



Département de médecine générale, université de Lille 2

# Consultations sans prescription médicamenteuse : ressentis des médecins et des patients

## *Consultations without drug prescription: doctors and patients perceptions*

**Denis Deleplanque, Florence Hennion-Gasrel, Aline Diblanc-Stamm, Michaël Rochoy, Nassir Messaadi**  
*exercer* 2015;117:13-21. [denis.deleplanque@gmail.com](mailto:denis.deleplanque@gmail.com)

**Background.** In France, almost all consultations end with a prescription. This study explored the perceptions of physicians and patients after a consultation without drug prescription (CWDP) in primary care.

**Method.** Qualitative study based on individual semi-structured interviews and focus groups in the Nord-Pas-de-Calais (France). Two focus groups and 10 individual interviews (involving 17 general practitioners [GPs]) and 4 focus groups (involving 25 patients) were conducted. Thematic analysis was made with NVivo 9®. Analysis of results was conducted with a grounded theory approach.

**Results.** Some CWDP were cited by GPs and patients but remained infrequent in daily practice. Feelings about CWDP were mixed: ineffective or rewarding for GPs, reassuring or frightening for patients. Patients expected listening, reassurance, a diagnosis and a solution to their problem; they were ambivalent about the need for treatment. GPs perceived these expectations, but did not have enough time to meet them. The physician-patient relation was important for everyone. To get out of the «consultation equals prescription drug» frame, patients and GPs suggested education, prevention, public health campaigns lowering of drugs reimbursement.

**Conclusion.** CWDP are possible, but require explanations and a good physician-patient relation. Expectations of patients and physicians are the same, but the challenge remains yet to meet them. Lack of time was the main obstacle.

### Mots-clés

Relations médecin-malade

Consultation médicale

Prescription inappropriée

### Key words

Physician-patient relations

Office visits

Inappropriate prescribing

## Introduction

La France dépense 230 milliards d'euros en médicaments chaque année<sup>1</sup>. Moins de 10 % des consultations s'y concluent sans ordonnance, contre 57 % aux Pays-Bas et 28 % en Allemagne<sup>2</sup>. Près de la moitié des médecins français ressentent une exigence des patients à la prescription<sup>1</sup>. Plus de 10 % des consultations mènent à la rédaction d'ordonnances contre le gré des médecins : jusqu'à deux fois plus que dans les pays voisins<sup>1</sup>.

Pourtant, huit patients sur dix n'attendent pas de prescription en fin de consultation ; ces chiffres sont comparables à ceux des autres pays d'Europe de l'Ouest<sup>1</sup>. Ces chiffres évoquent une discordance entre médecins et patients quant aux consultations sans prescription médicamenteuse (CSPM).

Les déterminants du choix des prescriptions médicamenteuses sont connus : la publicité de l'industrie pharmaceutique, l'attrait de l'innovation, le mode de raisonnement du médecin, les attentes réelles ou supposées des patients<sup>3</sup>. Les déterminants de la non-prescription ne sont pas aussi clairement établis.

Le ressenti des patients et celui des médecins à propos des CSPM ont été abordés dans des études<sup>4-6</sup>, mais jamais confrontés. L'objectif de cette étude était d'identifier, d'analyser et de confronter ces ressentis.

## Méthode

Étude qualitative fondée sur des entretiens semi-directifs individuels et collectifs, conduits dans la région Nord-Pas de Calais en 2012.

### Choix des participants et contextes des entretiens

Le recrutement des patients a été fait en recherche de variation maximale sur les critères d'âge, de sexe et de conditions socio-économiques. Ils ont été recrutés dans des associations et parmi des relations dans le département du Nord (amis puis recrutement en boule de neige). Les entretiens semi-directifs ont été réalisés en *focus groups*.

Le recrutement des médecins généralistes a été fait en recherche de variation maximale sur les critères d'âge,

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.



de sexe, de milieu et de mode d'exercice. Ils ont été recrutés en boule de neige, à partir de maîtres de stages universitaires, afin de former deux *focus groups*. Des entretiens individuels semi-directifs ont ensuite été réalisés avec d'autres médecins recrutés par contact téléphonique.

Les entretiens et *focus groups* ont été menés jusqu'à saturation des données.

## Recueil des données

Les entretiens ont été enregistrés avec l'accord des participants et retranscrits intégralement. Une anonymisation des caractéristiques des participants a été réalisée. Le Comité de protection des personnes de la région Nord-Ouest IV a donné son accord pour la réalisation de cette étude.

Un canevas initial d'entretien a été réalisé à partir de recherches bibliographiques, et modifié en fonction des données recueillies.

## Analyse qualitative

Les données ont été analysées avec le logiciel QSR NVivo 9®. Un codage ouvert a été réalisé par deux chercheurs en aveugle. L'analyse a été débutée pendant le recueil de données et a permis la modification du canevas d'entretien. Une mise en commun des deux codages a permis un codage axial, et les données ont été recueillies jusqu'à saturation. L'analyse des résultats a été conduite avec une approche par théorisation ancrée.

## Résultats

Le recueil de données des patients a nécessité 4 *focus groups* (25 patients) : une association de retraités actifs, une de loisirs, et deux groupes sur des lieux de travail. Ils ont été réalisés entre mars et septembre 2012. Les durées variaient de 40 minutes à 2 heures. La saturation des données a été confirmée par le quatrième *focus group*. Les caractéristiques des patients figurent dans le tableau 1.

