 ans] : *«Il en a qui sont friands de médicaments, d'autres beaucoup moins...»*

[19, femme de 60 ans] : *« Je sais qu'il y a des personnes qui aiment bien ça, qui ont des médicaments pour un oui pour un non... »*

Au delà de la relation affective, certaines personnes auraient besoin d'avoir des médicaments sans quoi elles ne peuvent pas guérir [5, 16, 20] ou tout simplement pour être satisfaites [13, 15, 19, 22, 23].

[5, femme de 62 ans] : *«... je pense qu'il y a des gens qui ont besoin de médicaments pour euh... euh... même s'ils sont pas forcément utiles pour euh... avoir l'impression d'aller mieux peut-être je sais pas.*

[15, femme de 82 ans] : *«Y a eu des gens à aller chez un médecin parce qu'il prescrivait beaucoup de médicaments, quand ils ressortaient avec deux gros sacs de la pharmacie, ils étaient contents. Moi j'ai connu quelqu'un qui était comme ça. Du moment qu'on lui avait donné du... plein de médicaments, elle était contente.»*

De nombreuses personnes évoquent une personne de leur entourage qui stigmatise cette surconsommation et qui parfois représente une personne hypocondriaque [3, 6, 9, 12, 13, 14, 17, 19, 23, 25, 26].

Il s'agit souvent de personnes âgées qui ont des listes de médicaments importantes et pourtant ne savent pas à quoi cela correspond et pourquoi elles les prennent. Elles représentent ce qu'il ne faut pas être, à savoir une personne passive et non informée.

A ce sujet-là, une personne ne se sent pas concernée et n'a pas d'avis sur la question :

[17, femme de 23 ans] : *« ... ben j'ai l'impression que ça me concerne pas tellement, j'me vois pas... donner un avis là-dessus quoi. »*

III.3.2. Evaluation des attentes de prescription de médicaments lors d'une consultation de médecine générale

Nous pouvons les appréhender à travers les motifs de consultation, les demandes explicitées

de la part des personnes interrogées, ainsi que par leur réaction à une consultation sans prescription de médicaments.

III.3.2.1. Facteurs amenant à la consultation

Nous avons posé la question suivante : « Quelles peuvent être les raisons qui vous poussent à consulter votre médecin ? », le but étant de savoir s'il existe une attente de prescription de médicaments dès l'intention de consulter.

III.3.2.1.1. Les symptômes désagréables

La première réponse donnée et à laquelle on peut s'attendre est celle de la maladie [3, 4], avec un diagnostic mentionné ou non par la personne.

[4, homme de 27 ans] : « *Euh, quand j'ai une crève, quand j'ai une bronchite, c'est sûr que la journée devient vite un calvaire pour prendre la parole devant 30 personnes et de discuter pendant 6 heures dans un micro avec une crève d'enfer quoi. Donc euh, c'est pour ça que j'aime pas trop. Je préfère me soigner...* »

Cela peut-être une réponse plus vague : lorsqu'on a un problème [1, 13]. Le rôle du médecin est alors de résoudre ce problème.

[13, homme de 49 ans] : « *Moi j'y vais quand il y a effectivement un problème autrement j'y vais pas... »*

Les mots les plus employés se rapportent à des sensations vécues comme étant désagréables, telles que la gêne ou la douleur [3, 4, 5, 11, 14, 22]. Cela peut-être une inquiétude également [6, 14, 22] ou « *quelque chose qui va de travers* » [2].

Mais cela va au-delà du simple dérangement puisque la douleur va être qualifiée d'*insupportable* [5], *invivable* [18], ou quelque chose de *très dérangeant* [11] ou alors la gêne devient un *calvaire* [4].

Dans ce contexte, la personne qui va consulter recherche une solution pour apaiser cette douleur qu'elle ne peut supporter, et l'intensité des symptômes est telle qu'elle suppose la nécessité d'un recours au médicament.

On a peu d'éléments pouvant expliquer à partir de quand la gêne commence à être trop importante et de ce fait motive une consultation. C'est sans doute lorsqu'elle retentit sur des besoins considérés comme essentiels, le sommeil, par exemple, a été évoqué par une

personne. Quatre autres ont souligné l'importance de mener à bien leur journée de travail [4, 13, 16, 24].

[18, femme de 29 ans] : « *Donc ouais quand ça devient... invivable pour nous comme des quintes de toux comme ça là, je... je vais la voir.* »

[11, femme de 28 ans] « *Après ça dépend aussi de la toux, si c'est quelque chose de très gênant, très dérangerant, qui m'empêche de dormir, ou quoi que ce soit, là oui, je veux un traitement, faut que ça passe quoi.* »

III.3.2.1.2. Le facteur temps

L'expression [quand] « ça ne passe pas » est revenue de nombreuses fois [4, 5, 7, 14, 17, 19, 20, 26].

[26, homme de 78 ans] : « *Bon si ça passe pas faut bien aller au docteur...* »

[5] qui était malade lors de l'entretien, estimait qu'au bout de 3 jours, il était temps de faire quelque chose.

[5, femme de 62 ans] : « *Maintenant, si je sens que demain c'est pas fini, je vais voir le médecin. Ça fait trois jours donc ça va être bon quand même.* »

Pour d'autres, la durée va être de 2 jours [19] ou de 8 jours [20]. Il existe une variabilité inter-individuelle et sans doute aussi, au niveau intra-individuel, selon les symptômes ressentis.

[19, femme de 60 ans] : « *Euh... Si, si vraiment je sens que ça va pas se passer au bout de deux jours, je vais bien être obligée d'intervenir...* »

L'expression « ça ne passe pas » renvoie également à une demande d'intervention afin de faire cesser ce pourquoi on est venu consulter son médecin.

Ce d'autant plus que certains ont eu recours à l'automédication [7, 17, 18, 23].

[18, femme de 28 ans] : « *Parce que déjà j'essaye de... Avant d'y aller déjà j'essaye de me soigner par moi-même... donc quand j'y vais c'est que j'ai pas réussi...* »

[7, femme de 56 ans] : « *Je vais vraiment chez le médecin, vraiment quand j'ai plus le choix, vraiment quand j'ai épuisé mon arsenal et que ça se passe pas et vraiment il faut faire quelque chose mais je suis pas du genre à aller chez le médecin.* »

[17, femme de 23 ans] : « *... ben j'me dis que ça passe donc pour l'instant, j'ai pas besoin d'aller voir le médecin si ça passe avec le médicament que je prends, je vois pas l'intérêt d'aller voir le médecin après.* »

Devant l'échec de l'automédication, l'attente du patient est donc une guérison de la part du médecin et cela passe par d'autres médicaments que ceux utilisés.

III.3.2.1.3. Une nécessité, un besoin de consulter

4 personnes expliquent qu'elles vont consulter par obligation c'est-à-dire parce qu'elles n'ont pas le choix [7, 10], parce qu'elles ne peuvent plus faire autrement [19].

Plusieurs personnes ont mentionné la mot besoin [2, 5, 16, 19, 22, 24].

[19, femme de 60 ans] : *«Non, si t'y vas c'est que t'as besoin d'y aller. T'y vas pas, tu vas pas aller l'embêter si t'as pas besoin d'aller... T'y vas parce que t'as vraiment besoin, je pense, c'est pas... enfin moi c'est mon cas, moi j'y vais pas comme ça.»*

Il existe donc un besoin d'aller consulter. L'expliquer semble difficile, peut-être est-ce quelque chose d'inconscient. Ou comme [2] ou [16] l'expliquent, ils le savent parce qu'ils se connaissent:

[16, homme de 49 ans] : *«En général, quand le médecin me voit, c'est qu'il y a quelque chose quoi.(...) mais j'me sens, je sais comment je suis, hein et je sais si y a besoin ou pas.»*

Et pour quatre personnes [2, 16, 19, 21], ce besoin concerne directement et explicitement une attente de prescription de médicaments.

[2, femme de 82 ans] *«On attend du médecin qu'il donne un médicament parce que si on va chez le médecin, c'est qu'on pense en avoir besoin !»*

Pour [21], le fait d'être malade renvoie directement au besoin d'avoir des médicaments.

[21, femme de 57 ans] : *«Du moment qu'on est malade... on a besoin de médicaments de toute façon.»*

On note que les expressions équivalentes à *« j'y vais pas pour rien »* ou *« quand j'y vais, c'est qu'il y a quelque chose »* sont régulièrement employées [1, 13, 14, 18, 22, 23, 26], semble-t-il pour se défendre de consulter inutilement.

III.3.2.2. Les attentes des patients lors de la consultation

Qu'attendent les personnes interrogées de leur médecin lorsqu'elles le consultent, par exemple pour un problème aigu. Quel est le résultat attendu ? Cela concerne-t-il la prescription de médicaments ?

Nous avons pu prendre comme exemple pour illustrer la question, une toux, un rhume ou des signes digestifs tels que la diarrhée ou tout simplement nous leur avons demandé ce qu'elles attendent de leur médecin lorsqu'elles sont malades.

Les réponses données ont permis d'identifier des demandes de guérison, de soulagement ou d'efficacité. Les attentes des personnes interrogées peuvent correspondre à plusieurs des catégories décrites.

III.3.2.2.1. Demande de guérison

On retrouve une demande de guérison évoquée par 6 personnes [11, 19, 21, 23, 25, 26].

[21, femme de 57 ans] : *« Ben que je guérisse (rires)! Le plus rapidement possible, mais euh non, qu'est-ce que j'attends, ben j'attends les bons médicaments quoi pour euh... guérir... »*

Pour certains cela accompagne une volonté d'avoir un diagnostic, pour savoir ce qu'on a.

[11, femme de 28 ans] : *« Non parce que je pense en effet, quand on va chez le médecin, on s'attend à ce qu'on nous dise ce qu'on a et à ce qu'on nous guérisse derrière. »*

Cela permet d'avoir des médicaments adaptés.

[19, femme de 60 ans] : *« Ah ben qu'il me guérisse tout de suite. (...) Faudrait que le lendemain ça aille déjà mieux quoi, et en général, c'est ce qui se passe hein quand tu as des médicaments... adaptés à ce qui t'arrive... ».*

On constate d'autres termes qui sont synonymes de la guérison au sens d'un retour à un état de santé normal. Ainsi, on retrouve le terme « enrayer » [12].

2 personnes [4 et 14] s'attendent à être soignées, ce que l'on peut analyser comme voulant dire *guéries* au sens de la phrase et du contexte.

[4, homme de 27 ans] *« ... Donc aujourd'hui quand j'y vais, j'y vais pour une ordonnance qui me soigne... »*

[14, femme de 55 ans] *« Qu'est-ce que j'attends de lui ? Ben qu'il... ben qu'il me soigne, qu'il me donne autre chose quoi, voilà ! »*

On peut mieux comprendre par la suite des propos de [4] qui est juriste :

« ... j'ai une attente de... j'attends du médecin une obligation de moyens... ben qu'il mette tous les moyens mais aussi une obligation de résultats, je veux être soigné d'ici 3-4 jours, chose à laquelle il n'est pas tenu mais chose à laquelle je souhaite qu'il soit... Ça dépasse un peu son cadre d'exercice professionnel mais voilà... »

La demande est donc que tout rentre dans l'ordre au bout de 3-4 jours.

III.3.2.2.2. Demande d'efficacité

Ces propos peuvent également correspondre à une demande d'efficacité, c'est-à-dire que la consultation chez le médecin soit suivie d'effet. On retrouve cette demande dans les propos de

[4, 11, 13, 16, 23, 25].

Ainsi, [16] demande un "remède de cheval".

