

**UNIVERSITE DE NANTES**

---

**FACULTE DE MEDECINE**

---

Année 2013

N° 108

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

**DES de Médecine Générale**

par

Rosalie ROUSSEAU

née le 1er avril 1983 à Cherbourg (50)

---

Présentée et soutenue publiquement le 23 Mai 2013

---

**LA PRESCRIPTION DES JEUNES MEDECINS GENERALISTES :  
DIFFICULTES, STRATEGIES ET PROPOSITIONS  
Étude qualitative dans l'inter-région Ouest**

---

Président de jury : Monsieur le Professeur Rémy SENAND

Directeur de thèse : Monsieur le Professeur Lionel GORONFLOT

Membres du jury : Madame le Professeur Françoise BALLEREAU  
Madame le Professeur Angélique BONNAUD-ANTIGNAC

**Ce travail est mis à disposition sous licence Creative Commons**

**Attribution – Pas d'utilisation commerciale – Partage dans les mêmes conditions  
3,0 non transposée**

Pour voir une copie de cette licence, visitez :  
<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/>

ou écrivez à :

Creative Commons, 444 Castro Street, Suite 900, Mountain View, California, 94041, USA

## ABREVIATIONS

ALD : Affections de Longue Durée

CHEM : Collège des Hautes Études en Médecine

CERES : Conseil d'Évaluation Éthique pour les Recherches En Santé

CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

DCEM : Deuxième Cycle des Études Médicales

DES : Diplôme d'Études spécialisées

DUMG : Département Universitaire de Médecine Générale

ECG : Électrocardiogramme

ECN : Épreuves Classantes Nationales

ETP : Éducation Thérapeutique

FMC : Formation Médicale Continue

FMI : Formation Médicale Initiale

HAS : Haute Autorité de Santé

JO : Journal Officiel

PSA : Prostatic Specific Antigen

RCP : Résumé des caractéristiques du produit

ReAGJIR : Regroupement Autonome des Généralistes Jeunes Installés et Remplaçants

RMP : Relation médecin-patient

RSCA : Récit de Situation Clinique et Authentique

SASPAS : Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée

TCEM : Troisième Cycle des Études Médicales

UFR : Unité de Formation et de Recherche

WONCA: World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians (Organisation mondiale des médecins généralistes)

# SOMMAIRE

## INTRODUCTION

1 Les jeunes médecins et la prescription médicale : organisation de la formation médicale initiale.....	13
2 Les patients et la prescription médicale.....	16
2.1 La transmission d'information du médecin au patient.....	16
2.2 L'observance.....	16
3 Objectifs du travail .....	17

## METHODE

1. Démarche bibliographique.....	18
2. Objectifs de l'étude.....	19
3. Type d'étude.....	19
3.1. Étude qualitative .....	19
3.2. Choix de la méthode.....	19
3.3. Sélection des médecins participants.....	19
3.4. Intervention.....	20
3.5. La retranscription, la codification et la triangulation des données.....	21
3.6. La catégorisation.....	21
3.7. Méthode et éthique.....	21
3.8. La posture de départ.....	22

## RESULTATS

1 Échantillon analysé .....	23
2 Définition de la prescription.....	24
2.1 C'est une ordonnance.....	24
2.2 Actions de la prescription : Prescrire c'est.....	24
2.3 Contenu de la prescription: .....	25
2.4 Support de la prescription.....	25
2.4.1 La trace écrite a un caractère médico-légal.....	25
2.4.2 Laisser une trace écrite de nos actions.....	26
2.4.3 Dualité écrit oral.....	26
2.5 Croyances du médecin.....	27
2.5.1 Croyances du médecin autour des attentes du patient.....	27
2.5.2 Croyances du médecin autour de la symbolique de la prescription .....	28
2.6 Responsabilité du médecin.....	29
2.7 Formes de la prescription.....	29
3 Temps de la prescription.....	30
3.1 A quel moment de la rencontre de soins se fait la prescription ?.....	30
3.1.1 La prescription est réalisée tout au long de la consultation.....	30
3.1.2 La prescription est un temps de fin de consultation.....	31
3.1.3 La prescription est un processus dynamique .....	31
3.1.4 La prescription : une décision partagée ?.....	31

3.2	Le prescription est un temps de synthèse et de réflexion.....	32
3.2.1	Le prescription : un temps de synthèse et de réflexion.....	32
3.2.2	La prescription : un temps de synthèse écrite.....	32
3.2.3	La prescription comprend un temps oral d'explication et de vérification de la compréhension du patient.....	32
4	Facteurs déterminants de la prescription.....	34
4.1	Facteurs déterminants intrinsèques au médecin.....	34
4.1.1	Influence de la formation médicale initiale .....	34
4.1.1.1	Influence de la formation théorique.....	34
4.1.1.2	Influence de la formation pratique .....	35
4.1.2	Influence de l'industrie pharmaceutique et des visiteurs médicaux.....	36
4.1.3	Facteurs déterminants liés à la relation médecin patient (RMP).....	37
4.1.3.1	Le modèle de RMP change le rapport avec la prescription.....	37
4.1.3.2	Modèle « d'autonomie ».....	38
4.1.4	Influence de la disponibilité physique et psychique du médecin et de son environnement personnel .....	39
4.1.5	Influence de la pratique du médecin titulaire dans le cadre du remplacement.....	39
4.1.6	Influence de l'installation.....	39
4.1.7	Influence des ressources extérieures d'aide à la prescription.....	40
4.2	Facteurs déterminants extrinsèques .....	42
4.2.1	Facteurs déterminants liés au patient.....	42
4.2.1.1	Caractéristiques médicales du patient.....	42
4.2.1.2	Caractéristiques non médicales.....	42
4.2.1.3	L'observance du patient est meilleure quand la prescription est discutée.....	43
4.2.2	Facteurs déterminants liés à la pathologie.....	44
4.2.3	Facteurs déterminants liés au contexte, à la société.....	44
4.2.3.1	Dépenses de santé et finances publiques.....	44
4.2.3.2	Influence des affaires médiatiques sur les médicaments.....	45
4.2.3.3	Lieu d'exercice.....	46
5	Difficultés de la prescription.....	47
5.1	Difficultés intrinsèques .....	47
5.1.1	Difficultés liées au médecin .....	47
5.1.1.1	Savoir dire non.....	47
5.1.1.2	Le médecin ressent le besoin de se justifier.....	47
5.1.2	Difficultés de la Relation Médecin Patient.....	48
5.1.3	Cas de l'absence de prescription.....	49
5.1.4	Difficultés liées au statut de remplaçant.....	50
5.1.5	Responsabilité.....	51
5.2	Difficultés extrinsèques.....	51
5.2.1	Difficultés liées au patient.....	51
5.2.1.1	Demandes et exigences du patient.....	51
5.2.1.2	Plainte cachée ou demande implicite .....	52
5.2.2	La prescription prend du temps.....	52
5.2.2.1	Pour son aspect technique et pharmacologique .....	52
5.2.2.2	Pour justifier la non prescription .....	52
5.2.2.3	Pour le temps d'explication et de synthèse.....	53
5.2.3	Difficulté diagnostique ou incertitude diagnostique.....	54

5.2.4	Difficulté thérapeutique.....	54
5.2.5	Enjeu économique de la prescription et limites du métier du médecin.....	55
5.2.6	Conditions d'exercice : isolement.....	55
5.3	Techniques de l'information et de la communication: internet.....	55
6	Pistes d'amélioration.....	57
6.1	Communication Médecin Patient.....	57
6.1.1	Sous la forme de jeux de rôle.....	57
6.1.2	Sous la forme de cours théoriques de techniques de communication .....	57
6.1.3	Pour la communication non verbale.....	58
6.2	Apprendre avec les maîtres de stage ambulatoires.....	58
6.2.1	La formation hospitalière ne forme pas à la prescription ambulatoire.....	58
6.2.2	Caractère indispensable des stages ambulatoires .....	59
6.2.3	Limites.....	59
6.3	Education thérapeutique.....	60
6.4	Atelier pratique de thérapeutique.....	60
6.4.1	Sous la forme d'ateliers pratiques concrets de partage de compétences.....	60
6.4.2	Sous la forme d'ateliers.....	61
6.5	Compétences des autres professionnels de santé paramédicaux ou non: pharmaciens, kinésithérapeutes, infirmiers.....	63
6.5.1	Un constat : la méconnaissance des compétences des professionnels de santé.....	63
6.5.2	Une proposition : se connaître pour mieux travailler ensemble.....	64
6.5.3	Besoins d'informations sur les autres métiers de la santé.....	64
6.6	Besoins de formation administrative.....	65
6.6.1	Par la CPAM : gestion du cabinet, diminution des coûts et gestion du conflit.....	65
6.6.2	Au moment de l'internat.....	65

## DISCUSSION

1	Les limites de ce travail .....	66
1.1	Méthodes.....	66
1.2	Regard des médecins : sont-ils les premiers intéressés ?.....	66
2	Résultat principal et son implication majeure.....	67
2.1	Les difficultés intrinsèques du médecin .....	67
2.2	Les difficultés extrinsèques : le patient et le contexte.....	68
2.3	Enjeux, importance et symbolique de la prescription médicale .....	71
2.3.1	Ordonnance et prescription.....	71
2.3.2	Observance.....	71
3	Résultats secondaires.....	72
3.1	Les ressources internes et externes mobilisées.....	72
3.2	Les pistes d'amélioration de la formation médicale initiale .....	73
3.2.1	Les besoins de formation en communication.....	73
3.2.2	Apprentissage en situation authentique (stages ambulatoires).....	74
3.2.3	Les attentes de formation sur les autres métiers des soins primaires.....	75
3.2.4	Les attentes de formation en pharmacologie.....	76

## CONCLUSION

## BIBLIOGRAPHIE

## ANNEXES

1ANNEXE 1 : Programme commun du TCEM dans l'inter-région Ouest et spécificités locales.....	81
2ANNEXE 2 : GUIDE D'ENTRETIEN FINAL .....	87
3ANNEXE 3 : FICHES MODERATEUR ET PARTICIPANTS.....	88
4ANNEXE 4 : Projet de recherche pour le CERES.....	89
1Contexte .....	89
2Naissance du projet de recherche :.....	90
3Méthode :.....	90
4Bibliographie du projet de recherche pour le CERES.....	92
5ANNEXE 5 : Captures d'écran du logiciel Nvivo 10 Student®.....	93
6ANNEXE 6 : VERBATIMS (disponibles sur CD).....	96
7ANNEXE 7 : LISTES DE CODES AXIAUX ET OUVERTS (disponibles sur CD).....	96
RESUME.....	98

Le médicament a un rôle central et symbolique dans la relation patient-médecin, tant du côté du soigné que du soignant (1). Une étude sociologique (2) comparant les différents pays européens a mis en évidence une « exception française » caractérisée par une consommation et des prescriptions élevées de médicaments. Selon cette étude, il y a en France des logiques culturelles de « réparation instantanée » via le médicament chez les praticiens et les patients. Le médicament est « l'outil » central et l'ordonnance répond à d'autres fonctions, notamment celle de valider la légitimité professionnelle en matérialisant la capacité du médecin à poser un diagnostic et « trouver » un traitement (3).

Selon le rapport CNAMTS-IPSOS de 2005 (4), la France est un des pays européens les plus gros consommateurs de soins et de médicaments dont les médecins français sont de gros prescripteurs. Cette étude a montré que « 90% des consultations se conclu[ai]ent par une ordonnance [...], ce réflexe[...] se traduit en une équation simple : consultation = ordonnance = médicaments. »

Plusieurs facteurs semblent expliquer que les médecins généralistes français prescrivent beaucoup. Comme le souligne Anne VEGA(3), dans une étude socio-anthropologique sur les déterminants culturels de la prescription du médicament en médecine générale en France, l'âge(5) des prescripteurs, la représentation traditionnellement « optimiste » du médicament, la méconnaissance des stratégies commerciales des firmes pharmaceutiques, et la rémunération à l'acte sont autant d'influences qui augmentent le nombre de médicaments prescrits.

L'état des lieux de la démographie médicale et la diminution du nombre de médecins généralistes dans les années à venir, contraignent les médecins à une moindre disponibilité et à un temps de consultation plus court (15 minutes par consultation selon la DRESS<sup>1</sup> en 2002, 18 minutes selon la SFMG<sup>2</sup>). Cette diminution de l'offre de soins implique des consultations moins fréquentes donc plus denses (avec des motifs de consultations plus nombreux) mais avec un temps de consultation qui reste similaire.

De nombreux déterminants rendent la prescription difficile : les affaires médiatiques concernant le médicament<sup>3</sup>, la responsabilité médicolégal(e)(6) dans l'acte de prescription, l'accès internet du patient. On peut ajouter à ces difficultés, les nouvelles missions qui sont confiées(7) au médecin généraliste laissant place à l'éducation en santé et à la prévention alors qu'il se préoccupait auparavant essentiellement du soin.

Si prescrire est complexe pour le médecin expérimenté, cela l'est à fortiori pour le jeune médecin. Suite à une expérience difficile de prescription vécue en autonomie en stage de médecine générale, j'ai voulu savoir si mes jeunes collègues généralistes, rencontraient comme moi, des difficultés à la prescription.

---

1 Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques

2 Société Française de Médecine Générale

3 Affaire du Médiateur®, des prothèses mammaires, des contraceptifs de troisième génération

## INTRODUCTION

Nous avons fait le choix de nous interroger sur les difficultés et les besoins éventuels de formation des jeunes médecins généralistes à la prescription médicale. Nous avons réalisé un état des lieux préalable de l'enseignement à la prescription dans les études de médecine.

### **1 Les jeunes médecins et la prescription médicale : organisation de la formation médicale initiale**

La formation médicale initiale à la prescription débute en **PACES**<sup>4</sup>. Très disparate, le programme du concours en lien avec la prescription médicale est dispensé dans des unités d'enseignement d'*Initiation à la connaissance du médicament* et de *Santé, Société, Humanité*, regroupant entre autres les thématiques suivantes :

- le Cadre juridique de prescription du médicament : histoire du médicament, définition, description et statut des médicaments et autres produits de la santé
- le Cycle de vie du médicament : conception, développement et production,
- la Pharmacologie générale : cibles, mécanismes d'action, règles de prescription, balance bénéfice/risque,
- Pharmacovigilance, pharmaco-épidémiologie, pharmaco-économie,
- Bon usage du médicament et Iatrogenèse,
- les Sciences Humaines et Sociales : histoire et philosophie de la santé, morale et éthique, aspects éthiques et juridiques, anthropologiques, psychologiques et sociologiques
- Santé publique : principales caractéristiques socio-démographiques de la population française
- Organisation du système de soins...

Lors des 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> années (**DFGSM**<sup>5</sup> **2 et 3**) la prescription est abordée en cours de pharmacologie. Ce module aborde les thèmes de pharmacologie générale (la pharmacodynamie, la pharmacocinétique, le métabolisme des médicaments...) et quelques grandes classes thérapeutiques (antibiotiques, anti-inflammatoires, psychotropes, antalgiques...).

En 4<sup>ème</sup>, 5<sup>ème</sup> et 6<sup>ème</sup> années d'études (DCEM2, DCEM3 et DCEM4), l'apprentissage est organisé selon le programme de préparation aux Épreuves Classantes Nationales ECN(8) exceptées certaines facultés françaises qui ont mis en place un module d'enseignement de pharmacologie clinique. Le programme des ECN répond à un enseignement par modules. Nous ne précisons ici que ceux qui sont en lien direct avec la prescription.

- Module 1 :
  - Item<sup>o</sup>1 : Apprentissage de l'exercice médical : Relation Médecin-Patient, Formation du patient atteint de maladie chronique, Personnalisation de la prise en charge médicale,
  - Item n°3 : Le raisonnement et la décision en médecine, la médecine fondée sur les preuves,
  - Item n°4 : Évaluation des examens complémentaires dans la démarche médicale : examens

---

4 Première Année Commune des Études en Santé

5 Diplôme de Formation Générale en Sciences Médicales

- utiles et inutiles,
- Item°5 : Indications et stratégies d'utilisation des principaux examens d'imagerie,
- Item n°7 : Éthique et déontologie médicale,
- Item n°8 : Certificats médicaux,
- Item n°9 : Responsabilité médicale,
- Item n°10 : Recherche documentaire et autoformation, recommandations pour la pratique.
- Item n°14 : Consommation médicale et économie de la santé.
- Module 11 :
  - Item n°167 : Thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses. Cadre réglementaire de la prescription thérapeutique et recommandations,
  - Item n°168 : Effet placebo et médicaments placebo
  - Item n°169 : L'évaluation thérapeutique et les niveaux de preuve
  - Item n°170 : La décision thérapeutique personnalisée. L'observance médicamenteuse.
  - Item n°171 : Recherche d'un terrain à risque et adaptation thérapeutique. Interactions médicamenteuses.
  - Item n°172 : Automédication
  - Items n° 173, 174, 175, 176, 177 : Prescription et surveillances des anti-infectieux, des AINS, des anti-thrombotiques, des diurétiques, des psychotropes
  - Item n°178 : Transfusion sanguine et médicaments dérivés du sang
  - Item n°179 : Prescription d'un régime diététique
  - Item n°180 : Prescription d'une cure thermale
  - Item n°181 : Iatrogénie. Diagnostic et prévention

La formation se complète ensuite par la **spécialité de médecine générale au cours du DES** pendant trois ans. Basée sur des acquisitions professionnalisantes, elle combine une formation professionnelle de six stages et une formation théorique sous forme de séminaires et groupes d'échanges de pratique.

Le **stage en soins primaires de niveau 1** (ou « stage chez le praticien ») est obligatoire pour la validation de la « maquette » du DES de médecine générale. Il s'effectue selon trois phases : l'observation, la supervision directe puis la supervision indirecte. Les internes consultent accompagnés puis seuls, avec un degré d'autonomie qui varie selon les maîtres de stage.

En ce qui concerne le stage de niveau 2 ou **SASPAS**, l'interne y consulte en autonomie avec une supervision indirecte. Néanmoins, le nombre de maîtres de stage est insuffisant sur le territoire français pour permettre à tous les internes d'y avoir accès. Si l'accent est mis sur la capacité d'auto-formation de l'interne en contexte d'apprentissage, il est important de noter qu'un interne de médecine générale ne passe que six mois (au mieux douze mois) en situation authentique au cours de son DES.

Chaque DUMG organise sa formation en se basant sur une structure commune d'**enseignements théoriques** et y intègre des spécificités locales. Les mises en pratiques et spécificités des enseignements des DUMG de l'inter-région Ouest sont présentées en annexe (ANNEXE 1).

A l'arrivée en TCEM, les internes de médecine générale sont confrontés à un changement de

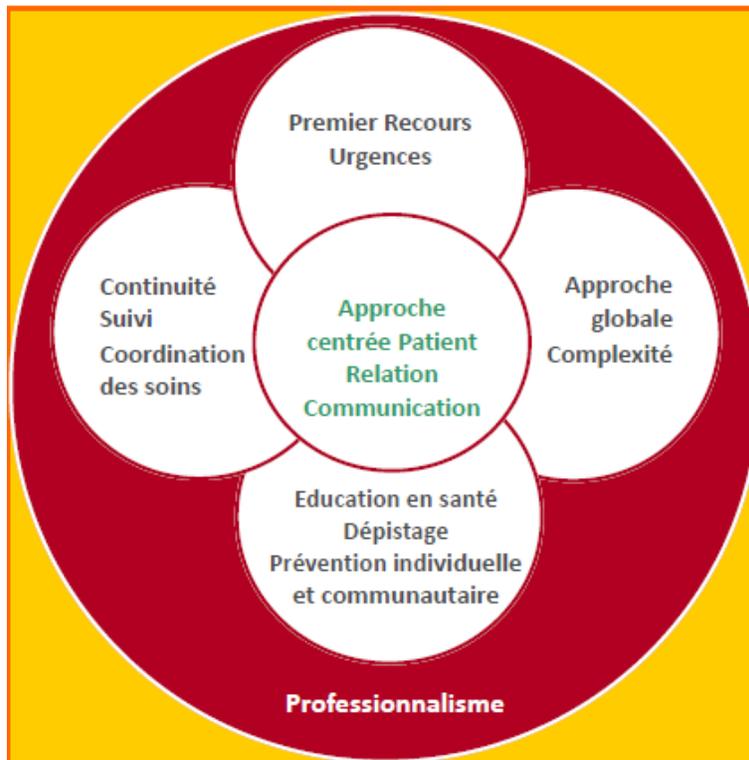
paradigme(9). Ils passent d'un **paradigme d'enseignement**, centré sur les programmes, pour la préparation des Épreuves Nationales Classantes(8), à un **paradigme d'apprentissage**, centré sur l'apprenant, sur les besoins qu'il identifie dans sa pratique, dans le but de parvenir à une mobilisation de ses connaissances adaptées à un contexte.

Le fondement de ce mouvement socioconstructiviste (par la résolution de problèmes) et du paradigme d'apprentissage sont basés sur le fait que l'étudiant est lui-même à l'origine de son apprentissage, à partir de connaissances acquises et d'expériences qui seront exploitées pour développer sa réflexivité à l'aide des enseignants (rétroaction pédagogique). Cette technique assure une « *meilleure transférabilité et pérennité des connaissances* ». (10)

Ce modèle d'enseignement s'appuie sur les travaux de Tardif : « *Seules les tâches complètes, complexes et signifiantes pour l'apprenant peuvent constituer une situation valide d'évaluation sur le plan cognitif* », « *l'évaluation qui tient compte de la contextualisation de la compétence et des interactions de ses composantes exige des tâches complètes, complexes et signifiantes* » (11)

Cela a permis d'individualiser les compétences du médecin généraliste qui ont été décrites dans le référentiel métier du Collège National des Généralistes Enseignants. (12)

**Figure 3 :** La marguerite des compétences(13)



**Référentiel métier et compétences des médecins généralistes**

Cette marguerite représente les 6 compétences principales de la spécialité médecine générale. Chaque chapitre image les ressources nécessaires à mobiliser pour son exercice. La spécialité médecine générale est une discipline centrée sur la personne qui s'appuie sur trois dimensions fondamentales : scientifique, comportementale et contextuelle.



Source : d'après C. ATTALI, P. BAIL, groupe « niveaux de compétences » du CNGE

## **2 Les patients et la prescription médicale**

La prescription englobe les conseils, les examens complémentaires, les avis d'autres spécialistes, etc., cependant, elle est principalement centrée sur le médicament.

La finalité d'une prescription thérapeutique est une action bénéfique sur la santé du patient. Le médecin prescrit, le pharmacien délivre les médicaments et le patient les consomme. Mais de la prescription d'un médicament à son action sur le patient, plusieurs étapes peuvent modifier l'intention du médecin.

### ***2.1 La transmission d'information du médecin au patient***

Selon une étude de Waitzkin (1984)(14), consacrée à l'échange d'information en général pendant la consultation, les médecins surestiment le temps qu'ils passent à donner des explications au patient (dans des proportions de un à sept) et sous-estiment systématiquement le désir des patients d'obtenir des informations. De plus, même lorsque le médecin donne des informations lors de l'entrevue médicale, le patient en oublie 40 à 80% immédiatement après l'entrevue et près de la moitié de l'information dont il se souvient est incorrecte.(15)

Suite à la hiérarchisation des soins et à la valorisation de l'autonomie dans le travail, il n'existe pas de réelle coordination des soins entre les praticiens. Le médecin généraliste communique peu avec les autres spécialistes ainsi qu'avec le pharmacien (5), ce qui peut être un facteur de diminution de l'observance du traitement par le patient.

### ***2.2 L'observance***

Le « phénomène » de l'observance d'un traitement est complexe et multifactoriel.(16) Il n'existe pas d'études portant sur l'observance des prescriptions non médicamenteuses en ambulatoire. Cependant, Di Matteo (1994), chercheur dans le domaine de l'observance médicamenteuse a résumé les résultats des études de ces 20 dernières années de la façon suivante(17): seulement 40 à 50% des patients respectent l'ordonnance telle qu'elle a été rédigée par le médecin. Dahl (1997)(18) a plus récemment confirmé ces chiffres : selon lui 30 à 60% des patients ne prennent pas les médicaments prescrits. Ces chiffres sont identiques quel que soit le statut du médecin : généraliste ou autre spécialiste, hospitalier ou non.

Les problèmes d'observance des traitements ne sont pas uniquement liés à des facteurs techniques(19) . Contrairement à ce que pensent certains médecins, il ne suffit pas de partager avec le patient les informations techniques sur le médicament pour assurer l'observance du traitement. Prendre un médicament est un geste qui découle d'un processus qui peut être complexe, et les sources de désaccords entre la vision du médecin et celle du patient sont nombreuses.(20)

Il paraît donc intéressant d'utiliser deux stratégies :

1. Impliquer activement le patient dans la décision

2. Construire avec le patient la solution à ses difficultés, le médecin apportant ses connaissances, le patient son expérience.

Discuter du plan d'action comme un projet commun pourrait changer le ton de la discussion et impliquer le patient plus directement. Dans cette perspective, le « meilleur » traitement se définit comme celui qu'on élabore en tenant compte des contraintes du patient, de ses résistances, de ses objections et de ses craintes. Mais, en dernière analyse, il revient toujours au médecin de proposer le traitement car cette action a des conséquences médico-légales. De son côté, le patient doit informer le médecin de ses préférences et de ses objections, et c'est bien le patient qui, au bout du compte, décidera de suivre ou non le plan établi. Comme le rappellent Marinker et Shaw (2003)(21), lorsqu'il y a un désaccord entre le médecin et le patient sur le traitement à suivre, c'est le patient qui tranchera. Le médecin propose et le patient dispose.

### **3 Objectifs du travail**

Plusieurs problématiques ont été identifiées:

- Les jeunes médecins qui débutent leur activité rencontrent-ils des difficultés en prescrivant?
- Si oui, quelles ressources mobilisent-ils pour y faire face?
- Quelles pistes d'amélioration de la formation médicale initiale proposent-ils ?

Pour y répondre, notre objectif est de recueillir et décrire les perceptions des jeunes médecins concernant leurs expériences de prescription.

## METHODE

### 1. Démarche bibliographique

Les sites exploités pour la réalisation de la recherche bibliographique ont été : Pubmed, le Cismef<sup>6</sup>, Google et Google Scholar, Légifrance, le site internet de la revue Médecine, le site internet de la revue Exercer, la Revue du Praticien de Médecine Générale.

Les ouvrages consultés ont été la communication professionnelle en santé(20), le guide d'initiation à la recherche de FAYR-GP(22) et Médecine Générale Concepts et Pratiques.(23)

Les mots clés utilisés pour les équations de recherche ont été : « prescription », « general practice », « therapeutics », « ambulatory care », « teaching » en terme issu du MeSH<sup>7</sup>.

Composants	Mots clés	Descripteurs MeSH (VO)	Descripteurs MeSH (FR)
<b>Thème central</b>	Enseignement	Education	Enseignement et éducation
	Prescription	Prescription	Prescription
	Ordonnances médicamenteuses	Drug prescription	Ordonnances médicamenteuses
	Ordonnances non médicamenteuses	Non drug prescription	Ordonnances non médicamenteuses
<b>Thèmes complémentaires</b>	Médecine générale	General practice	Médecine générale
	Soins ambulatoires	Ambulatory care	Soins ambulatoires
	Relation médecin patient	Patient physician relationship	Relation médecin patient
	Thérapeutique	Therapeutics	Thérapeutique
	Formation	Training	Formation
	Médecin	Physician / Doctor	Médecin
	Soins primaires	Primary care	Soins primaires

**Tableau 1 :** Termes MeSH utilisés pour la recherche bibliographique

6 Catalogue et Index des Sites Médicaux de langue Française

7 Medical Subject Headings

## 2. Objectifs de l'étude

L'objectif était de déceler les éventuelles difficultés de prescription rencontrées par les jeunes médecins (DES validé entre 2007 et 2012), de voir quelles ressources ils mobilisaient pour y répondre et de proposer des pistes d'amélioration pour leur formation médicale initiale.

## 3. Type d'étude

### 3.1. Étude qualitative

Pour répondre à la question de recherche, nous avons fait le choix d'utiliser une **méthode qualitative** dans le but d'explorer un domaine déjà étudié chez les médecins plus expérimentés.(5)

### 3.2. Choix de la méthode

La méthode du **focus group** a été choisie dans le but de d'observer des facteurs subjectifs difficiles à mesurer(24) et de créer une émulation collective avec un enrichissement des dires de chacun par la dynamique du groupe.

*« Les focus groups permettent de développer des méthodes de recherche qui s'articulent aux dynamiques de la communication, du langage et de la pensée. Dans les focus groups, les participants confrontent leurs idées, polémique de manière ouverte ou cachée, dialoguent avec eux-mêmes ou les uns avec les autres. En tant que méthode de recherche, les focus groups peuvent nous donner accès à la formation et aux transformations des représentations sociales, des croyances, des connaissances et des idéologies circulant dans les sociétés ». (25)*

### 3.3. Sélection des médecins participants

Les **critères d'inclusion** dans l'étude étaient les suivants :

- médecin généraliste ayant validé son DES entre 2007 et 2012
- thésé ou non
- exerçant en ambulatoire
- provenant des villes de l'inter-région Ouest (Angers, Brest, Nantes, Rennes, Poitiers, Tours)

L'**échantillon devait être diversifié** en fonction des variables suivantes :

- Sexe
- Lieu d'exercice : rural, semi-rural, urbain
- Statut de remplaçant, collaborateur libéral ou installé

Le recrutement des participants s'est fait dans le souhait d'obtenir un échantillonnage à variance maximale.

Les participants ont été contactés par l'intermédiaire de liste de contact par mail (non exhaustive) des anciens internes de Médecine Générale ayant validé leur DES entre 2007 et 2012 (à Nantes et à Angers), des jeunes médecins généralistes par l'intermédiaire des structures locales adhérentes à

RéAGJIR (Regroupement Autonome des Généralistes Jeunes Installés et Remplaçants), Urbreizh (Union pour le remplacement en Bretagne) à Rennes, SYRSAM (SYndicat des Remplaçants de Sarthe Anjou Mayenne) à Angers et ReAGJIR Centre à Tours.

Chaque participant a été invité à transmettre l'invitation du focus group à d'autres personnes (échantillonnage selon la technique de la boule de neige).(26)

Chaque participant a reçu au décours des enregistrements un questionnaire permettant le caractériser (voir tableau 2), d'obtenir un accord écrit de sa participation et de son droit de se retirer de l'étude s'il le souhaitait.

### **3.4. Intervention**

**Quatre focus group** ont été réalisés à Nantes le 27 mars 2012, Angers le 6 juin 2012, Tours le 14 juin 2012 et Rennes le 4 juillet 2012. **Trois entretiens individuels** ont complété ce travail en Pays de la Loire les 5, 11 et 19 février 2013. Ces trois entretiens ont été réalisés dans le but de diversifier les statuts des médecins afin d'interroger d'avantage de collaborateurs libéraux et de médecins installés et d'obtenir une saturation des données.(27) Cela a également permis d'avoir une triangulation des méthodes de recueil.(28)

Les **modérateurs** des focus group étaient des enseignants des départements de médecine générale de chacune des villes qui avaient déjà une ou plusieurs expériences de modération.

Chaque modérateur a reçu préalablement au focus group, le canevas d'entretien (ANNEXE 2) ainsi qu'une « fiche modérateur » (ANNEXE 3) précisant le rôle du modérateur et les précisions à apporter aux participants en début de séance.