Le recueil de données des médecins s'est déroulé entre mai et septembre 2012. Il a nécessité 2 *focus groups*, respectivement de 4 médecins (hommes de 46 à 64 ans) et 3 médecins (2 femmes, 1 homme, de 38 à 56 ans), avec une durée moyenne de 2 heures par *focus group*. Les données ont été complétées par 10 entretiens individuels au cabinet (10 à 40 minutes). Les deux derniers entretiens ont confirmé la saturation des données. Les caractéristiques des médecins figurent dans le tableau 2.

## Ressentis des patients

### *Expériences de CSPM : rassurantes, incompréhensibles... ou gênantes*

Certains patients avaient une vision positive de la non-prescription : « si l'on vient et qu'il n'y a pas de médicaments, c'est que cela n'est pas grave. C'est rassurant » (P11). P8 et P10 notaient que des CSPM « arrivaient régulièrement avec les enfants ». Quelques patients ont remarqué que leur médecin prescrivait « plus de médicaments avant » (P23).

		Sexe	Tranche d'âge (ans)	Catégorie socioprofessionnelle
Focus group 1	P1	F	66-75	Anciens commerçants
	P2	F	56-65	Anciens employés
	P3	H	> 76	Anciens commerçants
	P4	F	> 76	Anciennes professions intermédiaires
	P5	F	> 76	Anciens employés
	P6	F	56-65	Anciens employés
	P7	F	66-75	Anciennes professions intermédiaires
Focus group 2	P8	F	36-45	Cadres de la fonction publique
	P9	F	36-45	Cadres de la fonction publique
	P10	F	36-45	Cadres de la fonction publique
	P11	H	25-35	Cadres de la fonction publique
	P12	H	36-45	Cadres de la fonction publique
	P13	H	46-55	Cadres de la fonction publique
	P14	F	25-35	Cadres de la fonction publique
Focus group 3	P15	F	46-55	Ouvriers (non précisé)
	P16	H	46-55	Ouvriers (non précisé)
	P17	H	25-35	Ouvriers (non précisé)
	P18	F	25-35	Ouvriers (non précisé)
	P19	H	25-35	Ouvriers (non précisé)
Focus group 4	P20	F	36-45	Cadres de la fonction publique
	P21	H	25-35	Employés (non précisé)
	P22	F	25-35	Employés (non précisé)
	P23	H	25-35	Employés (non précisé)
	P24	F	56-65	Employés (non précisé)
	P25	F	25-35	Employés (non précisé)

Tableau 1. Caractéristiques des patients  
F : femme ; H : homme



Quelques patients se sentaient « furieux » ou « gênés d'avoir dérangé le médecin, d'y être allés pour rien » (P8, P12).

D'autres patients avaient une vision négative de la non-prescription : « si j'y vais et que j'ai rien, c'est qu'il y a un problème » (P16), « il faut toujours attendre et y retourner » (P15). L'attente de traitement était forte pour P24 : « on connaît des conséquences assez désagréables, donc on veut quelque chose d'assez rapide, même s'il faut aller à l'hôpital ! »

**Place accordée par les patients à la prescription : des médicaments attendus mais pas toujours indispensables**

Les patients citaient des pathologies compatibles avec une CSPM : « la gastro » (P10), « les états grippeux » (P9), « un banal rhume » (P24), « les désordres digestifs » (P4).

D'autres attendaient systématiquement une prescription : « si on considère qu'il n'y a pas besoin de médicaments, on ne va pas chez le médecin » (P13).

P3 comparait la consultation à un commerce : « j'ai ma liste, je lui donne et je paie ». D'autres s'étonnaient d'une attitude commerciale du médecin : « je suis toujours surprise à la fin de la consultation quand mon médecin me dit : "est-ce que vous avez besoin de quelque chose ?" (...) Ça pousse donc à demander quelque chose » (P10, P12). P9 et P11 parlaient de

prescription pour les « satisfaire » et éviter de « perdre des patients ». Les médicaments de confort faisaient débat parmi les patients : « ça me fait du bien les sirops » (P18), « si [...] je comprends qu'il me prescrit des médicaments de confort, je lui dis que ce n'est pas la peine » (P12).

Les personnes âgées pensaient être moins demandeuses que la jeune génération : « pourquoi la jeune génération consomme autant de médicaments ? » (P5) ; les jeunes patients pensaient être moins demandeurs que leurs aînés, « moins sensibilisés aux problèmes de santé publique » (P12).

Pour certaines personnes âgées, l'habitude du traitement avait pris le pas sur leur utilité, pour leur aspect rassurant : « pour certaines personnes, c'est rassurant de prendre toujours les mêmes médicaments » (P4).

Ils étaient partagés autour de la notion de médicament : pour les uns, il faut un traitement « miraculeux », « de cheval », qui permet d'être « vite rétabli » (P12, P15, P17) ; pour les autres, les médicaments ne sont « pas la réponse à tout » et « pas systématiquement la meilleure solution » (P4, P9).