De la même façon, [4] déclare:

« Moi je voudrais que ce soit la forte dose dès le début... dans mon cas particulier, j'aimerais quand je suis malade, qu'il mette le paquet, on va dire ça comme ça ! »

Il y a une volonté d'avoir des résultats [4, 13] :

[13, homme de 49 ans] : *«... j'attends de l'efficacité. Si j'y vais dans une heure, il faut que ce soit réglé (rires). Je caricature, mais voilà j'attends, j'attends du résultat. Clairement. Oui. J'attends du résultat oui.»*

On retrouve ici une notion de rapidité, une volonté d'un retour rapide à une vie normale.

« (...) effectivement moi si je vais voir un médecin moi ce que j'attends, c'est qu'il me donne... c'est qu'il fasse un diagnostic avec un traitement derrière qui me permet d'être sur pied le plus vite possible, je prends très peu d'arrêt de travail... Et euh, moi je tiens à continuer ma vie active normalement même si y a quelque chose qui fonctionne pas tout à fait bien chez moi. »

Cette demande d'efficacité concerne une volonté de continuer à travailler pour quatre interviewés, qui sont tous des hommes. Il existe donc un facteur professionnel qui peut aboutir à une demande de prescription de médicaments afin de reprendre une activité professionnelle rapidement ou simplement de la poursuivre.

III.3.2.2.3. Demande de soulagement et de solution

Il existe d'autre part pour 5 personnes [3, 6, 17, 18, 24] une demande de soulagement.

[17, femme de 23 ans] : *«Qu'il me soulage. Ouais. Qu'il trouve ce qui va pas et que, en fonction de ça, il me donne ce qui va me calmer et ce qui va m'apaiser quoi.»*

Enfin 5 personnes [2, 6, 7, 10, 12] viennent consulter leur médecin pour trouver une solution à un problème.

On note que 7 personnes [3, 6, 11, 13, 17, 21, 24] souhaitent connaître le diagnostic avant d'avoir un traitement.

III.3.2.2.4. Attentes de prescription médicamenteuse explicites et implicites

Dans les réponses données par les personnes interrogées à la question « qu'est-ce que vous attendez de votre médecin lorsque vous le consultez pour un problème aigu ? », nous avons

retrouvé pour 14 personnes soit plus de la moitié des personnes interrogées, une attente explicite de prescription de médicaments [2, 3, 4, 7, 10, 11, 13, 16, 18, 19, 20, 21, 25, 26].

En effet, on retrouve dans les réponses les termes d'*ordonnance* [4, 7, 18], de *médicament(s)* [2, 3, 19, 20, 21, 25, 26], de *traitement* [4, 11, 13], de *remède* [16] ou de *prescrire* [10].

Dans d'autres réponses, on note des expressions qui orientent vers une attente de prescription de médicaments à savoir :

- [j'attends] « *qu'il me donne quelque chose qui me soulage* » [6] ou « *qu'il me donne ce qui va me calmer ou m'apaiser* » [17] ou encore « *qu'il me donne autre chose* » [14]. On retrouve chez d'autres personnes cette expression de la façon suivante : « *qu'il me donne un traitement* » [13] par exemple.
- [on va voir son médecin pour] « *avoir quelque chose pour être soulagée* » [24].
- [on va voir son médecin pour] « *avoir ce qu'il faut* » [7, 16, 22, 23].

Ainsi, [23, femme de 52 ans] dit : « *Voilà quoi, moi du moment que j'ai ce qu'il faut pour... je sais ce que j'ai ou que voilà et ce qu'il faut pour me guérir après... Voilà.* »

Au total, on retrouve une attente de prescription lors d'une consultation chez le médecin traitant de façon explicite ou non, c'est-à-dire sans mention de mots ayant trait à une prescription chez 19 personnes.

III.3.2.2.5. Anticipation de la prescription

10 personnes ont montré dans leur propos une anticipation de la prescription [5, 7, 8, 10, 12, 14, 17, 18, 19, 20].

[19, femme de 60 ans] : « *Ben disons que si tu as... t'as de la fièvre et que t'as mal à la gorge par exemple, ça va être des antibiotiques quoi. Après ben c'est le sirop ou des choses comme ça mais bon... savoir exactement ce qu'il va me donner...* »

Ainsi, [16] a la certitude de ce dont il a besoin :

[16, homme de 49 ans] : « *Oui mais je lui dirais en même temps, si c'est pas un antibiotique parce qu'on dit souvent « les antibiotiques c'est pas automatique », hein et ça je le conçois parfaitement pour des personnes qui vont facilement chez le... qui vont facilement consulter, mais pour une personne comme moi qui n'y va pas facilement... euh... il me faut quelque chose et si ce n'est pas un antibiotique pour moi je sais d'avance, trois jours après je n'irais pas mieux hein... »*

Ou au contraire si elles n'en ont pas besoin [5, 14].

[5, femme de 62 ans] : « ... mais je voudrais pas d'antibiotiques pour ce que j'ai actuellement, je vais peut-être m'en débrouiller autrement... »

On peut soupçonner le fait des expériences passées de prescription comme l'exprime [17] :

[17, femme de 23 ans] : « Ben je sais parce que c'est souvent les même médicaments, c'est souvent les mêmes maladies que j'ai. C'est souvent ciblé sur la gorge, euh ben quand j'ai du mal à déglutir, ben je les connais, j'ai déjà les connaissances sur les médicaments, je sais que... j'ai déjà pris ou... souvent j'ai les même symptômes quoi je... après je sais qu'il va sûrement me prescrire ça parce que la dernière fois il m'a prescrit ça donc... »

III.3.2.2.6. Expression des attentes

Nous avons eu également quelques témoignages sur la façon dont la communication s'établit entre la personne interrogée en tant que patient, et son médecin traitant afin d'obtenir une prescription de médicament.

De façon plus ou moins directe, six personnes effectuent des tentatives d'orientation de la prescription [5, 7, 8, 16, 18, 25].

[7, femme de 55 ans] : « Oui ben... j'essaye d'orienter un petit peu oui, ça marche ou ça marche pas... »

Deux personnes essayent de "faire sentir" au médecin, de par leur comportement, ce qu'elles souhaitent :

[16, homme de 49 ans] : « ... il va sentir très bien qu'il n'a pas le choix, qu'il faut que ça agisse tout de suite aussi. »

[25, homme de 40 ans] : « J'arrive chez lui un peu pressé tout le temps. Je pense qu'il doit dire, ce monsieur-là, il est pressé, on va lui donner les médicaments qui vont bien aller parce que monsieur veut être guéri très rapidement (rires). Je pense que c'est ça... »

Pour 5 personnes, le fait de demander explicitement la prescription d'un médicament en particulier est en fait considéré comme un renouvellement [7, 10, 14, 15, 22].

[7, femme de 55 ans] : « Si c'est un médicament que je connais, euh... que je sais je le prends pour ça... Enfin pour moi c'est un peu comme un renouvellement en fait. »

[22, femme de 34 ans] : « Ben oui et qu'on recom... quand on vous prescrit une pilule, tant qu'y a pas de souci, on vous la renouvelle, donc euh... Voilà, sinon j'impose pas... »

III.3.2.3. Réactions à une consultation sans prescription de médicaments

Pour évaluer l'importance qu'a la prescription de médicaments au sein d'une consultation, nous avons posé la question suivante : « Comment réagiriez-vous si une consultation se terminait sans prescription de médicaments ? »

III.3.2.3.1. Acceptation

8 personnes l'accepteraient [3, 5, 6, 8, 12, 22, 24, 25].

Principalement parce qu'elles ont confiance dans leur médecin traitant pour [5, 6, 22, 24, 25] : [5, femme de 62 ans] : «...j'accepte parce que je lui fais confiance. Et je pense qu'il est compétent.»

[25] fait également confiance à son médecin et pense utiliser les médicaments qu'il a à la maison : «Ou qu'il m'dit, les simples médicaments que j'aurais à la maison, euh je peux les utiliser, y a pas besoin d'ordonnance voilà je ... non non, j'ai tout à fait confiance en mon médecin quand même.»

[12] serait satisfaite : «Ah ben non, au contraire, moi je suis contente si je repars avec rien, ouais, carrément...»

[8] y a déjà été confronté.

[3] souhaiterait des explications.

III.3.2.3.2. Autres réactions et significations

Pour d'autres personnes, l'hypothèse d'une consultation qui se terminerait sans prescription de médicaments donne lieu à des réactions montrant une acceptation moins évidente. 4 personnes [4, 10, 11, 14] ont fait part de leur interrogation voire de leur incompréhension, se demandant comment elles allaient faire pour se soigner et/ou pour guérir.

[14, femme de 55 ans] : « Ben, je lui demanderais mais comment me soigner si il ne me donne pas de médicament, puisque si je souffre, si j'ai... »

[11] se sentirait désemparée :

[11, femme de 28 ans] : « Par rapport à moi ça va, mais par rapport aux petits, je suis plus désemparée... Oui, je me dis est-ce que ça va vraiment passer, est-ce qu'il est sûr qu'il fallait pas quelque chose... du coup ça m'est arrivé de retourner consulter une semaine après parce qu'en fin de compte, ben voilà c'était pas passé, c'était descendu plus bas et là, il fallait un traitement antibio.»

Cela amène la question : comment guérir sans médicament ?

[4, homme de 27 ans] : «... je pense que sur le coup, je ne serais pas forcément satisfait parce que si j'estime être malade, c'est que je suis malade donc c'est que je vais continuer à garder mon truc pendant quelques jours quelques semaines...»

Pour ces personnes, le médicament semble être rassurant et nécessaire pour obtenir la guérison.

Mais finalement, après réflexion, l'option d'une consultation sans prescription de médicaments pourrait être envisageable pour [10, 14] :

[10, femme de 43 ans] : « C'est à dire c'est des choses qui pourraient se soigner comme ça sans prendre de médicaments. Oui oui oui j'accepterais bien sûr. Ah mais oui ! »

Nous avons également pu comprendre dans d'autres réactions les mécanismes qui sous-tendent l'attente de prescription de médicaments.

En effet, pour [26] qui est un homme de 78 ans, une consultation sans prescription de médicament signifie qu'il n'est pas malade, il n'a donc pas besoin de médicaments.

[26] : « Je m'poserais la question si j'ai pas... mal jugé de c'que je pense être un mal, c'est que c'est pas un mal à ce moment là. »

Il y a également un rapport entre la prescription et la gravité des symptômes.

«(Silence).... Que, que... C'est que j'en sais pas trop. C'est-à-dire que si le docteur me disait que je n'ai pas besoin de médicaments c'est que le mal n'est pas grave. C'est donc qu'j'aurais mal jugé... »

Pour [2], la prescription de médicament est le reflet de l'intérêt que le médecin porte à son malade.

[2, femme de 82 ans] : «Que le médecin se désintéresse ! Ou qu'on est allé voir le médecin pour rien puisque ça n'est pas grave et qu'on en a pas besoin. Qu'on a un peu inventé. (Elle réfléchit). »

Pour elle, si un médecin ne prescrit pas de médicament à son patient, c'est qu' « il a détecté (...) un malade imaginaire ».

La prescription de médicament permet une reconnaissance de la maladie, du statut de malade et donc elle légitime le recours à la consultation.

[19, femme de 60 ans] : «Ben je sais pas si j'y vais... J'en sais rien je... J'sais pas je... Je tousse un peu et il me donne rien... C'est que j'ai été le voir pour rien, je veux dire euh... »

C'est la raison pour laquelle, plusieurs personnes se défendent de consulter inutilement [1, 15, 18, 23].