Les **focus group** ont eu lieu :

- dans une salle de cours des facultés de Nantes (P1, P2, P3, P4, P5, P6, P7, P8, P9, P10) et de Tours (P11, P12, P13, P14, P15),
- dans les locaux des Départements de Médecine Générale de Rennes (P22', P23, P24, P25, P26, P27) et d'Angers (P16, P17, P18, P19, P20, P21, P22) .
- La durée des focus group a varié de 1h17 à 1h45.

Les **entretiens** ont eu lieu :

- au domicile des participants (P28 et P30)
- dans un café près du domicile de P29
- la durée des entretiens a varié de 25 à 40 minutes.

Le **canevas d'entretien** a été testé de manière informelle et sans enregistrement auprès de 3 jeunes internes et médecins généralistes au préalable.(26) Il a été rédigé avec des questions ouvertes auxquelles les participants répondaient comme ils le désiraient, sans avoir à choisir parmi des réponses préétablies. (ANNEXE 2)

Le chercheur est resté **observateur** pendant chacun des focus group et s'est installé en retrait pour avoir

le moins d'interactions possible avec les personnes interrogées mais de manière à voir leurs expressions faciales et corporelles.(27) Il a pris note des tours de paroles ainsi que de la communication non verbale qui figure dans chaque retranscription. Il a mené les entretiens individuels seul, en explorant de manière plus précise les idées principales qui émanaient des focus group.

Chaque focus group a été **enregistré et filmé** avec l'accord des participants pour permettre une retranscription précise et une intégration de la communication non verbale.

### **3.5. La retranscription, la codification et la triangulation des données**

La **retranscription** des fichiers audio des focus group a été réalisée par une secrétaire de l'entourage du chercheur (pour un focus group), une secrétaire médicale rémunérée (pour un focus group et les trois entretiens individuels) et par le chercheur (pour trois focus group). Une écoute, un visionnage des vidéos et une relecture systématique de chaque retranscription ont été réalisés sous Libre Office 3®.

Le travail de **codification des verbatims** a été réalisé en codification ouverte, centrée sur la question de recherche, fragment par fragment puis a été réorganisé en catégories faisant émerger des thèmes principaux.(26) L'analyse du contenu a été faite par analyse thématique, avec une fragmentation du discours et de ce qui, d'un focus group à l'autre, se réfère à un même thème.

La codification de la communication non verbale n'a pas été codée en tant que telle mais a été utile pour la compréhension du contexte.

La codification du contenu de la question « Bonus » n'a pas été réalisée par manque de temps.

Pour la validité interne de ce travail de recherche, une **triangulation des données** a été réalisée.(27) La codification des verbatims a donc été réalisée par 2 chercheurs de manière indépendante avant une mise en commun systématique par téléphone pour 3 focus group entiers (soit plus d'un tiers du contenu des verbatims)(29) à l'aide d'un logiciel de traitement des données qualitatives Nvivo 10 Student® (ANNEXE 5). Cette triangulation a permis de comparer fragment par fragment les résultats obtenus.

Nous avons choisi de réaliser en plus des focus group, des entretiens individuels pour donner de la validité au travail puisque les personnes interrogées dans les focus group exerçaient essentiellement en milieu urbain et avaient un statut de remplaçant. Il s'agit donc d'une technique de **triangulation des méthodes de recueil**.(28,30)

Les participants ont été anonymisés après la retranscription (premier participant P1, deuxième P2...).

### **3.6. La catégorisation**

La catégorisation a permis de déduire un sens plus général de l'ensemble des éléments bruts du verbatim.(26)

### **3.7. Méthode et éthique**

Le projet de recherche a été soumis au CERES<sup>8</sup>. Cette étude n'a pas de relation avec la santé des personnes interrogées, mais l'avis de ce conseil est utile pour réfléchir à la dimension éthique de ce projet de recherche. Le dossier présenté en annexe (ANNEXE 4) a été transmis au CERES ainsi que le manuscrit final en version pdf. Il est à ce jour en cours d'évaluation, nous espérons pouvoir fournir l'avis du conseil d'évaluation dès que possible.

La loi relative aux recherches impliquant la personne humaine (31), implique « *l'information de la personne qui se prête à une recherche et le recueil de son consentement* ». Ce consentement ainsi que la possibilité de son retrait ont été recueilli à postériori dans un questionnaire de caractérisation des personnes interrogées. Il est consultable sur : <http://arthur.lutz.im/sondage/index.php/survey/index>. Le texte d'introduction est le suivant :

*« Voici quelques précisions concernant l'entretien auquel vous avez participé:*

*- Sa durée était d'environ une heure et demi, les discussions ont été enregistrées et filmées à l'aide d'un dictaphone et d'une caméra vidéo, ce qui m'a permis de retranscrire à l'écrit au plus proche et d'analyser mot par mot le contenu des entretiens.*

*-Aucun des participants n'a pu bénéficier de rémunération pour le temps qu'il a consacré à l'entretien puisque c'est un travail de thèse pour lequel je ne peux me permettre des dépenses trop importantes (pas de financement extérieur)*

*L'anonymat a été préservé par l'effacement des enregistrements une fois la retranscription terminée, ainsi que la substitution de vos noms.*

*La retranscription écrite a été réalisée par une secrétaire médicale et moi même et nous garantissons l'exacte retranscription de vos dires sans interprétation.*

*L'analyse du contenu des entretiens a été réalisée avec un autre chercheur en médecine générale qui garantit le même respect des règles d'anonymat et de confidentialité.*

*A tout moment, vous avez la possibilité de vous retirer de ce projet, il vous suffira juste de m'en avvertir par retour de mail ou par téléphone.*

*Je vous ferai parvenir les résultats globaux de mon travail de recherche, une fois l'analyse terminée. »*

Cet article de loi précise la possibilité de refus ou de retrait de consentement « *La personne dont la participation est sollicitée[...] est informée de son droit de refuser de participer à la recherche ou de retirer son consentement ou, le cas échéant, son autorisation à tout moment, sans encourir aucune responsabilité ni aucun préjudice de ce fait* »

### **3.8. La posture de départ**

La neutralité totale étant impossible, il était important de préciser dans quelle posture nous allions aborder le terrain avant de débiter l'enquête.(27) Nous sommes partis du postulat que les jeunes

médecins ne se sentaient pas suffisamment « armés » pour faire face à la prescription médicale. Ils avaient probablement des difficultés que nous devons identifier.

# RESULTATS

## 1 Échantillon analysé

Vingt huit médecins ont été interrogés pendant des focus group et trois pendant des entretiens individuels.

Leurs caractéristiques sont listées dans le tableau suivant :

**Tableau 2 : Échantillon** des médecins interrogés

Médecin	Sexe	Age	DES	Thésé(e)	Remplaçant(e)	Installé(e)	Installation	Collaborateur	Exercice Urbain	Exercice Semi-rural	Exercice Rural	Diversification de l'exercice	Fac de TCEM	Fac de PCEM DCEM	SASPAS réalisé
P1	F	29	2011	Non	Oui	Non		Non	Non	Oui	Non	Aucune	Nantes	Bordeaux	Oui
P2	F	32	2008	Oui	Non	Non		Oui	Oui	Non	Non	MILIEU ASSOCIATIF	Nantes	Angers	Oui
P3	M	31	2012	Non	Oui	Non		Non	Oui	Non	Non	Milieu associatif	Nantes	Lille	Oui
P4	F	30	2010	Oui	Oui	Non		Non	Non	Oui	Non	Hypnothérapie	Nantes	Nantes	Oui
P5	F	29	2011	Oui	Non	Non		Oui	Oui	Non	Non	Résodiab, crèche, APMSL	Nantes	Caen	Oui
P6	F	32	2007	Oui	Non	Non		Oui	Non	Oui	Non	Aucune	Nantes	Strasbourg	Oui
P7	F	31	2011	Non	Oui	Non		Non	Non	Oui	Oui	Aucune	Nantes	Nantes	Oui
P8	M	30	2011	Oui	Oui	Non		Non	Non	Oui	Non	DIU ostéopathie	Nantes	Rouen	Non
P9	F	28	2011	Oui	Non	Non		Oui	Non	Non	Oui	DIU pédiatrie	Nantes	Nantes	Oui
P10	F	32	2007	Oui	Non	Oui	01/06/09	Non	Non	Oui	Non	Chargée d'enseignement au DMG	Nantes	Nantes	Oui
P11	F	30	2011	Oui	Non	Oui	02/11/11	Non	Oui	Non	Non	Aucune	Tours	Tours	Oui
P12	F	33	2007	Oui	Oui	Non		Non	Oui	Oui	Non	Aucune	Tours	Tours	Oui
P13	F	30	2011	Oui	Oui	Non		Non	Non	Oui	Non	Aucune	Tours	Tours	Oui
P14	M	31	2011	Oui	Oui	Non		Non	Oui	Oui	Oui	Aucune	Angers	Tours	Non
P15	F	30	2007	Non	Oui	Non		Non	Oui	Oui	Oui	Aucune	Tours	Angers	Oui
P16	F	29	2011	Oui	Oui	Non		Non	Non	Non	Oui	Hopital local	Angers	Bordeaux	Oui
P17	F	30	2010	Non	Oui	Non		Non	Non	Oui	Non	Aucune	Angers	Angers	Oui
P18	F	31	2011	Oui	Oui	Non		Non	Non	Oui	Oui	Aucune	Angers	Angers	Oui
P19	F	33	2007	Oui	Non	Oui	16/04/12	Non	Oui	Non	Non	Acupuncture, PMI	Angers	Brest	Non
P20	M	31	2008	?	Oui	Non		Non	Oui	Oui	Non	Aucune	Angers	Angers	Oui
P21	F	35	2008	Non	Oui	Non		Non	Non	Oui	Non	Aucune	Angers	Angers	Oui
P22	F	30	2011	Oui	Oui	Non		Non	Non	Oui	Non	Milieu associatif	Angers	Paris V	Oui
P22'	M	33	2011	Non	Oui	Non		Non	Non	Oui	Non	Medecine tropicale	Rennes	Caen	Oui
P23	F	29	2011	Non	Oui	Non		Non	Oui	Oui	Non	Aucune	Rennes	Rennes	Oui
P24	M	29	2011	?	Oui	Non		Non	Non	Oui	Non	Dispensaire DOMTOM	Rennes	Caen	Oui
P25	M	29	2011	Oui	Oui	Non		Non	Oui	Non	Non	milieu associatif	Rennes	Rennes	Oui
P26	F	30	2010	Oui	Oui	Non		Non	Non	Oui	Oui	Animatrice de FMC salariée	Rennes	Paris 6	Oui
P27	F	29	2011	Oui	oui	non		Non	Non	Oui	Oui	Aucune	Rennes	Strasbourg	Oui
P28	F	29	2011	Non	Oui	Non		Non	Oui	Oui	Non	Aucune	Nantes	Nantes	Oui
P29	F	31	2010	Oui	Non	Oui	01/10/12	Oui	Non	Oui	Non	Médecin de creche	Nantes	Nantes	Oui
P30	F	30	2012	Oui	Non	Non		Oui	Non	Oui	Non	Aucune	Nantes	Nantes	Non

Après les 4 premiers focus group, une saturation des données apparaissait, mais nous avons décidé de réaliser 3 entretiens supplémentaires afin d'améliorer la diversité de l'échantillon en choisissant des médecins de milieu rural et avec des statuts de collaborateurs libéraux ou jeunes installés.

La variété et la taille de l'échantillon ont ainsi permis d'atteindre la saturation des données.

## 2 Définition de la prescription

La prescription semblait avoir un sens assez large, les réponses qui ont été apportées lorsque nous avons posé la question : « Qu'est ce que prescrire ? » sont les suivantes.

### 2.1 C'est une ordonnance

Pour la majorité des médecins, **la prescription médicale symbolisait l'ordonnance.**

P17: *C'est vrai que moi le premier mot qui vient quand même c'est l'ordonnance »*

P1: *Heu, prescrire, [...] c'est faire une ordonnance en premier, [...] je pense à l'ordonnance en fait, à la rédaction d'une ordonnance»*

P3: *« C'est vrai que moi en premier lieu [...] la prescription c'est l'ordonnance »*

P26 : *pour moi prescrire, [...] ça rime avec ordonnance »*

P14: *« prescrire c'est donc associer à une [...] ordonnance finalement »*

Pour certains médecins, **le mot « ordonnance » ne convenait pas.**

P16: *« Mais [...] j'utilise très peu le mot ordonnance en fait avec le patient [...] c'est plutôt le traitement »*

P17: *« [...] en fait c'est ordonnance qui [ne] va pas c'est le mot en fait qu'il faudrait changer et..P21: [...] ça doit pas venir du mot ordonner heu »*

### 2.2 Actions de la prescription : Prescrire c'est...

**...apporter une réponse à une attente**

P2: *« Hmm prescrire c'est j'sais pas, apporter une réponse [...] aux questions du patient »*

P19 : *« il y a aussi la notion de répondre à l'attente du patient, à la demande du patient »*

P8: *« pour moi c'est une recommandation [...] propos[ée] par un médecin en réponse à un problème de santé particulier. »*

P27 : *« [...] c'est un temps [...] de réponse à la demande de la personne »*

P4: *« Heu prescrire pour moi ce serait aussi proposer et donner notre savoir à la personne qui [...] vient nous voir donc [...] heu proposer c'qu'on peut donner »*

P12: *« [M2 : Prescrire c'est répondre à une attente?] Ben c'est l'idée qu'on en a en tout cas (P13 oui) [...] »*

**...ce n'est pas imposer**

P11: *« ... prescrire c'est pas imposer (P13 oui) »*

P16 : *« c'est pas unilatéral, c'est pas un ordre, c'est [...] un peu d'échange quand même avec le patient [...] c'est voilà c'est pas imposer quelque chose »*

P21 : *« c'est important [de ne] pas donner [...] [de ne] pas ordonner comme tu disais [...] "faites ci faites ça" pour moi [...] c'est pas ça la prescription... »*

**...c'est négocié**

P13: « Heu pour moi prescrire [...] c'est directement sous entendu [...] commencer une négociation fin avec le patient c'est à dire que j'vais pas prescrire si [...] je sens qu'il est pas [...] en accord avec [...] c'que j'lui propose »

P20: « [...]la prescription c'est [...] quand même une forme de négociation entre la demande du patient mais aussi [...]la responsabilité puis le choix du médecin. La négociation qui doit être éclairée [...] c'est pas le patient qui décide de sa prescription il décide en connaissance des informations qu'ont été [...] qu'ont été récupérées diagnostiquées [...] par le médecin »

#### **...c'est aussi faire le choix de ne pas prescrire**

P18: « Heu voilà...C'est aussi faire un choix de ne pas prescrire aussi parfois »

P12: « P12, pour moi derrière la prescription [...] t'as quand même heu [...] l'aboutissement [...] de ta décision médicale donc y'a tous ces enjeux là [...] derrière l'acte de prescrire [...] "je décide, [...] j'agis, et je prescris" on peut aussi décider de pas prescrire »

#### **...c'est le point final de la consultation**

P11: « ...et c'est le point final...de ta conversation... »

P5 : « [...]on est habitué à ce que ce soit le point final de de la consult »

P28: « Qu'est ce que ça veut dire prescrire ? Euh... pour moi [...]c'est] des fois la conclusion très fréquente des consultations »

#### **...c'est la définition du travail du médecin**

P28: « [...]c'est un peu [...] la définition de notre travail [...] ça définit quand même un peu le rôle du médecin[...] »

#### **...c'est ce qu'il reste de la consultation**

P29 : « Euh c'est euh ce qui va rester [...] à mon patient en sortant de ma consultation. C'est pas obligatoirement un médicament ça peut être aussi un acte euh tout autre, un conseil, c'est ce qui reste concrètement à mon patient [...] »

## **2.3 Contenu de la prescription:**

Sans reprendre chacune des références, les différents contenus de la prescription qui ont été évoqués sont les suivants : les médicaments, les examens complémentaires, les conseils, les avis spécialisés, les bons de transport, les conduites de prévention, les régimes diététiques, les actes paramédicaux, les arrêts de travail, les recommandations, les certificats médicaux et le matériel.

## **2.4 Support de la prescription**

Plusieurs médecins ont parlé du fait que pendant leur formation, ils avaient été sensibilisés à l'importance du caractère médico-légal de la prescription, comme du dossier médical.

### **2.4.1 La trace écrite a un caractère médico-légal**

P5 : « [...] j'ai quand même le besoin de l'écrire quelque part heu fin c'est p't'être pour c't'aspect

*médicolégal aussi heu, on a bien dit quelque chose »*

*P26 : « [...]on prescrit pour que l'ordonnance soit lu par le pharmacien, par le patient heu ensuite que ce soit la trace [...] de notre acte, avec un côté médico-légal »*

## **2.4.2 Laisser une trace écrite de nos actions**

*P14: « C'est aussi le moment où tu laisses une trace (P11 oui) de ce que tu vas faire [...] "mais pourquoi vous avez fait ça docteur?" (P15 rit gênée) »*

*« P1: [...] prescrire pour moi c'est aussi écrire ses conseils [...] parce que y'a la trace aussi et ça nous permet de de nous justifier ou de prouver qu'on a fait »*

*P3: « Et moi j'trouve que [...] y'a l'importance de l'écrit aussi de poser les choses pour les patients [...] on peut le montrer aux autres gens [...] ça a été noté noir sur blanc. »*

## **2.4.3 Dualité écrit oral**

Une grande partie des médecins interrogés pensait que **la prescription médicale devait être écrite.**

*P6: « Alors moi j'suis d'accord avec P5 pour moi la prescription heu quelle qu'elle soit c'est c'est plus ce qui est écrit heu ça peut être des conseils [...] mais pour moi la prescription elle est écrite »*

*P8: « P8 heu donc pour moi c'est une recommandation [la prescription] à priori plutôt écrite »*

*P9: « Pour moi je rejoins aussi le fait que la prescription dans ma tête c'est quand même quelque chose d'écrit [...] »*

Selon certains, **le caractère urgent d'une pathologie chez un patient pouvait justifier que la prescription se fasse à l'oral**, ici, par téléphone.

*P27 : « ça existe c'est possible par exemple en Mayenne, heu quand ils régulent, maintenant ils peuvent faire des prescriptions faxées... P26 : ...par téléphone...P27 : ...faxées directement par téléphone ouais voilà oui mais ils ont quand même eu le patient au téléphone »*

*P10 : « [...]chez] un gamin qui fait une crise d'asthme, la maman qui nous appelle [...] ça m'arrive assez souvent de [...] donner déjà les premiers conseils les premières prescriptions par téléphone heu dans ce cadre là pour moi c'est une vraie prescription et pourtant [...] y'a pas d'écrit et heu y'a même pas forcément d'examen en direct du [...]patient »*

Plusieurs médecins pensaient que **la prescription écrite n'était pas indispensable:**

*P10 : « ce passage par l'écrit il est pas forcément indispensable[...] ça m'arrive assez souvent de [...] donner déjà [...] les premières prescriptions par téléphone [...] dans ce cadre là pour moi c'est une vraie prescription et pourtant [...] y'a pas d'écrit. »*

Certains médecins pensaient que **la prescription pouvait être écrite ou orale :**

*P2: « ...alors ça peut être une prescription [...] écrite [...] ou un conseil à l'oral... »*

*Thésarde: "Et quand tu parlais de conseils [...], les conseils c'est plutôt quelque chose d'écrit, d'oral c'est un peu les deux ?P29 : C'est pas obligatoirement quelque chose d'écrit, ça peut être [...] oral aussi.. »*

*P30 : « Pour les enfants je vais facilement les écrire dans le carnet de santé [...] quand c'est des choses qui me semblent particulièrement importantes je vais les écrire sur l'ordonnance euh et puis sinon je les dis simplement à l'oral [...] »*

## 2.5 Croyances du médecin

### 2.5.1 Croyances du médecin autour des attentes du patient

Les médecins interrogés semblaient penser majoritairement que **les patients venaient systématiquement demander une ordonnance et des médicaments.**

P17: « [...]c'est un des problèmes qui me dérange le plus les gens viennent pour ressortir avec une ordonnance dans la main en fait (P20 oui)[...] »

P22 : « il faut que les gens commencent à comprendre que ils auront pas forcément une prescription [...] ou des médicaments ou 'fin voilà ou...[...] »

P3 : « j'ai l'impression qu'c'est pareil aussi pour les patients [...] y'a vraiment cette habitude [...], on sort [...] de chez le médecin, et à la fin de la consultation y'a l'ordonnance [...] qui finalise la [...] chose »

P25 : « Parce que c'est clair qu'on a une pression,[...] moi je le ressens comme ça, [...] pour la prescription [...]il y a quand même là une pression du patient qui est énorme. »

P12: « y'a quand même la symbolique de l'ordonnance quoi qui reste [...] t'as proposé quelque-chose ben des fois t'es convaincu que le mec en a pas besoin [de médicament] »

P15 : « tu lui demandes aussi ses attentes 'fin le motif de la consultation qui est assez souvent une prescription (P11 rit) P12: Nous on le ressent comme une demande de prescription (P15 oui)... »

P12 : « moi j'suis contente tu vois si j'arrive à pas faire d'ordonnance (P13 oui) mais je me dis j'ai pas répondu à la demande de mon patient (P13 oui) j'lui ai expliqué qu'il a besoin de rien mais c'est pas ça qu'il veut enfin j'me dis qu'c'est pas forcément ça qu'[il] voulait entendre »

P12: « [...] les gens ils viennent nous voir parce qu'ils veulent des médicaments (P13 et P11 oui) »

P10 : « [...] j'avais tendance à penser qu'les patients venaient chercher ce côté ordonnance à la consultation heu et finalement oui [je pense] qu'on projette un peu heu fin on a l'impression qu'ils nous en demandent eux ont l'impression qu'on va leur en donner et on tourne un peu en rond »

P28: « Et des fois [...]on a l'impression que les gens attendent beaucoup d'une prescription, après elle a un rôle, elle a un rôle dans le, le lien thérapeutique,[...]je pense que rien que le bout de papier en lui-même, au-delà de ce qu'il y a dessus, je pense a un rôle important [...] »

P30 : «qu'est ce que ça représente [la prescription] ? C'est quelque chose que le patient attend euh fin souvent le patient il attend une ordonnance avec un papier[...] »

D'autres médecins pensaient que **les patients ne venaient pas nécessairement pour chercher des médicaments mais pour une plainte.**

P12: « [...]j'ai des gens qui viennent me voir avec un problème j'ai pas l'impression d'avoir des gens qui viennent me voir pour me demander [...] des médicaments ils viennent me voir parce qu'ils ont mal au ventre... »

P22 : « [...] il y a beaucoup de gens qui finalement s'attendent pas à ce qu'on leur prescrive tout une panoplie de [...] médicament, qui [...]me disent «'ah bah non écoutez moi ça me va très bien" »

P12: « mais la plupart ils arrivent quand même avec une plainte un trouble fonctionnel au départ »

Certains médecins pensaient que les patients venaient pour une écoute ou une réassurance et semblaient

### **critiquer la responsabilité unique du patient dans la réponse par le médicament.**

P28: [...] c'est le lien thérapeutique qui [est] hyper important [...], parce que des fois [...] je vois bien les parents d'enfants par exemple des fois qui ont juste besoin d'être rassurés et il n'y a pas de prescription derrière[...] »

« [M4 : C'est-à-dire que tu penses que ce temps de prescription c'est aussi ce qu'attendent les gens, fin ce qu'attend la société, ce qu'attend le patient ?] P27: Oui beaucoup, encore que je pense qu'on a ça dans notre tête que heu effectivement il y a un temps de prescription, un temps de réponse quand bien même des fois, je pense que les gens heu ils attendent pas ça en fait. Je pense que des fois ils attendent par exemple juste une écoute (P26 oui) ou des conseils »

P12 : « tu leur expliques "ben là vous avez besoin de rien" (P11 oui) mais ils voulaient juste être rassurés »

P21 : « Je pense que des fois ils attendent par exemple juste une écoute (P26 oui) ou des conseils [...] finalement ils attendent juste qu'on soit témoin, [...] de quelque chose qu'ils ont à dire »

P29 : « [...] des fois on se rend compte que des fois les gens ils attendent pas obligatoirement justement une prescription de quelque chose, ils ont juste besoin qu'on ait un œil médical sur leur truc quoi[...] »

### **Un médecin pensait que l'explication et le conseil pouvaient être plus bénéfiques que le médicament.**

P23 : « je me suis posée la question, prescrire ou ne pas prescrire [...] expliquer finalement ça ça peut être des fois plus bénéfique que de prescrire une ordonnance de 10km de long »

## **2.5.2 Croyances du médecin autour de la symbolique de la prescription**

### **Pour la plupart des médecins interrogés, la prescription était un acte final de la consultation.**

P4: « [...] prescrire c'est aussi l'acte final (P10 lève la main pendant toute l'intervention)[...] d'une consultation [...] c'est heu la conclusion c'est la prescription pour le médecin et puis pour [...] la plupart du temps hein et puis pour le patient également »

P11: « ...et c'est [la prescription] le point final...de ta conversation... »

P5 : « [...] on est habitué à ce que ce [la prescription] soit le point final de la consult »

### **Les médecins disaient qu'ils prescrivait parfois pour dire au patient qu'ils l'avaient entendu.**

P1 : « il nous manque des petits des petits (fait des gestes avec ses mains) des petits trucs pour justement avoir quand même une prescription à donner, [...] pour dire au patient que je l'ai entendu »

P23 : « [...] je me suis rendue compte qu'au début où je commençais à exercer [...] je me disais les gens vont avoir l'impression que je me suis bien occupée d'eux si je mets plein de choses [sur l'ordonnance] »

### **Les médecins interrogés disaient que quand ils ne donnaient pas d'ordonnance à la fin d'une consultation, ils avaient l'impression de ne pas avoir fait leur travail.**

P12: « [...] t'as l'impression [...] si t'as pas fait ton ordonnance que t'as pas fait ton taf »

P14: « ...Heu, j'ai l'impression de ne pas avoir bien fait mon boulot(P13 oui) »

### **Un médecin pensait au début de sa pratique que le nombre d'ordonnance ou de médicament était la valeur de sa consultation.**

P26 : « [...] dans nos têtes j'ai l'impression, enfin ça a été que l'acte [...] il se valorise, l'ordonnance formalise l'acte [...] si le patient il sort avec 4 ordonnances ou avec une ordonnance avec heu une liste importante c'est comme ci c'était la valeur de ta consultation »

A l'inverse, un autre médecin n'attachait **pas de valeur particulière à la prescription.**

P29 : « [...] Je ne suis pas particulièrement attachée [...], fin je pense qu'on est un peu plus détaché justement de la prescription en étant plus jeune, ça représente juste une part de mon activité mais ça n'a pas une valeur essentielle ou euh voilà. »

Un médecin pensait que **l'ordonnance était thérapeutique.**

P28: « [...] les gens ne vont pas tous aller acheter des médicaments mais rien que d'avoir récupéré l'ordonnance je pense qu'il y a un effet thérapeutique (rires)[...] »

## **2.6 Responsabilité du médecin**

Les médecins interrogés ont majoritairement exprimé la notion de **responsabilité du médecin prescripteur.**

« P12: c'est le moment où tu prends tes responsabilités... »

P14: ...donc c'est le moment où tu prends tes responsabilités quand tu signes à la fin (P12 oui). »

P18: « [...] c'est une responsabilité aussi euh.. de faire une prescription de signer sa prescription et de prendre les responsabilités des conséquences de la prescription. »

P21: « Alors moi le premier mot, P21, le premier mot qui m'est venu quand vous avez posé la question [qu'est ce que prescrire?] c'était la notion de responsabilité. »

P22: « [...] j'trouve que la notion de responsabilité est importante et les conséquences de prescription. [...] il faut toujours réfléchir à ce qu'on va donner même si c'est [...] quelque chose qui paraît bénin comme du doliprane, toujours penser et repenser les prescriptions. »

P22' : « bah prescrire c'est heu c'est assumer des responsabilités, c'est déjà une base, on ne peut pas se permettre de prescrire [...] je veux dire faut toujours avoir conscience que prescrire ça peut avoir des conséquences heu, voilà même si avant tout c'est pour soigner, ça peut aussi être délétère, fin la iatrogénie ça existe. »

## **2.7 Formes de la prescription**

Sans reprendre la liste des références, les différentes formes de la prescription qui ont été évoquées sont : une ordonnance datée, signée et nominative.

### 3 Temps de la prescription

#### 3.1 A quel moment de la rencontre de soins se fait la prescription ?

Les médecins n'étaient pas unanimes quant au moment de la rencontre de soins où se faisait la prescription.

P17 : « [...] c'est mais c'est pas un temps horaire (P20 oui) en fait »

P25 : « il n'y a pas forcément un temps identifié de la consultation. »

P25 : « [...] réserver un temps de la consultation à la prescription, c'est pas quelque chose qui tient la route. »

##### 3.1.1 La prescription est réalisée tout au long de la consultation

De nombreux médecins disaient que c'était une **démarche qui se faisait tout au long de la consultation.**

P25 : « [...] à mon avis il y a quelque chose qui se joue tout au long de la consultation. »

P14 : « ...c'est une démarche en fait tout au long de la consultation »

P21 : « [...] la prescription c'est quelque-chose qui se réfléchit tout au long [...] de la consultation et qu'on a tout en tête tout au long de la consultation »

P20 : « c'est quand même quelque chose effectivement qu'on a en arrière-pensée [...] pendant toute la consultation [...] c'est quelque chose qui se pose en filigranes, en arrière plan pendant toute la consultation. »

P26 : « [...] il y a des temps de prescription qui peuvent être éparpillés dans la consultation »

P30 : « Plus vers la fin que vers le début mais [la prescription] s'étale tout au long et en général j'essaie de refaire une synthèse. »

P30 : « [...] [prescrire] je le fais un petit peu [...] tout au long de ma consultation même pendant l'examen clinique hein, par exemple [...] des enfants qu'on va suivre pour leur développement [...] et bien on peut être amené à prescrire [...], à donner des conseils [...] et ça, ça se fait [...] tout au long de l'examen, on peut pas donner une somme d'informations en fin de consultation, rien n'est complètement sectorisé quoi, c'est pas possible hein. »

P29 : « Je pense que [le temps de la prescription] est un peu dilué sur toute la consultation »

Le fait de **négoier la prescription dès le début de la consultation facilitait** la prise de décision finale de certains médecins.

P15 : « [...] c'est plus facile de négocier dès le début de la consultation tout au fur et à mesure, pour pouvoir vraiment avoir le le point final à la fin heu au moment vraiment de la prescription [...] à mon avis la prescription elle commence quasiment dès le début »

P25 : « [...] ça en fait ça se joue, ça peut se jouer tout au long de la consultation. [...] mais tu l'amènes tout du long de ta consultation [...] c'est qu'à la fin de la consultation où tu marques sur ton papier ce que tu veux bien marquer mais déjà à ce moment là ton patient il doit être convaincu de quelque chose, (P24 est penché en avant) enfin tu dois l'avoir amené (P26 oui) en fait un petit peu là ou tu veux l'amener sur ta prescription en fait »

### 3.1.2 La prescription est un temps de fin de consultation

Pour beaucoup, la prescription médicale représentait le **point final ou la conclusion de la consultation médicale**.