**Attentes prioritaires du patient lors d'une consultation : la place importante du relationnel**

Les patients attendaient, par ordre d'importance :

- un traitement ou un renouvellement : « s'il sort systématiquement son carnet d'ordonnances, je me méfierai un peu plus » (P5, P21) ;
- un diagnostic (P11, P14) : « qu'il me dise ce que j'ai, j'attends un diagnostic avant tout » ;
- une « solution à ce que l'on ressent » (P12, P13) ;
- une réassurance, surtout en pédiatrie : « ne pas être dans l'incertitude, qu'il m'explique le cheminement : si mon enfant a encore mal dans 3 jours, est-ce normal ? » (P13) ;
- un examen clinique, « qu'il fasse une auscultation » (P10) ;
- un soulagement : « si ça peut être traité sans médicament, pourquoi pas ? Mais il faut bien que le mal qu'on a s'atténue. On attend quelque chose qui nous soulage » (P5) ;
- un « conseil » (P1).

Les patients attendaient toujours une « écoute » et des « explications » sur les symptômes, les médicaments et leurs effets indésirables.

**Vision des conseils donnés par le médecin : des avis partagés**

Les patients disaient adhérer aux conseils, notamment aux régimes : « c'est normal de commencer par un régime alimentaire » (P17). Ils cherchaient des conseils « précis, et non des conseils que l'on peut trouver dans les médias ou reportages médicaux » (P4). La

	Sexe	Tranche d'âge (ans)	
Focus group 1	M1	H	> 56
	M2	H	46-55
	M3	H	46-55
	M4	H	46-55
Focus group 2	M5	F	36-45
	M6	H	46-55
	M7	F	36-45
Entretiens individuels	M8	H	25-35
	M9	F	46-55
	M10	H	25-35
	M11	H	36-45
	M12	H	46-55
	M13	H	46-55
	M14	F	46-55
	M15	F	46-55
	M16	F	25-35
	M17	F	36-45

Tableau 2. Caractéristiques des médecins  
F : femme ; H : homme



difficulté principale était de réussir à modifier le mode de vie : « *sur la théorie, je suis d'accord, mais sur la pratique, c'est plus compliqué* » (P25).

Pour d'autres patients, les conseils « [font] *donneur de leçons* » (P12) : « *on sait bien ce qu'il faudrait que l'on fasse* » (P8, P11, P12).

Les conseils sont mieux perçus : « *avant, je pensais que ce n'était pas à lui de me dire ça, mais maintenant je pense que c'est aussi son rôle* » (P21). Ils doivent se faire « *dans un esprit de proposition* » (P12, P21), en comprenant « *le sacrifice que [le conseil] demande* » (P8, P11).

### **Vision de la relation médecin-malade : le besoin d'être en confiance**

Pour P9, « *l'échange, l'écoute, la confiance fait que l'on peut partir de chez son médecin sans médicament* ». L'importance de la communication du médecin était soulignée : « *il faut qu'il y ait un contact avec lui* » (P7), « *j'attends plus une explication qu'un médicament* » (P23).

Le médecin était vu de différentes façons selon les patients : un « *psychologue* » (P9), « *capable de donner un avis général sur [leur] vie* » (P23), « *un technicien, prescripteur de médicaments* » (P4), « *un garagiste qui fait un diagnostic* » (P17).

Le discours du médecin manquait parfois de tact, mais s'améliorait avec les nouvelles générations : « *il y a peut-être un manque de formation sur la communication* » (P6), « *maintenant [les jeunes médecins] expliquent plus* » (P5).

### **Propositions d'alternatives à la prescription : médecines alternatives, écoute et prévention**

Pour sortir de l'équation « *consultation égale prescription médicamenteuse* », les patients proposaient des alternatives aux médicaments allopathiques : homéopathie, phytothérapie...

Les explications, l'écoute et l'arrêt de travail étaient d'autres alternatives : « *il y a un problème de rythme de vie où l'on doit être opérationnel au travail, c'est pour cela qu'on va chercher des médicaments. Si on n'avait pas cette contrainte-là, on resterait chez soi et on attendrait que cela passe* » (P10, P13).

Ils critiquaient le manque de prévention : « *les patients n'ont pas du tout une approche préventive. On ne va chez le médecin que lorsqu'on est malade* » (P8), « *on n'y va pas tous les six mois comme chez le dentiste* » (P23). En milieu rural, la démographie médicale était reconnue comme un frein à cette prévention : « *pour faire de la prévention, il faudrait plus de médecins* » (P25). Les patients évoquaient le rôle des médias, avec l'exemple de la campagne d'information autour des antibiotiques : « *il faut éduquer les gens (et le médecin) à la prise ou non de médicament* » (P4, P5). Le faible nombre de sites de références sur Internet était signalé par P22.

Le déremboursement de médicaments par la Sécurité sociale était une autre possibilité selon P8 : « *on hésiterait peut-être plus s'il fallait engager des dépenses* ». Enfin, une possible pression des laboratoires sur les médecins était évoquée : « *si le médecin ne propose pas systématiquement le générique, c'est qu'il y a peut-être une influence des laboratoires* » (P23).

### **Ressentis des médecins**

#### **Expériences de CSPM : plus fréquentes et plus faciles que ne le perçoivent les patients**

Les CSPM étaient décrites comme fréquentes pour certains types de consultation : certificats médicaux, vaccinations, interprétations d'examens complémentaires et viroses. M16 mentionnait également « *les troubles du sommeil [...] et l'anxiété, où je ne prescris pas non plus en première intention. Ah oui ! les consultations pour des conseils sur l'allaitement aussi* ». M11 tempérait sur la fréquence : « *dans la semaine, il y en a 2, 3, mais ce n'est pas la majorité des consultations* ». Certains médecins ont remarqué que les personnes âgées, les bénéficiaires de la CMU et les « *patients ayant peu de culture* » étaient les plus demandeurs de médicaments (M3, M6).