[15, femme de 82 ans] : *«Non, ça ne me poserait pas problème, si réellement j'en avais pas besoin mais j'y vais pas... dès que j'ai une petite douleur, j'y vais pas, j'y suis pas.»*

Pour [20], l'important, c'est la reconnaissance de la plainte.

[20, homme de 60 ans] : *«Euh, ne consultant pas trop facilement, là peut-être que... je suis... je me plains pour rien et ça j'aurais dû mal à le prendre... comprendre quoi. Mais de ne pas avoir d'ordonnance, ce n'est pas le fait là, c'est qu'on me dise ben vous avez rien, ça, ça me dérangerait plus et de ressortir sans ordonnance derrière, non.»*

On constate également la notion d'un besoin de médicament ressenti comme étant indispensable comme [16] le mentionne :

[16, homme de 49 ans] : *« ... mais que lorsque j'en ai un réel besoin, il me faut à tout prix quelque chose... »*

Au final, 3 personnes [7, 16, 18] refuseraient qu'une consultation se termine sans prescription de médicaments, cela leur semble inenvisageable parce qu'elles estiment en avoir besoin.

Pour [16], cela s'apparente à un refus de soin.

[7, femme de 55 ans] : *«Non parce que quand j'y vais c'est vraiment que... voilà il me faut quelque chose, ça va plus, j'y arrive plus, il faut quelque chose pour me soulager donc euh.. voilà.»*

[16, homme de 49 ans] : *« Ah oui, je me dirais il a pas voulu me traiter parce que je sais que personnellement j'ai quelque chose qui fait que je sois... vu, impérativement.»*

[18, femme de 28 ans] : *« Sans médicaments alors... (elle réfléchit)... Euh... Ben non pour moi c'est pas envisageable. Non. (...) Ouais. Parce que déjà j'essaye de... Avant d'y aller déjà j'essaye de me soigner par moi-même... donc quand j'y vais c'est que j'ai pas réussi et si je ressors du cabinet sans ordonnance, là non, c'est pas envisageable ! (Rires)»*

[13, homme de 49 ans] n'ayant pas été confronté à la situation, est sans opinion.

III.3.2.3.3. Conditions d'acceptation

Aux personnes ayant des réticences, nous avons posé la question de savoir à quelles conditions elles pourraient accepter une consultation sans prescription de médicaments.

Pour [2], il est important de reconnaître la plainte du patient.

4 personnes [8, 15, 20, 23] souhaiteraient avoir des explications et 4 autres personnes [21, 24,

25, 26] se conformeraient ou feraient confiance à la décision du médecin.

[3] et [4] pensent qu'il est important d'exprimer son désaccord au médecin.

III.3.2.4. L'option d'une ordonnance de conseils

De la même façon, nous avons posé la question de la réalisation d'une ordonnance de conseils en substitution de celle d'une ordonnance de médicaments.

Cette question a été diversement envisagée et comprise.

Il en ressort que 11 personnes pourraient accepter cette solution [3, 4, 14, 16, 17, 18, 19, 20, 22, 23, 26].

Pour [20] et [23], « *c'est toujours bon à prendre* ».

[23, femme de 52 ans] : « *Ben si y a d'autres solutions pour se soigner que les médicaments, oui je suis pas contre hein, au contraire ça m'arrange, donc non je suis pas contre.* »

[16] fait un amalgame ordonnance de kinésithérapie et ordonnance de conseils.

Finalement, pour lui et pour [18], les conseils restent indissociables d'une prescription de médicaments.

[18, femme de 28 ans] : « *Faut s'imaginer déjà qu'un médecin puisse donner des conseils sans donner de médicaments...* »

Et donc cela reste peu envisageable, en tout cas en substitution d'une prescription de médicaments.

Mais pour certaines, il existe des conditions.

Pour 4 personnes [3, 14, 17, 22], il existe la même demande d'efficacité que dans la prescription.

[3, homme de 49 ans] : « *Si ça me permet d'aller mieux. Si j'applique les conseils et que derrière je vais mieux, oui, je dirai oui. J'ai jamais été dans cette situation-là. Donc c'est difficile de dire.* »

L'efficacité correspond même à une des caractéristiques du médecin traitant selon [17].

[17, femme de 23 ans] : « *Ben... me dire que ça fait deux... enfin ouais, ça fait une semaine qu'il m'a fait... qu'il m'a donné des conseils et que je les applique pendant une semaine et que rien ne se passe, c'est... d'un côté énervant, du coup on se demande à quoi il sert si c'est pas pour nous soulager ou...* »

On constate que dans les propos recueillis auprès de [3], il y a une difficulté à imaginer la

situation du fait de ne pas y avoir été confronté.

Pour [4] et [19], il faut que les conseils soient adaptés à la pathologie.

III.3.3. Importance de la relation médecin-malade

Que la consultation aboutisse ou non à la prescription de médicaments, il reste que celle-ci constitue la rencontre des deux acteurs que sont le médecin traitant et le patient.

Et donc, la prescription de médicaments si elle a lieu, se fait dans le cadre d'une relation médecin-malade dont les caractéristiques et les qualités influencent celle-ci.

La question est de savoir ce qui intervient dans le cadre de la prescription.

En évaluant ce qui semble important au patient lors d'une consultation et de sa rencontre avec son médecin traitant, on peut imaginer ce qui peut remplacer la prescription de médicaments.

III.3.3.1. Importance de la connaissance de son patient

On retrouve dans 17 entretiens, l'expression « *il me connaît* » [3, 5, 6, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 26] en parlant de la connaissance qu'a leur médecin traitant d'eux-mêmes, de leur histoire, de leur parcours, de leurs caractéristiques.

La connaissance du patient nécessite du temps. Le médecin et le patient apprennent à se connaître. Il prend alors tout son rôle de référent dans l'histoire du malade.

[6, homme de 63 ans] : « *Parce que simplement lui il me connaît mieux, il va savoir exactement dans quel état je suis, il va savoir tout de suite... j'sais pas, si il écoute le cœur, les poumons pour vérifier, il sait tout de suite ce que j'ai il sait que j'ai une fibrose, que j'ai un problème cardiaque tandis qu'un remplaçant, il va falloir qu'il... que je le mette un peu au courant, que je lui raconte ce que j'ai eu... C'est plus compl... c'est plus simple de voir mon médecin traitant dans ce cas-là.* »

Cette connaissance du patient a une relation avec la prescription de médicaments pour [5, 6, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 19, 21].

En effet, le médecin traitant selon [5, 13, 16] connaît implicitement les attentes des patients selon leur caractéristiques.

[14, femme de 55 ans] : « *Il me connaît, il connaît, voilà, il sait souvent pourquoi je vais*

consulter... »

[13, homme de 49 ans] : « ... elle le sait implicitement maintenant parce qu'elle me connaît, mais effectivement moi si je vais voir un médecin moi ce que j'attends, c'est qu'il me donne... c'est qu'il fasse un diagnostic avec un traitement derrière qui me permet d'être sur pied le plus vite possible. »

Et cela permet d'adapter sa prescription au patient pour [5, 6, 15, 19, 20, 21, 26].

[6, homme de 63 ans] : « ... je sais pas parce que je lui fais confiance, je sais que lui va me donner les ch... les médicaments qui me sont nécessaires... »

[21, femme de 57 ans] : « Mmh mmh, je pense parce qu'il sait très bien que je suis pas très médicament, donc il m'en donne pas des tonnes, il me donne juste pour me guérir et ça s'arrête là. »

Plus encore, le lien parfois affectif qui lie le patient à son médecin traitant engendre la projection de la capacité qu'a le médecin à résoudre les problèmes, à s'adapter aux besoins du patient en fonction de son vécu. Le témoignage de [5] résume cette projection.

[5, femme de 62 ans] : « Il faut que je sois debout il le sait bien. Il sait bien que je vais pas pouvoir rester couchée comme ça deux ou trois jours, que ça va pas me convenir ça. Si je vais le voir demain parce que ça va pas, il va me dire « je vais vous remettre sur pied »... (...) Oui parce qu'il me connaît ! C'est ça le rôle du médecin, je pense que quand il connaît son patient, il a pas... Là j'ai de la chance d'avoir un médecin qui me connaît bien. Qui sait comment je fonctionne, 20 ans quand même ! C'est pas rien ! D'accompagnement d'un malade, dans tous mes déboires physiques et mentaux et moraux et psy et tout ce que vous voulez... Euh, oui il va savoir m'accompagner demain, si il me donne un antibiotique pour que je reste debout, ben je vais le prendre... »

Le contre-exemple est le médecin remplaçant. Celui-ci ne connaissant pas bien le patient qu'il a en face de lui, peut ne pas avoir une prescription adaptée [19, 20].

[19, femme de 60 ans] : « Oui voilà, je pense que si on voit un médecin pour la première fois, on va plus appréhender parce que il te connaît pas, tu le connais pas enfin, tu te demandes... (...) Ben disons j'ai peur qu'il me donne des médicaments un peu trop puissants ou un peu trop.... j'sais pas comment expliquer ça, c'est difficile (rires) ! »

Finalement, la connaissance mutuelle qu'ont le médecin traitant et le patient l'un de l'autre est un élément rassurant de la consultation et un pilier de la relation médecin-malade. Ceci

explique pour certains le refus de voir un autre médecin que leur médecin traitant lorsque celui-ci est remplacé.

III.3.3.2. Importance de l'écoute

L'écoute est un élément nécessaire à la consultation pour de nombreuses personnes [2, 3, 6, 8, 10, 12, 15, 17, 19, 21, 22, 26].

Pour 6 personnes, c'est la base du métier de médecin [2, 9, 12, 19, 21, 23]. Comment soigner si on ne sait pas ce que le patient a à dire ?

[19, femme de 60 ans] : « ... le temps de t'écouter et le temps de... ben c'est qu'il fait son métier à fond quoi. »

[12, femme de 32 ans] : « Ben de toute façon pour savoir ce qui se passe euh ça va être difficile de faire autrement quoi. Mais je pense que si on se sent pas entendu, si on a pas réussi à dire ce qu'on avait besoin de dire, on va pas voir le psy hein c'est pas le problème hein. Je pense voilà, j'ai mal au ventre machin, je dis j'ai mal au ventre et on minimise... ça m'aide pas du tout à pas avoir mal au ventre je crois, vraiment pas... Enfin c'est basique hein vraiment. »

Pour autant, l'écoute a plusieurs définitions selon les personnes interrogées.

Pour 8 personnes, il s'agit de l'intérêt que le médecin porte à son patient [3, 6, 8, 10, 12, 17, 21, 22]. Le patient doit être au centre de l'attention. Il est venu consulter pour un problème le concernant et c'est sa personne qui compte, pas le contexte économique.

[8, homme de 62 ans] : « Quand je vais voir le médecin euh..., pour moi le plus important c'est qu'il s'occupe de moi donc euh... parce que j'ai eu un médecin qui me parlait du trou de la sécurité sociale, ça me gonflait tellement que je me suis dit... c'est pas pour parler des problèmes de santé (rires) en général ! C'est pour moi, bon c'est un petit peu de façon... pas égoïste mais bon..., donc c'est important mais bon quand moi je vais voir mon médecin, ben c'est... pour ma santé. »

Cette attention permet de poser les questions et donc d'obtenir des réponses [17, 18, 26].

[17, femme de 23 ans] : « Voilà, et répondre à nos questions, à nos attentes, pas que forcément diagnostiquer ce qu'on a et voilà et nous donner des médicaments et au revoir. Je pense attendre plus... ouais d'une consultation chez un médecin, qu'on puisse poser carte sur table et que si on a des questions à lui poser... ben qu'il y ait pas de souci, qu'il y réponde... »

Pour cela, il faut dans un premier temps « être à l'aise », être dans un *climat de confiance* [4, 14, 15, 17, 18, 19, 20, 21, 22].