P4: « [...]prescrire c'est aussi l'acte final (P10 lève la main pendant toute l'intervention) [...]d'une consultation [...] la conclusion »

P5 : « [...]on est habitué à [la prescription] soit le point final de la consult [...]. »

P13: « [...] [Prescrire] c'est quand même la dernière étape [...] de nos consultations[...] c'est un peu la conclusion [...] »

P19 : « [la consultation] va se terminer par une sorte d'accord [...] et une conclusion qui va être [...] la prescription soit médicale ou [...]de règles hygiéno-diététiques [...] »

P20 : « [la prescription] termine souvent la consultation, c'est vrai que ça conclut souvent la consultation »

P17: « [...] [la prescription] faisait un peu la conclusion (en tapant sur la table avec le bord de la main) en fait de la consultation [...]c'est plutôt un temps [...] dans la consultation ou généralement on a tendance à terminer la consultation sur une prescription [...] »

P18: « Et par contre c'est vrai que c'est un temps particulier parce que [...] la signature de [...] l'ordonnance et puis le fait de remettre l'ordonnance c'est en général ça qui conclut [...] la consultation »

Un médecin a évoqué le fait que la prescription pouvait être le point final de la conversation.

P11: « ...et c'est le point final...de ta conversation... »

### 3.1.3 La prescription est un processus dynamique

Plusieurs médecins parlaient de la prescription comme d'un **processus dynamique** qui évoluait au fil de la consultation pour l'adapter au patient.

P20: « [la prescription] elle peut varier d'ailleurs [...] au fil de la consultation (M3 hmm) elle est pas arrêtée [...] au moment où le patient entre dans le cabinet »

P24 : « [...] la décision se construit tout au long [de la consultation], et [...] parfois le patient est à peine entré qu'on sait pratiquement ce qu'on va écrire sur l'ordonnance, [...]même si on a essayé de faire adhérer au fur et à mesure de la consultation le patient à notre projet et voire à l'adapter, à adapter notre prescription en fonction du patient parce que, ça arrive, même assez souvent qu'on ne soit pas d'accord donc on est obligé de trouver des compromis (P25 hmm)[...], il y a quand même ce temps de fin de consultation qui est là pour synthétiser et pour finaliser la consultation et la décision [...] »

### 3.1.4 La prescription : une décision partagée ?

La façon dont certains médecins parlaient de la décision de prescription **n'avait pas l'air d'être une décision partagée avec le patient.**

P15: « [...]c'est plus facile de négocier dès le début de la consultation tout au fur et à mesure et pour pouvoir vraiment avoir le le point final à la fin heu au moment vraiment de la prescription [...] à mon avis la prescription elle commence quasiment dès le début »

P25 : « [...] ça se joue, ça peut se jouer tout au long de la consultation.[...] mais tu l'amènes tout du long de ta consultation et [...] moi, c'est ce qui me semble intéressant du coup et même si [...] c'est qu'à la fin de la consultation où tu marques sur ton papier ce que tu veux bien marquer mais déjà à ce moment là ton patient il doit être convaincu de quelque chose, (P24 est penché en avant) enfin tu dois l'avoir amené (P26 oui) en fait un petit peu là ou tu veux l'amener sur ta prescription en fait »

P18:« Oui '[...] moi j'suis d'accord c'est à la fin de la consultation qu'on prend nos décisions et c'est avec[...] on prescrit en fonction de ce qu'on a décidé »

P25 : « Puis après dans l'acte de prescription, [...] il y a réussir à convaincre son patient que peut-être [...] telle thérapeutique ou telle éducation sera intéressante,[...], ça peut se jouer tout au long de la consultation »

## 3.2 Le prescription est un temps de synthèse et de réflexion

### 3.2.1 Le prescription : un temps de synthèse et de réflexion

P13: « Ben oui pour moi c'est un temps particulier c'est à dire que en pratique [...] tu viens de finir de l'examiner, [...] et tu commences à réfléchir [...] à ce qui faut que tu mettes (P12 oui) c'qui faut qu'tu changes c'qui faut qu'tu renouvelles [...] donc[...] oui c'est un temps ou [...] de réflexion (P12 oui) heu c'est un vrai temps de consultation [...]»

P21 : « et j'suis assez d'accord sur le fait que [...]c'est une conclusion c'est une synthèse »

P22' : « [...] tu fais une synthèse sur tes prescriptions finales »

P24 : « il y a quand même ce temps de fin de consultation qui est là pour synthétiser et pour finaliser la consultation et la décision, moi je le vois un peu un petit peu comme ça. »

P15: « C'est aussi l'aboutissement de la synthèse [...] de tout ce que t'as fait avant... »

P30 : « Plus vers la fin que vers le début [de la consultation] mais ça s'étale [la prescription] tout au long et en général j'essaie de refaire une synthèse. »

### 3.2.2 La prescription : un temps de synthèse écrite

P20: « [la prescription] se pose en continu ouais [...] et finalement la rédaction ce n'est que la synthèse là c'est [...] on remet les idées en place justement par écrit [...] »

P26 : « moi j'accorde aussi de l'importance à ce que j'écris sur l'ordonnance, et savoir est ce que je fais l'ordonnance pour la pharmacie ou pour le patient (P25 oui) [...] et des fois je me dis il ne faut pas en écrire trop mais il faut en même temps, il y a des choses importantes à écrire,[...] des conseils qui me semblent importants[...] je vais les noter volontairement sur l'ordonnance [...] des tâches à faire,[...] le fait que ce soit écrit ça prend, ça donne un autre sens (P27 oui). »

### 3.2.3 La prescription comprend un temps oral d'explication et de vérification de la compréhension du patient

P21 : « [...] [la prescription] c'est une synthèse [...] c'est aussi un temps séparé où on se pose avec le patient [...] on reprend l'explication de un peu tout ce qu'on a dit dans la consultation[...] où on ré-explique [...] c'qu'on a écrit [...], y'a le temps de réflexion de ce qu'on a écrit après y'a le temps de explication [...] de ré explication »

P19: « [...]j'pense que ça commence par là la prescription y'a un temps oral[...], j'm'assure qu'il a bien compris après j'écris je remets l'ordonnance dans le sens du patient et on reprend heu point par point, j'm'assure que le patient a bien compris tout ça »

P29 : « Je pense que c'est [le temps de la prescription] un peu dilué sur toute la consultation mais clairement les quelques dernières minutes j'essaie en fait de reprendre les points forts [...], j'essaie de bien synthétiser que ça soit bien clair dans l'esprit du patient [...] pour qu'à la fin il garde ça en tête quand il sort. »

P30 : « [...] à la fin je vais faire une synthèse pour que ça marque un petit peu plus »

P30 : [le temps de synthèse sert] à marquer les points qui sont les plus importants pour moi, qui sont pas forcément les plus importants [...], qu'il [le patient] n'identifie pas forcément comme étant les plus importants au départ et donc c'est pour marquer un petit peu les choses qui me semblent euh qui me semblent être ressorties au cours de la consultation. Thésarde : D'accord P30 : Et ça en général je le fais s'il y a une ordonnance, au moment où je donne l'ordonnance. »

Certains médecins **expliquent et vérifient la compréhension du traitement dans le but de favoriser l'observance.**

P28: « [...] quand je ré-explique les médicaments j'aime bien leur faire relire [...] aux patients ce que j'ai... ce qu'on a dit à l'oral et le revoir écrit [pour] voir si les gens on bien compris [...] pour qu'il n'y ait pas de risque de confusion entre ce qui est dit à l'oral, je pense que [...] les gens ils enregistrent pas forcément toujours très bien [...] c'est aussi [important] de reformuler, de se répéter, [pour] faciliter l'observance[...]

## 4 Facteurs déterminants de la prescription

### 4.1 Facteurs déterminants intrinsèques au médecin

#### 4.1.1 Influence de la formation médicale initiale

##### 4.1.1.1 Influence de la formation théorique

Les médecins interrogés ont évoqué principalement l'influence de la formation facultaire

P15 : « et puis qu'est ce qu'il y aurait d'autre, [...] y'a forcément la formation que t'as eu [...] ce dont tu te souviens, ce que t'as oublié (en souriant) »

P26 : « Initialement la prescription c'était [...] avec un modèle, je prescris parce ce [...] j'ai appris dans la fiche machin : telle pathologie ; on prescrit ça (rires) »

Certains médecins se sentaient influencés par leurs **livres de préparation du concours des ECN** :

P30 : « [...] je pense qu'on est un petit peu influencé là-dessus aussi parce que dans les bouquins d'internat [...] donc forcément on retient quand même plus ceux qu'on a bachotés [...] donc bon peut être que j'ai un peu une influence [...] extérieure que je ne maîtrise pas, certainement »

Certains médecins pensaient que la formation évoluait de l'**application d'apprentissages reçus** vers une **formation réflexive de recherche personnelle à la résolution de problèmes**.

P26 : « [...] j'ai l'impression moi qu'il y a une évolution dans la formation où on a on nous formait avant à faire, à être, à appliquer des choses qu'on avait appris et maintenant on nous apprend aussi à se mettre à jour à rechercher les informations [...] »

P30 : « les RSCA je trouve que c'est vraiment quelque chose [...] ça m'a vraiment aidé à me remettre en question et donc [...] ça m'a beaucoup apporté et [...] le fait d'avoir les cours théoriques à côté ça donnait aussi un appui »

P30 : « [les RSCA] je trouve que ça apporte une [...] une ouverture qui est vraiment intéressante par rapport à tout ce qu'on a pu avoir notamment pendant [...] l'externat, avec le travail du concours et puis vraiment les questions [...] toujours un petit peu la même chose [...] Alors que dans la pratique c'est pas vraiment comme ça quoi. »

**La formation continue fait partie intégrante selon les médecins interrogés des facteurs d'influence de la prescription.**

...principalement par la **revue Prescrire**©

P21 : « [...] [la revue Prescrire©] nous oriente vers certaines molécules de certaines classes plus que sur d'autres, [...] c'est le seul outil qui nous permet de d'avoir entre guillemets euh, un regard assez objectif sur tout le baratin que nous disent les laboratoires »

P21 : « la lecture de Prescrire© euh régulière euh remet en question un certain nombre de

médicaments [...] et permet de repenser le bénéfice risque, [...] permet de repenser des effets secondaires [...] »

M4 : « Qu'est ce qu'on pourrait faire alors pour améliorer cette difficulté [du choix de molécule dans une classe thérapeutique] ? [...] P27 : [...] lire des revues comme Prescrire©...enfin une revue c'est la seule qui existe[...] qui soit indépendante. »

P18: « [...] à chaque [...] nouvelle molécule ils font une référence au médicament qui est le mieux référencé le mieux connu et [...] ça m'aide à me dire [...] si je devais en choisir un à retenir [...], ce sera celui là (P22, P21 et P20) [...] c'est celui que je vais garder dans ma fameuse [...] panoplie[...] dans ma liste. »

P5 : « [...] la formation [en pharmacologie] [...] moi j'la fait un peu [...] j'la fait avec Prescrire© [...] »

P9 : « [...]ce que j'essaye de faire pour[...] pas trop m'embêter avec ça c'est [...] de noter [...] chaque fois après la lecture de Prescrire© pour chaque indication une molécule [...] unique qui a prouvé sa meilleure balance bénéfice risque et de s'en tenir à ça [...] en laisse beaucoup de côté (P3, P10 oui) »

...mais aussi par d'**autres formations médicales continues**

P21: « [...] pour moi la prescription [...] médicamenteuse et même non médicamenteuse [...] c'est corrélé à [...] une formation médicale continue sur l'efficacité, l'inefficacité, le côté dangereux ou pas dangereux, les manières alternatives ou pas de faire »

P19: « [...] faire des formations médicales continues [...] permet de se maintenir au goût du jour aussi puis de savoir ce qu'on prescrit, d'être sûr de sa prescription et quand on est sûr de sa prescription le patient, je pense qu'il le ressent, du coup le moment de négociation doit se faire plus facilement (M3 oui) que quand on, on hésite[...] »

P19: « Donc euh du coup de, de se former régulièrement permet de garder une certaine assurance aussi, je pense, et c'est indispensable »

P11: « [...]pour moi, c'est la formation continue 'fin qu'on a toujours 'fin (P12 oui) je veux dire [...] qui rentre heu en compte heu dans nos prescriptions c'est ça qui peut évoluer»

#### **4.1.1.2 Influence de la formation pratique**

**L'influence de la pratique des maîtres de stage a été évoquée à plusieurs reprises dans les différents groupes.**

P22' : « c'est surtout finalement en fonction de de l'expérience aussi des différents praticiens chez qui on est passé, s'il avait plus tendance à cette prescription. »

P26 : « Initialement la prescription c'était heu avec un modèle, je prescris [...] ce que mes maitres de stage ont prescrit (P26 tape sur la table) »

**L'expérience des stages en ambulatoire a permis à certains médecins de se sentir plus à l'aise avec les premières expériences de prescriptions.**

P12: « Moi je crois ce qui m'a permis quand j'ai commencé à remplacer de me sentir [...] prête à gérer les prescriptions à être armée pour faire face [ce sont les] stages en ambulatoire (tous oui) [...] »

*pendant l'internat d'avoir fait un stage prat (P15 oui) heu d'avoir fait le un SUMGA<sup>9</sup> en fin de [...] cursus voilà t'es complètement dans l'optique[...]* »

Certains médecins ont évoqué le fait que l'apprentissage en ambulatoire par la **confrontation théorique avec la pratique** les a fait progresser.

P12 : « *t'es dans une autre approche où effectivement ben tu te confrontes y'a ce que tu sais et pis y'a la réalité de quand t'es en libéral avec le patient où tu gères comme tu peux* »

A la sortie de l'hôpital, certains médecins disent qu'ils “ne savaient pas prescrire”.

P13: « *[...] je pense qu'à la sortie de l'hôpital je savais pas prescrire en fait (P11 oui) [...] je pense qu'on peut globalement dire ça* »

**L'influence de la pratique des praticiens hospitaliers lors des stages à l'hôpital a été évoquée.**

P3: « *En fait moi j'trouve que on a notre formation elle est vachement à l'hôpital et à l'hôpital le patient il a pas le choix (P6 rit) [...] on lui donne son médicament il sait même pas c'qu'il a [...] il dit oui ou il dit non mais si il dit non t'façon il sort de l'hôpital alors que alors que voilà à en ambulatoire on se confronte à aux gens et à leur mode de vie* »

P12 : « *[...] en stage hospitalier[...] tu prescrites mais les patients de toute façon ils savent pas ce que tu prescrites* »

**Un grand nombre de médecins disent que la prescription évolue avec l'expérience de l'exercice.**

P27 : « *[...] sur quoi se font les choix heu, ouais l'expérience (P25 bof),[...] les formations qu'on peut faire (P26 oui)* »

P22' : « *[...]il faut dire que l'expérience ça joue beaucoup.[...] Puis après avec l'expérience aussi quand il y a eu traitement savoir s'il est bien toléré, les effets secondaires, fin pour moi c'est plus l'expérience qui fait que, donc je vais choisir tel ou tel traitement quoi.* »

P4 : « *on se rend compte aussi je pense [...] tu le disais tout à l'heure P10 c'est que [...] de mois en mois (fait le signe du moulin) d'années en années avec un peu plus d'expérience[...] les difficultés qu'on avait [...] très régulièrement au début elles disparaissent donc c'est[...] ce facteur[...] expérience et ancienneté qui joue beaucoup [sur la prescription]* »

P27 : « *[...]je pense que ce qui évolue aussi [...] c'est notre confiance effectivement en nous [...] qui est tirée de l'expérience* »

P26 : « *[...]apprendre à prescrire c'est aussi [...] une évolution [...] personnellement je prescrites différemment [...] en fonction de ce que je suis et ce que je deviens,[...] avec des prescriptions que j'ai faites et que je ne fais plus, des prescriptions[...] que je ne faisais pas que je fais maintenant[...] puis encore ça va évoluer.»*

**Certains médecins ont exprimé une mise en garde vis à vis de l'expérience.**

« P25 : *il faut rester veiller* »

« P24: *Il faut se méfier un petit peu de son expérience personnelle de temps en temps* »

## 4.1.2 Influence de l'industrie pharmaceutique et des visiteurs médicaux

Les médecins interrogés ont majoritairement l'impression que les firmes pharmaceutiques, par l'intermédiaire des **visiteurs médicaux ont une influence sur leur prescription** et que leurs **informations ne sont pas objectives**.

P3 : « [...] j'suis persuadé que même si on en a pas conscience [...] que ça nous influence mais j'ai l'impression que si par exemple [...] un visiteur médical qui va nous parler d'un anti-hypertenseur si le prochain patient que tu vas voir (P6 murmure "bien sur") il a besoin d'un traitement anti-hypertenseur tout de suite c'est obligé tu vas avoir ce premier médicament (P6 murmure "bien sur") qui va arriver dans ta tête et ça va t'influencer... »

P18 : « [...] parce que c'est évidemment orienté les informations [des laboratoires pharmaceutiques] ça peut pas être objectif [...] (P16 oui) »

P27 : « Après [...] sur quoi ce font les choix [...] est ce que [...] si on accepte les visiteurs médicaux (P22 oui), ba je pense que ils jouent un rôle, [...] on va peut être mémoriser plus, on va dire un produit plutôt qu'un autre dans la classe »

P15 : « [...] et puis forcément les labos qu'on voit de temps en temps [...] on s'en rend pas compte mais probablement que ça influe [...] »

P21 : « on a beau dire qu'on est pas sensible, on cherche tous à ne pas être sensible aux visiteurs médicaux [...] quand on regarde les chiffres [...] des résultats des visiteurs médicaux après leur passage etcaetera [...] y'a un effet inconscient de leur passage »

Certains médecins **utilise la visite médicale comme une aide pour connaître les nouveaux médicaments** :

P1 : « [...] quand ça m'est arrivé d'en voir [des visiteurs médicaux] j'm'étais fait une réflexion que ça m'apprenait à découvrir des médicaments »

Pour certains médecins, le visiteur médical est la pause de la journée :

P21 : « je trouve que [...] pour avoir travailler en cabinet [...] seul euh le visiteur médical euh c'est la pause dans la journée, 'fin moi je trouve que y'a une notion de ça coupe la journée de de 25 patients "ah ouf, on va prendre un café" »

Plusieurs médecins ont décidé de **ne pas recevoir les visiteurs médicaux** pour diminuer l'influence qu'ils pourraient avoir.

P1 : « [...] moi les visiteurs médicaux [...] j'les reçois pas »

P20 : « [...] je les vois pas les visiteurs médicaux donc, [...] moi je dis que je ne les reçois pas »

P5 : « Ben heu (P10 rit) ne pas les recevoir quoi déjà [pour éviter leur influence]... déjà ne pas les recevoir et puis heu aussi les fuir heu des formations heu où ils s'incrument des fois... »

Le médecin **recherche lui même ses informations**.

P18 : « Moi je pars du fait qu[e l'information fournie par les laboratoires n']est pas valable en fait,

*[...]et puis [...] si je m'interroge [...], ben[...] j'irai rechercher [...] d'autres informations »*

### **4.1.3 Facteurs déterminants liés à la relation médecin patient (RMP)**

#### **4.1.3.1 Le modèle de RMP change le rapport avec la prescription**

La plupart des médecins interrogés pensaient que le modèle de relation médecin patient pouvait changer le rapport à la prescription.

P6: « *J pense que [la prescription] dépend du type de relation médecin patient (P3 et P10: oui, P4: bah oui) [...] quand on est avec les anciens [...] la représentation est vachement [...] sur un mode paternaliste [...] alors que nos patients plus jeunes [...] on a réussi à rentrer plus dans un modèle interactif où le patient prend en charge heu sa propre santé heu là bien sûr on on a une interaction et et c'est plus constructif (P3 oui) »*

P3: « *Hmm, j'suis d'accord aussi moi avec c'que tu dis oui, [...] [la prescription] dépend de la relation qu'on a avec le patient et [...] des modèles (P6: oui, pointe du doigt) justement paternaliste ou pas [...] »*

#### **4.1.3.2 Modèle « d'autonomie »**

Dans le modèle d'autonomisation du patient qui a été évoqué par des nombreux médecins interrogés, le fait d'**obtenir l'accord du patient** était un élément important.

P26 : « *[...] tu te poses la question, le patient "qu'est ce qu'il pense ?" "Comment il juge [...] notre acte?", [...] avec le temps, j'accorde aussi une importance à la validation de mon ordonnance par le patient, [...] c'est-à-dire que voilà souvent je leur dis, « est ce que ça vous convient ? » On fait ça, [...] et du coup, mon ordonnance elle est, c'est le fruit d'une d'une discussion, d'une concertation heu avec le patient.»*

P20: « *pour [...]il faut vraiment que il y ait une adhésion à la fois du patient et du médecin[...] »*

Les médecins cherchaient à **rendre le patient acteur de sa prise en charge**.

P26 : *[...] ce qui est important [...], c'est de rendre le patient acteur de sa prise en charge (P25 et P23 oui), [...] plus ça va et plus j'essaie au maximum de rendre la patient responsable de sa prise en charge (P25 oui), et moi d'intervenir comme un conseil, une plus value, une aide [...] »*

Un médecin disait que le fait d'avoir une décision partagée avec le patient permettait aussi de **diminuer le poids des responsabilités du médecin**.

P26 : « *[...] plus ça va et plus j'essaie au maximum de rendre la patient responsable de sa prise en charge (P25 oui), [...]c'est en plus plus sympa (P25 et P23 oui), plus facile à vivre parce que t'as moins le poids de la responsabilité quoi, c'est-à-dire qu'on a décidé ensemble »*

Plusieurs personnes ont insisté sur le fait qu'**il était nécessaire de "s'adapter au patient" plus que de négocier avec lui**.

P30 : « *[...] [la prescription n']est pas vraiment une question de négociation avec le patient, c'est une*

*question de euh s'adapter et de trouver ensemble la solution qui sera le mieux pour lui[...] on essaye de trouver qu'est ce que lui il a vraiment envie de faire pour sa santé [...] »*

*P30 : « La négociation pour moi ça introduit un rapport de force qui ne doit pas exister du tout dans une consultation. J'aime pas ce terme non »*

*P24 : « [...] même si on a essayé de faire adhérer au fur et à mesure de la consultation le patient à notre projet [à la prescription médicale] et voir à l'adapter, à adapter notre prescription en fonction du patient parce que, ça arrive, même assez souvent qu'on ne soit pas d'accord donc on est obligé de trouver des compromis (P25 hmm) »*

*P13: « [...] p't'être qu'effectivement vous avez raison le terme négociation est p't'être trop fort c'est j'sais pas comment on pourrait formuler un...un échange un...(tout le monde cherche)P14: ...heu proposition peut être...[...]P13: ouais (pas convaincue) P15: ...ou discussion...P13: oui c'est un échange quoi »*

#### **4.1.4 Influence de la disponibilité physique et psychique du médecin et de son environnement personnel**

*P28: « [...]je pense que ça a dû m'arriver [de céder à une demande d'un patient] en fin de journée que j'ai pas pris le temps justement d'entamer une négociation, [...] ça a dû arriver »*

*P14: « [la prescription est influencée selon] si t'es fatigué ou si t'es pas fatigué...[...]si y'a une épidémie de grippe ou pas si... P13: ...le matin le soir si t'as quelque chose de prévu après la fin de ta journée... P14: ...si t'es pressé si t'es pas pressé...P15: ...si t'as ton bébé qu'est malade à la maison... (en riant) [...]qui a la même chose que le bébé qui vient te voir »*

*P26 : « [...]apprendre à prescrire c'est aussi heu une évolution [...] personnellement je prescris différemment en fonction des circonstances[...] »*

Certains médecins disaient que **leur état de fatigue** pouvait les inciter à céder plus facilement à une demande du patient.

*P12: « [...]c'est qui influence c'est la disponibilité qu'on a (tout le monde d'accord) [...]quand c'est le matin le soir l'état de fatigue j'pense que quand on est disponible voire qu'on a du temps on va plus facilement prendre le temps d'être dans le conseil et que ben quand c'est speed que t'en as ras le bol c'est le soir voilà tu donnes l'ordonnance (en souriant) tout le monde est content [...] »*

*P22 : « [...]en fin de journée quand t'as fait ça toute la journée "oh ouais ouais ouais allez y prenez prenez ce que vous voulez [...]voilà ça sera bien"(P23 oui) »*

#### **4.1.5 Influence de la pratique du médecin titulaire dans le cadre du remplacement**

*P26 : « [...] je prescris différemment en fonction des circonstances, en fonction de qui je remplace »*

*M2: Justement qu'est ce qui influence vos votre prescription ? [...] la pratique du médecin que tu remplaces (P13 et P14 oui) »*

*P12: « [...] j'pense que les remplaçants [...] notre vision est est faussée parce que tout dépend (P13 et P14 oui) là où on remplace et comment le mec (P13 oui) qu'on remplace à l'habitude de travailler »*

#### 4.1.6 Influence de l'installation

Les médecins installés ont été influencé par le fait de connaître leurs patients et évoquaient **l'installation comme un facteur facilitant la prescription.**

P21 : « [...] nous on évolue j'pense que l'installation pour moi ça a été un énorme changement dans ma prescription[...] parce que[...] j'ai plus discuté avec des gens parce que je bosse sur un rythme qui me convient [...] donc j'ai envie de discuter avec les gens et puis parce que j'ai envie de de leur expliquer [...] parce que je vais les revoir[...] j'ai gagné vraiment en qualité où j'ai l'impression de faire des prescriptions qui correspondent à ce que moi j'ai comme connaissance et à ce que moi [...] je pense être la prescription adaptée selon la pathologie »

P10 : « moi [...] ça fait trois ans que j'suis installée et c'est vrai que là le moment de la prescription est quand même un peu moins difficile en tant que médecin installé avec des patients qu'on connaît qu'en tant que remplaçant [...]c'est probablement plus confortable en tant que médecin installé »

Certains médecins disaient que le fait d'être installé leur donnait **plus de légitimité et de confiance de la part des patients.**

P10: « [...]c'est plutôt moi qui suis connue du patient (P6 oui) [...] ça donne peut être [...] dans l'idée des patients une légitimité un peu plus grande (P6 et P7 oui) parce que ben voilà ils ont déjà testé un peu c'qu'on avait prescrit les fois d'avant, ça a pas l'air de marcher trop mal donc heu en terme en terme de confiance oui j'pense qu'y'a y'a quelque chose qui se qui se joue comme ça »

#### 4.1.7 Influence des ressources extérieures d'aide à la prescription

Les médecins interrogés semblaient utiliser plusieurs types de ressources extérieures d'aide à la prescription :

- ▲ Les outils informatiques et les logiciels d'aide à la prescription
- ▲ Les livres et les revues
- ▲ L'avis de collègues

**Les outils informatiques (recommandations de bonne pratique, sites de références, moteur de recherche, smart phone) font partie des outils extérieurs que les médecins disaient utiliser le plus fréquemment.**

P23 : « on a l'habitude d'utiliser une molécule, ah ben oui mais elle est enceinte !(P25 sourit) Alors on va sur le site du CRAT, on regarde, ah ben non finalement on peut pas le mettre [...] du coup, on adapte »

P26 : « [...] internet est super, d'avoir Vidal® expert machin,[...]»

P18 : « Mais, bon euh ceci dit je suis quand même plus à l'aise [...] avec euh le vidal informatique [que sans prescription informatisée] pour me pour me rappeler[...] toutes les règles de prescription pour chaque médicament ça c'est évident... »

M4 : « Et à quoi vous pensez quand vous prescrivez ?[...] P25 : Enfin moi, quand tu me parles de ça je me vois, mon ordonnance puis je vois le Vidal® à côté[...] ou je vois l'écran de l'ordi à côté « clic clic » hop je vais sur Google, et je google-ise un truc et puis hop ça va m'aider à prescrire [...]quand tu

*me dis difficulté de prescription je vois mon Vidal® à côté...P22 : ...ah ouais moi c'est pareil, j'ai mon I phone... »*

*P29 : « Y'en a pas mal des outils euh de prescription,[...] j'ai quelques sites de référence, moi j'utilise par exemple pour en revenir aux antibiotiques j'utilise beaucoup Antibioclic©, voilà y'a pas mal d'outils en ligne,[...] j'ai quelques petits trucs pour m'aider quoi. »*

*P30 : « [pour] des pathologies par exemple que je connais moins bien (oui) [...], je peux faire des petites recherches rapidement, il y a des aides à la prescription même maintenant dans les logiciels »*

### **Les logiciels d'aide à la prescription font partie des outils qu'ils utilisent beaucoup.**

*P26 : « [...]il y en a qui ont des ordonnances toutes faites [...] c'est même enregistré dans l'ordinateur... »*

*P12: « ...Sur la réflexion par rapport [au coût de la prescription], tous les logiciels l'ont pas mais c'est sur heu X là, quand tu fais tes ordonnances avec X à la fin t'as le coût...P15: ...donc le logiciel influence... »*

*P20: « [...] un logiciel de prescription (P18 oui) intégré à un logiciel médical, [...] Ah ben c'est un outil qui pour moi est devenu indispensable... »*

*P17: « [...]y'a quelques logiciels qui commencent à faire [l'information sur les interactions médicamenteuses] [...] ça reprend les traitements euh précédemment euh prescrits et t'as une petite alarme qui s'allume pour te rappeler l'interaction médicamenteuse ça y'en a qui se fait et c'est c'est en train de se développer ouais... »*

*P13: « [...]est ce qu'il y a des interactions médicamenteuses [...] c'est souvent un peu ma crainte (P12 oui) [...] tu peux pas tout vérifier [...] bon après t'as les logiciels (P11 oui) normalement qui sont là aussi pour te faciliter un peu cette tâche là (P15 et P12 oui)... »*

### **Certains médecins disent que les logiciels d'aide à la prescription permettent de prescrire en DCI plus facilement :**

*P18: « ...c'est plus simple de prescrire en générique du coup avec l'informatique... »*

Certains médecins trouvent problématique les alarmes des logiciels pour les interactions médicamenteuses.

*P20: « La difficulté c'est que finalement, euh dès qu'on est dans le cas ou y'a 4-5 médicaments (plusieurs personnes oui)y'a tout de suite des interactions...P18: Ouais puis du coup on clique sur OK et puis voilà...et on regarde pas. »*

### **Les livres, le Vidal®, les Revues ont été évoqués par les médecins comme influence à leur prescription puisqu'ils disaient les utiliser assez régulièrement comme aide à la prescription.**

*M4 : « Et à quoi vous pensez quand vous prescrivez ?[...] P25 : Enfin moi, quand tu me parles de ça je me vois, mon ordonnance puis je vois le Vidal® à côté »*

*P29 : « Y'en a pas mal des outils euh de prescription ça commence par le Vidal©, par le Doroz©,[...] voilà j'ai quelques petits trucs pour m'aider quoi. »*

*Thésarde : « Et les solutions tu les trouves... P30 : Et ba ça va être [...] dans les bouquins,[...] dans les*

revues [...] »

## **L'avis des collègues médecins généralistes ou autres spécialistes a aussi été évoqué.**

P24 : « Tu prends l'exemple d'un patient qui fait une décompensation cardiaque[...] il ressort avec une batterie de traitements [...] prescrits par le grand professeur hospitalier, (rires) tu auras beau lui expliquer que ce n'est pas le meilleur, tu ne pourras rien faire. »

P22: « je trouve qu'avec les courriers on apprend »

P29 : « Y'en a pas mal des outils euh de prescription[...] ça passe par le coup de fil aux collègues parce que comme je te disais je suis dans un cabinet de groupe[...] je peux être devant mon patient et prendre mon téléphone pour dire "ah tiens tu mets quel antibiotique pour telle pathologie" »

Thésarde : « Et les solutions tu les trouves... P30 : Et ba ça va être en parlant avec des collègues, des fois on peut adresser à un spécialiste si vraiment on sait pas »

M3: « Donc le travail ensemble avec le pharmacien c'est un outil pour améliorer sa prescription (tout le monde oui) »

## **4.2 Facteurs déterminants extrinsèques**

### **4.2.1 Facteurs déterminants liés au patient**

#### **4.2.1.1 Caractéristiques médicales du patient**

Les médecins interrogés ont décrit plusieurs caractéristiques médicales qui semblaient entrer en jeu dans leur façon de prescrire.