Les médecins étaient partagés concernant les CSPM en pédiatrie : « *c'est vrai qu'en pédiatrie, ça arrive plus souvent de ne pas prescrire* » (M5), « *au contraire, c'est plus compliqué, les parents sont souvent stressés, ils veulent que ça aille mieux et vite !* » (M11). Les médecins avaient plus de difficulté à expliquer l'absence de médicaments en pédiatrie : « *c'est plus facile chez l'adulte car c'est pour lui, il y a moins d'affect* » (M11). Seize des 17 médecins ne ressentaient pas la prescription comme prioritaire : « *ils ne sont pas demandeurs de médicaments à la base* » (M9). Quelques-uns trouvaient la CSPM « *valorisante* » : « *on ressent même une satisfaction quand on voit quelqu'un ressortir sans ordonnance* » (M6, M7). D'autres, au contraire, avaient une impression d'inefficacité : « *les patients viennent chercher quelque chose et ils ont l'impression de ne pas avoir consulté s'il n'y a pas eu de prescription, parfois* » (M1), « *j'ai beau expliquer, les gens sont persuadés que sans ça ils vont mourir* » (M10).

Un des médecins profitait de ces CSPM pour « *faire de la prévention, dernier frottis, dernier vaccin [pour] qu'ils repartent avec quelque chose, mais pas spécialement un médicament* » (M8).

La peur de perdre le patient n'était plus un frein à la non-prescription : « *aujourd'hui il y a pléthore de patients et ce qu'on dit, on le pense. Alors qu'avant on pouvait tricher pour essayer de garder le patient* » (M2). M14 mentionnait le fait que « *pour certaines personnes, il faut absolument un médicament pour être guéri* ». Les médicaments de confort étaient souvent

utilisés par les médecins, qui connaissent leur faible efficacité : « *oui, ils attendent leur décongestionnant. Bien qu'on nous apprenne que ça n'a pas d'utilité, les gens en veulent !* » (M8).

Il était jugé difficile de ne pas renouveler un traitement chronique : « *parfois, on renouvelle des hypnotiques, je les encourage à baisser leur traitement, mais c'est difficile [de ne pas renouveler]* » (M16).

L'émergence d'une réticence face aux médicaments a été notée : « *l'affaire du Mediator® a eu beaucoup d'impact sur les gens qui se méfient plus des médicaments* » (M2). La vigilance vient aussi des médecins, plus attentifs aux effets indésirables : « *au-delà de trois médicaments, on ne sait pas du tout les interactions possibles* » (M4).

### **Ressenti de pression à la prescription médicamenteuse : des pressions multiples, en voie de diminution**

Les médecins ressentent une pression de prescription par les patients : « *on a l'impression qu'il reste en face et qu'il nous dit : "on n'a pas fini !" Donc c'est qu'il manque quelque chose...* » (M7). L'exemple le plus cité était celui des antibiotiques : « *on a toujours par exemple une grosse pression de prescription d'antibiotique en pédiatrie* » (M14).

Ils ressentent une pression en rapport avec le nombre de patients, surtout en période hivernale : « *j'ai un collègue qui est débordé par sa patientèle, il n'a pas le temps d'expliquer* » (M8), « *la pression de la salle d'attente, quand il y a trop de monde, parfois on prescrit pour aller plus vite* » (M1). Les médecins se sentaient obligés de prescrire : « *j'essaie quand même qu'ils repartent avec quelque chose, mais pas spécialement un médicament* » (M8).

La pression économique intervenait dans la décision de prescription. Elle était influencée par les politiques, les firmes pharmaceutiques et la CPAM : « *quand vous avez des charges à payer et que c'est plus facile en prescrivant des médicaments de faire plus de consultations...* » (M14).

Ces multiples pressions ressenties par le médecin étaient en régression : « *de manière générale, on ressent moins la pression qu'avant en fin de consultation pour avoir des médicaments* » (M1, M2, M3, M4), « *j'ai pas été élevé pour être une machine à donner des médicaments* » (M14).

Les médecins cédaient dans certaines circonstances, par manque de compréhension du patient ou manque de temps : « *dans le but du soulagement, je me sens un peu obligé de prescrire* » (M17), « *on cède plus facilement à la pression quand on est très en retard car on n'aura pas le temps de discuter* » (M5). Quelques-uns refusaient l'idée du gain de temps accordé par la prescription : « *ce n'est pas un gain de temps de prescrire un médicament quand ce n'est pas utile, sinon les gens sont étonnés et il faut réexpliquer pourquoi ça n'a pas marché* » (M10).

L'outil informatique encourageait à la prescription : « *bientôt on va appuyer sur un bouton et tout va sortir mais on n'expliquera plus rien au patient* » (M2).

Pour les médecins, l'expérience, leur âge, l'évolution des recommandations et des mentalités déterminaient les prescriptions : « *c'est une question d'âge et d'expérience, un jeune médecin aura plus tendance à prescrire* » (M3), « *maintenant on a le test de diagnostic rapide [de l'angine] qui n'existait pas à l'époque* » (M11), « *il y a ce phénomène écologique qui fait qu'ils ne veulent plus jeter* » (M17).