[14, femme de 55 ans] : « ... *c'est très important, si on n'est pas à l'aise avec son médecin... si je suis pas à l'aise avec lui, je vais avoir du mal à lui parler, à lui dire ce que je ressens... »*

L'écoute ne correspond pas à un état passif mais à un échange, un partage [3, 10, 14, 15, 16, 22], et donc constitue ce que l'on appelle de l'écoute active. Il peut s'agir là d'un réconfort :

[14, femme de 55 ans] «*Oui, oui, il est à l'écoute, mais quelquefois j'aimerais qu'il parle plus, c'est ce que je vous disais... et je trouve que quelquefois il ne parle peut-être pas assez.* -Qu'est-ce que vous aimeriez qu'il vous dise ? [14] : *Qu'il me conforte dans mon idée de ce que je pense ! »*

En dehors de ce à quoi correspond l'écoute, il y a aussi ses conséquences.

Plusieurs personnes s'accordent à souligner l'importance de l'écoute, par les effets positifs qu'elle procure [3, 6, 8, 12, 19, 22, 26].

[26, homme de 78 ans] : « *L'écoute pour moi c'est indispensable. On peut pas avoir de bons (il bafouille) de bons résultats si on a pas une bonne écoute... »*

[22, femme de 34 ans] : « ... *j'ai toujours eu de l'écoute et puis... et ça fait du bien... (...) ... il faut qu'il m'écoute pour que je puisse lui faire confiance et qu'à la fin je sois guérie... »*

Pour 3 personnes [3, 6, 19], une prescription de médicaments ne remplace pas l'écoute, voire même celle-ci semble plus importante.

[3, homme de 57 ans] : «*... simplement écouter quoi, écouter ce que les gens ont à dire. Pas être forcément dans « t'as mal, je te fais une ordonnance », puis basta quoi.»*

[6] : « ... *mais y a des médecins, c'est vrai, on a l'impression parfois qu'ils vous écoutent... distraitement, je vous donne des médicaments puis au revoir Monsieur...»*

Pour autant, 4 personnes n'en ressentent pas le besoin [13, 23, 24, 25] et "*ne vont pas chez le médecin comme ils vont chez le psychologue*".

III.3.3.3. Importance de la participation dans la prescription

III.3.3.3.1. Volonté de savoir

De nombreuses personnes souhaitent avoir des explications sur la prescription des médicaments ou sur le diagnostic [1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 11, 13, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 24, 26].

Elles peuvent être considérées comme normales, voire indispensables [1, 4, 8, 16, 22, 24, 26], « *Même si c'est : "vous somatisez" »* selon [8].

Cela correspond à une revendication, dans le cadre d'un droit que possède la malade.

[5, femme de 62 ans] : « ... *c'est ma santé, je veux comprendre.* »

Les explications peuvent même avoir pour fonction de justifier la légitimité de la consultation ou de la prescription [3, 7, 8, 15, 16, 19, 26].

[11, femme de 28 ans] « *Je veux savoir pourquoi on me donne des médicaments. Parce que si on me prescrit des médicaments et qu'on me dit pas... ce que j'ai, je vois pas..., pour moi c'est pas justifié... »*

III.3.3.3.2. Participation à la décision de prescrire

Pour la majorité des personnes interrogées, la décision de prescription revient au médecin, cela en raison d'un manque de connaissance, donc d'une reconnaissance de la compétence du médecin généraliste [4, 6, 7, 9, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 22, 23, 25, 26].

[14, femme de 55 ans] : « *Ben, moi je lui fais confiance. Ça ne me dérange pas du tout ce qu'il me met quoi, non, moi je oui oui... moi je lui fais entièrement confiance.* »

[16, homme de 49 ans] : « *Je n'ai pas suffisamment la connaissance et je... je vais pas dire que je suis obligé mais j'accorde confiance au médecin traitant même que c'est un remplaçant, je lui accorde confiance, je l'ai mis en garde... et puis il me consulte et... c'est lui qui est maître d'œuvre. Et je m'y soumetts.* »

[17, femme de 23 ans] « ... *il a plus de connaissances du coup euh que moi sur... sur comment guérir ça etc... quel médicament prescrire, après non, ouais non... (...) Non ben non. Non franchement non. J'sais pas après... qu'il me demande mon avis, en fait moi je me dis que si il me dit ça enfin...moi je vois même pas qu'il me demande même pas mon avis parce que si il me dit ça, il a des raisons de me le dire parce que... j'vais pas essayer de... comprendre ou*

d'analyser et puis du coup, je vais l'écouter et je vais faire bêtement ce qu'il me dit quoi. »

Ce dernier témoignage montre malgré tout une frustration liée à cette position de passivité.

Pour autant, certaines personnes ne souhaitent pas complètement être inactives [3, 5, 7, 9, 12, 15, 23].

[5, femme de 62 ans] : « ... *je suis pas quelqu'un d'inactif, du tout dans le soin. »*

Pour [3] et [9], il est important de *laisser le choix*.

Pour d'autres [7, 12, 15, 16, 23], il s'agit simplement de prendre en compte l'avis du patient ou de répondre à ses attentes :

[16, homme de 49 ans] : « ... *ça m'est égal de ce qu'il me prescrive, le principal c'est que ça me fasse tenir debout... »*

[7, femme de 52 ans] : « ... *on discute quand même mais au final c'est quand même elle qui a le dernier mot. - Vous aimeriez avoir le dernier mot ? [7] :J'avoue. - Pourquoi ? [7] :Ben parce que je sais ce dont j'ai envie quoi... Je sais bien que c'est elle le médecin mais mon avis compte quand même.»*

Avec parfois, la volonté d'adapter les prescriptions quantitativement.

[23, femme de 52 ans] : « *Ça m'arrive. Ça m'arrive... quand on me dit « ben voilà je vais vous mettre ça ou ça », je dis ben est-ce qu'on peut pas en mettre moins ou... Ça m'arrive oui... »*

III.3.3.4. Importance de la confiance

Ce terme de confiance est un terme récurrent dans de nombreux témoignages, notamment ceux que nous avons parfois utilisés dans les paragraphes précédents.

Il s'agit d'une qualité importante dans la relation qu'on lie avec son médecin, mais en fait ce terme peut renvoyer à plusieurs niveaux de confiance.

On retrouve le fait d'*être en confiance* ou d'*avoir confiance* qui renvoie à une notion de sécurité, d'assurance.

Ce qui est le cas notamment lorsque les personnes interrogées expriment leur confiance dans la prescription [6, 14, 21, 22, 24] et plus largement dans la compétence du médecin traitant [1, 5, 6, 7, 8, 9, 13, 14, 16, 17, 20, 21, 22, 23, 25, 26].

[13, homme de 49 ans] « ... *il faut que ça soit une relation de confiance, parce que si on a pas confiance en un médecin, on fait pas confiance quelque part à sa compétence... »*

[16, homme de 49 ans] : « ... *c'est remettre notre corps à une personne qui va gérer notre propre corps euh le faire tenir et lui le docteur, il a fait ses études, il a ses bouquins, il connaît*

la médecine actuelle et on est obligé de lui accorder, enfin obligé, pas obligé mais je lui accorde une confiance parce que il a fait des études pour c'est son domaine et c'est lui le maître d'œuvre... »

Il faut que le médecin ait démontré sa compétence, résolu les problèmes qu'on attendait de lui pour qu'une relation de confiance s'installe, avec le temps.

[25, homme de 40 ans] : *« Oui à partir du moment où il a trouvé le bon remède on va dire... Ben oui, j'suis... à partir du moment où on est pas déçu de son médecin, j'pense que la confiance... ça devient une confiance. »*

Pour d'autres, la confiance renvoie à la fiabilité morale du médecin :

[18, femme de 28 ans] : *« Elle (la confiance) a quand même un lien, c'est pas forcément... le médecin peut être compétent et on peut ne pas avoir confiance mais y a quand même un lien parce que pour moi un médecin c'est quand même une personne de confiance... »*

Le lien qui se crée devient presque affectif, voire amical [12, 19, 20, 23].

[26, homme de 78 ans] : *« ... quand on a été bien confiant, on est pas des grands amis, mais on est des amis. »*

Et ce lien peut également avoir des vertus thérapeutiques, tel le remède-médecin décrit par le Dr Balint :

[5, femme de 62 ans] : *« C'est très important la confiance entre le médecin et son patient. Pour moi ça fait partie de la guérison aussi. »*

IV. DISCUSSION

IV.1. Discussion sur la méthode de recherche

Nous nous sommes efforcés, à travers une méthode qui nous semble adaptée, de limiter les biais. Cependant, comme le précise M. Blanchet dans un ouvrage sur les entretiens (31) : «La reconnaissance d'un biais n'est pas la marque de l'invalidité d'une méthode mais au contraire la condition pour que cette méthode atteigne un statut scientifique.»

Nous allons ainsi identifier les biais, les limites mais également ce qui nous semble être les forces de notre travail.

IV.1.1. Les forces

IV.1.1.1. Forces de la méthode

Le choix de la méthode qualitative est adapté aux objectifs de notre étude qui étaient de connaître les attentes de prescription de médicaments de la part d'un patient qui consulte son médecin traitant ainsi que les facteurs qui peuvent influencer cette attente.

En effet, l'utilisation d'une étude qualitative permet une étude des phénomènes humains et sociaux. Cela explique que les études qualitatives soient de plus en plus utilisées dans le cadre de la médecine générale, s'agissant d'une discipline résolument sociale.

L'utilisation d'entretiens semi-dirigés semblait alors la méthode d'exploration la plus adaptée dans le sens où elle permet l'analyse et la compréhension des comportements humains de façon plus poussée que ne le ferait un questionnaire, à travers les propos des interviewés.

Le choix d'une méthode de recrutement par tiers ou méthode dite « boule de neige » cumule plusieurs avantages. D'une part, cela évite la sélection par l'intermédiaire du médecin traitant, ce qui aurait constitué selon nous, un biais en soi. D'autre part, cela facilite la prise de contact, l'intervention d'un tiers mettant en confiance la personne que l'on souhaite interroger. Pour finir, cela permet d'orienter le recrutement en vue de favoriser la variété des personnes interrogées en terme de caractéristiques socio-professionnelles, d'âge...

La grille d'entretien a été élaborée suite aux lectures effectuées sur le sujet. Elle a été remaniée une première fois à la fin des 4 entretiens préparatoires puis a évolué progressivement jusqu'à l'obtention d'une grille de lecture finale utilisée pour les derniers entretiens.

Les entretiens ont été menés jusqu'à saturation des données c'est-à-dire jusqu'à ce qu'il n'y ait plus de nouveaux éléments à propos des différents thèmes.

Nous avons essayé d'adopter une attitude rigoureuse dans toutes les étapes de cette étude, à savoir la retranscription littérale de chaque entretien, suivie de plusieurs lectures. Des unités de sens ont ainsi pu être dégagées permettant l'identification de thèmes, de sous-thèmes répondant à la problématique. Une importance toute particulière a été accordée au respect de la parole des personnes interrogées qui nous ont accordé leur confiance.

IV.1.1.2. Forces des résultats

La population sélectionnée a été relativement variée en termes de classe d'âge, et de mode de vie, avec des personnes exerçant ou ayant exercé des activités professionnelles assez différentes. Au niveau médical, il existait aussi une grande hétérogénéité entre les participants : certaines personnes n'avaient aucun problème de santé alors que d'autres étaient porteuses de maladies chroniques ou avaient des antécédents variés.