...selon le **terrain** : l'âge, les antécédents

M2: « Justement qu'est ce qui influence vos votre prescription [?]P15: ...le patient...[...] le terrain le contexte culturel... »

P6: « [...] avec les anciens [le type de relation] est vachement sur un mode paternaliste [...] alors que nos patients plus jeunes heu [...] on a réussi à rentrer plus dans un modèle interactif [...] »

...selon le **terrain** : Grossesse, Allergie

P11: « [...]j'ai mes mes trois automatismes (tape sur la table à chaque question) "est ce que vous avez des allergies?" (P14 et P13 oui) "est ce que vous êtes enceinte?" »

P23 : « [...] on a l'habitude d'utiliser une molécule, "ah ben oui mais elle est enceinte!" (P25 sourit), alors on va sur le site du CRAT, on regarde, ah ben non finalement on peut pas le mettre »

...selon le **traitement en cours** : polymédication

P2 : « [...]y'a des situations difficiles les gens qui sont par exemple polymédiqués ou effectivement le temps de la prescription ou du conseil peut être compliqué »

#### 4.2.1.2 Caractéristiques non médicales

Les facteurs non médicaux qui avaient une influence particulière sur la prescription des médecins interrogés sont par ordre de fréquence les facteurs socio-économiques et les facteurs psychologiques du patient.

Dans **les facteurs socio-économiques**, le contexte socio culturel semblait être une influence importante sur la prescription.

M2: « *Justement qu'est ce qui influence votre prescription [?] P15: ...le patient...[...] le terrain le contexte culturel... »*

P14: « *[...] des fois j'ai l'impression que le contexte socio culturel des patients influence beaucoup ma prescription... M2: ...par exemple? P14: ...et je me dis [...] peut être même trop en fait parce que ils me prennent plus de temps à leur expliquer [...] parce qu'ils sont très demandeurs et il faut que ce soit comme ça »*

P11: « *[...] moi je partage pas ton avis parce que pour moi je les heu la proportion est la même, y'a des gens y'a plein de gens très aisés qui comprennent très bien les choses qui te font chier parce que eux y'a que (en insistant sur chaque syllabe)(P14 oui) les an-ti-bio-tiques qui marchent..[...] »*

Certains médecins ont mis en évidence le fait d'**avoir « médiqué » certains problèmes sociaux.**

P21 : « *tout ce qui nous arrive comme demande où on est pas certain que c'est médical, et où en tant que, j'veux dire en remplacement occasionnel, on va y répondre comme quelque-chose de médical »*

P20 : « *[le patient avec une problématique sociale] va arriver chez nous et nous on peut vouloir interpréter sa venue chez nous comme une demande de prescription[...] alors que en réalité c'est pas sa demande, il est arrivé chez nous peut être parce qu'il savait pas à qui s'adresser, et faut le repérer ça (P16 oui) P18: J'pense que c'est, 'fin LA (en appuyant sur la) difficulté de la médecine générale... »*

Le **contexte socio-économique** a aussi été abordé par les personnes interrogées.

P30 : « *Alors [...] milieux socio-culturels différents, de la barrière de la langue, de l'absence d'argent, de la précarité, toutes ces choses là qui font que forcément on a pas à faire à un patient lambda[...]»*

P28: « *[...] Des fois c'est c'est fin c'est compliqué parce que les les arrêts de travail c'est aussi l'argent qu'ils peuvent, que les gens peuvent toucher derrière[...] »*

P19: « *Euh...pardon y'a [...] un problème financier [du patient dans la discussion d'un arrêt de travail] aussi euh derrière (P16 et M3 oui) y'a les fameux euh trois jours de carence[...] ils mettent ça en avant euh "ben si vous me mettez deux jours euh pourquoi pas me mettre trois jours de toute façon ça revient au même" euh voilà (rire) »*

P2 : « *ça effectivement ça dépend un peu du cas de la personne qu'on a en face [...] le temps de la prescription ou du conseil peut être compliqué parce qu'il faut jouer avec heu tout ce qu'il y a sur le patient lui même les médicaments heu l'entourage aussi familial la situation sociale et économique parce que en ce moment ça joue quand même beaucoup sur certaines prescriptions[...]»*

**Les facteurs psychologiques du patient (croyances, souhaits et attentes, acceptabilité du traitement) ont été évoqués comme facteur d'influence de la prescription.**

Les médecins ont dit qu'il fallait **prendre en compte le mode de vie** du patient pour favoriser l'observance :

M3: « *D'accord donc l'observance fait partie aussi pour vous de la prescription? P20: Hmm (oui) [...] si une prescription incompatible avec le mode de vie avec l'idée du patient il observera pas, donc c'est quelque-chose dont on doit tenir compte au moment [...] de la rédaction de la prescription* »

P3: « *[...] en ambulatoire on se confronte aux gens et à leur mode de vie* »

...ainsi que le type de patientèle.

P4: « *Ça dépend pourquoi, ça dépend de la patientèle[...] pour avoir travaillé un an en Martinique les patients [...] ils écoutent ce que dit le médecin, [...] ici [à Nantes] des fois moi j'ai l'impression de ramer (P6 oui) [...] pour pouvoir expliquer dire pourquoi je fais ça [...] le patient il va dire "non je veux pas j'ai vu ça sur internet" (P3 et P10 rient) blablabla puis ben on va on va pas y arriver quoi* »

P4 : « *[...]ça dépend aussi é-normément de la patientèle (P10, P3 et P9 oui) à laquelle on à faire (P3 oui "hmm") [...] quand on est heu sur Nantes ou la région heu plus rurale[...] moi je trouve qu'il y a une énorme différence sur le temps de prescription [...] qui va plus ou moins être remis en cause par le patient [...] donc ça dépend aussi je trouve ça dépend aussi de la patientèle. »*

P4: « *[...]c'est une différence moi [...] j'ai remarqué une différence de de patientèle qui joue vraiment [...] sur les difficultés ou la facilité d'une prescription (P5 et P8 sourient)* »

#### **4.2.1.3 L'observance du patient est meilleure quand la prescription est discutée**

P10: « *[...] moi finalement je crois que je préfère avoir des patients qui discutent et qui débattent au moment où on parle de [...] l'ordonnance et de la prescription [...] parce que [...] j'aurai peut être tendance à me méfier un petit peu en terme d'observance du patient (P3 et P4 oui) qui écoute tout et qui pose aucune question* »

P3: « *[...] le fait que les patients ils discutent les prescriptions c'est qu'ils sont intéressés [...] par leur santé et qu'ils prennent soin de leur santé [...]et ça c'est plus en faveur d'une bonne observance je trouve quelqu'un qui critique ou qui veut comprendre[...]* »

P21: « *[...] il faut avoir l'accord du patient sinon c'est il fera pas* »

#### **4.2.2 Facteurs déterminants liés à la pathologie**

L'existence d'un **diagnostic précis** était un élément qui selon certains médecins, facilitait la prescription.

P22' : « *[...] si la pathologie est claire [...] si je sais très bien ce que c'que quel est le problème du patient, ça ne pose pas de problème. Ça me pose problème[...]si je suis dans l'incertitude du diagnostique heu que la oui, clairement (M4 oui)* »

P12: « *moi le premier truc c'est le diagnostic[...] si j'ai un diagnostic heu déjà j'suis sereine parce que derrière voilà j'ai mon tiroir de compétences heu je sais ça ça se traite comme ça donc derrière t'as t'as une réponse plus facile*»

La **prévalence et la saisonnalité des pathologies** ont été mis en évidence comme facteurs d'influence

de la prescription médicale.

P24 : « Toutes les prescriptions habituelles sur les consultations, les motifs qu'on voit fréquemment, finalement, il y a des ordonnances et des molécules [...] qu'on gère, qu'on connaît, les posologies on a même plus besoin d'y réfléchir, on les on les connaît par coeur. »

P14 : « ...y'a aussi les choses inhérentes à si on est l'été ou l'hiver (P13 et P14 oui)[...]P11: ...si y'a une épidémie. »

P30 : Euh ba ça va être sur des euh sur des pathologies par exemple que je connais moins bien (oui) euh pour euh ou pour trouver le traitement adéquat les bonne doses etc[...]

## 4.2.3 Facteurs déterminants liés au contexte, à la société

### 4.2.3.1 Dépenses de santé et finances publiques

Les médecins évoquaient qu'il **pensaient à l'aspect financier** de la prescription...

P30 : « je [prescris] euh en fonction [...] du prix, en fonction de plusieurs critères comme ça. »

M4 : « Et quand vous prescrivez vous avez à l'esprit le coût? P24: Ba oui si on a deux médicaments d'une efficacité comparable, on va essayer quand même, on va prescrire sur le moins cher »

M2 : « Est ce que y'a une représentation justement économique dans le temps de prescription? [...]

P12 : « [...]effectivement y'a une vraie réflexion que si je prescris ça a un coût (P13 oui) donc faut pas que je prescrive si c'est injustifié (P13 oui) [...] oui j'ai une vraie réflexion sur les coûts de ce que je prescris »

P21 : « [le médecin pense à la] notion du [...] rapport bénéfice risque heu pour le patient, et rapport [...] heu bénéfice heu coût (P17 oui)pour la société »

...en **limitant** leur prescription

P12: Bien sur (P13 oui) moi je me sens une responsabilité (P13 oui) quand je prescris (P13 oui "bien sur") j'vais pas prescrire à tout va heu parce que derrière y'a un enjeu économique[...]

P29 : « [...] je respecte beaucoup [les dépenses de santé] je suis pas très demandeuse d'exams complémentaires fin je pense que c'est un truc clairement au quotidien [...] j'y fais attention [...] »

...en **prescrivant en DCI** :

P29 : « [...] je respecte beaucoup [les dépenses de santé] je pense que je prescris pas mal en générique, en DCI, [...] je pense que c'est un truc clairement au quotidien j'y j'y fais attention [...] »

P30 : « J'essaie de prescrire un maximum en générique [...] »

P14 : « [...] moi quand je prescris, j'prescris ce qu'il y a besoin...et j'prescris j'réfléchi pas [...] au prix du médicament par contre [...] j'essaie [...]de prescrire (P15 rit)(P13 oui) en en générique »

P25 : « ...puis en plus maintenant on nous encourage à la DCI, donc on a tendance à restreindre notre prescription (P26 oui). »

...avec une impression que les **jeunes médecins sont plus sensibilisés à limiter leurs prescriptions que leurs aînés**

P9: « [...]c'est quelque chose auquel maintenant en tant que jeune praticien on a vraiment envie d'essayer de [...] limiter nos prescriptions [...]j'pense que c'est quelque chose qu'on va essayer de faire passer au patient »

P26: « J'ai l'impression que y'a l'évolution ou avant souvent on disait, le bon médecin c'était celui qui faisait les plus grandes ordonnances, aujourd'hui le bon médecin c'est celui qui fait les plus courtes »

P12 : « [les] médecins heu plus jeunes [...] limitent un petit peu p't'être plus les prescriptions »

#### **4.2.3.2 Influence des affaires médiatiques sur les médicaments**

Les personnes interrogées ont exprimé le fait que les jeunes médecins avaient conscience que **certains médicaments pouvaient être nocifs**.

« P26: Mais j'ai l'impression que l'effet, l'histoire MEDIATOR® a aussi influé nos nos prescriptions, c'est-à-dire que moi j'ai l'impression d'avoir la conscience de se dire, peut être que les médicaments que je prescris heu seraient, plus tard [...] nocifs,[...] alors que j'imagine que il y a 10 ou 20 ans ce qu'ont prescrit le MEDIATOR®, ils avaient peut être pas cette conscience que nous on a heu en tant que jeunes prescripteurs. »

De la même manière, certains pensaient que **les patients avaient aussi plus conscience de la iatrogénie**.

P22' : « [les patients] ont plus conscience qu'un traitement c'est pas non plus anodin, donc si je leur dit "ba non ça je ne vois pas l'intérêt de vous le prescrire", ils l'accepteront mieux maintenant que peut être il y a 10 ou 20 ans, avant tout ces scandales là »

#### **4.2.3.3 Lieu d'exercice**

P4 : « pour mettre en œuvre la prescription moi j'travailles dans un milieu [...] rural heu y'a pas d'infirmière heu, comment j'vais faire pour heu j'vais lui mettre une antibiothérapie IV ? comment j'vais faire pour heu que ça soit bien mis en place ? »

## 5 Difficultés de la prescription

### 5.1 Difficultés intrinsèques

#### 5.1.1 Difficultés liées au médecin

##### 5.1.1.1 Savoir dire non

P21: « [...] au bout du compte ça finit par me gêner de lâcher sur des choses auxquelles je m'y retrouve pas quoi... et de se dire "ben comment je pourrai faire autrement?" parce que la question c'est ça c'est "comment je pourrai faire autrement [...] pour pas être en conflit, pour pas lâcher" »

P6: « [...] j'ai une difficulté avec la demande de non substitution [...] de plus en plus importante [...] des patients [...] "ah mais oui mais quand c'est le générique ça me fait ça [...] ça va pas il faut qu'vous me mettiez non substituable" [...] on a les instances qui nous disent un petit peu le contraire donc ça c'est [...] une de mes difficultés lors de la prescription »

##### 5.1.1.2 Le médecin ressent le besoin de se justifier

Les médecins interrogés ont à de nombreuses reprises évoqué la difficulté d'avoir à se justifier dans l'acte de prescription.

##### ...pour les arrêts de travail

P19: « [...] c'est vrai que pour la prescription d'arrêt de travail j'trouve que c'est plus anxiogène que la prescription de [...] médicament pour le médecin...M3: Oui pour quelle raison? P19: [...] j'ai l'impression qu'on a plus besoin de se justifier [...] sur le refus d'arrêt de travail ou sur une durée plus courte que ce que le patient aurait [...] voulu (P17, P18 et P16 oui) »

##### ...pour les antibiotiques

P28: « [...] des fois la non prescription, c'est compliqué Thésarde: ouais, qu'est ce qui est difficile dans la non prescription? P28: [...] de justifier la non prescription [...] par exemple d'antibiotiques, ça prend, tout ça prend beaucoup plus de temps que de faire une ordonnance d'antibiotique des fois. »  
« Qu'est ce qui est difficile pour toi quand tu prescrites? P29: Le plus difficile c'est de ne pas prescrire. »

##### ...pour les hypnotiques

P28: « [...] oui souvent il y a pleins de situations [...] oui où justifier le renouvellement de certains médicaments, je sais par exemple, un exemple concret les benzodiazépines, justifier le délai déjà de tenir donc effectivement on renouvelle, le [...] renégocier à chaque fois, pourquoi on le met toujours,

*[...]Oui des fois il y a un décalage entre ce qu'on a envie de faire,[...] ce qu'a envie de faire le patient, enfin c'est une négociation[...]* »

### **...pour la prescription d'une consultation chez un autre spécialiste**

P17 : « *[...] y'a toujours le, [...] genre "j'ai déjà pris rendez-vous" [...], avec le dermatologue, je veux absolument qu'on vérifie mes grains de beauté faites moi le courrier parce que sinon j'suis pas bien remboursé" (P16 oui)* »

### **...pour prescrire un médicament dont l'efficacité n'est pas démontrée**

P29 : « *[...] et puis les médicaments dont on sait que ça sert à rien quoi le sirop contre la toux grasse [...] le traitement contre le rhume [...], va expliquer ça aux gens, alors ça fait partie de notre boulot mais de temps en temps, [...] on a à faire à des gens qui [...] sont sûrs que c'est ce qu'il leur faut et puis [...] faut prendre le temps, et de temps en temps on n'y arrive pas [à se justifier]* »

## **5.1.2 Difficultés de la Relation Médecin Patient**

La principale difficulté dans le cadre de la relation médecin patient dont ont parlé quasiment tous les médecins est de **céder à un patient qui insiste pour avoir une prescription.**

P16 : « *je pense que je cède un peu trop vite [...] les arrêts de travail [...] j'ai du mal [...] parce que ils y tiennent qu'ils disent "oui mais mais ou mais..." et qu'au bout d'un moment [...] faut passer à autre chose et puis et puis ça m'énerve quoi donc [...] je cède M3: Ouais ça vous énerve donc vous cédez? P16: Bah ça m'énerve de ne pas réussir à avancer [...] c'est pas le patient qui m'énerve c'est de ne pas réussir à trouver le truc [...] et puis du coup [...] après je m'en veux parce que je me dis que c'est ça apporte rien à personne[...]* M3: D'accord... P19: P19 euh c'est vrai que pour la prescription d'arrêt de travail j'trouve que c'est plus anxiogène que la prescription de de médicament pour le médecin... »

P21 : « *je me suis rendue compte [...] par paresse parce que [...] la journée est longue, parce que y'a un moment on en a marre, [...] on finit par lâcher sur certaines [...] choses fondamentales de notre façon de penser, c'est à dire que au début on cède par [...] omission, voilà et puis finalement, petit à petit, on se retrouve à devoir acquiescer sur des choses auxquelles on ne croit pas du tout [...]* »

P21: « *[...] le fait de lâcher parce qu'on est fatigué, finalement introduit un côté désagréable[...]* qui fatigue encore plus(P16 oui), *'fin qui lasse encore plus 'fin c'est un cercle vicieux[...]* »

P12 : « *alors des fois oui y'a des moments où[...] ça peut arriver effectivement où t'en a [des patients] qui qui sont très insistants et tu peux céder* »

P12: *[quand] tu fais des grosses journées [...] les premiers patients de la journée voilà tu cadres tu fais "non y'aura pas besoin de plus, nan y'aura pas besoin de plus, ça y'en a pas besoin (P11 sourit oui)" et en fin de journée quand t'as fait ça toute la journée "oh ouais ouais allez y prenez prenez ce que vous voulez [...]"(P13 oui)* »

P11: « [...] j'ai lâché la dernière fois j'lui ai refait ses ordonnances [de somnifères] pour les deux mois d'après voilà[...] parce que j'avais pas le courage j'pense cette fois là. »

P28: « [...]on essaye de trouver un compromis et puis non le patient il tient, il est attaché tellement à un médicament que c'est non négociable, [...] effectivement ba oui j'avoue que ça m'arrive de céder. »

P28 : « je pense que ça a dû m'arriver de donner des antibiotiques, parce que la personne était tellement insistante que je voyais bien d'emblée que la négociation serait compliquée »

P29 : « Je trouve ça très désagréable [de céder à un patient qui insiste], [...] j'ai l'impression de devenir une commerçante plus qu'un médecin [...] et parfois j'ai l'impression que je suis un peu contrainte, ou alors ça va me prendre tellement de temps et de l'énergie aussi parce qu'il faut aussi avoir, [...] la capacité « à entrer » entre guillemet un peu « en conflit », moi c'est un truc que je déteste, donc euh donc plutôt que de m'épuiser [...], pouvoir céder ça va m'arriver.[...]éviter le conflit et gagner du temps, il y a sûrement ces deux principales raisons là. »

Thésarde : « qu'est ce qui est difficile pour toi du coup quand t'as l'impression de céder[...]?P29 : [...]c'est plus une question d'égo quoi c'est l'impression que que je fais un truc dont je suis pas fière [...]Jouais je ne suis pas contente de moi. C'est plus ça, c'est pas, je, c'est pas y'a un gros sentiment de culpabilité par rapport à, à la santé, fin au côté santé publique non c'est plus par rapport à moi, ça me plait pas de le faire quoi, je ne suis pas contente de moi [...] je ne respecte pas mes mes convictions »

### 5.1.3 Cas de l'absence de prescription

Parfois, les médecins évoquaient une difficulté liée à **l'absence de prescription proprement dite.**

P6 : « c'est presque la non prescription qui est [...] le plus difficile »

P13 : « ne pas prescrire [...] c'est vrai qu'c'est c'est pas toujours évident à faire [...] parce que y'a toujours [...] quelquepart l'attente [...] du patient »

P12: « oui P12 moi j'arrive pas [...] (P13 oui) à finir des consult' [...] sans délivrer d'ordonnance hein très rarement quand j'y arrive j'suis contente "ouah je lui ai rien donné" [...]»

P29 : « Le plus difficile c'est de ne pas prescrire. »

**Un des médecin anticipe l'absence de prescription, en expliquant avant que le patient ne le demande, pourquoi elle ne va pas prescrire un traitement ou un examen complémentaire.**

Thésarde : « D'accord donc tu reprends leur demande et tu leur expliques pourquoi est ce que tu ne vas pas la satisfaire ? P29 : Et des fois même quand il n'y a pas demande je l'anticipe [...] C'est à dire que les gens qu'ont mal au dos je leur dis souvent « avant que vous me demandiez [...]s'il faut faire une radio je vous dis qu'il ne faut pas en faire parce que parce et parce que ».Thésarde : D'accord. Même si c'est pas encore dans leur demande ?P29 : Même si c'est pas demandé. »

**De nombreux médecins ont évoqué un manque, une gêne, un vide de la consultation sans ordonnance.**

P9: « [...] on prescrit très fréquemment quelque chose ça fait presque vide quand y'a pas cet élément [prescription] écrit (P4 et P3 oui) [...] »

P5: « [...] on se sent un peu vide (P7 et P3 oui) des fois quand on a rien [prescrit] [...] mais c'est vrai qu'au départ j'suis un peu démunie parce qu'on est on est habitué à ce que ce soit le point final de de la consult[...] »

P7: « [...] je le ressens aussi comme une p'tite gêne finalement, qui ait pas ce point final [...] ça m'arrive souvent de leur dire vous avez du paracétamol vous avez vraiment pas besoin heu comme si c'était heu un manque ou quelque chose heu heu que j'peux ressentir effectivement le fait de de rien donner à la fin [...] »

P3: « [...] ça m'arrive aussi [...] d'avoir pas fait d'ordonnance et, 'il manque quelque chose.»

P7: « [...] c'est juste un manque [l'absence d'ordonnance] sans que ce soit un échec de la consultation »

#### 5.1.4 Difficultés liées au statut de remplaçant

La principale difficulté évoquée par les médecins était celle de la conduite à tenir vis à vis de la prescription du patient en restant dans le **respect et la confraternité** par rapport au médecin titulaire.

P5 : « "ah ben la dernière fois on m'a donné un antibiotique j'en avais p't'être pas besoin" et du coup on met le médecin en porte à faux (P8 oui) donc heu (signe une gorge serrée) donc c'est pas top non plus donc heu et dans ces cas là [de discordance de prescription entre titulaire et remplaçant] moi j'étais en grande difficulté »

P18: « [la négociation avec le patient est] plus facile à gérer quand ça vient d'une demande [...] propre du patient, si ça vient d'une habitude de prescription [du] médecin depuis très longtemps [...] confraternellement on peut pas faire ça non plus [...] M3: d'accord donc ça c'est une difficulté [...] par rapport pour la prescription du collègue qui vous a précédé P18: Ça peut... »

P16: « [...] j'ai beaucoup de mal à modifier les traitements [...] sur des ordonnances de renouvellement [...] en tant que remplaçante [...] c'est vrai que j'y touche pas même si y'a des fois des choses où je me dis "bah ça sert à rien ou c'est peut être plus indiqué" mais euh... »

P21 : « confraternellement en tant que remplaçant c'est compliqué de changer une habitude [de prescription] (P19 oui)

P19 : « en ce qui concerne les prescriptions des médecins [...] qu'on remplace [...] moi personnellement [...] je m'abstiens de tout commentaire [...] devant le patient [...] j'trouve que c'est délicat [...] j'essaie d'être assez [...] diplomate [...] j'évite devant le patient de mettre en doute [...] la prescription du médecin qui le suit depuis parfois des années »

Les médecins ont évoqué des difficultés parce que **le patient n'avait pas envie qu'on modifie sa prescription.**

P17: « [le refus de modifier la prescription] vient aussi du patient qui n'a pas toujours envie qu'on y touche[...] »

Les médecins ont évoqué des difficultés par **manque de crédibilité** vis à vis des patients

P18: « [...] c'est pas facile [...] par rapport à un médecin [que les patients] voient depuis 20 ans [...] nous on arrive, on est des petits jeunes [...] on nous dit "ben oui faut bien commencer, faut bien apprendre" (tout le monde rit) donc on a pas [...] toujours [...] cette crédibilité là »

P22 : « peut être qu'on est trop jeunes [...] médecins donc on a pas trop la carrure [...] et ils vont peut être moins nous croire ou moins nous faire confiance »

Les médecins ont évoqué des difficultés à cause de **demandes et d'exigences difficiles à refuser** en tant que médecin remplaçant.

P12: « t'es pris en otage [de la demande urgente de bilan orthophonique pour un rdv le soir même] [...] surtout en remplacement (P11 oui) [...]on est obligé de les faire, j'pense que quand t'es installé tu peux dire "bon ben amenez moi le gamin( P11 oui) on va en profiter on va faire le point »

**Les médecins remplaçants trouvaient qu'ils devaient prendre plus de temps pour prescrire.**

P9 : « quand [les patients] viennent voir [les médecins remplaçants] de toute façon ils savent qu'ils ont à faire au remplaçant et[...] par contre ça va parfois de prendre un peu plus de temps de beaucoup discuter d'échanger »

**Un médecin remplaçant pensait qu'au début de son exercice, il se réfugiait dans la prescription pour compenser une angoisse.**

P25 : « Et est-ce-que en début d'exercice justement est ce que cette évolution de ta prescription n'est pas liée aussi à heu la compensation d'une angoisse, c'est à dire que tu prescrites sûrement pour compenser ...P23 : si tout à fait.P25 : compenser une angoisse que t'as en tant que jeune généraliste (P23 oui), en tant que débutant et puis plus t'es à l'aise avec les patients plus tu prends du recul un petit, moins tu te réfugies dans ta prescription »

## 5.1.5 Responsabilité

P12: « C'est difficile parce que c'est un moment de grosse responsabilité quoi (P11 oui)c'est le moment où tu décides et tu t'agis et t'interviens et tu fais quelque chose quoi donc heu... »

## 5.2 Difficultés extrinsèques

### 5.2.1 Difficultés liées au patient

#### 5.2.1.1 Demandes et exigences du patient

La demande de la « **liste de courses** » fait partie des exigences du patient avec laquelle les médecins interrogés avaient le plus de difficultés.

P2 : « ça arrive de plus en plus effectivement que les patients arrivent [...] ils ont tout noté sur un petit bout de papier heu "ben j'voudrais ça ça ça en homéopathie" »

P3 : « le fait des gens qui viennent avec leur [...] liste de courses aussi (tout le monde oui) ou c'est pas toujours facile »

P27 : « Par exemple, je me suis rendue compte que quand [...] la demande initiale [...] c'était d'emblée une prescription, (P23 sourit) "fin il me faut ça, ça ça", en fait... M4 : ...c'est la personne qui vient faire ses courses...(P24 oui, P26 rit) P27 : ...heu ça m'énerve en fait et j'ai pour l'instant encore du coup, du mal à heu à éviter le contre-transfert et (rire) à me débarrasser de tout ça et à prescrire, [...] j'aime pas

*du coup le le côté heu fin prestation de service [...] je le vis pas très bien (P27 rit) malheureusement pour le patient. »*

*P15: « ...ah si y'en a qui viennent avec une liste et (en tapant sur la table) "j'veux ça j'veux ça j'veux ça j'veux ça"...P12: ...oui ça arrive la liste du supermarché. »*

La « **Prise d'otage** » du médecin a été évoqué dans un certain nombre de cas par les personnes interrogées.

...pour l'**avis spécialisé**

*P17: « bah y'a toujours le, P17, genre "j'ai déjà pris rendez-vous" [...] avec le dermatologue, je veux absolument qu'on vérifie mes grains de beauté faites moi le le courrier parce que sinon j'suis pas bien remboursé" (P16 oui) »*

...pour l'**automédication**

*P21: ...et euh "ben alors je voudrais ça, je l'ai déjà acheté" alors qu'[...]on est pas forcément du tout d'accord avec ce qui a été pris [...] non mais là la personne elle a déjà acheté elle a déjà pris, elle nous met la question financière sous la gorge quoi, et c'est, et [ça n'est plus] de la prescription [...]c'est euh "dis donc vous me remboursez ou vous me remboursez pas ?" 'fin c'est euh j'trouve ça assez gênant... P18: « [...]on est coincé [...] devant les patients qui arrivent en disant euh j'ai pris ça faut me le [...] prescrire pour me rembourser »*

...pour le **droit au remboursement**

*P26 : « Prescrire du PARACETAMOL®, tout le monde peut en avoir heu (P25 oui) en libre service, heu par contre c'est pas remboursé donc il y a la prescription remboursement »*

### **5.2.1.2 Plainte cachée ou demande implicite**

Les médecins interrogés ont évoqué la **difficulté de gestion de la plainte cachée, comme nouveau motif de consultation qui apparaît tardivement dans la consultation.**

*P7: « Mais ça c'est souvent heu a une fois que la consultation est presque [...] finie [...] moi ça m'est déjà arrivé [...] le patient revient toquer à la porte "et au fait heu mes PSA?" alors heu entre deux portes comme ça c'est difficile de parler de ce sujet là heu j'trouve »*

*P12: « [...] sur la consult ça c'est un moment [...] des prescriptions qui peuvent être difficiles quand tu penses avoir bouclé ton truc...t'as fini...t'as voilà t'as prescrit t'as bouclé ta réflexion... P11: la deuxième consultation qui reparaît (M2 rit) "ah au fait j'ai oublié de vous montrer mon orteil [...](P13 oui) P12: et là c'est un peu voilà c'est la galère qui... »*

## **5.2.2 La prescription prend du temps**

### **5.2.2.1 Pour son aspect technique et pharmacologique**

L'aspect technique et pharmacologique de la prescription prenait du temps pour certains médecins.

P28: « [...]ça peut être aussi pharmacologique, [...] d'aller chercher sur le Vidal® en même temps, [...]si on ajoute un nouveau médicament, essayer de vérifier les interactions. Ça [...] prend quand même du temps... »

P26 : « Après ce temps [de la prescription], [...] c'est du temps qui peut être long, rechercher la posologie ou des trucs comme ça, [...] on sait ce qu'on veut faire, c'est assez simple dans notre tête et après quand il s'agit de rechercher la molécule, il y en a 40 000[...] »

### 5.2.2.2 Pour justifier la non prescription

De nombreux médecins décrivaient le fait de devoir **justifier de l'absence de prescription** comme d'une difficulté chronophage.