### **Vision des médecins des attentes prioritaires des patients : concordante avec les patients**

Selon les médecins, les patients attendaient :

- un diagnostic « *précis* » (M11, M17) ;
- une « *solution à leur problème* » (M4, M8, M14), médicamenteuse ou non ;
- une « *écoute* » (M5, M11, M16) ;
- un « *soulagement* » (M17) ;
- une réassurance, une confirmation : « *il y a des gens, ils se doutent de ce qu'ils ont et veulent qu'on appuie leur pensée* » (M3).

L'intérêt d'une prise en charge globale revenait plusieurs fois : « *le patient ne vient pas pour un symptôme, il vient pour être en meilleure santé, c'est tout l'être humain qui est concerné* » (M9).

### **Expérience sur les différents types de conseils : un sentiment d'adhésion des patients**

Selon les médecins, les patients acceptaient les conseils globaux : « *j'essaie de passer du temps pour la perte de poids, l'alimentation, le sport : les gens sont vachement en demande* » (M16), « *sur les conseils hygiéno-diététiques, ils adhèrent, ils écoutent* » (M12).

La principale difficulté était de modifier la perception du patient, surtout concernant l'alcool ou le tabac : « *on est dans une région où les frites c'est pas du gras et où la bière c'est pas de l'alcool* » (M10), « *comme pour le sevrage tabagique, par exemple, vous pouvez mettre tous les patchs que vous voulez, mais si le patient n'est pas motivé...* » (M11). Selon les médecins, quelques patients préfèrent « *prendre un médicament et faire comme avant, mais ce n'est pas la majorité* » (M8).

Les médecins insistent sur l'importance d'être attentif aux demandes de conseils de la part des patients : « *au moment où il en parle, c'est qu'il a peut-être l'idée d'arrêter, comme ce sont des moments rares, il faut sauter sur l'occasion* » (M10). Le rôle de soutien était considéré important, et facilité par le suivi : « *vous les revoyez, vous allez chez eux, vous voyez ce qu'ils ont mis en place, c'est l'avantage de les voir régulièrement* » (M17).

Les médecins se défendaient d'être moralisateurs : « *je ne suis pas là à leur donner des règles, en leur disant vous devez vous forcer à manger matin, midi et soir* » (M16).



Certains se sentaient découragés par l'inefficacité des conseils : « *on a une impression d'inutilité de nos efforts* » (M3).

### **Place de la prescription dans la relation médecin-malade : l'importance de la communication**

La relation de confiance entre médecin et malade était fondamentale, pour la prescription et la non-prescription : « *le dialogue et la confiance jouent alors beaucoup pour la prise en charge* » (M9). Cette relation était fondée sur le dialogue, avec une écoute et des explications : « *en discutant déjà avec eux, c'est la moitié de la thérapie* » (M9), « *si on prend le temps de leur expliquer, la confiance reste* » (M5). Les médecins reconnaissaient que pour mieux expliquer, il faut du temps : « *plus tu passes de temps, moins tu vas donner de médicaments* » (M4). Selon les médecins, le patient prenait une place grandissante dans la relation médecin-malade : « *c'est générationnel car avant le patient ne savait pas grand-chose et c'était accessoire qu'il comprenne* » (M10). Ces modifications ont affecté le jugement du patient sur l'ordonnance : « *dans le temps, était bon médecin celui qui prescrivait une belle ordonnance avec plein de choses dessus* » (M12).

La consultation pouvait s'apparenter à un commerce pour les médecins. La question « *avez-vous besoin de quelque chose ?* » en fin de consultation était débattue : « *oui, pour éviter le syndrome de la poignée de porte* » (M11), « *non, après ils viennent comme au supermarché* » (M15).

### **Propositions pour sortir de l'équation « consultation égale prescription médicamenteuse » : déremboursement et éducation**

Le déremboursement des médicaments aidait à la non-prescription : « *le déremboursement a permis de réduire la liste des médicaments sur les ordonnances* » (M5), « *ils viennent peu pour un rhume, ils vont directement chez le pharmacien avec les médicaments déremboursés* » (M15).

L'éducation des patients sur le fonctionnement du corps humain, le rôle et l'utilité des médicaments était une autre piste : « *il y a aussi la confiance, il faut les éduquer, après ils ne nous feront plus confiance* » (M15). La prévention était jugée chronophage et non valorisée : « *la Sécurité sociale nous dit qu'on devrait avoir une rémunération dédiée à la prévention et on attend toujours* » (M14).

Les médias et Internet avaient un rôle primordial selon les médecins : « *s'il y avait des campagnes du type : "votre médecin n'est pas un mauvais médecin s'il ne vous prescrit pas de médicament ce jour-là", ça pourrait être quelque chose de positif* » (M6).

Les médecins plébiscitaient la création de supports papier validés par les experts : « *on aurait quand même quelque chose à leur donner* » (M7).

La communication et les explications aux patients devaient être améliorées ; elles étaient limitées par le temps et les lacunes dans la formation : « *peut-être dans nos études, nous apprendre à savoir qu'une consultation ne se termine pas par une ordonnance, on peut traiter par des conseils, une prévention* » (M14). Les autres limites étaient le manque d'alternatives au médicament et le manque de médecins.

### **Confrontation entre les ressentis des patients et des médecins**

Les ressentis des médecins et des patients concordaient sur plusieurs points : les CSPM étaient possibles, en privilégiant le relationnel et la communication. Les attentes des patients étaient bien perçues par eux-mêmes et par les médecins. Les ressentis des médecins et des patients divergeaient essentiellement sur deux points : les médecins rapportaient des CSPM plus faciles et fréquentes que les patients, et avaient une vision plus positive de leurs conseils que les patients. Les propositions pour sortir de l'équation « une consultation égale une prescription médicamenteuse » différaient également dans les deux groupes, bien que des messages de masse étaient proposés par tous.