La diversité des antécédents contribue à la variété des expériences de la relation médecin-patient, les propos recueillis des personnes interrogées ont été de ce fait riches et complémentaires.

IV.1.2. Biais et limites

IV.1.2.1. Liés à la méthode

L'inconvénient des études qualitatives reste l'absence de généralisation des données obtenues du fait de la difficulté à obtenir une population représentative. Inclure un nombre de personnes équivalent aux échantillons des études qualitatives serait extrêmement long et fastidieux. D'ailleurs, l'intérêt ne réside pas dans le nombre mais dans la variété des personnes incluses et de leur point de vue.

Au niveau de la méthode choisie, le fait d'interroger des personnes à distance de toute consultation chez son médecin traitant peut être reproché et peut constituer un biais. Pourtant,

comme l'explique L. Esman dans son étude (34), « *l'appel à la mémoire des patients permet de stigmatiser le fond de sa relation à la prescription en se détachant du détail* ».

IV.1.2.2. Biais lié à l'enquêteur

IV.1.2.2.1. Biais d'intervention

La réalisation d'entretiens semi-qualitatifs peut être à certains égards difficile. Il faut par exemple conserver une attitude neutre mais compréhensive et empathique afin de mettre en confiance, effectuer des relances sans pour autant orienter la personne interrogée dans ses propos ou au contraire recadrer les propos en cas de hors-sujets... Compte tenu de l'inexpérience de l'auteure, on ne peut pas exclure ce biais et cela peut expliquer l'abondance de matériel recueilli. Pour autant, on peut penser qu'une certaine compétence a pu être acquise au vu du nombre d'entretiens réalisés.

IV.1.2.2.2. Biais de sélection

La sélection des personnes interrogées a été non aléatoire et basée sur le volontariat, ce qui peut constituer un biais en soi.

De plus, on constate que la population sélectionnée est en majorité féminine et rurale. On peut relativiser cette constatation dans le sens où, plusieurs personnes interrogées vivant en milieu rural, ont habité à plus ou moins long terme en région parisienne [2, 4, 6, 12] ou travaillent en ville [4, 18]. Par contre, l'absence de personnes d'origine étrangère est regrettable et constitue l'un des éléments qui montre que l'échantillon sélectionné n'est pas représentatif de la population française.

IV.1.2.2.3. Biais liés à la méthode d'analyse et d'interprétation

Le respect de la rigueur lors de ce type de démarche permet de limiter les biais. C'est ce que nous nous sommes efforcés de faire.

Pour s'assurer de la validité interne des résultats c'est-à-dire de leur fiabilité, on procède habituellement à une triangulation des résultats et des sources. Cela revient à comparer les résultats de deux techniques (par exemple observations et entretiens-semi-dirigés) ou de deux sources de données. Pour des raisons de faisabilité, il nous a été impossible de réaliser ce type de triangulation.

IV.2. Discussion des résultats

L'étude réalisée a permis de répondre à la question suivante : « est-ce que les personnes consultant leur médecin traitant attendent des médicaments ? » La réponse est positive dans de nombreux cas mais ne peut se limiter à une réponse dichotomique oui/non.

L'étude qualitative que nous avons réalisée permet en partie d'expliquer la signification accordée à la prescription de médicaments.

Nous allons donc procéder à l'analyse des résultats obtenus grâce à la réalisation des entretiens en les confrontant autant que possible aux connaissances existantes.

IV.2.1. Des opinions contrastées concernant les médicaments

N. Britten estime que la vision qu'ont les patients des médicaments exerce une influence sur l'attente de prescription. Selon elle, les patients auraient une vision plutôt négative (35).

IV.2.1.1. Une vision ambivalente

On constate une ambivalence dans les propos des interviewés et cela de plusieurs façons. Le médicament correspond au terme initial *Pharmakon*, c'est-à-dire qu'il est à la fois remède et poison. Il guérit mais renvoie également à une notion de danger et d'intoxication.

Pour certains, le médicament constitue un progrès, une évolution scientifique. Mais il représente pour plusieurs interviewés l'aspect mercantile de l'industrie pharmaceutique (32).

On peut citer en exemple les propos de [15], qui est une femme de 83 ans : «...*je pense que le médicament il devient... un peu suspect. On n'est pas toujours sûr qu'il a été fait... pour de bonnes raisons. Et qu'on a vraiment bien vérifié avant de le mettre sur le... euh, sur le marché c'est ça, j'trouve que... (...) Les laboratoires donnent pas une image... très positive je trouve. (...) ... il y a tellement d'enjeux qui rentrent dans leur fabrication, dans leur euh... dans les... on change des médicaments parce que ceux qui existaient, ils sont tombés dans le domaine public, c'est comme pour la littérature (rires) ! Et on... et on en fait d'autres nouveaux qu'on fait payer dix fois plus cher, alors qu'il y a la même chose dedans ou à peu près, y a une partie commerciale dans le médicament... »*

On retrouve donc à la fois de la confiance et de la méfiance vis-à-vis des médicaments.

IV.2.1.2. L'influence médiatique

On constate une influence médiatique à travers des expressions utilisées telles que *"manque de transparence"* ou *"problème du contrôle du médicament"* ou l'évocation de faits divers concomitants à la réalisation des entretiens. Nous pensions avant de réaliser l'étude que l'influence des médias se mesurerait par l'évocation d' "affaires" de scandales pharmaceutiques telles que celle du Médiator^o ou de la pilule de 3ème génération. Seules 2 personnes en ont parlé de façon vague et 3 personnes ont évoqué leur méfiance envers les vaccins. La thèse de L.Gontard va dans le même sens : les patients font d'abord confiance à la prescription de leur médecin traitant plutôt qu'aux médias (36).

IV.2.1.3. L'influence des effets secondaires

Nous avons également posé une question relative aux effets indésirables car ils semblaient être une cause de méfiance dans plusieurs études (35, 37, 38). Là encore, les propos des interviewés montrent une certaine distance soit parce qu'ils n'y ont jamais été confrontés ou parce qu'ils estiment "bien réagir" aux médicaments, ou encore parce qu'ils font confiance à la prescription de leur médecin. Ils privilégient le bénéfice de la prise plutôt que le risque.

La notion d'effets indésirables est donc une notion essentiellement médicale qui influence peu les interviewés dans leur opinion (39).

IV.2.2 Explications de l'attente de prescription des médicaments

IV.2.2.1. Représentation de la maladie

La question « A partir de quel moment allez-vous chez le médecin ? » permet d'évaluer le seuil à partir duquel a lieu la consultation.

Il s'agit d'une sensation désagréable, douloureuse et/ou inquiétante qui dure depuis plus ou moins longtemps et qui retentit sur la vie professionnelle, familiale ou personnelle. Selon les interviewés, la somme plus ou moins partielle de ces éléments motive une consultation.

Cette description permet de dessiner les contours de ce que représente la maladie. On peut ainsi supposer que la maladie ne doit ou ne peut pas retentir sur les besoins considérés comme élémentaires tels que le sommeil, sans quoi elle est jugée inacceptable ou insupportable.

On peut penser que cette conception de la maladie est en accord avec la société dans laquelle on vit (40), c'est-à-dire une société où le temps est une notion importante et où il est demandé

d'être efficace, ce qui explique l'argument professionnel utilisé par certains interviewés.

A travers la représentation que l'on se fait de la maladie, on distingue une conception de ce que doit être la santé : ne pas avoir de gêne qui empêcherait d'avoir une vie normale. Aballéa décrit les choses ainsi (40) : « *plus une conception de la santé est extensive, plus le recours au système de santé est important* ». C'est-à-dire que si on considère que la santé correspond à la plénitude de soi, la notion de besoin de santé est augmentée. Il s'agit d'un argument expliquant la médicalisation de maux bénins.

IV.2.2.2. La prescription, reflet de la fonction du médecin

Lorsque les interviewés vont consulter, ils demandent à leur médecin de les guérir, de les soulager, de les soigner, bref d'être actif. [4] qui est un juriste de 27 ans parle même d'une obligation de résultat : « *... j'attends du médecin une obligation de moyens... ben qu'il mette tous les moyens mais aussi une obligation de résultats, je veux être soigné d'ici 3-4 jours, chose à laquelle il n'est pas tenu mais chose à laquelle je souhaite qu'il le soit...* ».

La fonction du médecin consiste à guérir, soulager, soigner. Ce qui fait dire à Benoist que le médicament est le symbole du pouvoir de guérir du médecin (41).

Voir le médecin autrement que dans l'action semble difficile. S'il ne soulage pas, « *on se demande à quoi il sert...* » selon [17] à propos d'une ordonnance de conseils.

Cela rejoint les explications de l'anthropologue F. Laplantine (42). Selon lui, le modèle qui domine notre système de santé est étiologico-thérapeutique : l'identification d'une maladie est suivie de sa prise en charge thérapeutique de façon active.

Certains propos contre-balencent néanmoins la vision d'une médecine uniquement interventionniste. Plusieurs personnes revendiquent une attitude préventive par l'adoption de mesures hygiéno-diététiques [3, 13] ou privilégient dans leur discours une approche plus attentiste par rapport à la maladie [12, 23].

IV.2.2.3. Fonctions de la prescription dans la consultation

Le fait de prescrire revêt plusieurs significations auprès des patients. L'éventualité d'une consultation sans prescription de médicaments permet de mieux les appréhender.

Une des réactions obtenue a été l'incompréhension voire l'inquiétude. Il semble que pour certains, le médicament représente le médiateur ou l'objet transitionnel nécessaire et rassurant, permettant la guérison.

De plus, la prescription de médicaments matérialise le lien qui existe entre le patient et son médecin. Elle représente l'intérêt que le médecin porte à son patient et montre donc qu'il reconnaît sa plainte (22). Ainsi, comme l'exprime [2] qui est une femme de 82 ans, si le médecin ne prescrit pas, c'est qu'il se désintéresse de son patient.

Enfin, la prescription légitime le statut de malade (43). Par extension, elle donne raison au patient d'être venu consulter. Ainsi, si le médecin ne prescrit pas, c'est qu'il a affaire à des « faux-malades » ou à des « malades imaginaires » selon [2]. Pour d'autres, cela signifie que le patient a mal évalué la nécessité d'une consultation, parce qu'en réalité il n'est pas malade. [19, femme de 60 ans] : « *Ben je sais pas si j'y vais... J'en sais rien je... J'sais pas je... Je tousse un peu et il me donne rien... C'est que j'ai été le voir pour rien, je veux dire ...* ».

IV.2.2.4. Explications sur la notion de besoin

Nous avons constaté l'importance de la notion de besoin, soit par l'utilisation du mot besoin ou par l'intermédiaire d'expressions telles que « *il me faut quelque chose* » .

Le besoin individuel est difficile à analyser clairement car il s'agit d'une notion subjective et probablement inconsciente.

L'analyse des propos qui s'y rapporte nous permet d'envisager quelques explications.

Comme le dit [21], qui est une femme de 57 ans, « *Du moment qu'on est malade... on a besoin de médicaments de toute façon.* » Le fait d'être malade implique nécessairement d'avoir des médicaments.

L'utilisation du mot besoin permet de justifier le bien-fondé du recours à la consultation. On peut prendre l'exemple des propos de [19] qui est une femme de 60 ans : « *T'y vas parce que t'as vraiment besoin, je pense, c'est pas... enfin moi c'est mon cas, moi j'y vais pas comme ça.* » De la même façon, on retrouve des expressions telles que « *j'y vais pas pour rien* » ou

« si j'y vais, c'est qu'il y a quelque chose ».