P17: « [...] [il] faut se justifier quand on prescrit pas en fait (P20 oui) faut tout le temps se justifier [...] et dire "ben nan écoutez vous avez pas besoin de ça quoi" [...] j'ai l'impression que je passe beaucoup de temps à justifier ma non prescription[...] »

P28: « [...] justifier la non prescription [...]je sais pas par exemple d'antibiotiques, ça prend, tout ça ça prend beaucoup plus de temps que de faire une ordonnance d'antibiotique des fois[...] »

P29 : « [...]Le plus difficile c'est [...] quand tu expliques pourquoi tu ne prescribes pas ce que la personne attendait de toi, [...] Ça prend du temps [...] »

P18: « [...] quand on prend le temps d'expliquer pourquoi [...] l'antibiothérapie n'est pas nécessaire [...]d'après l'examen qu'on a fait [...] quand ils ont bien compris moi je trouve pas qu'ils sont forcément insatisfaits [...] par contre ça prend plus de temps effectivement d'expliquer pourquoi on [ne prescrit pas] plutôt que d'écrire amoxicilline [...] »

P18: « [...]si on est convaincu que [...]on va pas céder à [la demande de prescription du patient] à la fin euh à sa demande euh à la fin de la consultation ça peut nous prendre du temps...de bien expliquer... »

Certains médecins pensaient que **céder à un patient qui insistait leur permettait de gagner du temps.**

P26 : « [...] moi je dis souvent des fois pour rebondir à la demande des fois, ça va plus vite de prescrire un médicament heu qui vous est demandé genre des somnifères, que d'expliquer pourquoi on le prescrit pas ou pourquoi on ne veut pas le prescrire [...] »

P29 : « Je trouve ça très désagréable, [...] j'ai l'impression de devenir une commerçante plus qu'un médecin [...] parfois j'ai l'impression que je suis un peu contrainte, ou alors ça va me prendre tellement de temps et de l'énergie aussi parce qu'il faut aussi avoir, avoir la la la capacité « à entrer » entre guillemet un peu « en conflit », moi c'est un truc que je déteste, donc euh donc plutôt que de m'épuiser de ba je vais assez, pouvoir céder ça va m'arriver. Thésarde : Plutôt que de rentrer dans le conflit, t'aimes mieux dire « bon ba finalement je vous le donne ce médicament ou alors je vous fais cette prescription d'examen complémentaire » P29 : Je pense que c'est éviter le conflit et gagner du temps, il y a sûrement ces deux principales raisons là.»

P26 : « [...]je leur dis « bon ba écoutez je vous le prescris, moi j'le prendrai pas mais si vous y tenez, moi ça me coûte rien ». Et je leur dis même aux patients, « ça va plus vite pour moi de vous le prescrire » (rires). »

P28 : « [...] ça peut prendre plus de temps [...] je prends l'exemple [...] d'un spray nasal, voilà lui dire qu'on n'est pas pour, qu'on n'a pas envie de le prescrire pour telle ou telle raison, d'expliquer pourquoi [...] tout ça, ça prend ouais je pense que ça peut prendre plus de temps que de prescrire... »

### **5.2.2.3 Pour le temps d'explication et de synthèse**

Le temps d'explication et de synthèse de la prescription écrite prenait du temps pour quelques personnes interrogées.

P3: « [...] c'est le temps d'explication qui prend le plus de temps (quelqu'un oui) que [...] de dire oui ou de dire non »

P21: « bon c'est un temps de conclusion de synthèse mais qui prend un temps [...] net aussi [...] qui demande un temps concret [...] dans la consultation »

P21 : « [...] [la prescription] c'est aussi un temps séparé où on se pose avec le patient [...] on reprend l'explication de un peu tout ce qu'on a dit dans la consultation [...] où on ré-explique [...] ça prend un temps de ré expliquer [...] c'qu'on a écrit [...] voilà y'a le temps de réflexion de ce qu'on a écrit après y'a le temps de explication [...] »

## **5.2.3 Difficulté diagnostique ou incertitude diagnostique**

P10 : « ça peut être difficile [...] un doute diagnostique [...] y'a des moments où on fait des prescriptions en étant pas complètement sûr que ça fonctionne »

P4 : « dans un quart des cas [...] ça va poser une difficulté [...] diagnostique thérapeutique "tiens qu'est ce que je fais je sais pas du tout c'qu'il a?", "qu'est ce que j'prescris?" [...] et là [...] on y va un peu au feeling et puis [...] on verra c'que ça donne, [...] ça arrive et là c'est vraiment très difficile »

P1 : « y'a des rares cas où la prescription, elle est complexe mais plus [...] parce qu'avant pt'être qu'on est pas vraiment sûr de c'qu'on va de c'qu'on va traiter »

P13: « [...] c'est un moment délicat parce que [...] c'qu'on disait c'est que faut faire la synthèse [de la prescription] dans le doute c'est là faut que tu tranches mais t'as pas forcément tous les éléments [...] à disposition pour [...] prescrire et ben en médecine générale faut des fois prescrire [...] dans le doute et souvent j'dirai [...] même plutôt plutôt souvent que de temps en temps »

P22' : « ça me pose problème si heu je suis dans l'incertitude du diagnostique heu que la oui, clairement (M4 oui) »

P12: « [...] c'est aussi des fois difficile parce que des fois t'es pas sur de toi t'as pas un diagnostic (P11 oui) et que tu dois décider en étant pas sûr »

## **5.2.4 Difficulté thérapeutique**

P19 : « je regarde le Vidal® assez facilement quand j'ai un doute [...] je me fais pas trop confiance [...] sur certaines choses [...] la posologie ou certaines contre indications interactions je vérifie quasi systématiquement »

P25 : « Enfin moi, quand tu me parles de ça [la difficulté de prescription] je me vois, mon ordonnance puis je vois le Vidal® à côté tu vois, [...]ou je vois l'écran de l'ordi à côté « clic clic » hop je vais sur Google, et je google-ise un truc et puis hop ça va m'aider à prescrire [...] c'est vrai que quand je pense là, que quand tu me dis difficulté de prescription je vois mon Vidal® à côté...P22' : ...ah ouais moi c'est pareil, j'ai mon I phone... »

Plusieurs médecins ont des difficultés à **choisir un médicament dans une classe thérapeutique donnée.**

P8 : « [...]quand il faut choisir dans une classe [...] dans une liste impressionnante de molécules qui a priori se valent, on ne sait pas trop »

P10 : « [...] on a une classe thérapeutique énorme [...] quel antihypertenseur on choisit en pratique devant notre patient [...] y'en a 12000 comment on fait pour choisir le bon? »

P1 : « [...] quand j'suis arrivée devant [...] les premiers patients [...] je me suis dit [...] c'est bien j'ai en gros les bases [...] sur les gros médicaments [...] les antihypertenseurs mais encore faut il savoir [...] par lequel commencer »

P24 : « Ce qui est plus compliqué, [...] c'est aussi quelle est notre formation à prescrire des molécules, on connaît les grandes classes thérapeutiques ensuite aller chercher telles ou telles molécules [...] »

P24: « Oui mais je trouve là[...] ou moi je me sens vraiment pas assez encore compétent, c'est arriver à savoir quelles molécules vont avoir un bon niveau de preuve dans telles pathologies [...] (P25 oui) et ça je pense qu'on n'est pas très très bon quand on sort de de heu de l'internat là-dessus »

Un médecin a trouvé un moyen de résoudre sa difficulté thérapeutique en **limitant le nombre de molécules qu'il utilise.**

P20: « [...]un moyen de limiter un petit peu les difficultés de prescription que je pourrais avoir [...] j'ai un nombre de molécules, de médicaments, qui est quand même assez limité, que je connais bien (P18 oui) et que je prescris de manière régulière [...] je connais quelques médicaments de chaque famille, [...] j'vais mieux les maîtriser je vais mieux les connaître [...] de mieux les connaître, peut être d'en connaître moins mais de mieux les maîtriser d'avoir l'habitude de les manier »

Certains médecins ont des **difficultés à coordonner les traitements médicamenteux prescrits par différents spécialistes** et prennent garde aux effets secondaires et aux interactions médicamenteuses.

P26 : « le psychiatre prescrit beaucoup de traitements, tu vois allongement du QT, tout ça à des patients qui n'ont jamais eu un ECG »

M4 : « Les prescriptions faites par d'autres peuvent aussi être une difficulté dans votre propre prescription ?P22: Oui, ah oui (P26 oui) , c'est des fois déjà quand c'est un traitement que je ne connais pas, de toute façon il faut regarder systématiquement, notamment sur les associations

## **5.2.5 Enjeu économique de la prescription et limites du métier du médecin**

Les médecins interrogés ont donné l'exemple de l'arrêt de travail, du médicament générique et de la consultation chez un autre spécialiste.

P28: « [...]Des fois c'est [...] compliqué parce que les arrêts de travail c'est aussi l'argent [...] que les gens peuvent toucher derrière,[...] il y a le côté soignant mais il y a le côté des fois qui n'est plus du

*côté médical pur [...], du côté financier et qui touche aussi aux limites de notre travail quoi. Des fois on a des demandes de patients [...], on est plus dans le soin euh... médical pur on a un rôle des fois d'assistante sociale, c'est comme toutes les demandes d'arrêts de travail par rapport à des souffrances au travail »*

## **5.2.6 Conditions d'exercice : isolement**

P26 : *« je pense que la difficulté principale, enfin [...] ça touche la prescription mais ça touche l'exercice globalement, c'est l'isolement »*

## **5.3 Techniques de l'information et de la communication: internet**

Certains médecins sont en difficulté devant **le patient qui se renseigne sur des sites internet**, sur la pathologie qu'il pourrait avoir.

P20 : *« [...] une difficulté qu'on a maintenant [...] c'est l'information que les patients ont été chercher avant la consultation sur internet, sur des sites qui sont pas du tout médicaux [...], ça peut renforcer la demande de prescription ça veut dire que j'ai lu que j'ai fait mon diagnostic et j'ai lu que pour ma pathologie il me fallait ça comme traitement »*

P4 : *« j'ai l'impression de ramer (P6 oui) [...] pour pouvoir expliquer, dire pourquoi je fais ça, [...] on ajoute une statine pourquoi, [...] mais c'est quand même important et le patient il va dire "non je veux pas j'ai vu ça sur internet (P3 et P10 rient) blablabla" puis [...] on va pas y arriver quoi »*

Un médecin pensait que le fait que les patients aillent de plus en plus s'informer sur internet, allait l'inciter à **élargir ses connaissances**.

P21 : *« je trouve que ça pousse à vachement [...] élargir nos connaissances et c'est compliqué [...] à force [que les patients cherchent] des informations par internet y'en a plein on va pas savoir répondre [...], on va se retrouver court en disant bah je sais pas si mes connaissances là dessus elles sont tout à fait à jour et... »*

## 6 Pistes d'amélioration

Chacune des pistes d'amélioration proposée pour améliorer la formation médicale initiale, répond à une difficulté pratique ou théorique qui a été soulevée dans la partie précédente.

### 6.1 Communication Médecin Patient

La majorité des médecins interrogés a émis le souhait d'avoir des formations en communication médecin patient.

P12: « *Après finalement sur les histoires de prescription [...] j pense qu'on ressent pas de manque sur [...] la connaissance théorique (P11 oui) [...] mais après c'est effectivement [...] dans le relationnel (P11 oui) que qu'on peut être [...] en difficulté (P15 oui) sur comment en pratique gérer la situation. »*  
P28: « *C'est pas [à propos de la pharmacologie] que je me sens le plus désarmée en fait [...] dans le sens où je pense que [...] cette formation là je continue à la faire moi-même, [...] c'est des situations concrètes où on se trouve en difficulté plus dans le relationnel. »*

#### 6.1.1 Sous la forme de jeux de rôle

Les médecins qui souhaitent avoir plus de formations sur la communication l'ont majoritairement imaginé sous la forme de **jeux de rôle**.

P30 : « *Dans les séminaires qu'on avait, il y en avait régulièrement [des jeux de rôle]. Euh je me suis toujours poussée à participer aussi, parce que je trouve que ça apporte beaucoup et c'est effectivement très intéressant [...] même si on est pas réellement face à un patient [...] ça pointe [...] certaines difficultés de voir les autres jouer »*

P28: « *[...] ça pourrait être sous forme de cours, je pense à des jeux de rôle surtout que ça arrive enfin voilà je pense que même avec des médecins un peu plus expérimentés je pense que ça peut s'apprendre. »*

P26: « *Oui les deux ne sont pas incompatibles [cours théoriques et pratiques], et je pense que de la mise en pratique, enfin moi je trouve que la simulation [...], tout ce qui a été jeux de rôle etc, ça a une forte puissance pédagogique... »*

#### 6.1.2 Sous la forme de cours théoriques de techniques de communication

D'autres auraient souhaité avoir des **cours théoriques de communication**.

P15: « *[...] j'dirai aussi [...] des cours de communication (P13 oui) [...] de négociation d la consultation, [...] savoir comment échanger avec le patient sur quoi tu peux être prêt à négocier, [...] et puis savoir comment faire attention à tout le non verbal du patient (P13 oui) [...], et puis aussi*

*[...] comment parler au patient [...] comment amener les choses, [...] ça je pense qu'il y a des techniques de communication (Tous oui) qui pourraient [...] je sais qu'il y'a des fois des consultations ça se solde en un échec heu énorme parce [que] P12: ...on s'est pas compris...P15: ...que j'ai pas utilisé la bonne méthode de communication ça c'est clair et net... »*

*P13: « en médecine on fait pas assez de formations sur la communication...P12: oui oui alors que la gestuelle heu tout ça ça joue... »*

*P15: « Heu moi je dirai plus de cours de com heu pendant tout le cursus dès l'externat l'internat et pis après heu parce que y'a tjours des trucs qu'on oublie[...] »*

Quelques médecins **fui**ent ce genre de formations sur les techniques de communication.

*P29 : « J'ai toujours détesté [les cours de techniques de communication], je me souviens j'avais fait une formation avec un de mes prat' [...] je suis incapable de m'en servir au quotidien, je sais pas, je crois qu'on fonctionne quand même avec [...] notre part de nous [...] je suis pas fan de tout ça mais j'ai peut être j'ai tort. Thésarde : Non non mais c'est un outil en tout cas que toi t'as pas besoin d'utiliser ? P29 : Non mais je déteste ça quoi tu vois, alors quand je sais que c'est des formations avec des jeux de rôle je vais plutôt fuir »*

Certains médecins **ne ressentent pas le besoin de recevoir des apprentissages** sur la communication médecin patient.

*P29 : « c'est des choses que j'ai appris sur entre guillemet en pratiquant quoi. Thésarde : Oui d'accord, oui t'es septique par rapport au fait qu'on puisse apprendre en théorie certaines choses ?*

*P29 : Ouais ouais, je crois qu'il y a des choses qu'on ne peut pas remplacer le fait qu'il faut y aller, [...] faut se confronter à la situation.»*

### **6.1.3 Pour la communication non verbale**

*P13: « ...[...] juste pour dire que voilà en médecine on fait pas assez de formations sur la communication...P12: oui oui alors que la gestuelle [...] ça joue... P13: ...alors que c'est [...] mis en place dans d'autres corps de métier (P12 oui) c'est ça que je voulais dire [...] commercial est pas un bon exemple [...]»*

*P13: « [...]pour synthétiser[...] mon besoin personnel c'est surtout une formation en communication heu verbale, non verbale [...] »*

## **6.2 Apprendre avec les maîtres de stage ambulatoires**

### **6.2.1 La formation hospitalière ne forme pas à la prescription ambulatoire**

Certains médecins ont évoqué le fait que l'**apprentissage de la prescription en milieu hospitalier n'est pas adapté à la prescription en ambulatoire**.

*P17: « 'Fin je reviens toujours au stage mais quand on arrive au premier stage de médecine générale, on est pas formé du tout à la prescription de médecine générale (P18 et P20 oui)on connaît [...] la prescription de médecine générale on la connaît pas du tout »*

*P3: « En fait moi j'trouve que [...] notre formation elle est vachement à l'hôpital et à l'hôpital le*

*patient il a pas le choix (P6 rit) c'est [...] on lui donne son médicament il sait même pas c'qu'il a, [...] il dit oui ou il dit non [...] alors que [...] en ambulatoire on se confronte à aux gens et à leur mode de vie »*

P12: « *[en] stage hospitalier [...] tu prescrites mais les patients de toute façon ils savent pas ce que tu prescrites bon t'es [...] dans une autre approche »*

## **6.2.2 Caractère indispensable des stages ambulatoires**

P13: « *[...] je pense qu'à la sortie de l'hôpital je savais pas prescrire en fait (P11 oui) heu à peu près (P12 et P15 oui) je pense qu'on peut globalement dire ça et donc heu le caractère indispensable des stages ambulatoires ça c'est clair et net que ce soit niveau 1 heu ou SASPAS [...]. »*

P12 : « *[...] sur le côté indispensable [...] dans notre formation d'internes où voilà d'être confrontés à la réalité de la médecine [...] générale ambulatoire »*

Les stages ambulatoires ont permis aux médecins interrogés d'**appréhender plus facilement les premiers remplacements.**

P12: « *Moi je crois [que] ce qui m'a permis quand j'ai commencé à remplacer de me sentir [...] prête à gérer les prescriptions à être armée pour faire face c'est les stages [...] en ambulatoire [...] d'avoir fait un stage prat (P15 oui) [...] d'avoir fait le un SUMGA<sup>10</sup> [...] en fin [...] de cursus voilà t'es complètement dans l'optique[...] t'es dans une autre approche [par rapport au stage hospitalier] où effectivement ben tu te confrontes à [...] ce que tu sais et [à] la réalité de quand t'es heu en libéral avec [...] le patient où tu gères comme tu peux[...] »*

Certains médecins ont indiqué la nécessité de **réaliser ces stages plus tôt dans le cursus** pour appréhender la formation hospitalière différemment.

P17: « *[...] j'ai fait mon stage prat en deuxième semestre c'était un peu tôt, mais j pense que ça m'a quand même vraiment aidé [...] pour adapter en fait mon apprentissage en milieu hospitalier (P16, P21 et P22 oui) à la médecine générale »*

Dans l'idéal, certains médecins ont dit qu'ils souhaiteraient **augmenter le nombre de stages ambulatoires.**

P16: « *Nan nan mais y'en a qui font qu'un semestre euh en ambulatoire et voilà c'est un peu [...], deux minimum voilà c'est ça...P21: Ouais je trouve que le SASPAS c'est essentiel ouais...(P20 oui). »*

P15: « *Heu moi je dirai [...] plus [de stages] ambulatoire[s] heu moins d'hospitalier[s] »*

P16: « *Un des outils peut être pour nous aider une fois qu'on est jeunes médecins c'est peut être de faire au moins la moitié du cursus en ambulatoire quoi...(silence 4 sec) [...] dans différents terrains, dans différentes façons [...] de fonctionner[...] sur différentes patientèles [...]* »

### 6.2.3 Limites

Les médecins semblaient conscients **du nombre limité d'enseignants** et du **cursus déjà long** dont le nombre d'années n'était pas extensible.

P26: « ...moi selon moi et et que c'est du luxe [les formations en petits groupes] parce que ça nécessite des petits groupes de formation, beaucoup d'enseignants, mais si on arrive à mettre ça dans des domaines qui sont aussi importants que la prescription qui est quand même heu visiblement, on peut balayer toute la profession, [...] ça a un rôle important du médecin, je pense que ça ça prend du sens. »

### 6.3 Education thérapeutique

Certains médecins ont mentionnés le fait d'avoir besoin d'**apprendre à comprendre la vraie demande** du patient :

P21 : « apprendre à euh à entendre le patient quand on sent qu'il y a conflit 'fin y'a à à négocier »

Certains souhaiteraient réaliser des enseignements d'éducation thérapeutique dès le **deuxième cycle des études médicales**.

P5: « (parle beaucoup avec les mains) Alors pour revenir sur l'éducation thérapeutique c'est en train [...] de s'développer énormément suite à la loi HPST<sup>11</sup> (P4 oui, "hmm") [...] il faudrait effectivement en parler heu moi j'pense dès dès le DCEM (P3 oui) »

P10: « [...]c'est sur que ce serait vachement bien qu'on soit sensibilisé à l'éducation thérapeutique heu dès dès le deuxième et le troisième cycles »

Un des médecins trouvait que ça n'était pas pertinent de recevoir des enseignements d'éducation thérapeutique trop tôt.

P4: « Hmm l'éducation thérapeutique c'est sur j'suis d'accord fin moi je reviens pas dessus heu à savoir quand est ce qui faudrait l'apprendre parce que fin moi en première année de DES heu m'apprendre l'éducation thérapeutique c'est du pipeau (bruit de bouche)(P2 rit, P6 non) on a heu aucune notion de médecine générale donc c'est une théorie en plus parmi les autres et j'pense que ça sert [...] à rien heu à moins de rallonger les études de 5 ans (rit) »

### 6.4 Atelier pratique de thérapeutique

#### 6.4.1 Sous la forme d'ateliers pratiques concrets de partage de compétences

P25: « Pour ça ce serait bien justement des ateliers de galénique heu à la prescription, tu te fous du diagnostique, tu dis bon là mon patient il est diabétique,[...] "qu'est ce que vous mettez ?" Effets secondaires, qu'est ce que vous mettez derrière comme deuxième ligne de médicaments[...] »

P29 :«[...] par exemple un cours sur l'hypertension, quelle molécule, quel choix ça pourrait carrément quelque chose de très pratique très concret, ça peut être super intéressant »

---

11 Hôpital, Patient, Santé, Territoire

P25 : « [...]Et moi je pense que ça, ça pourrait être intéressant des des ateliers ou finalement ba tu passes ta journée, tu commences par heu le mec il est hypertendu, ba tu commences par une première ligne, qu'est ce que vous allez mettre, comment vous mettez puis après tu passes sur une seconde ligne et heu sans forcément que ce soit très magistral, ou très "copie rendue, je corrige" »

## 6.4.2 Sous la forme d'ateliers...

### ...de thérapeutique générale

Certains médecins auraient souhaité des cours de thérapeutique générale sous la forme d'ateliers.

M4 : « vous auriez juste [...] des besoins d'apprentissage plus là-dessus et plus[...] sur le "comment prescrire ?" P26 : moi je serais plus dans la pratico-pratique c'est-à-dire se dire voilà "rédiger votre ordonnance, qu'est ce que vous marquez" ? »

P23 : « [...] C'est vrai qu'on arrive au début en tant que prescripteur [...] la première [ordonnance] on ne sait absolument pas quoi mettre (P25 bof) quoi les premiers temps. Donc vraiment quelque chose ouais de très pratique [...] comment on fait maintenant qu'on a le panel pour choisir tel ou tel [médicament] »

P29 : « [...] tu ne connais aucun traitement quand t'arrive [en médecine générale]. Moi j'ai souvenir de mon premier stage d'interne, la moindre prescription je vivais avec mon Doroz© quoi, fin tu dois tout regarder, tu découvres tout, [...] j'aurais peut être été beaucoup plus à l'aise euh d'avoir déjà connaissance de quelques, de trucs plus concrets »

Un certain nombre de médecin aurait souhaité qu'on les aide à faire le choix d'une molécule dans une classe thérapeutique donnée.

P10 : « les histoires de thérapeutiques oui faudrait qu'on soit mieux formé à la thérapeutique heu pharmacologique [...], on a une classe thérapeutique énorme heu ben quel antihypertenseur on choisit en pratique, devant notre patient là heu y'en a 12000, comment on fait pour choisir le bon »

P23 : « moi j'étais plutôt d'accord avec P26. C'est vrai qu'on arrive au début en tant que prescripteur heu la première fin on ne sait absolument pas quoi mettre (P25 bof) quoi les premiers temps. Donc vraiment quelque chose ouais de très pratique à dire fin dire "oui d'accord on a tout ce panel là, mais comment on fait maintenant qu'on a le panel pour choisir tel ou tel [médicament]" »

Certains n'expriment pas ce besoin de formation en thérapeutique générale.

P28: « C'est pas [à propos de la pharmacologie] que je me sens le plus désarmée en fait [...] dans le sens où je pense que euh fin ça cette formation là je continue à la faire moi-même, [...] j'suis abonnée à Prescrire©[...] »

P17: « [...] on peut pas mettre euh noir sur blanc une formation théorique [...] pour certaines habitudes de prescription ça s'apprend pas comme ça, c'est, ouais faut s'adapter au patient (P16 oui), c'est pas qu'une science, c'est un art (P17, P16, P20 et P21 rient)[...] »

### ...de pharmacologie

P29 : « La prescription [...] plus la pharmaco je pense parce que en terme examens complémentaires para-cliniques, avis spé, je pense que là on est quand même bien, bien encadré, fin on est bien formé mais c'est vrai que la pharmaco pur et dur peut être ça pourrait nécessiter effectivement euh des trucs un peu plus centrés là-dessus etc »

P5 : « [...] si on avait heu une meilleure formation en pharmacologie (en soupirant)(P10 oui) parce que alors heu nous c'était une catastrophe la formation de pharmaco (P3 oui) [...] la formation on la fait moi j'la fait un peu j'la fait avec Prescrire© »

P2: « [...]c'est vrai que fin si on regarde notre formation initiale finalement sur l'ECN, tout est basé sur[...] le diagnostic précis mais sur la thérapeutique on a... pas grand chose [...] moi j'ai fait la pharmacologie en D1 c'était une espèce de truc complètement nébuleux (P6 oui)[...] c'était de la chimie[...]

### **... de galénique**

P27 : « [...]c'est vrai que c'est des bonnes idées, les ateliers pratiques [...] en fait globalement moi j'étais d'accord sur les besoins d'un côté pratique parce que souvent moi je souffre[...] de pas [...] me représenter à quoi ressemble le médicament [...] sauf pour les médicaments que j'ai testé moi-même, ou ceux que je peux voir en visite à domicile »

P25: « [...]c'est vrai que[...] dans la décision de prescription, dans la galénique, fin dans les galéniques que ce soit la forme, la fréquence et tout ça, on n'est pas formé...P27: On aimerait les voir aussi les toucher...P25: en fait et moi ça me paraîtrait intéressant de partir d'un diagnostique et ensuite de défiler derrière heu? la thérapeutique. »

D'autres médecins n'étaient pas du tout intéressés par des ateliers de galénique.

P29 : « C'est le boulot du pharmacien donc chacun son job (rires) »

### **...organisés par un médecin généraliste, un pharmacien, un expert sur le sujet...**

M4 : « donc ça c'est quelque chose que vous verriez donc pendant le 3ème cycle et avec qui, animé par qui ? [...] P26: Avec un pharmacien...P24: [...] un médecin généraliste P26: ...un médecin généraliste ou un expert sur le sujet, je pense [...] »

### **...avec les étudiants de pharmacie**

P30 : « [...] ce serait important et ça pourrait être fait en commun avec les pharmaciens ce qui permettrait aussi [...] plus d'échange avec [...] avec ces étudiants là. »

### **Les personnes interrogées proposaient ces cours de pharmacologie à des périodes différentes de leur formation.**

Pendant le DES de Médecine Générale :

M4: Et tu le verrais à quel moment [l'atelier de thérapeutique] ?P25: Ba au sein du DES de médecine générale justement [...] moi ça me semblerait intéressant, tu l'as dit tout à l'heure, on arrive en médecine gé., on connaît pas les médoc. Moi je savais pas soigner, je savais pas soigner une rhinopharyngite avant d'arriver en stage praticien, je savais pas fin le Derinox®, je connaissais pas... »

P22: « Il y a plein de choses qui deviennent obsolètes avec le temps, je veux dire le temps que toi tu sois prescripteur, ce que tu auras appris à ce moment là ce sera déjà obsolète [...] mais [l'atelier de thérapeutique] pour moi ça serait plus des cours de troisième cycle...

P29 : « [...] je pense que dans nos études on fait de la pharmaco trop tôt euh qu'il faudrait décaler comme je te disais [...] pendant l'internat quand on sait finalement plus à quoi on va être confronté en pratique et fin moi je me souviens de mon premier stage chez le prat' au tout début de mes études, j'ai découvert le TOPLEXIL© »

P29 : « [...]la pharmaco [...]en 2ème ou 3ème année la pharmaco on nous apprend plein de trucs qui

*ne sont pas du tout concrets et finalement après ba plus tard alors quand on fait nos cours d'internat, on nous parle de molécules, d'IPP, de machin mais ça ça colle pas à la pratique et puis on ba on se débrouille tout seul après en fait, quelque chose de vraiment très pratique auquel ça implique quel traitement pour quel symptôme ou quelle pathologie avec quels risques, quelle surveillance, est ce que c'est justifié pas justifié, est ce que c'est un médicament qu'il faut mettre à la poubelle ou pas, un peu je sais pas un peu le rôle que nous fait Prescrire® aussi avec tous ces excès mais euh voilà, on devrait le faire à la fac. »*

Un médecin pensait qu'il fallait avoir fait de la pharmacologie avant et avoir des piqûres de rappel pendant le troisième cycle.

*P30 : Heu [les cours de pharmacologie] étaient fait pendant l'externat donc euh [...] ça pourrait se répéter après parce qu'on a souvent besoin de piqûres de rappel quoi. Thésarde : [Est ce que] c'est peut être plus pendant l'internat, que c'est plus intéressant de les avoir ? P30 : Non [...], je pense qu'il faut les avoir vu avant pour comprendre et puis comme euh comme je disais tout à l'heure ba au fur et à mesure des études et au fur à mesure qu'on travaille, on évolue aussi et donc on perçoit pas les cours de la même façon... »*

## **6.5 Compétences des autres professionnels de santé paramédicaux ou non: pharmaciens, kinésithérapeutes, infirmiers**

### **6.5.1 Un constat : la méconnaissance des compétences des professionnels de santé**

*P30 : « [...] on est moins bien formé,[sur] toutes les prescriptions[...] infirmières, [...] les prescriptions de kiné[...], parce qu'en fait on ne sait pas exactement comment ils travaillent et ce qu'ils font et [...] ça je trouve que [...] on saurait certainement mieux orienter [...] les patients si on savait mieux ce que font les paramédicaux derrière »*

*P20 : « savoir comment le pharmacien travaille, le pharmacien aussi à besoin de savoir comment le médecin travaille [...] y'a des pharmaciens qui vont faire du conseil, y'en a qui vont faire moins, y'en a qui vont faire plus, y'en a qui vont orienter vers le médecin, y'en a qui vont temporiser un petit peu et ça à mon avis encore peut être plus en tant que médecin installé[...] »*

*P5: « J'pense que c'qu'est hyper [...] important c'est de travailler justement en pluridisciplinarité pour savoir ce qu'ils font c'que font les autres quoi (P10 lève la main) c'est quoi leur boulot [...] ça c'est hyper important [...] »*

Un médecin a rapporté un sentiment de ridicule de faire consulter un patient pour lui prescrire un acte para-médical qu'il connaît mal.

*P9: « C'est vrai parce que y'a plein de fois on prescrit mais heu on on connaît pas ce qu'on prescrit donc au final notre prescription elle a vraiment aucun sens j'trouve ça même des fois heu ridicule qu'un patient vienne payer une consultation pour heu par exemple heu les semelles d'orthopédie »*

Un médecin a précisé que plus il communiquait avec les professionnels de santé de son territoire, plus ils seraient amenés à travailler ensemble.

P30 : « Alors pour moi plus on va communiquer avec les personnes avec lesquelles on travaille mieux ce sera parce que ça permet d'apprendre à les connaître et puis de leur apprendre à nous connaître également donc je trouve que c'est très important. »

### 6.5.2 Une proposition : se connaître pour mieux travailler ensemble

Les médecins ont proposé d'aller passer **une ou plusieurs journées dans une pharmacie ou dans les cabinets des paramédicaux** pour découvrir leurs métiers.