Il y avait un conflit générationnel parmi les patients et médecins : les jeunes pensaient que les plus âgés demandaient ou prescrivaient plus de médicaments, et vice versa. Les médecins exerçant en milieu rural mentionnaient la démographie médicale comme un frein. Il n'y avait pas d'autres différences notables selon les catégories des différents sous-groupes (type d'exercice, catégorie socioprofessionnelle...) (tableau 3).

## **Discussion**

### **Résultats principaux et comparaison à la littérature**

Certains médecins et patients étaient déjà prêts pour les CSPM, alors que d'autres la refusaient. Pour certains patients, la guérison nécessitait des médicaments ; ils y voyaient là le principal rôle du médecin, comme déjà décrit par Flouret-Guyot<sup>6</sup>.

La prescription n'était pas ressentie comme prioritaire pour les patients ou les médecins, contrairement à l'étude IPSOS où elle l'était pour les médecins<sup>1,8</sup>. Toutefois, l'attente réelle des patients semblait plus ambiguë : plusieurs patients disaient ne pas aller chez le médecin « *pour rien* », et la reconnaissance du statut de malade passait par la prescription médicamenteuse. Ces deux contradictions étaient déjà connues<sup>5,6</sup>.



Les CSPM apparaissent plus faciles et plus fréquentes pour les médecins et les patients que trente ans auparavant<sup>4</sup>. Les médecins se sentaient plus libres de ne pas prescrire quand cela s'inscrivait dans une relation de confiance. Ils n'avaient plus peur de perdre leurs patients<sup>3,7</sup>.

Les médecins percevaient bien les attentes des patients : poser un diagnostic, écouter, expliquer, réassurer, prévenir. Toutefois, ils les satisfaisaient difficilement, par « *manque de temps* », responsable selon eux d'une surprescription. Ces résultats étaient corroborés par une étude de 2010, montrant une non-prescription d'antidépresseurs plus fréquente par des médecins dont les consultations moyennes duraient plus de 30 minutes<sup>8</sup>.

Dans son rapport, Véga souligne qu'en France « *l'écoute des plaintes des patients est plutôt pensée comme une contrainte nécessaire à l'exercice médical* ». Cet aspect contraignant de l'entretien pourrait être une des causes des surprescriptions<sup>9</sup>.

Les médecins ressentent une pression extrinsèque à la prescription : attente du patient, manque de temps. Dans la littérature internationale<sup>10,11</sup>, la prescription médicamenteuse était associée au souhait d'une ordonnance par le patient et, surtout, à la perception de ce

souhait par le médecin, souvent surestimée<sup>12</sup>. Paradoxalement, la sensation de pression à la rédaction d'une ordonnance entraînait une moindre prescription.

Les médecins ressentent également une pression intrinsèque à la prescription (c'est-à-dire l'impression que la consultation ne sera terminée qu'après la remise d'une ordonnance). Pour y remédier, certains s'orientaient vers la prophylaxie en fin de consultation (vaccin, vitamine D...) ou la délivrance de supports papier. Ces derniers étaient également réclamés par les patients, afin d'avoir des explications et une conduite à tenir claire. Les départements universitaires de médecine générale produisent encore peu de documents écrits d'information destinés aux patients<sup>13</sup>. Leur impact a pourtant été démontré sur l'amélioration des connaissances et la diminution des consultations pour le même motif<sup>14</sup>. L'évolution vers une moindre prescription était également possible par la communication, les conseils, la diminution de l'aspect commercial de la consultation, l'éducation et la prévention.

Les effets positifs d'un médicament dépendaient surtout de la relation avec le prescripteur, comme décrit en 2003<sup>15</sup>. La participation éclairée et active du patient était revendiquée par tous, contrairement au modèle

	Ressentis chez les patients	Ressentis chez les médecins
Convergences	Tous ont une vision partagée des CSPM : préférable ou inefficace	
	Caractère commercial de la consultation/consumérisme : approuvé pour certains, critiqué par d'autres	
	Certains patients veulent des résultats immédiats, et voient les médicaments comme des accélérateurs de guérison	
	Les médecins perçoivent bien les attentes des patients : écoute, examen clinique, diagnostic, réassurance, conseils. La communication a une place centrale	
	Conflit générationnel : les jeunes/vieux demandent plus ou prescrivent plus	
	Certains patients prêtent des vertus miraculeuses aux médicaments, et les médecins le perçoivent bien	
	L'information de masse (supports papier et médias) et le déremboursement de certains médicaments peut permettre d'augmenter les CSPM	
Divergences	Rareté des CSPM (pathologies bénignes)	Fréquence des CSPM (pathologies bénignes, prévention, problèmes psychologiques...)
	Attente principale : des médicaments	Attente principale du patient : diagnostic
	Les conseils sont parfois moralisateurs	Les conseils ne sont jamais moralisateurs
	Les laboratoires pharmaceutiques peuvent émettre une pression sur la prescription des médecins	Les patients peuvent émettre une pression à la prescription
	Les médecines alternatives sont une solution alternative aux consultations à prescription médicamenteuse systématique	Pour diminuer les CSPM, l'éducation et la prévention sont importantes, mais sont peu valorisées financièrement
	Certains patients voient le médecin comme un technicien (« <i>garagiste</i> »)	Le manque de temps est un frein : prescrire permet d'accélérer la consultation
		Il est plus difficile de réaliser des CSPM en pédiatrie

Tableau 3. Convergences et divergences des ressentis chez les patients et les médecins



paternaliste des années 1970<sup>4</sup>. La communication de masse (médias) pouvait être un moteur de non-prescription selon les médecins et patients : tous ont cité pour exemple la campagne contre l'antibiothérapie systématique entre 2002 et 2007, qui a permis de diminuer de 25 % leur prescription dans les syndromes pseudo-grippaux<sup>16</sup>.