Comme le signale S. Fainzang, la surconsommation de médicaments et le fait de consulter inutilement sont des attitudes stigmatisées par la société, représentées ici par les personnes âgées. Cela entraîne « *une attitude défensive des patients* » qui ont « *l'envie d'être conformes aux attentes de la médecine et de jouer à la fois le rôle de bon patient et du bon citoyen* » (32).

Pour finir, on peut avoir une idée de ce dont on a besoin pour y avoir été déjà confronté. Cela renvoie la notion d'anticipation de la prescription. C'est ce qu'illustrent les propos de [19] : « *Ben disons que si tu as... t'as de la fièvre et que t'as mal à la gorge par exemple, ça va être des antibiotiques quoi. Après ben c'est le sirop ou des choses comme ça...* ». A. Véga l'explique de la façon suivante : la prescription légitime la consultation et le statut de malade et donc incite à consulter de nouveau en cas de symptômes similaires (44).

IV.2.3. Importance de la relation médecin-malade dans la prescription de médicaments

La prescription de médicaments s'effectue dans le cadre de l'interaction entre le patient et son médecin.

A travers les réponses obtenues, nous avons découvert certains aspects de la relation. Ceux-ci peuvent avoir un lien avec la prescription et même constituer une perspective d'évolution.

Il est à noter que nos recherches n'ont pas toujours permis de retrouver des références corroborant notre point de vue.

IV.2.3.1. Attente d'une relation de qualité avec son médecin

Certaines personnes insistent sur l'importance et la qualité de la relation qui les lie à leur médecin. La définition d'une relation de qualité varie selon les personnes. Elle semble comprendre dans des proportions variables, de la confiance et de la connaissance mutuelle.

L'étude nous a permis de comprendre un peu mieux la signification de ces termes et à travers eux, ce que les patients attendent de leur médecin.

La confiance est un terme générique recouvrant plusieurs significations. Etymologiquement,

la confiance vient du mot latin *confidentia* qui signifie : espérance ferme que l'on peut avoir en une personne ou une chose.

Dans notre étude, cela renvoie d'une part à l'assurance des compétences techniques de son médecin, d'autre part, celui-ci étant parfois qualifié de *personne de confiance*, à la valeur morale qui lui est attribuée. Et puis, il y a la relation de confiance que l'on peut décrire comme étant un lien quasi affectif, voire amical avec son médecin.

La confiance peut se forger au fil du temps, ce qui la rapproche de la connaissance mutuelle. Celle-ci constitue le reflet de l'histoire commune qu'ont le patient et son médecin. Elle permet de simplifier la consultation : selon eux, le médecin connaît ainsi implicitement les attentes de son patient, ce qui lui permet de s'adapter.

Une relation de qualité a des répercussions sur la prescription. On constate, notamment à travers la question portant sur l'éventualité d'une consultation sans prescription de médicaments, que la confiance et la connaissance mutuelle permettent l'acceptation de cette option chez plusieurs personnes. On peut ainsi penser, qu'à travers la relation de confiance, le médecin traitant est plus à même de faire évoluer la représentation qu'ont les patients de la prescription.

En même temps, la confiance étant basée sur la compétence, il y a un risque que le médecin soit cantonné à la fonction qu'on lui attribue (45), c'est-à-dire de guérir, ainsi que le laisse supposer cette citation de [25, homme de 40 ans] : « *Oui à partir du moment où il a trouvé le bon remède on va dire... Ben oui, j'suis... à partir du moment où on est pas déçu de son médecin, j'pense que la confiance... ça devient une confiance.* »

IV.2.3.2. Attente d'une attitude d'écoute de la part du médecin

Beaucoup attendent de l'écoute vis-à-vis de leur médecin.

Là aussi, l'écoute correspond à différentes notions selon les personnes. L'écoute, c'est l'attention et l'intérêt que le médecin porte à son patient, ce qui permet une reconnaissance de la plainte. C'est également un échange assurant un climat favorable aux explications.

Certains estiment même que l'écoute est plus importante que la prescription de médicaments. On peut y voir la même fonction de reconnaissance de la plainte que la prescription, ce qui favorise la guérison selon [22].

IV.2.3.3. Les effets thérapeutiques de la relation médecin-malade

Ce que l'on perçoit à travers l'importance de la relation médecin-malade, c'est que celle-ci renvoie à des demandes, voire à des besoins.

La confiance et la connaissance correspondent à une demande voire à un besoin de réassurance. Cela peut effectivement sembler important quand on est malade et inquiet. L'écoute, quant à elle, permet une reconnaissance de la plainte. A travers elle, le patient demande à être au centre de l'attention du médecin : *« Quand je vais voir mon médecin euh..., pour moi le plus important c'est qu'il s'occupe de moi donc euh... »* [8, homme de 63 ans].

Certaines personnes ont fait part du bénéfice apporté par une relation médecin-malade de qualité que ce soit grâce à la confiance ou à l'écoute. Cela correspond à ce que le Dr Balint a décrit comme étant l'effet remède-médecin (46).

La prescription de médicament n'est donc pas le seul élément thérapeutique efficace de la consultation, ce qui rejoint les conclusions de l'étude réalisée par Moreau. Celle-ci quantifie l'efficacité thérapeutique d'une relation médecin-malade de qualité, associée à des soins « cognitifs » (information verbale ou écrite) et « émotionnels » (réassurance, écoute active et empathique...) (47). Les effets sont mesurables puisqu'on constate une diminution de la prescription de médicaments ou de la probabilité de reconsultation.

IV.2.3.4. Evaluation du souhait de participation des patients

La question à propos de la participation s'inscrit dans une modification de la relation médecin-patient en faveur d'un rôle plus actif du patient (48, 49).

Globalement, les interviewés estiment que cela ne relève pas de leur compétence mais de celle du médecin, notamment en ce qui concerne la prescription.

On constate néanmoins une volonté de savoir, notamment par l'intermédiaire de la lecture de la notice et de la demande d'explications. En effet, s'approprier un savoir permet de rééquilibrer la relation. Et puis, il s'agit d'une revendication, d'un droit, comme le dit [5], qui est une femme de 62 ans : *« ... c'est ma santé, je veux comprendre. »*

Concernant la décision de prescrire, même si certains se défendent de vouloir participer, certains éléments viennent nuancer leurs propos.

Ainsi, on peut noter une certaine frustration vis-à-vis de la toute-puissance du médecin et de sa propre passivité dans les propos de [17] qui est une femme de 23 ans : *« si il me dit ça, il a des raisons de me le dire parce que... j'vais pas essayer de... comprendre ou d'analyser et puis du coup, je vais l'écouter et je vais faire bêtement ce qu'il me dit quoi. »*

D'autres souhaiteraient que leur avis ou leurs attentes soient pris en compte. De plus, certaines attitudes sont adoptées dans le but d'orienter le médecin dans le sens de leurs attentes. Sans l'énoncer clairement, cela peut exprimer leurs souhaits concernant la prise en charge. On retient le témoignage de [25] qui est un homme de 40 ans : *« J'arrive chez lui un peu pressé tout le temps. Je pense qu'il doit dire, ce monsieur-là, il est pressé, on va lui donner les médicaments qui vont bien aller parce que monsieur veut être guéri très rapidement (rires). »*

On le voit ici, les patients peuvent avoir une idée de ce qu'ils veulent, ou de ce dont ils ont besoin. Ils ont une expérience de la prescription, ce qui leur permet d'anticiper et d'avoir un avis. C'est peut-être aussi cela que les médecins ressentent comme étant de la pression.

Selon Esman, il faut que les médecins apprennent à transformer ce qui est ressenti comme une pression en une participation construite et constructive (34). Cela rejoint les conclusions de l'étude de Matthys (50), qui montrent que l'expression verbale des attentes en début de consultation diminue la prescription tout en apportant une satisfaction au patient (51).

CONCLUSION

Les patients attendent-ils une prescription de médicaments lorsqu'ils consultent leur médecin traitant ? Il s'agit d'une question que tout médecin peut être amené à se poser : connaître les attentes de ses patients permet d'une part, d'y apporter une réponse, d'autre part d'envisager des changements, notamment dans le contexte actuel de surprescription.

Selon nous, il existe une attente réelle de prescription de médicaments de la part des patients et il y a à cela plusieurs raisons.

Cela correspond à la représentation de la maladie et donc de la médecine, qui se doit d'être active voire curative.

D'autre part, la prescription de médicaments a plusieurs significations dans la consultation. Outre sa fonction de guérison, elle permet de reconnaître la plainte, confère ainsi au patient le statut de malade et légitime sa venue en consultation.

Mais la relation médecin-patient ne se résume pas à la prescription. Nous avons pu nous rendre compte de l'importance que revêt le lien entretenu avec le médecin. Celui-ci n'est pas vu comme effecteur d'ordonnance mais comme le témoin d'une vie, le référent médical. Et cette relation a des vertus thérapeutiques, elle rassure, elle peut même guérir, c'est ce que le Dr Balint a appelé le remède-médecin (46).

D'autre part, les témoignages des participants mettent en évidence un besoin de reconnaissance de leur personne, une demande de considération, au-delà de toute prescription. Ainsi, une attitude empathique, d'écoute, centrée sur le patient permet également de reconnaître la plainte, ce qui lui semble être important.

Nous en concluons donc qu'une relation médecin-patient de qualité peut avoir les mêmes fonctions qu'une prescription et peut même remplacer la prescription de médicaments.

Il convient néanmoins d'approfondir et de développer la notion de reconnaissance de la plainte à travers la relation médecin-patient afin de la mettre en pratique. Il est de toute façon important d'inclure le patient en tant que partenaire dans la recherche d'une efficacité médicale car comme le dit A. Froment, cardiologue : « *C'est dans la subjectivité du soigné qu'est vécu le mal. C'est dans cette subjectivité que réside la culture ultime du soin* (52). »

NOM et Prénom : SALACROUP Marieke

TITRE DE LA THESE

**LA PRESCRIPTION DE MEDICAMENTS EN MEDECINE GENERALE :
ATTENTES, REPRESENTATIONS ET PERSPECTIVES**

Etude qualitative à partir de 26 entretiens semi-dirigés

Rennes, le 19/09/2014

Vu et permis d'imprimer

Le Président de jury

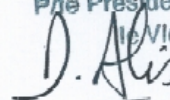


Professeur B. GROSBOIS
Service de Médecine Interne
Pôle AUMIG
CHU Rennes - Hôpital Sud
Tél. 02 99 26 71 28 - Fax : 02 99 26 71 98

29 SEP. 2014

**Le Président de l'Université
de Rennes1**

**Pfe Président et par délégation
Vice-Président**



G. CATHELINÉAU

BIBLIOGRAPHIE

1. IPSOS SANTE pour la CNAMTS, *Le rapport des Français et des Européens à l'ordonnance et aux médicaments*. Oct 2005. P.6.
2. AMAR. E, PEREIRA C. *Les prescriptions des médecins généralistes et leurs déterminants*. DREES : Etudes et résultats n°440, 2005
3. SCHWARTZ RK, SOUMERAI SB, AVORN J. *Physician motivations for nonscientific drug prescribing*. *Soc Sci Med*. 1989; 28 (6) : 577-82
4. Congrès de la WONCA Europe. La définition européenne de la médecine générale - médecine de famille. In ; 2002. p.52
5. LE GARREC MA, KOUBI M, FENINA A. *60 années de dépenses de santé : une rétropolation des comptes de la santé de 1950 à 2010*. DREES : Etudes et résultats n°831, 2013.
6. OMS. Médicaments : usage rationnel. Rapport de la conférence d'experts [Internet]. [cité le 24 mars 2014]. <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s21286fr/s21286fr.pdf>
7. HAS Rapport d'orientation: *Développement de la prescription non médicamenteuse validée*- Avril 2002
8. PRESCRIPTION : Définition de PRESCRIPTION [Internet]. [cité 25 mars 2014]. Disponible sur: <http://www.cnrtl.fr>
9. MEZERETTE B. *Les acteurs de la surconsommation de médicaments en France* [Thèse Pharmacie]. Rennes; 2012. P.150
10. *Rationalité et irrationalité à l'origine du mésusage des médicaments* [Internet]. [cité 25 mars 2014]. Disponible sur: <http://www.hcsp.fr>
11. BRITTEN N, UKOUMUNNE O. *The influence of patients' hopes of receiving a prescription on doctors' perceptions and the decision to prescribe: a questionnaire survey*. *BMJ*. 1997; 315 (7121): 1506-10.