P30 : « [...] Donc ça c'est des choses je trouve ça pourrait être intéressant [...] peut être pas forcément un cours mais [...] une journée de stage dans un cabinet de kiné par exemple pour voir un petit peu [...] comment ça fonctionne, comme ils s'organisent, qu'est ce qu'ils proposent à telle ou telle, devant telle ou telle pathologie et puis quelles sont leurs limites et comment est ce qu'ils voient les prescriptions des médecins, etc, c'est toujours intéressant d'avoir l'avis des autres aussi. »

P26 : « [...] je me dis, si on avait l'occasion durant nos études d'avoir ne serait-ce qu'une journée [...] dans une pharmacie, à passer, [...] j'imagine en tout cas que ça puisse changer notre façon de prescrire »

Quelques médecins pensaient que les **formations pluridisciplinaires et les réseaux** pourraient améliorer la prise en charge des patients.

M4 : *Des formations avec des collègues qui suivent les mêmes patients ça pourrait être une solution ?*

P27 : *oui ce serait une bonne chose si c'était mis en place. ça peut être aussi [...] des genres de staff (P26 oui) sur des patients compliqués heu à plusieurs [...] par exemple en gériatrie »*

M4 : « *les formations pluridisciplinaires ou les réseaux, ce sont des des choses qui pourraient apporter quelque chose, qui pourraient résoudre un peu vos difficultés [de prescription conjointe avec d'autres spécialistes] ? (tout le monde oui) »*

P27: « *Il faudrait peut être améliorer aussi la correspondance (P26 oui), [avec] les [autres] spécialistes, si ils nous expliquaient aussi fin un peu mieux les changements thérapeutiques, [...] je pense que on comprendrait mieux et puis aussi probablement qu'on améliorerait aussi nos prescriptions[...] ça leur prendrait du temps aussi au début de mieux nous expliquer pourquoi ils ont fait ça plutôt qu'autre chose mais qu'après ils y gagneraient parce que peut être aussi on se débrouillerait mieux et que des fois on leur adresserait moins [les patients] pour des [...] des bêtises (rires) »*

P30 : « *certainement que si au cours des études on était plus amené à travailler ensemble et bien on aurait moins de réticence après pour continuer à le faire. En ville, je trouve que c'est très difficile de communiquer notamment avec les infirmières en libéral »*

### **6.5.3 Besoins d'informations sur les autres métiers de la santé**

*P10: « [...] j'aurai bien aimé avoir pendant ma formation initiale un un p'tit fin ouais une une information sur c'que sont censé faire les ostéopathes (P6 et P9 oui) et c'qui font fin [...] parce que [...] le nombre de demandes de patients de prescriptions d'ostéopathie ou de ou de demande de conseils par rapport à ça je suis pas fichue de savoir dans quel cas ça peut être utile [...] faudrait qu'on ouvre un peu les portes de la fac (P3 oui) pour faire rentrer pendant nos formations non seulement les patients mais ouais les kiné les paramédicaux heu et y compris ce qui sont pas forcément reconnus heu par la par la sécu heu comme heu comme étant heu remboursables les psychomotriciens heu et puis les ostéopathes oui ça oui j'trouverai ça intéressant »*

## **6.6 Besoins de formation administrative**

### **6.6.1 Par la CPAM : gestion du cabinet, diminution des coûts et gestion du conflit**

Les médecins étaient demandeurs de formation par la CPAM.

*P28: « [...]j'avais demandé à la CPAM, [en commençant] à remplacer, [...]et il y a des formations qui existent mais pour les gens qui s'installent, pour les remplaçants purs ça n'existe pas par exemple (rires) [...] par rapport aux prescriptions, par rapport aux choses administratives »*

*P28: « je pense que la CPAM [...] devrait avoir un rôle d'aidant, surtout qu'ça existe hein fin pour les [installés] des choses pratiques, même la gestion je sais pas on parlait de conflit avec le patient, c'est des choses, voilà auxquelles on n'est pas préparé. »*

*P26 : « je trouve que si on a un discours de la CPAM qu'il faut réduire les coûts etc, ça fait, c'est complètement exclu de notre formation. Si on nous forme à la prescription, il faut aussi nous former au coût »*

*P25: « On nous a jamais formés en économie de la santé.[...] On parle de trou de la sécu, on parle de responsabilisation du patient, du médecin, on ne nous a jamais parlé en économie de la santé ; on ne sait pas combien coûte un scanner, on ne sait pas combien coûte une échographie, on ne sait pas combien coûte une radio, quand tu fais ton bilan bio tu ne sais pas combien coûte un INR (P26 oui) et c'est dommageable parce que en effet, derrière normalement ta prescription va être adaptée, ou devrait être adaptée. »*

### **6.6.2 Au moment de l'internat**

*« Thésarde: Et donc du coup, t'imaginerai pendant ta formation alors peut être, à quel moment de la formation ? Plutôt PCEM/DCEM, plutôt pendant l'internat? P28: Ah nan nan, plutôt pendant l'internat... Thésarde: Pendant l'internat t'imaginerai des cours comme ça d'administratif en fait c'est ça ?P28: Ah ouais ouais complètement. »*

## DISCUSSION

### 1 Les limites de ce travail

#### 1.1 Méthodes

##### **Biais de sélection**

Les focus group présentent des biais de sélection puisque la participation de médecins était faite sur la base du volontariat, on peut donc penser que les personnes présentes se sentaient concernées et intéressées par le sujet.

Six focus group auraient dû être réalisés pour pouvoir interroger des médecins provenant de toutes les villes de l'inter-région Ouest, cependant, à cause d'un manque de temps et de participants, il n'a pas été possible de réaliser les focus group de Brest et de Poitiers.

Une des médecins avait une expérience de pro-pharmacie et participait au CHEM (Collège des Hautes Études en Médecine), qui est un organisme de DPC<sup>12</sup> indépendant de l'industrie pharmaceutique.

##### **Biais d'intervention**

Si l'avantage de cette méthode réside dans l'interaction et la dynamique du groupe, certains peuvent avoir des réticences à exprimer leurs opinions personnelles devant l'émergence d'une « norme » de groupe. On peut remarquer que dans chacun des groupes, un participant est souvent en retrait et participe moins, même si le modérateur s'attache à donner la parole à tout le monde.

##### **Biais d'analyse**

Les questions ouvertes du canevas d'entretien ont eu pour avantage de donner accès à une pensée complexe mais ont été difficiles à coder, car nécessitant la construction de catégories complexes.(27) Bien que la codification ait été faite de manière indépendante par deux chercheurs, un seul a réalisé la phase de l'analyse des données consistant à opérer des rapprochements entre les catégories identifiées. Il n'y a donc pas eu de mise en relation des catégories identifiées.

Il aurait été possible de faire un retour vers les personnes interviewées en leur faisant lire les résultats de notre travail pour vérifier que nous n'étions pas en contradiction avec ce qu'ils avaient dit, ce qui aurait permis de donner de la validité interne à notre travail.(32)

#### 1.2 Regard des médecins : sont-ils les premiers intéressés ?

Cette étude s'est intéressée aux problèmes que rencontrent les jeunes médecins (qui prescrivent). Il pourrait être pertinent de croiser leurs regards avec ceux des pharmaciens (qui délivrent) et des patients (qui consomment).

## 2 Résultat principal et son implication majeure

L'hypothèse principale selon laquelle les jeunes médecins rencontraient des difficultés à prescrire est validée. La longue liste des items des résultats en témoigne. Comme nous avons pu le repérer, les médecins interrogés ont évoqué d'une part des difficultés propres au médecin, et d'autre part des difficultés propres au patient et au contexte.

### 2.1 Les difficultés intrinsèques du médecin

Les jeunes médecins éprouvent une difficulté à **ne pas prescrire** : « *Le plus difficile c'est de ne pas prescrire* » et évoquent un sentiment de « vide » dans la consultation qui se termine sans délivrance d'ordonnance : « *ça fait presque vide quand y'a pas cet élément [de prescription] écrit[e]* ». Ils précisent que la consultation sans ordonnance est très rare : « *j'arrive pas à finir des consult' sans délivrer d'ordonnance, très rarement quand j'y arrive j'suis contente "ouah je lui ai rien donné" .* » La symbolique du médecin prescripteur semble si importante que le médecin va jusqu'à penser que son rôle ne se situe que dans l'acte de prescription : « *t'as l'impression [...] si t'as pas fait ton ordonnance que t'as pas fait ton taf* ».

Cette difficulté de ne pas prescrire est-elle propre aux jeunes médecins ? Selon l'étude d'Anne VEGA sur les déterminants culturels de la prescription chez les médecins français (3), il semble qu'on retrouve cette inhabitude de la consultation sans ordonnance chez les médecins expérimentés également. Ce phénomène peut s'expliquer chez les jeunes médecins par le fait que le modèle curatif de l'hôpital les incite à prescrire de manière quasiment systématique en réponse à un problème de santé précis.

Certains prescrivent, « *pour dire au patient [qu'ils l'ont] entendu* », ce qui laisse à penser que le médecin a recours à l'ordonnance pour se rassurer, pensant que le patient est venu chercher une ordonnance, et qu'en ce sens il répond à son attente.

Les jeunes généralistes peinent à refuser la demande du patient, **et ne savent pas dire « non »**, ils semblent alors en **contradiction avec leurs propres valeurs** « *[...] au bout du compte ça finit par me gêner de lâcher sur des choses auxquelles je m'y retrouve pas quoi* ». Cela pose un problème de conscience au médecin pour la demande injustifiée. Le refus de prescription, même argumenté est souvent mal perçu par les patients mais respecte l'éthique du médecin. Cette idée de « céder à un patient qui insiste » semble induire une fatigue du médecin « *le fait de lâcher parce qu'on est fatigué, finalement introduit un côté désagréable* ». Cet aspect de la relation dans la prescription peut même aller jusqu'à une dévalorisation du médecin « *c'est plus une question d'égo, c'est l'impression que je fais un truc dont je suis pas fière* », « *je ne respecte pas mes convictions* », ce qui peut mettre à mal la relation médecin-patient.

Nous retrouvons cette notion de fatigabilité dans le travail d'Anne VEGA (2011), dans une étude qualitative chez les médecins généralistes français pour tenter de comprendre les multiples influences qui interviennent sur les orientations des pratiques (5). La fatigabilité et la dévalorisation des médecins semble même aller jusqu'à l'usure professionnelle.

Les médecins interrogés semblent avoir des difficultés avec les **patients qui témoignent leurs attentes et leurs préférences**. Lors de certaines consultations, le médecin indiquait que le patient venait avec sa « *liste de courses* » « *"j'veux ça j'veux ça j'veux ça j'veux ça", oui ça arrive la liste du supermarché* », ou qu'il « *prenait en otage* » son médecin généraliste « *[le médecin parle à la place du patient]"j'ai déjà pris rendez-vous" [...] avec le dermatologue, [...] faites moi le courrier parce que sinon j'suis pas bien remboursé* » ». Ce type de situation semblait difficile pour le médecin qui se trouvait dans une posture « *commerciale* », « *j'aime pas du coup le côté prestation de service* ». Les médecins interrogés n'étaient pas à l'aise avec la demande pour le droit au remboursement : « *on est coincé [...] devant les patients qui arrivent en disant "j'ai pris ça faut me le [...] prescrire pour me rembourser"* ».

Dans la littérature médicale, certains auteurs ont précisé qu'une des raisons de la surconsommation médicamenteuse française était que les médecins « *tend[ai]ent à occulter les pratiques de surprescription* » et qu'ils faisaient plutôt porter « *sur les usagers la responsabilité de cette consommation* ». (33) C'est peut être ce qu'on retrouve ici, puisque cette notion de patient « *demandeur et exigeant* » est la première difficulté exprimée par les médecins participants.

Pourtant, certains apportent une critique de cette « *responsabilité* » du patient dans le fait de surprescrire : « *je pense qu'on a ça dans notre tête, il y a un temps de prescription, quand bien même des fois, je pense que les gens ils attendent pas ça en fait.* » indiquant ainsi qu'ils s'attendent à ce que le patient demande une prescription alors qu'il a pu consulter pour un motif tout à fait différent.

A la lecture de ce chapitre, on s'aperçoit que les difficultés intrinsèques sont principalement d'ordre communicationnel.

## **2.2 Les difficultés extrinsèques : le patient et le contexte**

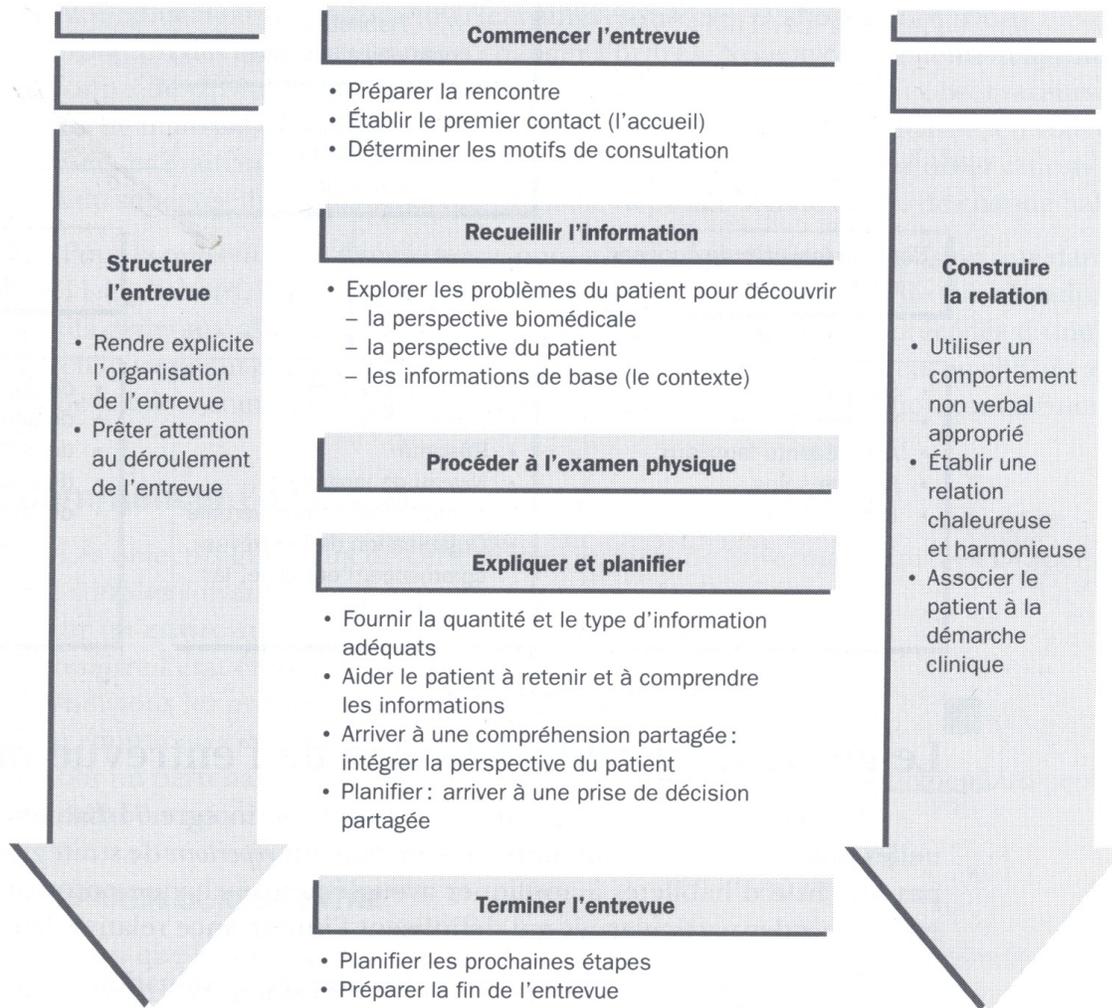
Les **difficultés extrinsèques** sont liées au patient et au contexte d'exercice.

Certains patients **ont fréquemment des demandes implicites**(34) « *t'as bouclé ta réflexion... P11: la deuxième consultation qui reparaît (M2 rit) "ah au fait j'ai oublié de vous dire docteur... »*.

On retrouve cette problématique dans une étude française de 1994, portant sur 1200 consultations, dans laquelle l'attente du patient était méconnue dans 12,6% des cas et perçue à tort dans 18,6%(35). Selon le modèle théorique d'une rencontre de soin définie par le guide Calgary Cambridge de l'entrevue médicale(20), l'objectif de développer une relation centrée sur les attentes du patient prend la même importance que d'apporter une réponse biomédicale à un symptôme identifié. Cette double contrainte (biomédicale et relationnelle) est assez peu développée dans les études médicales en France. Aussi l'exploration des demandes implicites n'est pas toujours intégrée pour organiser au mieux la rencontre de soins.

**Figure 1 :** Modèle Calgary Cambridge. Le cadre élargi de l'entrevue médicale

Source : *La communication Professionnelle en Santé, Richard et Lussier(20)*



Source : Traduite et adaptée de Kurtz et autres (2003b), avec la permission des auteurs, par Bernard Millette, Claude Richard et Marie-Thérèse Lussier. Déjà publiée dans Millette, Lussier et Goudreau (2004).

Le **contexte** a pu mettre le médecin en difficulté quand il s'agissait de la **contrainte du temps** de la consultation. : « [...]c'qui influence c'est la disponibilité qu'on a (tout le monde d'accord) [...], j'pense que quand on est disponible voire qu'on a du temps on va plus facilement prendre le temps d'être dans le conseil et que quand c'est speed, que t'en as ras le bol, c'est le soir, voilà tu donnes l'ordonnance (en souriant) tout le monde est content [...] » Cette contrainte du temps a été évoquée à de nombreuses reprises. Le médecin prescrit parfois parce que « ça va plus vite pour moi de vous prescrire [le médicament que demande le patient] ».

En soins primaires, la demande de consultation correspond souvent à plusieurs motifs, parfois très

différents, en moyenne plus de deux.(23) La pression mise sur le médecin généraliste pour répondre aux différentes demandes raccourcit d'autant le temps disponible pour régler chacun des problèmes exposés. La tentation de rédiger une prescription « symptomatique » plutôt que d'explorer d'autres approches systémiques et globales est grande.

Cette question du temps de consultation est une problématique partagée par de nombreux médecins généralistes.(36) Nous pourrions tenter de l'expliquer par le fait que le médecin généraliste réalise de manière concomitante plusieurs tâches : le soin proprement dit, la prévention, les tâches administratives (rédaction de courrier, lectures des examens complémentaires), la coordination des soins entre les différents professionnels de santé... Toutes ces tâches demandent du temps qui réduit d'autant plus le temps réservé au soin. Ce temps réservé au soin étant réduit, cela laisse à penser que l'activité de prévention du médecin généraliste diminue pour laisser plus de place à la prescription et à la réponse par le médicament ou l'examen complémentaire.(36) Le médecin prend ainsi moins le temps de répondre au patient en le conseillant et augmente d'autant sa prescription. Cette difficile contrainte du temps semble inhérente au métier du médecin généraliste et les solutions sont difficiles à trouver.

Le contexte peut mettre le médecin en difficulté quand il s'agit d'**incertitude du diagnostic** « *c'est aussi des fois difficile parce que des fois t'es pas sûr de toi t'as pas un diagnostic* », « *y'a des moments où on fait des prescriptions en étant pas complètement sûr que ça fonctionne* ». Le médecin ressent le besoin d'établir un diagnostic, comme si « *nommer le mal identifiait la maladie pour mieux la faire disparaître ou en diminuer les conséquences* ».(23) Pour le jeune généraliste, la situation d'incertitude diagnostique est difficile à admettre. En soins primaires, il est confronté à plusieurs contraintes :

- ▲ il est face à des troubles de santé au stade précoce de leur évolution,
- ▲ il a des moyens diagnostiques limités, sans plateau technique.
- ▲ il est amené à prendre des décisions dans un temps court (18 minutes en moyenne selon la SFMG).
- ▲ il est seul pour décider

Les participants ont rapporté le fait que quand le diagnostic était précis, la prescription était facilitée : « *si j'ai un diagnostic, j'suis sereine parce que derrière voilà j'ai mon tiroir de compétences, ça se traite comme ça donc t'as une réponse plus facile* ». A l'inverse, ils ont rapporté qu'en situation de doute diagnostique le degré de difficulté augmentait « *ça me pose problème si je suis dans l'incertitude du diagnostic heu là oui, clairement* ». En médecine générale, 70% des consultations sont des situations non caractéristiques d'une maladie selon la SFMG<sup>13</sup> (le résultat de la consultation est un symptôme dans 27% des cas, un syndrome dans 44% des cas). Cette fréquence du doute diagnostique peut donc expliquer que cette difficulté ait été exprimée à plusieurs reprises par les participants.

**L'enjeu économique de la prescription** semblait être un facteur déterminant de la prescription des médecins : « *j'vais pas prescrire à tout va, parce que derrière y'a un enjeu économique, bien sur...* », comme pour l'indemnisation des arrêts maladie « *Des fois, c'est compliqué parce que les arrêts de travail c'est aussi l'argent que les gens peuvent toucher derrière* ». Certains participants ne connaissaient pas les coûts de leurs prescriptions. La politique de réduction des coûts de la santé semble présente dans la démarche de prescription des jeunes médecins, qui se préoccupent des dépenses de santé publique en plus des dépenses de santé individuelle des patients.

## 2.3 Enjeux, importance et symbolique de la prescription médicale

Si les participants ont exprimés de nombreuses difficultés à prescrire, la richesse des items abordés dans les résultats témoignent aussi de l'importance qu'ils accordent à la prescription médicale et à son rôle symbolique dans le métier du médecin généraliste. Nous ne reprendrons ici que les items qui n'ont pas été abordés dans les difficultés.

### 2.3.1 Ordonnance et prescription

Les participants ont évoqués la **forte valeur symbolique** de l'ordonnance : « *C'est vrai que moi en premier lieu [...] la prescription c'est l'ordonnance* », « *l'ordonnance est à la fois objet concret et symbolique de la prescription* ».

L'ordonnance est le **support intellectuel** de la prescription. Elle synthétise de multiples facteurs cliniques, biologiques et relationnels. C'est le « *résultat de la négociation avec le patient* ». Cependant, ils ont mis en évidence plusieurs éléments qui semblaient interférer dans la prescription:

- du côté du médecin : sa personnalité et sa disponibilité ; « *je prescris différemment en fonction des circonstances* », sa formation, ses habitudes « *on a l'habitude d'utiliser une molécule* » et son expérience « *sur quoi ce font les choix ? L'expérience* »
- du côté du patient : sa demande « *une demande propre du patient* », ses attentes, ses capacités à comprendre et d'adhérer à la solution proposée,
- les éventuelles propositions des autres spécialistes : « *il ressort avec une batterie de traitements [...] prescrits par le grand professeur hospitalier* »
- influence de l'industrie à travers les supports médiatiques et la visite médicale : « *le visiteur médical moi j'suis persuadé que même si on en a pas conscience [...] ça nous influence* »
- la durée de la consultation

### 2.3.2 Observance

Le problème de l'observance ne se pose pas de la même façon si le patient est **hospitalisé ou en ambulatoire** : « *à l'hôpital le patient il a pas le choix, on lui donne son médicament il sait même pas c'qu'il a, [...] alors que en ambulatoire on se confronte aux gens et à leur mode de vie* ». L'exercice de la médecine générale donne une image réaliste de l'observance.

Les participants ont repéré des **facteurs de bonne observance** : quand le patient discute sa prescription : « *si les patients ils discutent les prescriptions c'est qu'ils sont intéressés par leur santé et qu'ils prennent soin de leur santé* », quand le médecin est convaincu : « *quand on est sûr de sa prescription le patient, je pense qu'il le ressent, du coup le moment de négociation doit se faire plus facilement* », la reformulation et la répétition du médecin favorisent l'observance : « *c'est aussi de reformuler, de se répéter, faciliter l'observance...* ».

### 3 Résultats secondaires

A partir des difficultés exprimées, les participants étaient invités à proposer des stratégies de résolution de leurs problèmes. Elles sont de deux types.

D'une part, ils ont évoqué les ressources qu'ils mobilisent de manière immédiate ou quasi immédiate pendant le temps de la rencontre de soin et d'autre part, ils ont proposé des pistes d'amélioration de la formation médicale initiale.

#### 3.1 Les ressources internes et externes mobilisées

Dans le guide de l'enseignant clinicien ambulatoire (37) du CNGE, les ressources internes ont été définies comme « *tout ce que la personne est capable de mobiliser dans l'action sans avoir besoin de faire appel à des moyens extérieurs à elle* » par opposition aux ressources externes.

Les **ressources internes** qu'ils mobilisent sont principalement le fruit de l'**expérience** de leurs stages hospitaliers et ambulatoires « *c'est surtout finalement en fonction de l'expérience aussi des différents praticiens chez qui on est passé* » et des enseignements théoriques « *y'a forcément la formation que t'as eu, ce dont tu te souviens, ce que t'as oublié* » qu'ils ont reçus. L'autre ressource interne qu'ils mobilisent est leur **analyse réflexive** face à une situation donnée. Les interrogations qu'ils ont pendant une consultation permettent de pointer leurs lacunes. Ils réalisent ainsi, en auto-formation une mise à jour régulière et individuelle de leurs savoirs.

Certains médecins contestaient les enseignements du DCEM<sup>14</sup> qui leur semblaient trop éloignés de la pratique des soins primaires : « *Initialement la prescription c'était avec un modèle, je prescris parce ce que j'ai appris dans la fiche machin telle pathologie on prescrit ça* » et semblaient mieux se retrouver dans l'approche réflexive que nous avons évoquée précédemment, « *il y a une évolution dans la formation, avant on nous formait à faire, à être, à appliquer des choses qu'on avait appris et maintenant on nous apprend aussi à se mettre à jour à rechercher les informations .*»

Les **ressources externes** sont les sites internet consultables en direct pendant la consultation, les logiciels d'aide à la prescription, les livres et revues médicales ainsi que l'avis de leurs collègues. Les **sites internet professionnels et les applications d'aide à la prescription** consultés pendant la rencontre de soin étaient « *elle est enceinte ! Alors on va sur le site du CRAT, [...] du coup, on adapte* », « *Vidal® expert* », « *je vais sur Google, et je google-ise un truc et puis hop ça va m'aider à prescrire* », « *j'ai quelques sites de référence, [...] j'utilise beaucoup Antibioclac®* ». Les médecins utilisent ces sites comme outil d'aide à la prescription : « *voilà y'a pas mal d'outils en ligne, [...] j'ai quelques petits trucs pour m'aider* ».

Les **logiciels d'aide à la prescription** sont très utilisés et semblent avoir une influence importante : « *il y en a qui ont des ordonnances toutes faites [...] c'est enregistré dans l'ordinateur.* », « *un logiciel de prescription intégré à un logiciel euh médical, [...] Ah ben c'est un outil qui pour moi est devenu*

*indispensable ».*

Le **partage d'expérience** entre pairs a été mis en avant comme élément facilitant la prescription médicale : « *ça passe par le coup de fil aux collègues* », « *ça va être en parlant avec des collègues, des fois on peut adresser à un spécialiste si vraiment on sait pas* », de même que l'échange avec le pharmacien : « *Donc le travail ensemble avec le pharmacien c'est un outil pour améliorer sa prescription (tout le monde oui)* ».

L'influence de l'**industrie pharmaceutique** reste présente chez les participants mais diversement intégrée : « *le visiteur médical moi j'suis persuadé que même si on en a pas conscience [...] que ça nous influence* ». Certains acceptent de recevoir le visiteur médical dans le but d'entendre une information sur un nouveau produit : « *quand ça m'est arrivé d'en voir [des visiteurs médicaux] j'm'étais fait une réflexion que ça m'apprenait à découvrir des médicaments* », d'autres rejettent totalement les rencontres avec les représentants de l'industrie « *ne pas les recevoir, [pour éviter leur influence]* ».

Ils s'aident également de **revues médicales et de livres** « *Et les solutions tu les trouves ? P30 [...] dans les bouquins dans les revues* » du type Prescrire® : « *lire des revues comme Prescrire®...c'est la seule qui existe qui soit indépendante* », « *[Prescrire® fait] une référence au médicament qui est le mieux référencé le mieux connu et ça m'aide à me dire si je devais en choisir un, ce sera celui là que je vais garder dans ma fameuse panoplie* ».

Certains médecins interrogés ressentaient des lacunes pour trouver des **référentiels d'aide à la prescription en médecine générale** : « *j'ai l'impression en sortant de ma formation, d'avoir quelques lacunes sur savoir où aller chercher l'info, parce que le Google[...] ça manque un petit peu de pertinence scientifique...* », ce qui témoigne d'une discordance entre les référentiels proposés pour la préparation du concours de l'ECN (conférence de consensus, guide de bonne pratique) et ceux qui seraient plus aisément applicables en soins primaires. P26 : « *[...] mais elles sont où les références scientifiques, on va les chercher où pour que ça soit pertinent, [...] si on était un peu plus guidé au départ je pense que ça se passerait un peu mieux.* » Le travail d'Anne VEGA présenté auparavant, précise que « *faute de références en médecine générale, les médecins ont des recours privilégiés, voire exclusifs aux avis et aux médicaments spécialisés* ». (5) Ce résultat semble se retrouver dans toutes les classes d'âge de médecins généralistes et montre par la même occasion l'influence des autres spécialistes sur les prescriptions, puisque les médecins ont tendance à renouveler les ordonnances sans se réinterroger sur la pertinence de chaque molécule.

## **3.2 Les pistes d'amélioration de la formation médicale initiale**

Après avoir précisé les ressources d'aide à la prescription qu'ils mobilisaient pour résoudre leurs problèmes de prescription, les participants étaient invités à proposer des stratégies en terme de besoins de formation pour le DES de médecine générale.

### **3.2.1 Les besoins de formation en communication**

Toutes les personnes interrogées ont évoqué des difficultés d'ordre communicationnel, cependant, nous avons pu mettre en évidence des différences selon les médecins participants.

On retrouve chez quelques-uns, une posture de médecin dominant envers un patient inexistant : « *pour pouvoir vraiment avoir le point final* », « *tu marques sur ton papier ce que tu veux bien marquer* », « *réussir à convaincre son patient* ». Ces médecins étaient à la recherche de recettes à appliquer pour les aider dans leur communication médecin patient.

Pour d'autres, la communication permettait d'« *adapter notre prescription en fonction du patient* », de « *trouver des compromis* ». Les attentes de ces derniers étaient de participer à des formations de gestion du conflit. Ils évoquaient l'utilisation de jeux de rôle comme une aide concrète à l'apprentissage.

Enfin, certains médecins cherchaient à instaurer une relation centrée sur le patient : « *trouver ensemble la solution qui sera le mieux pour lui* », « *un échange* », « *j'essaie au maximum de rendre le patient responsable de sa prise en charge, et moi d'intervenir comme un conseil* ». Ces médecins étaient en attente de comprendre le fonctionnement du patient, d'explorer ses doutes, ses peurs, ses croyances pour le rendre acteur de sa santé.

Ces résultats sont comparables avec une étude menée en 2006, chez des médecins généralistes expérimentés en Aquitaine, qui avait pour objectif d'évaluer la perception qu'avaient les médecins en soins primaires de leur prise en compte des préoccupations du patient en consultation.(38) Cette étude proposait de « *recentrer la formation du généraliste sur l'apprentissage d'un savoir communiquer efficace, dans la formation initiale et tout au long de la vie professionnelle.* »

Un séminaire de deux jours intitulé : « **Améliorer sa compétence relationnelle** » a été mis en place par le DUMG de Nantes. Il a permis aux internes en DES de médecine générale d'explorer les différents canaux de communication médecin-patient (communication non verbale, la notion d'émission/réception entre le médecin et le patient), la notion d'écoute active centrée sur la demande du patient, la structure de la consultation en s'appuyant sur le modèle théorique de Calgary Cambridge, l'empathie, les postures de soins du médecin, la relation d'aide, l'exploration et la gestion des émotions.