Les médecins jugeaient les conseils globaux efficaces ; ils n'ont pas mentionné l'éducation thérapeutique personnalisée. Les patients étaient plus partagés, jugeant ces conseils globaux trop paternalistes ou moralisateurs. Ils attendaient des conseils avisés et personnalisés, un soutien médical, des supports papier<sup>15</sup>.

La question « *avez-vous besoin de quelque chose ?* » en fin de consultation était diversement appréciée : utile pour les uns, mercantile pour les autres. Pour éviter les requêtes de dernière minute en se détachant d'un aspect commercial malvenu, il semble préférable de lister les demandes du patient en début de consultation. Les patients ont abordé l'importance de l'éducation et de la prévention pour favoriser les CSPM ultérieures, mais les médecins exprimaient un manque de temps pour cette activité. Tous se sont rejoints sur une même solution : des campagnes de santé publique de masse. Le déremboursement des médicaments était perçu par les médecins et patients comme une solution possible. La formation initiale et continue des médecins a été peu évoquée dans cette recherche, contrairement à d'autres études<sup>15</sup>. Pourtant, la formation au doute et à sa gestion semble importante, car les médecins se rassurent en prescrivant<sup>9</sup>. Les groupes de pairs et d'échanges de pratique constituent une autre piste importante pour l'avenir : les niveaux de prescription sont moins importants lorsque les médecins croisent les informations sur les médicaments et échangent entre confrères<sup>9</sup>.

## Forces et limites

### Choix méthodologique

À notre connaissance, il n'existait pas de travaux français ayant exploré les ressentis de médecins et de patients à partir d'une même équipe de recherche et d'une même grille thématique. La comparaison des ressentis entre médecins et patients a permis de mieux comprendre les attentes de chacun et de trouver des coïncidences et des divergences. Le choix d'une étude qualitative était adapté pour explorer le ressenti des médecins et patients. La théorisation ancrée l'était pour décrire le modèle social par la confrontation des ressentis.

### Recrutement

Le choix des participants a été fait dans une région donnée, ce qui peut en limiter l'extrapolation. La recherche de variation maximale se base sur des critères limités concernant les patients, du fait du mode de recrute-

ment *via* des associations. Cette variation n'a peut-être pas été obtenue pour les patients, puisque certaines catégories socioprofessionnelles ne sont pas représentées (agriculteurs, artisans, professions intermédiaires, étudiants, chômeurs...).

### Recueil des données

L'entretien semi-directif nécessite de relancer et reformuler de la façon la plus neutre possible. Cette neutralité n'a pas toujours été obtenue.

Avec les médecins, il n'a pas été possible de réaliser uniquement des *focus groups*. Les chercheurs ont eu recours à des entretiens individuels au cabinet. La diversification des méthodes a pu enrichir les réponses. Il n'a pas été possible d'interroger les patients et les médecins au décours d'une même CSPM, pour obtenir leur ressenti immédiat (nos données sont décontextualisées). Le croisement de ces deux entretiens aurait sûrement été riche d'informations.

### Analyse des données

Les limites de l'analyse qualitative sont la quantité de supports papier à lire, le découpage en unités de sens, la construction des catégories. Pour limiter ces biais d'investigation, l'analyse a été réalisée en ouvert initialement, avec codage axial. En cas de litige entre les investigateurs (FHG, ADS), un arbitrage (DD) a permis d'obtenir un consensus. La comparaison des résultats avec la littérature est restreinte : les quelques travaux réalisés sur le sujet datent de plusieurs années, avant les récents scandales médiatiques autour des médicaments.

## Conclusion

Dans cette étude, les attentes des patients coïncidaient avec l'idée qu'en avaient les médecins. La CSPM semble possible pour tous, tant que les explications s'intègrent dans une bonne relation médecin-patient. La communication est l'élément essentiel pour comprendre les attentes de chacun. Il serait difficile mais intéressant de réaliser le même type d'étude en interrogeant les patients et médecins issus d'une même CSPM, afin de rester dans le contexte.

Cette étude a aussi mis en évidence une surestimation par les médecins de leur capacité à ne pas prescrire et à donner des conseils suivis par les patients.

Le manque de temps était l'obstacle majeur à la non-prescription. La pression économique ressentie par les médecins explique cette difficulté. L'organisation actuelle du système de soins laisse peu de place aux explications et à la prévention. Ces derniers étaient pourtant évoqués par les médecins et patients comme une solution pour réduire les prescriptions. La modification du système de rémunération des médecins pourrait être la clé pour permettre une meilleure approche non médicamenteuse.

Enfin, beaucoup de médecins généralistes et de patients semblent d'accord avec le principe des CSPM, bien qu'elles soient rares en pratique. Des messages de santé publique et des brochures de conseils seraient

accueillis favorablement par les médecins et par les patients. Un campagne d'information sur le modèle de celle au sujet des antibiothérapies inutiles pourrait être envisagée.