12. BEDEL C. *Pression de prescription: étude de 599 consultations auprès de 4 médecins généralistes* [Thèse Médecine Générale]. Toulouse III; 2002.
13. BRITTEN N. *Patients' demands for prescriptions in primary care*. BMJ. 1995; 310 (6987): 1084-5.
14. COCKBURN J, PIT S. *Prescribing behaviour in clinical practice: patients' expectations and doctors' perceptions of patient's expectations- a questionnaire study*. Br Med J. 1997; 315: 520-3.
15. LITTLE P, DORWARD M, WARNER G, STEPHENS K, SENIOR J, MOORE M. *Importance of patient pressure and perceived pressure and perceived medical need for investigations, referral, and prescribing in primary care: nested observational study*. BMJ. 21 févr 2004; 328 (7437): 444.
16. WEBB S, LLOYD M. *Prescribing and referral in general practice: a study of patients' expectations and doctors' actions*. Br J Gen Pract. 1994; (44): 165-9.
17. BRITTEN N. *Patients' expectations of consultations*. Br Med J. 2004; 326: 416-7.
18. CUTTS C, TETTS S. *Do rural consumers expect a prescription from their GP visit? Investigation of patient's expectation for a prescription and doctors' prescribing decisions in rural Australia*. Aust J Rural Health. 2005; 13: 43-50.
19. DOUMENC M. *Que perçoit le médecin de l'attente de son patient?* Rev Prat- Médecine Générale. 1994; 8 (260): 41-8.
20. GILLAM S. *Sociocultural differences in patients' expectations at consultations for upper respiratory tract infection*. J R Coll Gen Pract. 1987; 37: 205-6.
21. MAURAIZIN G. *La prescription médicamenteuse en médecine générale: attentes des patients, perceptions des médecins et comportements associés* [Thèse de Médecine]. Université Toulouse III; 2007.
22. BUTLER CC, ROLLNICK S, PILL R, MAGGS-RAPPORT F, STOTT N. *Understanding the culture of prescribing: qualitative study of general practitioners' and patients' perceptions of antibiotics for sore throats*. Br Med J. 1998; 317: 636-42.

23. VON FERBER L, KÖSTER I, PRÜSS U. *Patient variables associated with expectations for prescriptions and general practitioners' prescribing behaviour: an observational study*. *Pharmacoepidemiol Drug Saf*. 2002; 11 (4): 291-9.
24. LADO E, VACARIZA M, FERNANDEZ-GONZALEZ C, GESTAL-OTERO JJ, FIGUEIRAS A. *Influence exerted on drug prescribing by patients' attitudes and expectations and by doctors' perception of such expectations: a cohort and nested case-control study*. *J Eval Clin Pract*. 2008; 14: 453-9.
25. ALTINER A, KNAUFA, MOEBES J, SIELK M, WILM S. *Acute cough: a qualitative analysis of how GPs manage the consultation when patients explicitly or implicitly expect antibiotic prescriptions*. *Fam Pract*. 2004; 21: 500-6.
26. HIMMEL W, LIPPERT-URBANK E, KOCHER M. *Are patients more satisfied when they receive a prescription? The effect of patient expectations in general practice*. *Scand J Prim Care*. 1997; 15: 118-22.
27. MARTIN E, RUSSEL D, GOODWIN S, CHAPMAN R, NORTH M, SHERIDAN P. *Why patients consult and what happens when they do*. *Br Med J*. 1991; 303: 289-92.
28. SENAND R, CHAMBONET J, LEAUTE S. *Esquisse par des patients de leur médecin généraliste: une enquête d'opinions auprès de la clientèle de 19 médecins généralistes*. *Rev Prat- Médecine Générale*. 1995; 318 (9): 65-70.
29. LERVY B, CLAYTON S. *Drug prescribing: some patients' views*. *J R Coll Gen Pract*. 1986; (36): 169-70.
30. LITTLE P, EVERITT H, WILLIAMSON I, WARNER G, MOORE M, GOULD C, et al. *Preferences of patients for patient centred approach to consultation in primary care: observationnal study*. *Br Med J*. 2001; 322: 1-7.
31. BLANCHET A, GOTMAN A. *L'entretien*. Armand Colin. 2012. 126 p.
32. FAINZANG S. *Médicaments et société: le patient, le médecin et l'ordonnance*. Presses Universitaires de France; 2001. 164 p.
33. AUDOUAL M. *Les patients et l'ordonnance, étude qualitative à partir de 15 entretiens*. [Thèse Médecine générale]. Lyon I ; 2008.

34. ESMAN L, OUSTRIC S, MICHOT M, VIDAL M, NICODEME R, ARLET P. *Rôle du patient dans la rédaction de l'ordonnance en médecine générale*. Rev Prat- Médecine Générale. 2006; 20 (732/733): 594-6.
35. BRITTEN N, STEVENSON F, GAFARANGA J, BARRY C, BRADLEY C. *The expression of aversion to medicines in general practice consultations*. Soc Sci Med. 2004; 59:1 495-503.
36. GONTARD S. *Les médias, les médicaments et les patients: étude qualitative à partir de 15 entretiens semi dirigés* [Thèse de Médecine]. Lyon I; 2013.
37. VAN DER GEEST S, REYNOLDS WHYTE S. *Popularités et scepticisme: opinions contrastées sur les médicaments*. Anthropol Sociétés. 2003; 22 (2): 97-117.
38. RAMSTRÖM H, AFANDI S, ELOFSSON K, PETERSSON S. *Differences in beliefs between patients and pharmaceutical specialists regarding medications*. Patient Educ Couns. 62 (244-245).
39. BROSSET L. *La confiance du patient en son médicament, poids du médecin traitant et influence des médias dans cette relation* [Thèse de Médecine]. Nantes; 2013.
40. ABALLEA F. *Le besoin de santé: les déterminants sociaux de la consommation*. 1987. 270 p.
41. BENOIST. *A propos du rapport entre dimension technique et médiation symbolique dans le médicament*. Thérapeutiques Savoirs Usages. 1999; 353-94.
42. LAPLANTINE F. *Anthropologie de la maladie: étude ethnologique des systèmes de représentations étiologiques et thérapeutiques dans la société occidentale contemporaine*. Payot; 1993. 411 p.
43. STIMSON GV. *Doctor-patient interaction and some problems for prescribing*. J R Coll Gen Pract. 1976; (26 suppl. 1): 88-96.
44. VEGA A. *Le partage des responsabilités en médecine: une approche socio-anthropologique des pratiques soignantes*. 2011 août p. 200.
45. ROSMAN S. *Les pratiques de prescription des médecins généralistes. Une étude*

- sociologique entre la France et les Pays-Bas*. In *Singuliers généralistes, sociologie de la médecine générale*. Presses de l'EHESP. 2010. p. 117-131.
46. BALINT M. *Le Médecin, son malade et la maladie*. Payot; 1996. 418 p.
 47. MOREAU A, BOUSSAGEON R, GIRIER P, FIGEON S. *Efficacité thérapeutique de l'« effet médecin » en soins primaires*. Presses Médicales. 2006; 35: 967-73.
 48. COX K, BRITTEN N, HOOPER R, WHITE P. *Patients' involvement in decisions about medicines: GPs' perceptions of their preferences*. Br J Gen Pract. 57: 777-84.
 49. COULTER A, Jenkinson C. *European patients' views on the responsiveness of health systems and healthcare providers*. Eur J Public Health. 2005; 15 (4): 355-60.
 50. MATTHYS J, ELWYN G, VAN NULAND M, VAN MAELE G. *Patients' ideas, concerns, and expectations (ICE) in general practice: impact on prescribing*. Br J Gen Pract. 2009; 58: 29-36.
 51. TREADWAY J. *Patient satisfaction and the content of general practice consultations*. J R Coll Gen Pract. 1983; 33: 769-71.
 52. FROMENT A. *Médecine scientifique et médecine soignante*. Edition des Archives contemporaines. 2001. 267 p.
 53. BENSING J. *Brindging the gap. The separate worlds of evidence-based medicine and patient-centered medicine*. Patient Educ Couns. 2000; 39: 17-25.
 54. BERAUD C. *Petite encyclopédie critique du médicament*. Edition de l'Atelier. 2002. 384 p.
 55. CHARRA E. *Représentations et vécu des patients à propos de la non-prescription médicale: étude qualitative à partir de 4 focus groups* [Thèse de Médecine générale]. Lyon 1; 2012.
 56. COLLIN J. *Observance et fonctions symboliques du médicament*. Gérontologie Société. 1 déc 2002; n° 103 (4): 141-59.
 57. FAINZANG S. *Les médicaments: des prescriptions aux usages*. 2002. 122 p.

58. AKRICH M. *Petite anthropologie du médicament*. Tech Cult. (25-26):129-57.
59. GAUTHIER B. *Recherche sociale: De la problématique à la collecte des données*. PUQ; 2009. 782 p.
60. MANNONI P. *Les représentations sociales*. Presses Universitaires de France. 2008. 127p.

Glossaire

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

ALD : Affection Longue Durée

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

WONCA : World Organisation of Family Doctors

HTA : Hypertension artérielle

DNID : Diabète non insulino-dépendant

HBP : Hypertrophie bénigne de la prostate

FA : Fibrillation auriculaire

BPCO : Broncho-pneumopathie chronique obstructive

HAS : Haute Autorité de Santé

ANNEXES

Annexe 1 : Guide d'entretien initial

Présentation personnelle, présentation du travail.

Préciser qu'il s'agit d'un contexte de pathologies aiguës variées si besoin (contexte par exemple de gastro-entérite, de douleurs, de problèmes dermatologiques...)

Présentation de la personne (âge, métier, statut marital et familial...)

1) Médicaments :

-Définition

-Vision positive/négative ? Pourquoi ? (Scandales pharmaceutiques?...)

-Influence des effets secondaires ?

-Consommation, habitudes

2) Attentes vis-à-vis de son médecin traitant lors d'une consultation (problème aigu, exemple) en terme de prescription de médicaments :

-A partir de quel moment allez-vous consulter votre médecin ?

-Qu'attendez-vous de lui lorsque vous consultez votre médecin ?

-Attendez-vous une prescription de médicament (exemple de problème si besoin) ?

3) Expression des attentes et participation

Faites-vous part de vos attentes à votre médecin traitant ?

Souhaitez-vous participer à la prescription ?

Demandez-vous des médicaments à votre médecin ?

4) Consultation sans prescription de médicaments

Vous est-il déjà arrivé de sortir de consultation sans prescription de médicaments ?

Si oui, quelle a été votre réaction ?

Si non, quelle serait votre réaction ?

Vous est-il déjà arrivé de sortir de consultation avec une prescription de médicaments alors que vous n'en attendiez pas ?

Que pensez-vous d'une ordonnance de conseils ?

5) Autres attentes de la consultation

Attendez-vous autres choses qu'une prescription dans la consultation ?