### **3.2.2 Apprentissage en situation authentique (stages ambulatoires)**

Une autre attente suggérée a été de pouvoir réaliser « *plus de stage en ambulatoire* » pour pouvoir avoir une formation pratique adaptée à l'exercice professionnel.

Le diplôme qui donne le droit d'exercer semble plus basé sur l'évaluation des connaissances des médecins que sur leurs compétences réelles en situation de soins.

Les médecins interrogés ont mentionné le fait que le cursus médical était presque exclusivement hospitalier et que l'apprentissage de la prescription à l'hôpital n'était pas adapté à la prescription en ville : « *notre formation elle est vachement à l'hôpital, et à l'hôpital le patient il n'a pas le choix [...] alors que voilà en ambulatoire on se confronte aux gens et à leur mode de vie.* »

Les stages chez les enseignants cliniciens ambulatoires ont permis aux jeunes médecins d'appréhender plus facilement les premiers remplacements, « *ce qui m'a permis quand j'ai commencé à remplacer de me sentir prête à gérer les prescriptions ce sont les stages [...] en ambulatoire (tous oui) pendant l'internat.* » Dans l'introduction, nous avons souligné le fait que le contexte d'apprentissage en soins primaires était nécessaire pour que l'étudiant développe, en situation, son auto-formation sur des problématiques rencontrées en consultation. Nous avons également précisé que dans le cursus du

TCEM, seulement un voire deux stages sont réalisés en soins primaires.

### 3.2.3 Les attentes de formation sur les autres métiers des soins primaires

Les jeunes médecins méconnaissent les compétences des autres professionnels de santé « *on ne sait pas exactement comment ils travaillent* », et vont même jusqu'à prescrire des actes paramédicaux qu'ils connaissent mal : « *on connaît pas ce qu'on prescrit, notre prescription elle a vraiment aucun sens j'trouve ça ridicule qu'un patient vienne payer une consultation pour des semelles orthopédiques .*»

Les jeunes médecins semblaient souhaiter travailler en équipe pluridisciplinaire « *quand on bosse en équipe [...] on a quand même des recours plus facile* » et pensaient que les réseaux étaient une bonne option pour une approche complexe et globale du patient.

Ils avaient le souhait de travailler en maison de santé pluridisciplinaire « *dans un futur heu merveilleux où y'aura que des maisons de santé pluridisciplinaires du coup même les externes ils viendront faire leur stage chez nous.* »

Dans l'introduction, nous avons précisé que la hiérarchisation des soins et la valorisation de l'autonomie dans le travail avait diminué la coordination des soins entre les praticiens. Dans leur formation, les jeunes médecins sont assez peu incités à découvrir l'exercice des autres spécialistes ambulatoires, des pharmaciens et des paramédicaux qui les entourent. Il serait dans l'intérêt de tous de mieux connaître les rôles de chacun.

Des enseignements de **compétences partagées** sont organisés depuis 2010-2011 à la faculté de médecine de Nantes entre des externes en 5<sup>ème</sup> année de pharmacie et des internes en stage chez le praticien.

La rencontre de professionnels qui travaillent de manière conjointe autour du patient, permet aux étudiants de se représenter le travail de l'autre et de mieux organiser la prise en charge globale.

Depuis 2010, le DUMG<sup>15</sup> de Rennes organise un **séminaire pluri-professionnel**. Il regroupe des étudiants de 8 filières de santé différentes: médecin, pharmacie (filiale officine), infirmiers, kinésithérapeutes, sages-femmes, ergothérapeutes, podologues et diététiciens. Il est destiné aux internes entrant en deuxième ou troisième année de DES qui ont réalisé le stage chez le praticien. Il est organisé en trois séminaires de deux jours :

- ♣ Coordonner les soins avec qui, pour qui, comment ? Exploration des représentations professionnelles et place de chacun dans le système de soins
- ♣ La place du patient et le rôle de chacun sur un territoire (avec la participation d'associations de patient ou patients qui font partie de groupes d'éducation thérapeutique)
- ♣ Éducation thérapeutique comme exemple d'interdisciplinarité

Les enseignants des différentes filières participent à ces enseignements, avec des sociologues, philosophes, médecins éducateurs de la santé, associations de patients, professionnels qui travaillent ou qui organisent les soins en pluridisciplinarité (ARS, Union Régionale des Professionnels de Santé, réseaux de santé, promoteurs de pôles de santé ou de maisons de santé pluridisciplinaires...). Ce

séminaire a été mis en place à Besançon en DCEM2 cette année par l'AFDET<sup>16</sup>.(39)

En France, il n'existe pas de culture de soins incluant le **point de vue des usagers**. Dans le paragraphe 1.2, les médecins interrogés ont émis l'idée d'intégrer les patients dans leur formation, en plus des professionnels de santé précédemment cités « *ça pourrait être aussi intéressant d'avoir une formation via les patients, via les premiers intéressés de la maladie* ». Leur point de vue pourrait être pris en compte, par le biais d'associations de patients par exemple dans des formations sur les pathologies chroniques, avec l'éducation thérapeutique.

### 3.2.4 Les attentes de formation en pharmacologie

Les médecins souhaitent des ateliers pratiques de mise en route de traitement, première ligne, deuxième ligne, en simulant les rôles des différents acteurs de la prescription. Sous la forme de jeux de rôles, ils alterneraient la position du médecin et celle du patient, « *mon patient il est diabétique,[...] "qu'est ce que vous mettez ?" Effets secondaires, qu'est ce que vous mettez derrière comme deuxième ligne de médicaments* ».

Les facultés de médecine et de pharmacie de Rennes sont en train de mettre en place des **ateliers de thérapeutique**. Une **pharmacie virtuelle** a été mise en place par la faculté de pharmacie depuis 2010-2011. Les enseignants de la faculté de pharmacie ont pris contact avec les enseignants du DUMG afin d'organiser des ateliers communs aux deux filières. Les ateliers communs sont proposés aux internes de médecine générale et aux étudiants de 6ème année de pharmacie (en filière officine). Ils sont organisés sous la forme de jeux de rôle, avec une consultation (pour l'acte de prescription) et un passage à la pharmacie (pour la délivrance de médicaments). Les étudiants peuvent ainsi se représenter les métiers de chacun, suivre le parcours de la prescription et pointer les difficultés de prescription médicale en situation, même s'il s'agit de simulation.

La réintroduction de cours de **pharmacologie dans le DES** a aussi été proposée par les personnes interrogées « *un cours sur l'hypertension, quelle molécule, quel choix ça pourrait carrément [être] quelque chose de très pratique très concret, ça peut être super intéressant* ».

## CONCLUSION

La prescription est un temps décisif dans une rencontre de soin tant du côté du soigné que du côté du soignant.

Ce travail a permis d'observer que les jeunes médecins généralistes mesurent les enjeux et l'importance de la prescription médicale et lui accordent une forte symbolique.

Leurs difficultés sont principalement de: ne pas prescrire, ne pas savoir dire « non », tenir compte des attentes et des préférences du patient. Elles sont également liées au contexte d'exercice: l'incertitude du diagnostic, la contrainte du temps et l'enjeu économique.

Pour faire face à ces difficultés, ils mobilisent des ressources internes (expérience et analyse réflexive) et des ressources externes (revues, sites, logiciels d'aide à la prescription, avis des collègues généralistes ou autres spécialistes). Ils suggèrent des pistes d'amélioration de la formation médicale initiale: approfondir la communication médicale, mieux connaître les autres métiers des soins primaires en organisant des enseignements partagés, augmenter le nombre de stages en ambulatoire, réaliser des ateliers pratiques de pharmacologie et intégrer les patients dans les enseignements.

Ces suggestions sont pour certaines déjà mises en place dans les différentes facultés de l'inter-région Ouest.

Si cette étude s'est intéressée aux difficultés des jeunes médecins généralistes, il serait pertinent de recueillir les opinions des patients quant à l'efficacité de la prescription.

## BIBLIOGRAPHIE

1. Collin J. Médicament et vieillesse, trois cas de figures. *Anthr. Sociétés*. 2003;27(2):119-138.
2. Rosman S. La pratique de prescription des médecins en France et aux Pays Bas. Médicaments et société, entre automédication et dépendance. *Sociol. Santé*. 2009;(30):81-99.
3. Vega A. Prescription du médicament en médecine générale: déterminants culturels de la prescription chez les médecins français. *Médecine*. avr 2012;8(4):169-173.
4. IPSOS Santé pour la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie. Les Européens, les médicaments et le rapport à l'ordonnance: synthèse générale [Internet]. 2005 févr. Disponible sur: [http://ars.sante.fr/fileadmin/MIDI-PYRENEES/2\\_BON\\_USAGE/Fichiers/ANTIBIOS\\_Etudeeuropeensetmedicaments.pdf](http://ars.sante.fr/fileadmin/MIDI-PYRENEES/2_BON_USAGE/Fichiers/ANTIBIOS_Etudeeuropeensetmedicaments.pdf)
5. Vega A. Cuisine et dépendances: les usages socioculturels du médicament chez les médecins généralistes français, Le partage des responsabilités en médecine. Une approche socio-anthropologique des pratiques soignantes. [Internet]. CNRS-Inserm-EHESS; 2011 p. 200. Disponible sur: [http://www.formindep.org/IMG/pdf/rapport\\_final3.pdf](http://www.formindep.org/IMG/pdf/rapport_final3.pdf)
6. Article L 162-2 [Internet]. Code Sécurité Soc. Disponible sur: [http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=6BFD38AF68AD096BF149D37C8ECDCE64.tpdjo16v\\_2?idSectionTA=LEGISCTA000006172513&cidTexte=LEGITEXT000006073189&dateTexte=20130402](http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=6BFD38AF68AD096BF149D37C8ECDCE64.tpdjo16v_2?idSectionTA=LEGISCTA000006172513&cidTexte=LEGITEXT000006073189&dateTexte=20130402)
7. Haut conseil de santé publique, L'éducation thérapeutique intégrée aux soins de premiers recours. 2009.
8. Bulletin officiel n°22 du 7 juin 2007 [Internet]. [cité 14 déc 2011]. Disponible sur: <http://www.education.gouv.fr/bo/2007/22/MENS0753287A.htm>
9. Jouan J, Bail P. A quoi s'engage-t-on en basculant du paradigme d'enseignement vers le paradigme d'apprentissage? *Pédagogie Médicale*. 2003;(4):163-175.
10. Le Mauff P, Bail P, Gargot F. L'évaluation des compétences des internes de médecine générale. *Exerc. Rev. Française Médecine Générale*. 2005;(73):63-69.
11. Tardif J. L'évaluation des apprentissages. Réflexion, nouvelles tendances et formation. *Univ. Sherbrooke*. 1993;27-56.
12. Groupe de travail Référentiel métier et compétences du CNGE. 2009;1-44.
13. Attali C, Bail P. Marguerite des compétences [Internet]. [cité 6 avr 2013]. Disponible sur:

[http://www.cnge.fr/la\\_pedagogie/concepts\\_et\\_principes\\_pedagogiques/](http://www.cnge.fr/la_pedagogie/concepts_et_principes_pedagogiques/)

14. Waitzkin. Doctor-patient communication : clinical implications of social scientific research. JAMA. 1984;252(17):2441-2446.
15. Kessels. Patient's memory for medical information. J. R. Soc. Med. 2003;96(5):219-222.
16. Prochaska JO, Clemente CCD, DiClemente CC. The Transtheoretical Approach: Crossing Traditional Boundaries of Therapy. 2nd Revised edition. Krieger Publishing Company; 1994.
17. Dimatteo. The Physician-patient relationship : effect of the quality of Healthcare. Clin. Obstet. Gynecol. 1994;37(1):149-161.
18. Dahl. How to get through to your patients. Hippocrates. 1997;11(4):38-44.
19. Korsch BM, Harding C. The Intelligent Patient's Guide to the Doctor-Patient Relationship: Learning How to Talk So Your Doctor Will Listen. Reprint. OUP USA; 1999.
20. Richard C, Lussier M-T. La communication professionnelle en santé. Pearson Education; 2005. L'information des patients : Les médicaments : p623-654
21. Marinker, Shaw. Not to be taken as directed : Putting concordance for taking medicines into practice. Br. Med. J. 2003;326(7385):348-349.
22. Frappé P. Initiation à la recherche. édition 2011. Wolters Kluwer Health France; 2011.
23. Collectif. Médecine générale concepts et pratiques. Editions Masson; 1996.
24. Aubin Auger I. Introduction à la recherche qualitative. Exerc. Rev. Française Médecine Générale. déc 2008;19(84):142-145.
25. Markova I. Langage et communication en psychologie sociale □ : dialoguer dans les focus groups. Bull. Psychol. 2004; Tome 57(471):231-236.
26. Letrillant, Laurent L, Bourgeois I, Vega A, Cittée J, Lutsman M. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative 87. Exerc. Rev. Française Médecine Générale. 2009;20(87):74-79.
27. Letrillant, Laurent L, Bourgeois I, Vega A, Cittée J, Lutsman M. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative 88. Exerc. Rev. Française Médecine Générale. 2009;20(88):106-112.
28. Guba E. Criteria for assessing the Trustworthiness of Naturalistic Inquiries. Educ. Commun. Technol. J. 1981;2(29):75-91.
29. Huberman M., Miles M. Analyse des données qualitatives. 2e éd. Paris; 2003.
30. Pourtois J-P, Desmet H. Epistémologie et instrumentation en sciences humaines. 3e édition. Editions Mardaga; 2007.

31. LOI n° 2012-300 du 5 mars 2012 relative aux recherches impliquant la personne humaine. 2012-300 mars 5, 2012.
32. Bachelor A, Joshi P. La méthode phénoménologique de recherche en psychologie. Press. Univ. Laval [Internet]. Université de Laval - Québec; 1986 [cité 7 avr 2013]; Disponible sur: [http://www.recherche-qualitative.qc.ca/revue/hors\\_serie/hors\\_serie\\_v13/RQ%20HS%2013%20Txt%20Hall%C3%A9.pdf](http://www.recherche-qualitative.qc.ca/revue/hors_serie/hors_serie_v13/RQ%20HS%2013%20Txt%20Hall%C3%A9.pdf)
33. Fainzang S. Anthropologie du médicament - Dictionnaire du corps. PUF. 2007.
34. Vallée J-P, Gallois P. La demande exprimée par le patient est-elle sa principale ou sa réelle, préoccupation? Médecine. 2006;2(1):25-26.
35. Doumenc M, et al. Que perçoit le médecin des attentes de son patient? Rev Prat Méd Gén. 1994; (260):41-48.
36. Gallois P, Vallée J-P, Noc YL. Médecine générale en crise: faits et questions. Médecine. 2006;2(5):223-228.
37. CNGE. Guide Pratique de l'Enseignant Clinicien Ambulatoire en médecine générale. Editions scientifiques L&C; 2011.
38. Lemasson A, Gay B, Lemason J-L, Duroux G. Comment le médecin perçoit-il sa prise en compte des préoccupations du patient? Une étude qualitative en soins primaires en Aquitaine. Médecine. janv 2006;2(1):38-42.
39. Film du certificat optionnel d'éducation thérapeutique DCEM2 [Internet]. Besançon; 2012 [cité 15 avr 2013]. Disponible sur: [https://www.youtube.com/watch?v=BchQi6RlJuQ&feature=youtube\\_gdata\\_player](https://www.youtube.com/watch?v=BchQi6RlJuQ&feature=youtube_gdata_player)

## ANNEXE

# 1 ANNEXE 1 : Programme commun du TCEM dans l'inter-région Ouest et spécificités locales

### 1. Formation pratique

Avoir réalisé sa maquette de Médecine générale

6 semestres de stages comportant 4 stages obligatoires et 2 stages libres

- pédiatrie et/ou gynécologie
- médecine d'adultes : médecine générale, médecine interne, médecine polyvalente, gériatrie
- médecine d'urgence;
- un semestre auprès de praticiens généralistes agréés
- deux semestres libres soit en médecine générale ambulatoire (sous la forme d'un SASPAS) soit dans un service ou département hospitalier agréé

NB : un semestre doit se dérouler en CHU sauf circonstances particulières<sup>17</sup>

### 2. Formation théorique

Avoir validé 200 heures théoriques d'enseignement.

Les séminaires ont des thématiques variables selon les DUMG.

Les internes doivent participer à des groupes d'échanges de pratiques (GEP à Nantes, GEAPT=groupe d'échange et d'analyse de pratique tutoré, ...)

Des points peuvent être attribués en:

- participant à des congrès : CNGE<sup>18</sup>, ISNAR-IMG<sup>19</sup>, EGPRN<sup>20</sup>
- réalisant les tests de Lecture : Prescrire, exercer

### 3. Travaux

- Un mémoire rédigé, soutenu et portant sur un travail de recherche clinique ou fondamentale.

Ce mémoire peut porter sur un thème spécifique ou être constitué d'un ensemble de travaux. Le sujet de ce mémoire doit être préalablement approuvé par l'enseignant coordonnateur. Avec son accord, la thèse peut, en tout ou partie, tenir lieu de mémoire si elle porte sur un sujet de la spécialité et si elle est soutenue lors de la dernière année d'internat.

- La thèse
- un document de synthèse, portant sur les travaux scientifiques réalisés, notamment dans le cadre de la préparation d'un diplôme d'études approfondies ou d'un master, sur une participation à des congrès ou colloques, ses stages à l'étranger et toute autre formation ou expérience complémentaires

### 4. Tutorat

### 5. Port folio ou support de traces d'apprentissages

Il contient les RSCA (récits de situations complexes et authentiques), les traces d'apprentissages, les travaux

---

<sup>17</sup>Décret no 2010-700 du 25 juin 2010 modifiant le décret no 2004 - 67 du 16 janvier 2004 relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales NOR : SASH1001894D; article 15, 2<sup>e</sup> alinéa

<sup>18</sup> Collège National des Généralistes Enseignants

<sup>19</sup> InterSyndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale

<sup>20</sup> European General Practice Research Workshop

réalisés et l'auto-formation, guide d'autoévaluation des acquisitions

## Mise en pratique et spécificités d'Angers

### 1. Enseignement théorique professionnalisant - Thèmes des séminaires

**Module A :** 9 journées doivent obligatoirement être validées au cours du cursus

Cadre d'exercice professionnel

Ethique et profession

Pratique professionnelle

Abord de la sexualité en médecine générale

Handicap et santé au travail

Suivi des malades chroniques

Nutrition

Santé publique et prévention

Système de soins

Travailler ensemble dans l'intérêt du patient : le pharmacien et le médecin

**Module B :** obligatoire au cours du stage chez le praticien. Chaque session dure 2h.

Ils sont répartis sur le territoire dans 3 lieux différents : Angers, Laval et Le Mans

Ces séminaires sont obligatoires et doivent être réalisés dans le département du lieu de stage.

Femme enceinte, Petits maux de bébé, Contraception, Ménopause

Conseil aux voyageurs

Toxicomanie

Le deuil, Patients en fin de vie

Patient fonctionnel

Cultures différentes

Adolescent

3 sessions de bilans de stage

8 sessions de Situations cliniques

3 sessions de 3h sur la régulation médicale

**Module C :** groupes d'échange de pratique pendant le SASPAS avec analyse de situations cliniques rencontrées.

### 2. Enseignement sur la recherche

Groupes de thèses : Ils ne sont pas obligatoires.

Poser sa question de recherche et bibliographie (1 journée)

Recueil de données quantitatives (demi-journée)

Recueil de données qualitatives(demi-journée)

Rédaction, valorisation(demi-journée)

Analyse des données quantitatives(demi-journée)

Analyse des données qualitatives(demi-journée)

### 3. Enseignement pratique

10 demi-journées de prise en compte de la souffrance psychiques sont obligatoires (sauf SASPAS ou stage en psychiatrie)

**NB :** Les différents programmes d'enseignements ne sont pas exhaustifs mais permettent de voir qu'il existe une disparité dans les supports et les choix de thématiques.

# Mise en pratique et spécificités à Brest

Document consultable sur [http://www.brest.cnge.fr/IMG/pdf/guide\\_DES\\_2012.pdf](http://www.brest.cnge.fr/IMG/pdf/guide_DES_2012.pdf)

## **1. Enseignement théorique professionnalisant :**

Il est constitué d'un cursus d'initiation à la recherche et de plusieurs séminaires optionnels.

Les séminaires optionnels sont basés sur des séminaires de formation qui se déroulent sur la faculté de médecine de Brest.

Ils concernent des domaines bien différents, de l'apprentissage à la recherche, à des enseignements plus concrets concernant l'exercice de la médecine. Les enseignements de type clinique sont centrés sur des problèmes à forte prévalence en soins primaires, l'attitude médicale est toujours basée sur une approche concernant les 8 compétences du médecin généraliste.

## **2. Thèmes des séminaires :**

Chaque session dure une journée : 9h-12h 14h-17h

Séminaire d'accueil en 3eme cycle, présentation du DES de MG, prise de contact avec les tuteurs (obligatoire)

Prescription et éducation du patient

Prise en charge du nourrisson et de l'enfant

Prise en charge psychologique session 1 (obligatoire pour faire la session 2)

Prise en charge psychologique session 2 : psychothérapie en Médecine Générale

Médecin généraliste et justice

Conduites addictives et dépendances

Aspects médico-socio de la longue maladie

Urgences en Médecine Générale

Actes techniques en Médecine Générale

Homéopathie, Ostéopathie, Acupuncture

Contraception : gestes pratiques en gynécologie

L'installation en médecine générale

Gérontologie globale et réseau gérontologique

Endocrinologie en médecine générale

Arrêt de travail

## **3. Groupes de thèse**

2 soirées par mois

## **4. Enseignement centré sur la recherche**

Recherche1 : Hypothèse de recherche, question de recherche (obligatoire)

Recherche 2 : Recherche bibliographique (obligatoire T1, optionnel T2)

Recherche 3 : Lecture critique, Méthode et constitution des groupes de travail sur les thèses et la recherche (obligatoire)

**NB : Les différents programmes d'enseignements ne sont pas exhaustifs mais permettent de voir qu'il existe une disparité dans les supports et les choix de thématiques.**

## Mises en pratique et spécificités à Nantes

[http://www.dmg-nantes.fr/index.php?option=com\\_content&view=article&id=66&Itemid=63](http://www.dmg-nantes.fr/index.php?option=com_content&view=article&id=66&Itemid=63)

### **1. Séminaires :**

Patient anxieux / Patient dépressif  
Les conduites addictives  
Alimentation du nourrisson et du jeune enfant  
Vaccins et problèmes quotidiens de puériculture  
Suivi d'une grossesse à bas risque  
Grossesse à risque et Grossesse et médicaments  
Le monde du travail en MG (AT,MP, Souffrance au travail)  
L'entreprise médicale et l'installation  
Apport de l'éducation thérapeutique dans la prise en charge des maladies chroniques  
Suivi au long cours  
Surveillance et développement de l'enfant  
La personne âgée  
Antibiothérapie en MG  
Inégalités sociales en santé  
Suivi de la femme ménopausée  
Prévention : Comment décide le médecin ?  
Utiliser l'EBM et les principes de l'éthique médicale  
L'adolescent  
Economie de la santé  
Les violences conjugales

### **2. Groupes de thèses**

### **3. Séances de bibliographie (niveau 1 et 2)**

## Mises en pratique et spécificités à Poitiers

**Un problème d'accès aux données du DUMG de Poitiers ne nous a pas permis de réaliser cet état des lieux.**



## Mise en pratique et spécificités à Rennes

Consulté sur : [http://www.aimger.com/images/guide\\_interne\\_2012-13.pdf](http://www.aimger.com/images/guide_interne_2012-13.pdf)

### **1. Enseignement théorique professionnalisant – Thèmes des séminaires**

Les séminaires sont regroupés en modules :

#### Module décision médicale en médecine générale

La décision médicale (en petits groupes de 7 personnes de T1 et 5 personnes ayant réalisés le stage chez le praticien)

Les traces écrites d'apprentissages

Le poste informatique du médecin généraliste

La lecture critique de l'information médicale

Lecteur émérite de revues (Prescrire, Médecine, Exercer)

#### Module « relation entre le médecin et son patient »

Relation soignante et éthique médicale

Communication médecin-patient en médecine générale

L'entretien motivationnel

La psychiatrie courante du médecin généraliste

Les psychothérapies spécifiques du médecin généraliste

Les psychothérapies

Groupe Balint – Formation à l'interaction soignant-soigné

Soins palliatifs

#### Module recherche en médecine générale

Initiation aux méthodes de recherche en MG

Méthodologie, Bibliographie et Rédaction

#### Module conditions d'exercice professionnel

Le remplacement, l'installation, la responsabilité médicale, la fiscalité du MG

#### Module « le médecin généraliste, acteur dans un système de santé »

L'histoire de la protection sociale

Le métier de médecin généraliste

Les comportements de santé

Le système de santé français

Les représentations professionnelles

#### Le séminaire pluridisciplinaire

#### Création d'une pharmacie virtuelle par la fac de pharmacie

Les rencontres généralistes : 8 séances par an de rencontre pour faire le point sur les problématiques fréquentes de médecine générale.

### **2. Groupes de thèses**

**NB : Les différents programmes d'enseignements ne sont pas exhaustifs mais permettent de voir qu'il existe une disparité dans les supports et les choix de thématiques.**

## Mise en pratique et spécificités à Tours

Consultable sur:

[http://www.dumg-tours.fr/IMG/pdf/Criteres\\_pour\\_la\\_validation\\_du\\_DES\\_de\\_MG\\_a\\_TOURS\\_-\\_2012-V3.pdf](http://www.dumg-tours.fr/IMG/pdf/Criteres_pour_la_validation_du_DES_de_MG_a_TOURS_-_2012-V3.pdf)

### **1. Enseignement théorique – Séminaires**

Depuis 2009-2010, les internes ont la possibilité d'avoir des Crédits Heures en créant un Groupe Balint<sup>21</sup>

Les séminaires obligatoires sont les suivants :

Séminaire intégration (pour les T1)

Séminaire écriture des pratiques ( pour les T1)

Séminaire Thèse 1

Séminaire Thèse 2

Séminaire « Qu'est ce que la médecine générale ? » (pour les internes en stage chez le praticien niveau 1)

En 2012 ont été proposés les séminaires suivants :

Allaitement

HTA

Point sur la prostate : gérer la complexité en médecine générale

Infiltrations articulaires et tendineuses

Séminaire décision médicale

### **2. Journée de recherche en médecine générale pour l'Inter-région Ouest**

**NB : Les différents programmes d'enseignements ne sont pas exhaustifs mais permettent de voir qu'il existe une disparité dans les supports et les choix de thématiques.**

---

21 <http://www.dumg-tours.fr/spip.php?article116>

## 2 ANNEXE 2 : GUIDE D'ENTRETIEN FINAL

### Canevas d'entretien :

Question brise-glace : Question 1 :

Pour chacun d'entre vous, que signifie « prescrire » ?

*Relance :*

*Que représente pour vous la prescription ?*

Question 2 :

Qu'est ce le « temps de la prescription » dans une rencontre de soin ? L'identifiez-vous comme un temps particulier ?

*Relances sur les représentations sociologiques, culturelles, économiques, expériences antérieures.*

Question 3 :

Identifiez-vous le temps de la prescription comme un temps difficile ? En quoi est- ce difficile selon vous ?

*Relance :*

*Pourquoi trouvez vous que la prescription est difficile ?*

*A quoi pensez vous quand vous prescrivez ?*

Question 4 :

Suite aux difficultés qu'on vient de voir ensemble, quelles solutions proposez vous ?

Quelles propositions faites vous ?

*Relance:*

*Avez-vous parfois ressenti un **besoin spécifique d'apprentissage** dans votre **formation médicale continue** qui vous permettrait de mieux appréhender la prescription ?*

Question BONUS:

Comment réagiriez-vous lorsque lors d'une affaire médiatique sur un médicament, celui ci est supprimé du marché ? De quels outils auriez vous besoin?

### **3 ANNEXE 3 : FICHES MODERATEUR ET PARTICIPANTS**

#### **Questionnaire pour les participants du focus group du 4 juillet à Rennes**

Prénom:

Nom :

Age:

Sexe:

Année de validation du DES

Activité :

Remplaçant(e) : oui non

Installé(e) : oui non

si oui depuis quand : (mois et année)

Collaborateur libéral oui non

Lieu(x) d'exercice : urbain semi-rural rural

SASPAS réalisé : oui non

Faculté d'origine en DCEM et TCEM :

Diversification de l'exercice : Pmi, Planning, autres...

\*\*\*\*\*

#### **Fiche Modérateur**

##### **Avant la séance :**

Vérifier qu'il y a une affiche sur la porte « Ne pas déranger entretien en cours »

Accueillir les intervenants

Faire remplir la fiche de présentation

Vérifier que les prénoms sont bien écrits sur les chevalets et qu'il n'y a pas de doublon

Inviter les participants que le modérateur connaît bien à se mettre sur les côtés de la table pour éviter de leur adresser la parole trop souvent

##### **En début de séance:**

Présentation du principe du focus group (très rapidement)

Présentation du modérateur et observateur

Éteindre les téléphones portables et éviter les bruits parasites (gestes automatiques : crayons, taper les jambes contre la table)

Dire que l'intérêt du FG de débattre et d'exprimer votre opinion personnelle

Prise de parole : le modérateur énonce le prénom de la personne qui prend la parole avant chaque prise de parole, si jamais il oublie, dire à chacun des participants de se présenter avant de prendre la parole  
ex:« Elise, moi je pense que... »

Donner la thématique générale du focus group : cadre général de la prescription

Tour de table avec question brise glace

**En fin de séance:**  
**Tour de table des choses à ajouter**

## 4 ANNEXE 4 : Projet de recherche pour le CERES<sup>22</sup>

### 1 Contexte

*« 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. »(1)*

Selon le rapport CNAMTS-IPSOS de 2005 et plus récemment le rapport de la cour des comptes (2), les français sont un des pays européens les plus gros consommateurs de soins et de médicaments. Les médecins français sont de grands prescripteurs.

La prescription médicamenteuse est un acte fréquent, quasiment systématique de chaque rencontre de soin. Dans la communication professionnelle en santé, Claude Richard et Marie Thérèse Lussier ont analysé le contenu de 462 consultations de 40 médecins généralistes québécois et ils nous rapportent qu'«il y a eu discussion d'au moins un médicament [...] dans 92% des consultations »(3), que celui-ci concerne les traitements antérieurs du patient ou le traitement initié à la fin de la rencontre de soin.

Même si toutes les professions médicales (pharmaciens, chirurgiens-dentistes et sages femmes)(4,5) sont autorisés par la loi à prescrire ainsi que certaines professions paramédicales(6) des produits ayant une activité pharmacologique reconnue, nous ne nous attacherons qu'à la prescription des médecins et des jeunes médecins en particulier.