## Résumé

**Contexte.** *L'ordonnance à la fin d'une consultation est quasi systématique en France. Ce travail explore les ressentis des médecins et des patients à la suite d'une consultation sans prescription médicamenteuse (CSPM) en soins primaires.*

**Méthode.** *Étude qualitative, fondée sur des entretiens semi-directifs individuels et des focus groups dans le Nord-Pas-de-Calais. Ont été conduits deux focus groups et 10 entretiens individuels (concernant 17 médecins généralistes), et 4 focus groups (concernant 25 patients). L'analyse thématique a été faite avec le logiciel NVivo 9<sup>®</sup>. L'analyse des résultats a été conduite avec une approche par théorisation ancrée.*

**Résultats.** *Certaines CSPM ont été citées par les médecins et les patients, mais elles restaient peu fréquentes dans la pratique quotidienne. Les ressentis d'une CSPM étaient mitigés : inefficace ou valorisante pour les médecins ; rassurante ou gênante pour les patients. Les patients attendaient une écoute, une réassurance, un diagnostic et une solution à leur problème. Ils étaient ambivalents quant au besoin d'un traitement. Les médecins percevaient bien ces attentes, mais manquaient de temps pour les satisfaire. La relation médecin-malade était importante pour tous. Pour sortir de l'équation « consultation égale prescription médicamenteuse », patients et médecins ont proposé l'éducation, la prévention, des campagnes de santé publique et le remboursement des médicaments.*

**Conclusion.** *Les CSPM sont possibles, si les explications s'intègrent dans une bonne relation médecin-malade. Les attentes prioritaires des patients et des médecins sont les mêmes, mais les difficultés persistent pour les satisfaire. Le manque de temps a été le principal obstacle identifié.*

## Références

1. Caisse nationale de l'assurance maladie. Le rapport des Français et des Européens à l'ordonnance et aux médicaments. Paris : Cnamts, 2005. Disponible sur : <http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/collections-antérieures-a-2005/etudes-medico-economiques/medicaments-biologie/rapport-des-français-et-européens-a-l-ordonnance.php> [consulté le 22 avril 2014].
2. Le Pen C, Lemasson H, Roullière-Lelidéc C. La consommation médicamenteuse dans 5 pays européens : une réévaluation. Étude pour le LEEM. Paris : LEEM, 2007. Disponible sur : <http://www.leem.org/sites/default/files/914.pdf> [consulté le 30 novembre 2014].
3. Gallois P, Vallée J-P, Noc YL. Prescription médicamenteuse : un acte sous influences. Médecine 2007;3:456-61.
4. Biacabe S. La consultation sans ordonnance ? Thèse de médecine : université de Bordeaux-II, 1983.
5. Devier Audoual M. Les patients et l'ordonnance : étude qualitative à partir de 15 entretiens. Thèse de médecine : université Claude Bernard, 2008.
6. Flouret-Guyot C. Prescription médicamenteuse en médecine générale : les attentes des Français en cas de pathologies bénignes. Thèse de médecine : université de Nancy-1, 2011.
7. Bedoin D, Charles R. La prise en charge des affections transitoires bénignes en médecine générale : avec ou sans médicaments ? Pratiques et Organisation des Soins 2012;2:111-9.
8. Ventelou B, Rolland S, Verger P. A case study on the substitution effect between the length of GP consultation and drug prescribing practices. Health Policy 2010;5:58-68.
9. Vega A. Le partage des responsabilités en médecine. Une approche socio-anthropologique des pratiques soignantes. Cuisine et dépendance: les usages socioculturels du médicament chez les médecins généralistes français. Paris : Inserm, 2011. Disponible sur : [http://www.formindep.org/IMG/pdf/rapport\\_final3.pdf](http://www.formindep.org/IMG/pdf/rapport_final3.pdf) [consulté le 3 décembre 2014].
10. Britten N, Koumounou O. The influence of patients' hopes of receiving a prescription on doctors' perceptions and the decision to prescribe: a questionnaire survey. BMJ 1997;7121:1506-10.
11. Cockburn J, Pit S. Prescribing behaviour in clinical practice: patients' expectations and doctors' perceptions of patients' expectations--a questionnaire study. BMJ 1997;7107:520-3.
12. Lado E, Vacariza M, Fernández-González C, Gestal-Otero JJ, Figueiras A. Influence exerted on drug prescribing by patients' attitudes and expectations and by doctors' perception of such expectations: a cohort and nested case-control study. J Eval Clin Pract 2008;3:453-9.
13. Antoine A, Letrilliart L. Inventaire et évaluation des documents écrits d'information destinés aux patients produits par les départements universitaires de médecine générale. exercer 2012;103:148-56.
14. Sustersic M, Jeannet E, Cozon-Rein L, et al. Impact of information leaflets on behavior of patients with gastroenteritis or tonsillitis: a cluster randomized trial in French primary care. J Gen Intern Med 2013;1:25-31.
15. van der Geest S, Reynolds Whyte S. Popularité et scepticisme: opinions contrastées sur les médicaments. Anthropologie et Sociétés 2003;2:9-117.
16. Sabuncu E, David J, Bernède-Bauduin C, et al. Significant reduction of antibiotic use in the community after a nationwide campaign in France, 2002-2007. PLoS Med 2009;6:e1000084.