Si pas d'évocation : Attendez-vous de l'écoute ? De l'autonomie ? Des explications...

Annexe 2 : Grille d'entretien finale

PRESENTATION :

- de l'entretien (but, description générale), réalisation de l'entretien (préciser le fait que cela soit enregistré, demander l'accord du participant)
- professionnelle et personnelle de l'enquêtrice

OPINION :

- utilisation/ consommation
- habitudes : notice, automédication...
- opinions concernant les médicaments (influence des effets indésirables, médias...) : Qu'en pensez-vous... ? => + ou -

ATTENTES ET MEDICAMENTS :

A partir de quel moment allez-vous consulter le médecin traitant ?
 Qu'attendez-vous de lui/ d'elle ?
 Avant de consulter, avez-vous une idée de ce que le médecin va vous prescrire ? Pourquoi ?

Que pensez-vous de l'idée de sortir de consultation sans prescription de médicaments ?
 Y avez-vous déjà été confronté ?
 A quelles conditions pourriez-vous l'accepter ?
 Que pensez-vous d'une ordonnance de conseils en remplacement d'une prescription ? A
 quelles conditions pourriez-vous l'accepter ?

PRESCRIPTION DE MEDICAMENTS

Quelles sont vos attentes concernant la prescription ? Et de la part de votre médecin ?
 (Information ? Efficacité ? Sécurité ?...)
 L'exprimez-vous à votre médecin ? Votre médecin connaît-il vos attentes ?
 Souhaitez-vous participer à la rédaction de l'ordonnance ?

AUTRES ATTENTES

Quelles sont vos attentes vis-à-vis de votre médecin ? (écoute, compréhension, confiance, compétence...)
 Définition de la confiance ?
 Qu'est-ce qui vous semble important ?

La place du médicament en France, en médecine générale ?

INTERROGATIONS, REMARQUES, ANECDOTES

Données administratives. Notes personnelles concernant l'entretien

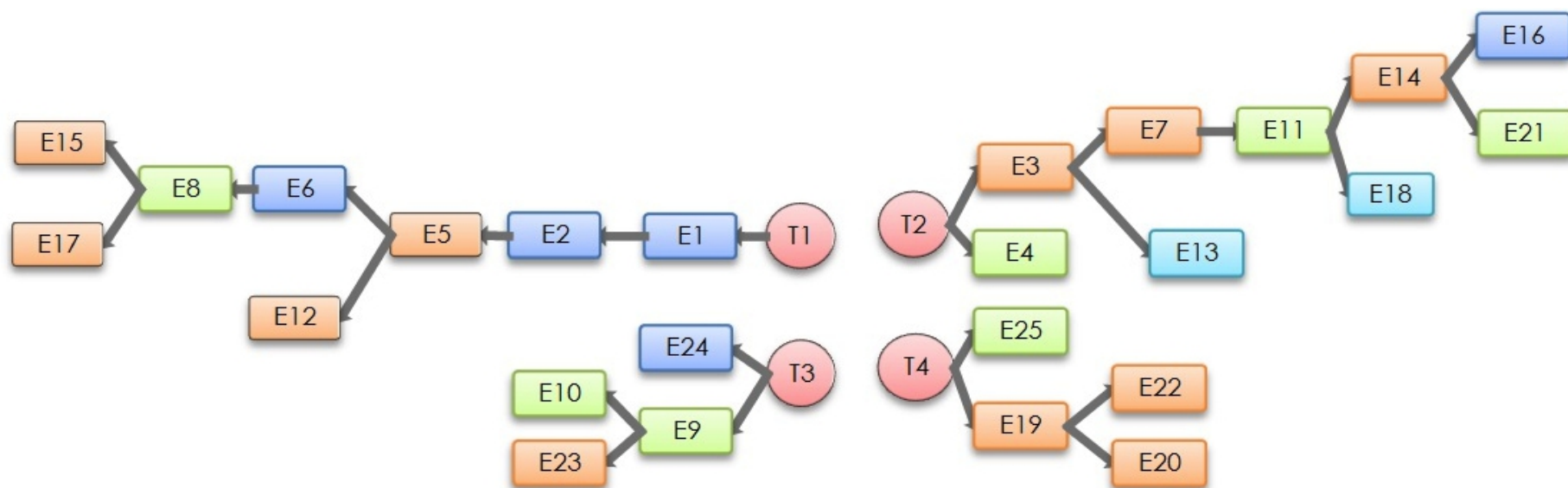
Annexe 3 : Tableau récapitulatif des caractéristiques des personnes interrogées

Entretien	Sexe	Age	Statut	Activité	Habitat	Commune	Antécédents	Traitement chronique	Durée de l'entretien
1	F	68	Mariée, 3 enfants	Retraitée (agricultrice)	Rural	Dingé	Néoplasie de l'utérus		20 min
2	F	82	Mariée	Retraitée (éducation nationale)	Rural	Dingé	Cardiopathie, lombalgies,...	Kardégic°	1h 23 min
3	H	57	Marié, 3 enfants	Cadre supérieur	Urbain	Vern sur Seiche	Burn out, dyslipidémie, HBP	Séroplex°	35 min
4	H	27	En couple, pacsé	Juriste	Urbain	Auray (56) (originaire de la région parisienne)			57 min
5	F	62	Séparée, 1 enfant	Retraitée (éducatrice spécialisée)	Semi-rural	Combours	Maladie de Menière	antivertigineux, Cymbalta° Lexomil°	1h 15 min
6	H	63	Marié	Retraité (éducateur spécialisé)	Semi-rural	Combours	Infarctus du myocarde	Kardégic°...	50 min
7	F	56	Mariée, 3 enfants	Secrétaire médicale	Urbain	Vern sur Seiche	Troubles anxieux	Séroplex°	24 min
8	H	62	Concubinage 2 enfants	Retraité (éducateur spécialisé)	Rural	Saint Pierre de Plesguen	Troubles du sommeil, colopathie		45 min

9	H	49	Marié, 2 enfants	Chauffeur- Magasinier	Rural	Pancé			45 min
10	F	43	Mariée, 2 enfants	Secrétaire	Urbain	Pacé	Troubles anxieux	Alprazolam	40 min
11	F	28	Mariée, 2 enfants	Assistante sociale (milieu hospitalier)	Rural	Irodouër	Endométriose	Contraception	34 min
12	F	32	Mariée, 3 enfants	Travailleur Social (en congé parental)	Rural	Feins	Bêta-thalassémie		1h 5 min
13	H	49	Marié, 4 enfants	Cadre supérieur	Urbain	Saint Malo			36 min
14	F	55	Mariée, 3 enfants	Agent d'entretien et d'accueil	Rural	La Chapelle du Lou	Syndrome dépressif, Hypothyroïdie	Antidépresseur, Lévothyrox°	33 min
15	F	83	Veuve, 2 enfants	Retraitée (enseignante)	Rural	Saint Aubin d'Aubigné	HTA	Traitement anti- hypertenseur	46 min
16	H	49	Marié, 2 enfants	Agriculteur et technicien agricole	Rural	La Chapelle du Lou			44 min
17	F	24	En couple	Serveuse	Urbain	Saint Malo		Contraception	40 min
18	F	29	En couple, 1 enfant	Agent administratif	Rural	La Chapelle du Lou	Recto-colite hémorragique	Pentasa°	35 min
19	F	60	Mariée, 4 enfants	Assistante maternelle	Rural	Meillac	HTA	Traitement anti- hypertenseur	1 heure

20	H	60	Marié, 4 enfants	En cessation d'activité	Rural	Meillac	DNID, FA...	Polymédication	47 min
21	F	57	Mariée, 2 enfants	Agent d'entretien et d'accueil	Rural	Saint Turial	Hypothyroïdie, HTA	Traitement anti-hypertenseur, Lévothyrox ^o	41 min
22	F	34	Mariée, 2 enfants	Secrétaire	Semi-rural	Combourg			39 min
23	F	52	Mariée, 2 enfants	Directrice médico-sociale	Rural	Pancé	HTA	Traitement anti-hypertenseur	44 min
24	F	77	Célibataire	Retraitée (aide soignante)	Urbain	Rennes	FA, HTA, Cardiopathie	Polymédication	50 min
25	H	40	Marié, 2 enfants	Chef d'entreprise, couvreur	Rural	Meillac			41 min
26	H	78	Marié	Retraité (agriculteur)	Rural	Rimou	BPCO	Oui, mais non pris	44 min

Annexe 4 : Schéma détaillant le recrutement des participants à l'étude



Lien unissant l'interviewé à la personne de contact

Entretiens tests	T1, T2, T3, T4.
Lien de voisinage	E2 à E1 ; E3 à E2 ; E6 à E5.
Lien d'amitié	E13 à E3 ; E18 à E11.
Lien de travail	E4 et T2 ; E8 et E6 ; E11 et E7 ; E21 et E14 ; E25 et T4, E9 et T3 ; E10 et E9.
Lien de famille	E3= père de T2 ; E7= épouse de E3 ; E14= mère de E11 ; E5= belle-soeur de E2 ; E12= fille de E5 ; E15= mère de E8 ; E17= fille de E8 ; E23= épouse de E9 ; E19= mère de T4 et de E22 ; E20= mari de E19.

SALACROUP, Marieke - La prescription en médecine générale : attentes, représentations et perspectives. Etude qualitative à partir de 26 entretiens semi-dirigés.

87 feuilles, 1 illustration, 2 tableaux, 30 cm.- Thèse : (Médecine) ; Rennes 1; 2014 ; N° .

Résumé français :

Le but de cette étude est d'évaluer et de comprendre les attentes de prescription de médicaments des patients lorsqu'ils consultent leur médecin traitant.

Une étude qualitative par entretiens semi-directifs a été réalisée auprès de 26 personnes, par recrutement de proche en proche.

Malgré une vision ambivalente des médicaments et une stigmatisation de la surconsommation, il existe une réelle attente de prescription de médicaments. Cela reflète une demande de prise en charge active de la maladie, afin de soulager et de guérir. La prescription permet également de reconnaître la plainte, légitimer le statut de malade et le recours au médecin traitant. L'importance de la relation médecin-patient est malgré tout mise en avant et celle-ci pourrait apporter les mêmes bénéfices que la prescription. On pourrait envisager que le médecin développe et utilise ses compétences relationnelles, dans le cadre d'une relation médecin-patient de qualité afin de pallier aux fonctions symboliques de l'ordonnance.

Résumé anglais :

The aim of this study is to assess and understand the expectations of drugs prescription for patients when they consult their attending doctor.

A qualitative study using semi-structured interviews was conducted with 26 people by recruitment step by step.

Despite an ambivalent view of drugs and stigmatization of the excessive consumption, there is a real demand for drugs prescription. This reflects a demand for active management of the disease, to relieve and heal. The prescription serves to admit the complaint, legitimize the status of sick person and the use of physician. The importance of the doctor-patient relationship is still highlighted and it could provide the same benefits as the prescription. It is conceivable that the doctor develops and uses his interpersonal skills, as part of a physician-patient relationship quality to overcome the symbolic functions of the prescription.

Rubrique de classement :

Mots-clés : Prescription médicament, Relation médecin-malade, Recherche qualitative, Médecine générale

Mots-clés anglais MeSH : Drug prescriptions, Doctor-patient relation, Qualitative research, General practice

Président : Monsieur Bernard GROSBOIS

JURY :
 Assesseurs : M. Jean-Pierre URBAN [directeur de thèse]
 M. Emmanuel OGER
 Mme Françoise TATTEVIN
 M. Pierre FROUARD

Adresse de l'auteur : La Touche, 35190 QUEBRIAC