#### **Les jeunes médecins et la prescription médicamenteuse**

Dans plusieurs pays, les internes de médecine reconnaissent avoir des lacunes importantes concernant la prescription des médicaments usuels, l'initiation de nouveaux traitements et certains auraient voulu avoir des enseignements de pharmacologie clinique pendant leur formation. (7)

Le programme d'apprentissage de la pharmacologie est limité aux premières années théoriques, laissant les étudiants en médecine acquérir la compétence de prescription à travers les expériences cliniques de leur internat.(8)

Un manque de compétences de prescription chez les étudiants a été rapporté.(9)

Donner aux jeunes médecins le privilège de prescrire sans préparation adéquate pourrait encourager de mauvaises habitudes et des erreurs de prescription. (10,11)

---

22 Conseil d'Évaluation Éthique pour les Recherches en Santé

## 2 Naissance du projet de recherche :

L'idée de réaliser ce travail de recherche dans le cadre de ma thèse d'exercice de Médecin Généraliste est venue d'une consultation de Médecine Générale qui a eu lieu en janvier 2011 (dans le contexte de « l'affaire Mediator® ») où un patient a consulté avec pour motif de revoir son ordonnance et de lui indiquer quels étaient les médicaments indispensables, quels étaient ceux dont il pouvait se passer, quels étaient les médicaments dont le risque iatrogène était plus important que le bénéfice thérapeutique.

**Je me suis alors demandée si j'étais suffisamment formée par mes années de formation médicale initiale pour répondre à ces questions cruciales symbolisant le souhait de ce patient de devenir acteur de sa santé.**

Je me suis alors mise en relation avec un enseignant du Département de Médecine Générale de Nantes particulièrement actif dans la formation des étudiants de deuxième et troisième cycles (de la 3<sup>ème</sup> à la 9<sup>ème</sup> année) pour diriger ma thèse, le Dr Lionel Goronflot, Professeur associé de Médecine Générale.

La question de recherche a été définie comme suit :

Les jeunes médecins généralistes (Diplôme d'Etudes Spécialisées de Médecine Générale validé entre 2007 et 2012) identifient-ils des besoins de formation à la prescription médicale ? Si oui lesquels ?

## 3 Méthode :

### 1. Observation

Une méthodologie qualitative a été utilisée, par l'intermédiaire de focus group et d'entretiens individuels semi-directifs auprès de jeunes médecins généralistes.

Cette méthode a été choisie dans le but de faire discuter des médecins, en créant une émulation collective.

### 2. Sélection

Le recrutement des participants s'est fait dans le souhait d'obtenir un échantillonnage à variance maximale.

Les participants ont été contactés par l'intermédiaire de liste de contact par mail (en annexe) des anciens internes de Médecine Générale ayant validé leur DES entre 2007 et 2012 (à Nantes et à Angers), des jeunes médecins généralistes par l'intermédiaire des structures locales adhérentes à RéAGJIR<sup>23</sup>, Urbreizh<sup>24</sup> à Rennes, SYRSAM<sup>25</sup> à Angers et ReAGJIR Centre à Tours.

Chaque participant a été invité à transmettre l'invitation du focus group à d'autres personnes (échantillonnage selon la technique de la boule de neige)(12,13)

Chaque participant a reçu au décours des enregistrements un questionnaire permettant de caractériser la

---

23 Regroupement Autonome des Généralistes Jeunes Installés et Remplaçants

24 Union pour le remplacement en Bretagne

25 SYndicat des Remplaçants de Sarthe Anjou Mayenne

population et d'obtenir un accord écrit de leur participation.

Les fichiers concernant les adresses mail ainsi que les contacts téléphoniques des participants ont été effacés dès que les derniers contacts ont été réalisés (invitation à venir assister à la soutenance de thèse).

### 3. Intervention

Quatre focus group ont été réalisés (à Nantes le 27 mars 2012, Angers le 6 juin 2012, Tours le 14 juin 2012 et Rennes le 4 juillet 2012). Trois entretiens individuels ont complété ce travail en Pays de la Loire les 5, 11 et 19 février 2013.

Les modérateurs des focus group étaient des enseignants des départements de médecine générale de chacune des villes qui avaient déjà une ou plusieurs expériences de modération.

Chaque modérateur a reçu préalablement au focus group, le canevas d'entretien ainsi qu'une « fiche modérateur » (en annexe) précisant le rôle du modérateur et les précisions à apporter aux participants en début de séance.

Le canevas d'entretien a été testé de manière informelle et sans enregistrement auprès de 3 jeunes internes et médecins généralistes au préalable. Il a été rédigé avec des questions ouvertes auxquelles les participants répondaient comme ils le désiraient, sans avoir à choisir parmi des réponses préétablies. Pour l'observation, je me suis installée en retrait et ai pris notes des tours de paroles ainsi que de la communication non verbale qui figure dans chaque retranscription.

Chaque focus group a été enregistré et filmé avec l'accord des participants pour permettre une retranscription précise et une intégration de la communication non verbale.

A l'issue de chacun des entretiens, les participants ont reçu une fiche à remplir qui permettaient de caractériser la population interrogée.

Le consentement a été demandé à posteriori, par l'intermédiaire d'un sondage en ligne, sur un site auto-hébergé à mon domicile (<http://arthur.lutz.im/sondage/index.php/449418/lang-fr>)

### 4. La retranscription et la codification

La retranscription des fichiers audio des focus group a été réalisée en partie par moi-même et en partie par une secrétaire médicale rémunérée. Une écoute et une relecture systématique de chaque retranscription ont été réalisées.

Le travail de codification des verbatims a été réalisé en codification ouverte, centré sur la question de recherche, fragments par fragments puis a été réarrangé en catégories faisant émerger des thèmes principaux.(12,13)

La codification de la communication non verbale n'a pas été codée en tant que telle mais a été utile pour la compréhension du contexte.

Pour la validité interne de ce travail de recherche, une triangulation des données a été réalisée. La codification des verbatims a donc été réalisée par moi-même et un jeune médecin généraliste remplaçant pour 3 focus group entiers (soit plus d'un tiers du contenu des verbatims) à l'aide d'un logiciel de traitement des données qualitatives Nvivo®. Cette triangulation a permis de comparer fragments par fragments les résultats obtenus.(12,13)

Les participants ont été anonymisés après la retranscription (premier participant P1, deuxième P2...)

### 5. La posture de départ(12,13)

La neutralité totale étant impossible, il est important de préciser dans quelle posture nous avons abordé

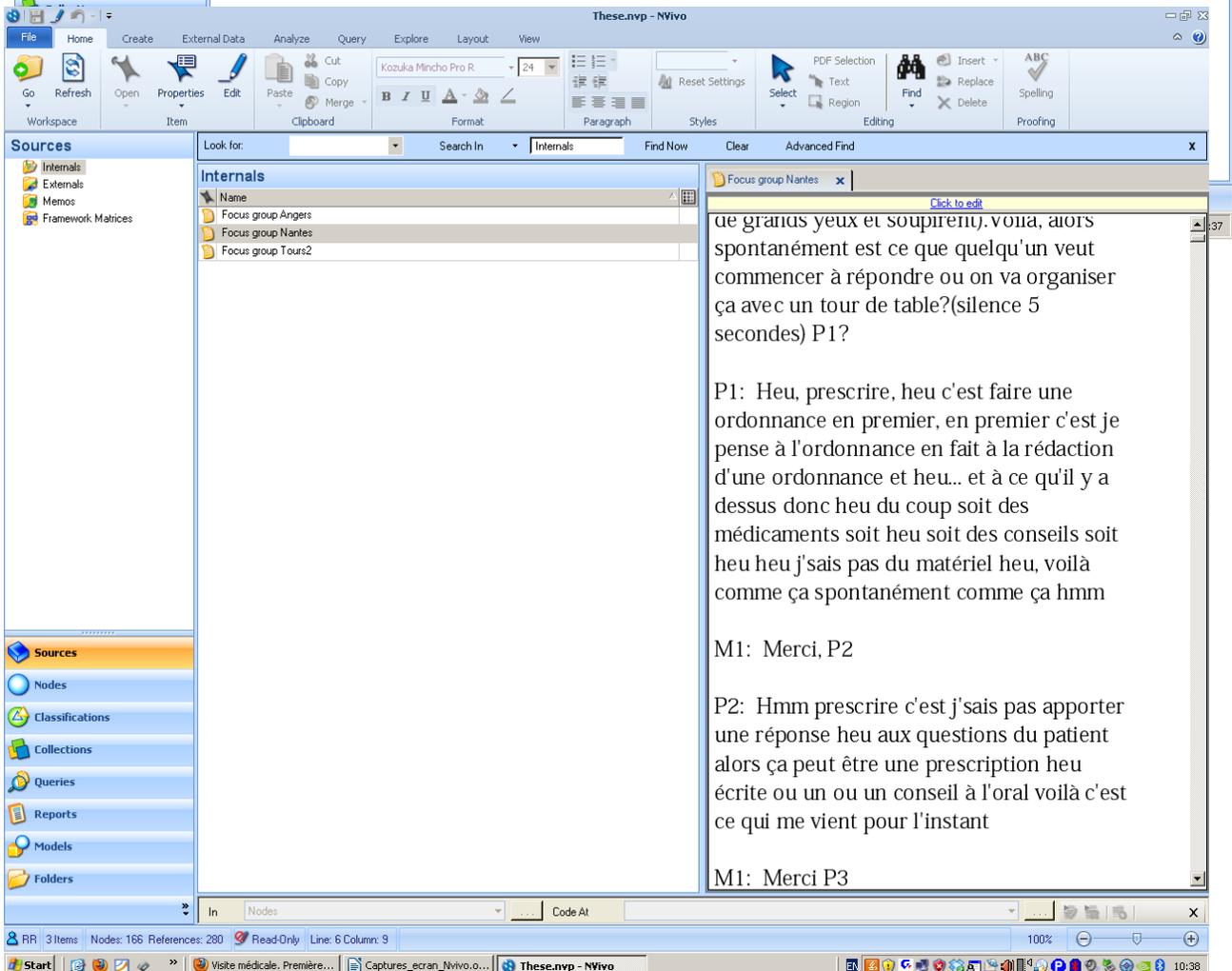
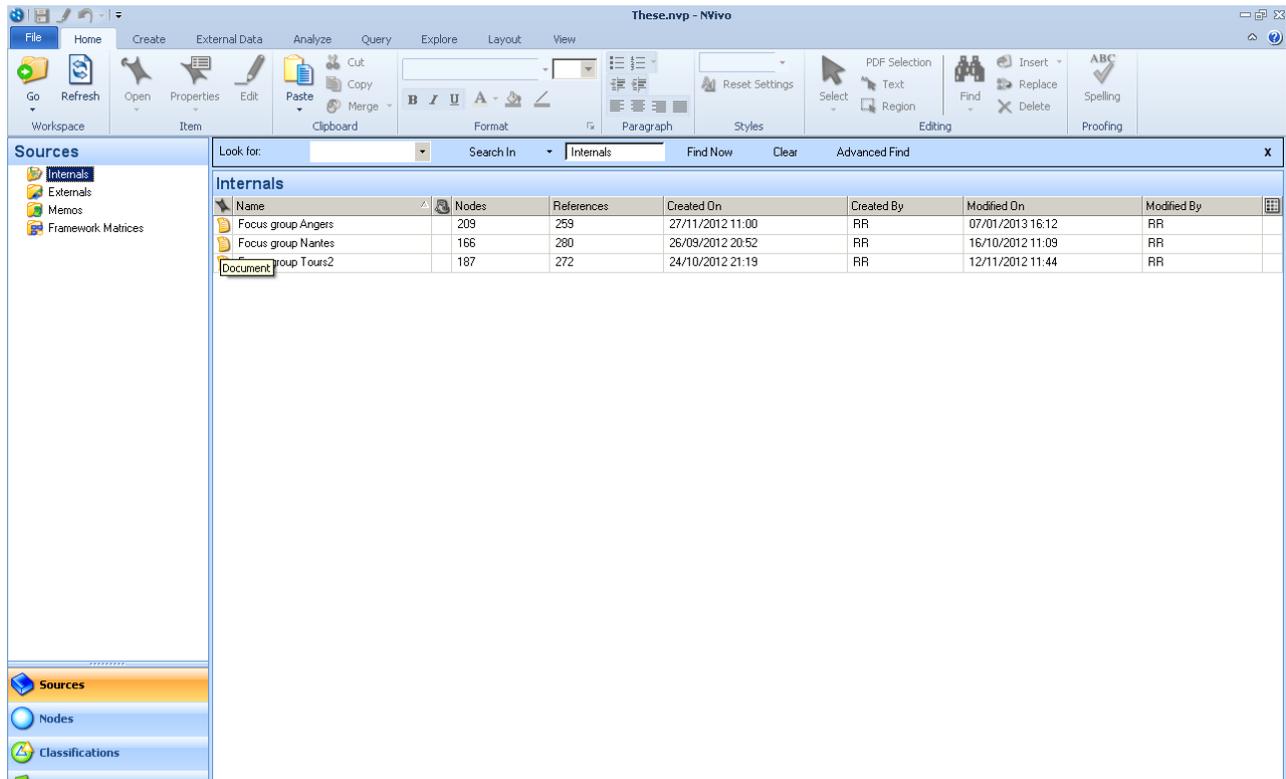
le terrain avant de débiter l'enquête. Nous sommes partis du postulat que les jeunes médecins ne se sentaient pas suffisamment « armés » pour faire face à la prescription médicale et qu'ils avaient des difficultés que nous devons identifier avant de leur faire dégager les besoins de formation pour faire face à ces difficultés.

Je ne présente ni conflit ni lien d'intérêt.

## **4 Bibliographie du projet de recherche pour le CERES**

1. Code de la santé publique - Article R4127-8. Code de la santé publique.
2. Enquête IPSOS pour l'assurance maladie sur le rapport des Français et des Européens à l'ordonnance et aux médicaments – 2005.
4. Arrêté du 4 février 2013 modifiant l'arrêté du 12 octobre 2011 fixant la liste des médicaments que peuvent prescrire les sages-femmes et portant abrogation de dispositions réglementaires.
5. Article L4141-1 Code de la santé publique.
6. Arrêté du 20 mars 2012 fixant la liste des dispositifs médicaux que les infirmiers sont autorisés à prescrire.
7. Hilmer SN, Seale JP, Le Couteur DG, Crampton R, Liddle C. Do medical courses adequately prepare interns for safe and effective prescribing in New South Wales public hospitals? Intern Med J. juill 2009;39(7):428-434.
8. Scobie SD, Lawson M, Cavell G, Taylor K, Jackson SHD, Roberts TE. Meeting the challenge of prescribing and administering medicines safely: structured teaching and assessment for final year medical students. Med Educ. mai 2003;37(5):434-437.
9. Flockhart DA, Usdin Yasuda S, Pezzullo JC, Knollmann BC. Teaching rational prescribing: a new clinical pharmacology curriculum for medical schools. Naunyn Schmiedebergs Arch. Pharmacol. juill 2002;366(1):33-43.
10. Aronson JK. Rational prescribing, appropriate prescribing. Br J Clin Pharmacol. mars 2004;57(3):229-230.
11. Dean B, Schachter M, Vincent C, Barber N. Prescribing errors in hospital inpatients: their incidence and clinical significance. Qual Saf Health Care. déc 2002;11(4):340-344.
12. Letrillant, Laurent. Glossaire d'initiation à la recherche qualitative [Internet]. exercer, La Revue Française de Médecine Générale. [cité 24 mars 2013] Disponible sur: <http://www.exercer.fr>
13. Letrillant, Laurent. Glossaire d'initiation à la recherche qualitative [Internet]. exercer, La Revue Française de Médecine Générale. [cité 24 mars 2013]. Disponible sur: <http://www.exercer.fr>

## 5 ANNEXE 5 : Captures d'écran du logiciel Nvivo 10 Student®



These.nvp - NVivo

File Home Create External Data Analyze Query Explore Layout View

Workspace Item Clipboard Format Paragraph Styles Editing Proofing

Nodes

- Codes axiaux
- Codes ouverts
- Relationships
- Node Matrices

Codes ouverts

- Absence de prescription
- Absence de prescription en fin de consultation est inhabituel
- Absence de prescription\_c'est plus facile de ne rien prescrire pour les enfants que pour le
- Absence de prescription\_impression de ne pas avoir fait son travail
- Absence de prescription\_satisfaisante pour le patient qui vient chercher une réassurance
- Absence de prescription\_met le médecin en difficulté
- Absence de prescription\_Satisfaction de ne pas prescrire (de médicament)

Select Project Items

Automatically select subfolders Automatically select descendant nodes

Name	Nickname	Created	Modified
Croyances medecin_le medecin pense que le patient ne vie		27/10/2012 20:	23/01/2013 22:
Croyances medecin_le MG pense que le patient vient cher		24/10/2012 23:	23/01/2013 22:
Croyances medecin_le MG pense que le patient vient cher		07/10/2012 12:	20/01/2013 15:
Croyances medecin_que le patient souhaite une prescriptio		02/10/2012 23:	24/10/2012 09:
Croyances patient_que le MG va lui donner une ordonnanc		08/10/2012 15:	07/01/2013 11:
Croyances_caractere rituel de la prescription		07/10/2012 14:	01/12/2012 22:
Croyances_jeunes MG plus sensibilises a limiter prescriptio		07/10/2012 12:	28/10/2012 15:
Croyances_le medecin pense que les patients des medecin		06/11/2012 22:	23/01/2013 22:
Définition de la prescription_c'est une Ordonnance		02/10/2012 23:	27/11/2012 12:
Définition du medecin generaliste_le MG est un socle "si je		07/01/2013 16:	23/01/2013 22:
Définition prescription_la prescription doit etre justifiée scie		27/11/2012 16:	23/01/2013 22:
Définition prescription_la prescription ecrite a un caractere		02/10/2012 23:	11/11/2012 21:
Définition prescription_la prescription enqage la responsabi		27/11/2012 12:	23/01/2013 22:

Focus group Nantes

secondes) P1 ?

P1: Heu, prescrire, heu c'est faire une ordonnance en premier, en premier c'est je pense à l'ordonnance en fait à la rédaction

il y a

ils soit

voilà

hmm

porter

patient

heu

voilà c'est

M1: Merci P3

P3: C'est vrai que moi en premier lieu aussi moi la prescription c'est l'ordonnance mais au final après réflexion y'a pas que ça ça

These.nvp - NVivo

File Home Create External Data Analyze Query Explore Layout View

Navigation View Find Quick Coding Dock All Undock All Bookmarks Close All Window List View Coding Stripes Highlight

Annotations See Also Links Relationships Node Matrix Classification Report Reference Color Scheme Visualization

Nodes

- Codes axiaux
- Codes ouverts
- Relationships
- Node Matrices

Codes ouverts

- Absence de prescription
- Absence de prescription en fin de consultation est inhabituel
- Absence de prescription\_c'est plus facile de ne rien prescrire pou
- Absence de prescription\_impression de ne pas avoir fait son travail
- Absence de prescription\_satisfaisante pour le patient qui vient chercher une réassurance
- Absence de prescription\_met le médecin en difficulté
- Absence de prescription\_Satisfaction de ne pas prescrire (de médicament)
- Ajout d'un nouveau médicament difficile
- Ajout d'un nouveau médicament difficile\_en expliquant les effets secondaires
- Ajout d'un nouveau médicament difficile\_sentiment de culpabilité d'introduction d'un nouv
- Antibiotiques\_prescription problematique
- Arrêt de travail\_le medecin doit parfois insister pour que le patient s'arrete car il pense qu
- Arrêt de travail\_le medecin doit parfois insister pour que le patient s'arrete pour des rais
- Arrêt de travail\_le medecin prefere faire revenir le patient que de prescrire un arret qu'il ju
- Besoin de formation\_a trouver des sites de références pour la prescription en médecine
- Besoin de formation\_apprendre avec nos maitres de stage
- Besoin de formation\_apprendre sur plus de terrains de stage pour appréhender différente
- Besoin de formation\_aupres des patients
- Besoin de formation\_autorités sanitaires devraient définir des recommandations de choix
- Besoin de formation\_competences des autres professionnels de santé liés a notre prescr
- Besoin de formation\_competences des autres professionnels de sante par le travail pluri
- Besoin de formation\_conseils dietetiques
- Besoin de formation\_échanges a la fac avec autres professionnels de santé y compris le
- Besoin de formation\_en MDS pluridisciplinaires
- Besoin de formation\_en petits trucs
- Besoin de formation\_ET
- Besoin de formation\_ET\_des le DCEM
- Besoin de formation\_ET\_il faut faire bcp plus qu'un seminaire
- Besoin de formation\_ET\_plus adapté apres internet
- Besoin de formation\_ET\_plus adapté en fin internet
- Besoin de formation\_ET\_pour mieux entendre le patient et mieux négocier
- Besoin de formation\_faire un stage praticien tot dans le cursus permet ensuite d'adapter l
- Besoin de formation\_FMC\_le medecin pense que si ses connaissances médicales sont a
- Besoin de formation\_FMI centrée diagnostic mais pas thérapeutique
- Besoin de formation\_formation d'avantage centrée patient
- Besoin de formation\_formation des MDS a l'ET
- Besoin de formation\_Formation hospitaliere ne nous forme pas a la prescription en ambu
- Besoin de formation\_il faut apprendre a prescrire utile
- Besoin de formation\_jeux corporels, le medecin pense que le langage corporel n'est pas

Focus group Nantes

secondes) P1 ?

P1: Heu, prescrire, heu c'est faire une ordonnance en premier, en premier c'est je pense à l'ordonnance en fait à la rédaction d'une ordonnance et heu... et à ce qu'il y a dessus donc heu du coup soit des médicaments soit heu soit des conseils soit heu heu j'sais pas du matériel heu, voilà comme ça spontanément comme ça hmm

M1: Merci, P2

P2: Hmm prescrire c'est j'sais pas apporter une réponse heu aux questions du patient alors ça peut être une prescription heu écrite ou un ou un conseil à l'oral voilà c'est ce qui me vient pour l'instant

M1: Merci P3

P3: C'est vrai que moi en premier lieu aussi moi la prescription c'est l'ordonnance mais au final après réflexion y'a pas que ça ça peut être aussi des conseils et peut y avoir

In Nodes Code At

FR 487 Items Nodes: 166 References: 280 Read-Only Line: 22 Column: 27 70%

**Nodes**

- Absence de prescription
- Absence de prescription en fin de consultation est inh...
- Absence de prescription\_c'est plus facile de ne rien...
- Absence de prescription\_impression de ne pas avoir...
- Absence de prescription\_satisfaisante pour le patient...
- Absence de prescription\_met le médecin en difficulté
- Absence de prescription\_Satisfaction de ne pas presc...
- Ajout d'un nouveau médicament difficile
- Ajout d'un nouveau médicament difficile\_en expliqua...
- Ajout d'un nouveau médicament difficile\_sentiment d...
- Antibiotiques\_prescription problematique
- Arrêt de travail\_le médecin doit parfois insister pour que le patient s'arête pour des raiso
- Arrêt de travail\_le médecin doit parfois insister pour que le patient s'arête pour des raiso
- Arrêt de travail\_le médecin préfere faire revenir le patient que de prescrire un arrêt qu'il ju
- Besoin de formation\_a trouver des sites de références pour la prescription en médecine
- Besoin de formation\_apprendre avec nos maitres de stage
- Besoin de formation\_apprendre sur plus de terrains de stage pour appréhender différente
- Besoin de formation\_aupres des patients
- Besoin de formation\_autorités sanitaires devraient définir des recommandations de choix
- Besoin de formation\_compétences des autres professionnels de santé liés a notre prescri
- Besoin de formation\_compétences des autres professionnels de sante par le travail pluri
- Besoin de formation\_conseils dietetiques
- Besoin de formation\_échanges a la fac avec autres professionnels de santé y compris le
- Besoin de formation\_en MDS pluridisciplinaires
- Besoin de formation\_en petits trucs
- Besoin de formation\_ET
- Besoin de formation\_ET\_des le DCEM
- Besoin de formation\_ET\_il faut faire bcp plus qu'un seminaire
- Besoin de formation\_ET\_plus adapté apres internat
- Besoin de formation\_ET\_plus adapté en fin internat
- Besoin de formation\_ET\_pour mieux entendre le patient et mieux négocier
- Besoin de formation\_faire un stage praticien tot dans le cursus permet ensuite d'adapter l
- Besoin de formation\_FMC\_le médecin pense que si ses connaissances médicales sont a
- Besoin de formation\_FMI centrée diagnostic mais pas thérapeutique
- Besoin de formation\_formation d'avantage centrée patient
- Besoin de formation\_formation des MDS a TET
- Besoin de formation\_Formation hospitaliere ne nous forme pas a la prescription en ambu
- Besoin de formation\_il faut apprendre a prescrire utile

**Codes ouverts**

secondes) P1 ?

Heu, prescrire, heu c'est faire une ordonnance en premier, en premier c'est je pense à l'ordonnance en fait à la rédaction d'une ordonnance et heu... et à ce qu'il y a dessus donc heu du coup soit des médicaments soit heu soit des conseils soit heu heu j'sais pas du matériel heu, voilà comme ça spontanément comme ça hmm

M1: Merci, P2

P2: Hmm prescrire c'est j'sais pas apporter une réponse heu aux questions du patient alors ça peut être une prescription heu écrite ou un ou un conseil à l'oral voilà c'est ce qui me vient pour l'instant

M1: Merci P3

P3: C'est vrai que moi en premier lieu aussi moi la prescription c'est l'ordonnance mais au final après réflexion y'a pas que ça ça

**Nodes**

- Absence de prescription
- Absence de prescription en fin de consultation est inhabituel
- Absence de prescription\_c'est plus facile de ne rien prescrire pour
- Absence de prescription\_impression de ne pas avoir fait son travail
- Absence de prescription\_satisfaisante pour le patient qui vient che
- Absence de prescription\_met le médecin en difficulté
- Absence de prescription\_Satisfaction de ne pas prescrire (de medi
- Ajout d'un nouveau médicament difficile
- Ajout d'un nouveau médicament difficile\_en expliquant les effets s
- Ajout d'un nouveau médicament difficile\_sentiment de culpabilité d
- Antibiotiques\_prescription problematique
- Arrêt de travail\_le médecin doit parfois insister pour que le patient
- Arrêt de travail\_le médecin doit parfois insister pour que le patient
- Arrêt de travail\_le médecin préfere faire revenir le patient que de p
- Besoin de formation\_a trouver des sites de références pour la pres
- Besoin de formation\_apprendre avec nos maitres de stage
- Besoin de formation\_apprendre sur plus de terrains de stage pour
- Besoin de formation\_aupres des patients
- Besoin de formation\_autorités sanitaires devraient définir des reco
- Besoin de formation\_compétences des autres professionnels de s
- Besoin de formation\_compétences des autres professionnels de s
- Besoin de formation\_conseils dietetiques
- Besoin de formation\_échanges a la fac avec autres professionnels
- Besoin de formation\_en MDS pluridisciplinaires
- Besoin de formation\_en petits trucs
- Besoin de formation\_ET
- Besoin de formation\_ET\_des le DCEM
- Besoin de formation\_ET\_il faut faire bcp plus qu'un seminaire
- Besoin de formation\_ET\_plus adapté apres internat
- Besoin de formation\_ET\_plus adapté en fin internat
- Besoin de formation\_ET\_pour mieux entendre le patient et mieux
- Besoin de formation\_faire un stage praticien tot dans le cursus per
- Besoin de formation\_FMC\_le médecin pense que si ses connaissa
- Besoin de formation\_FMI centrée diagnostic mais pas thérapeutiq
- Besoin de formation\_formation d'avantage centrée patient
- Besoin de formation\_formation des MDS a TET
- Besoin de formation\_Formation hospitaliere ne nous forme pas a l
- Besoin de formation\_il faut apprendre a prescrire utile
- Besoin de formation\_jeux corporels, le médecin pense que le lang
- Besoin de formation la prescription nécessite une FMC

**Codes ouverts**

P1: Heu, prescrire, heu c'est faire une ordonnance en premier, en premier c'est je pense à l'ordonnance en fait à la rédaction d'une ordonnance et heu... et à ce qu'il y a dessus donc heu du coup soit des médicaments soit heu soit des conseils soit heu heu j'sais pas du matériel heu, voilà comme ça spontanément comme ça hmm

M1: Merci, P2

P2: Hmm prescrire c'est j'sais pas apporter une réponse heu aux questions du patient alors ça peut être une prescription heu écrite ou un ou un conseil à l'oral voilà c'est ce qui me vient pour l'instant

M1: Merci P3

P3: C'est vrai que moi en premier lieu aussi moi la prescription c'est l'ordonnance mais au final après réflexion y'a pas que ça ça peut être aussi des conseils et peut y avoir

**Coding Stripes**

Select options for displaying coding stripes.

Coding stripes are colored bars that show you how content has been coded.

**Coding Density**

Influence FMI: difficultés variables selon le type de patiente

Difficulté médecin, remplacent, variable en fonction du médecin remplacé

Difficulté médecin, remplacent, ne souhaite pas mettre le médecin remplacé en pole a l'aux

Influence laboratoire pharmaceutique, le médecin pense qu'il se fait influencer sur la prescription

Influence laboratoire pharmaceutique, le médecin se force a relever comme information du laboratoire qu'il existe seulement un nouveau médicament sur

## **6 ANNEXE 6 : VERBATIMS (disponibles sur CD)**

Focus Group Angers

Focus Group Nantes

Focus Group Rennes

Focus Group Tours

Entretien P28

Entretien P29

Entretien P30

## **7 ANNEXE 7 : LISTES DE CODES AXIAUX ET OUVERTS** (disponibles sur CD)

Fichiers à lire sur Nvivo 10®, version téléchargeable à partir de [http://www.qsrinternational.com/support\\_downloads\\_detail.aspx?productversionid=55](http://www.qsrinternational.com/support_downloads_detail.aspx?productversionid=55),  
Version gratuite pour 30 jours

NOM : ROUSSEAU

PRENOM : ROSALIE

Titre de la thèse :

LA PRESCRIPTION DES JEUNES MEDECINS GENERALISTES :  
DIFFICULTES, STRATEGIES ET PROPOSITIONS  
Étude qualitative dans l'inter-région Ouest

---

RESUME

La prescription médicale est un acte complexe et symbolique. Elle semble plus difficile à maîtriser lors des premières années d'exercice. Cette étude explorait chez les jeunes médecins généralistes, les difficultés liées à la prescription, les stratégies mobilisées pour y faire face en situation de soin et les pistes d'amélioration de la formation médicale initiale.

Une enquête qualitative par la méthode du focus group et d'entretiens individuels a été réalisée dans l'inter-région Ouest, entre avril 2012 et février 2013 auprès de trente et un jeunes médecins généralistes.

Ils ont évoqué la difficile organisation du temps de la prescription médicale pendant une rencontre de soin. Ils ont ensuite exploré les facteurs déterminants ainsi que les difficultés ressenties : ne pas prescrire, ne pas savoir dire « non » au patient, tenir compte de ses attentes et de ses préférences, évaluer sa demande implicite, faire face à l'incertitude du diagnostic et prendre en compte la dimension économique de la prescription. Des pistes d'amélioration de leur formation médicale initiale ont été proposées : approfondir la communication médicale, mieux connaître les autres métiers des soins primaires, augmenter le nombre de stages en ambulatoire, réaliser des ateliers pratiques de pharmacologie et intégrer des patients dans les enseignements.

Les jeunes médecins généralistes sont conscients des enjeux de la prescription médicale. Ils lui accordent une place importante tant dans leur rôle de coordination des soins que dans la qualité de leur relation médecin-patient.

---

MOTS CLES

Prescription, Médecine Générale, Déterminants de la prescription, Formation initiale, Relation médecin-patient