



UNIVERSITE CLAUDE BERNARD LYON 1

**ANNEE 2019 N° 355**

**Balance bénéfices-risques défavorable  
et reconduction d'ordonnance :  
Une enquête de pratiques en médecine générale  
Etude qualitative par entretiens collectifs**

**THESE D'EXERCICE DE MEDECINE**

Présentée à l'Université Claude Bernard Lyon 1  
Et soutenue publiquement le **21 novembre 2019**  
En vue d'obtenir le titre de Docteur en Médecine

Par  
**Xxx XXX**  
Né le Xxx, à Xxx (XX)

Sous la direction du **Professeur Christian DUPRAZ**

# SOMMAIRE

<b>UNIVERSITE CLAUDE BERNARD – LYON I</b>	<b>3</b>
<b>FACULTE DE MEDECINE LYON EST</b>	<b>4</b>
<b>SERMENT D’HIPPOCRATE</b>	<b>9</b>
<b>REMERCIEMENTS</b>	<b>10</b>
<b>DECLARATION PUBLIQUE D’INTERETS</b>	<b>16</b>
<b>ABREVIATIONS</b>	<b>17</b>
<b>ECRITURE INCLUSIVE</b>	<b>17</b>
<b>PREAMBULE</b>	<b>18</b>
<b>INTRODUCTION</b>	<b>21</b>
<b>MATERIEL ET METHODES</b>	<b>34</b>
<b>RESULTATS</b>	<b>41</b>
<b>PLAN DE L’ANALYSE TRANSVERSALE</b>	<b>45</b>
<b>DISCUSSION</b>	<b>150</b>
<b>PLAN DE LA DISCUSSION</b>	<b>151</b>
<b>CONCLUSIONS</b>	<b>180</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE</b>	<b>183</b>
<b>ANNEXES</b>	<b>193</b>

# UNIVERSITE CLAUDE BERNARD – LYON I

Président	Pr Frédéric FLEURY
Président du Comité de Coordination Des Etudes Médicales	Pr Pierre COCHAT
Directeur Général des services	M. Damien VERHAEGHE
<b>Secteur Santé :</b>	
Doyen de l'UFR de Médecine Lyon Est	Pr Gilles RODE
Doyenne de l'UFR de Médecine Lyon-Sud Charles Mérieux	Pr Carole BURILLON
Doyenne de l'Institut des Sciences Pharmaceutiques (ISPB)	Pr Christine VINCIGUERRA
Doyenne de l'UFR d'Odontologie	Pr Dominique SEUX
Directrice du département de Biologie Humaine	Pr Anne-Marie SCHOTT
<b>Secteur Sciences et Technologie :</b>	
Administratrice Provisoire de l'UFR BioSciences	Pr Kathrin GIESELER
Administrateur Provisoire de l'UFR Faculté des Sciences et Technologies	Pr Bruno ANDRIOLETTI
Directeur de l'UFR Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives (STAPS)	M. Yanick VANPOULLE
Directeur de Polytech	Pr Emmanuel PERRIN
Directeur de l'IUT	Pr Christophe VITON
Directeur de l'Institut des Sciences Financières et Assurances (ISFA)	M. Nicolas LEBOISNE
Directrice de l'Observatoire de Lyon	Pr Isabelle DANIEL
Administrateur Provisoire de l'Institut National Supérieur du Professorat et de l'Education (INSPé)	M. Pierre CHAREYRON
Directrice du Département Composante Génie Electrique et Procédés (GEP)	Pr Rosaria FERRIGNO
Directeur du Département Composante Informatique	Pr Behzad SHARIAT TORBAGHAN
Directeur du Département Composante Mécanique	Pr Marc BUFFAT

# Faculté de Médecine Lyon Est

## Liste des enseignants 2019/2020

### Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Classe exceptionnelle Echelon 2

BLAY	Jean-Yves	Cancérologie ; radiothérapie
BORSON-CHAZOT	Françoise	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
COCHAT	Pierre	Pédiatrie
ETIENNE	Jérôme	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
GUERIN	Claude	Réanimation ; médecine d'urgence
GUERIN	Jean-François	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
MORNEX	Jean-François	Pneumologie ; addictologie
NIGHOGHOSSIAN	Norbert	Neurologie
NINET	Jean	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
OVIZE	Michel	Physiologie
PONCHON	Thierry	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
REVEL	Didier	Radiologie et imagerie médicale
RIVOIRE	Michel	Cancérologie ; radiothérapie
THIVOLET-BEJUI	Françoise	Anatomie et cytologie pathologiques
VANDENESCH	François	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

### Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Classe exceptionnelle Echelon 1

BOILLOT	Olivier	Chirurgie digestive
BRETON	Pierre	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
CHASSARD	Dominique	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
CLARIS	Olivier	Pédiatrie
COLIN	Cyrille	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
D'AMATO	Thierry	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
DELAHAYE	François	Cardiologie
DENIS	Philippe	Ophthalmologie
DOUEK	Philippe	Radiologie et imagerie médicale
DUCERF	Christian	Chirurgie digestive
DURIEU	Isabelle	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie
FINET	Gérard	Cardiologie
GAUCHERAND	Pascal	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
GUEYFFIER	François	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
HERZBERG	Guillaume	Chirurgie orthopédique et traumatologique
HONNORAT	Jérôme	Neurologie
LACHAUX	Alain	Pédiatrie
LERMUSIAUX	Patrick	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
LINA	Bruno	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MERTENS	Patrick	Anatomie
MIOSSEC	Pierre	Immunologie
MORELON	Emmanuel	Néphrologie
MOULIN	Philippe	Nutrition
NEGRIER	Claude	Hématologie ; transfusion
NEGRIER	Sylvie	Cancérologie ; radiothérapie
OBADIA	Jean-François	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
RODE	Gilles	Médecine physique et de réadaptation
TERRA	Jean-Louis	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
ZOULIM	Fabien	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

**Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers  
Première classe**

ADER	Florence	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
ANDRE-FOUET	Xavier	Cardiologie
ARGAUD	Laurent	Réanimation ; médecine d'urgence
AUBRUN	Frédéric	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
BADET	Lionel	Urologie
BERTHEZENE	Yves	Radiologie et imagerie médicale
BERTRAND	Yves	Pédiatrie
BESSEREAU	Jean-Louis	Biologie cellulaire
BRAYE	Fabienne	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; Brûlologie
CHARBOTEL	Barbara	Médecine et santé au travail
CHEVALIER	Philippe	Cardiologie
COLOMBEL	Marc	Urologie
COTTIN	Vincent	Pneumologie ; addictologie
COTTON	François	Radiologie et imagerie médicale
DEVOUASSOUX	Mojgan	Anatomie et cytologie pathologiques
DI FILLIPO	Sylvie	Cardiologie
DUBERNARD	Gil	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
DUMONTET	Charles	Hématologie ; transfusion
DUMORTIER	Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
EDERY	Charles Patrick	Génétique
FAUVEL	Jean-Pierre	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
FELLAHI	Jean-Luc	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
FERRY	Tristan	Maladie infectieuses ; maladies tropicales
FOURNERET	Pierre	Pédopsychiatrie ; addictologie
GUENOT	Marc	Neurochirurgie
GUIBAUD	Laurent	Radiologie et imagerie médicale
JACQUIN-COURTOIS	Sophie	Médecine physique et de réadaptation
JAVOUHEY	Etienne	Pédiatrie
JUILLARD	Laurent	Néphrologie
JULLIEN	Denis	Dermato-vénéréologie
KODJIKIAN	Laurent	Ophthalmologie
KROLAK SALMON	Pierre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillessement ; médecine générale ; addictologie
LEJEUNE	Hervé	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
MABRUT	Jean-Yves	Chirurgie générale
MERLE	Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
MICHEL	Philippe	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MURE	Pierre-Yves	Chirurgie infantile
NICOLINO	Marc	Pédiatrie
PICOT	Stéphane	Parasitologie et mycologie
PONCET	Gilles	Chirurgie générale
RAVEROT	Gérald	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
ROSSETTI	Yves	Physiologie
ROUVIERE	Olivier	Radiologie et imagerie médicale
ROY	Pascal	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
SAOUD	Mohamed	Psychiatrie d'adultes et addictologie
SCHAEFFER	Laurent	Biologie cellulaire
SCHEIBER	Christian	Biophysique et médecine nucléaire
SCHOTT-PETHELAZ	Anne-Marie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
TILIKETE	Caroline	Physiologie
TRUY	Eric	Oto-rhino-laryngologie
TURJMAN	Francis	Radiologie et imagerie médicale
VANHEMS	Philippe	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
VUKUSIC	Sandra	Neurologie

**Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers  
Seconde Classe**

BACCHETTA	Justine	Pédiatrie
BOUSSEL	Loïc	Radiologie et imagerie médicale
BUZLUCA DARGAUD	Yesim	Hématologie ; transfusion
CALENDER	Alain	Génétique
CHAPURLAT	Roland	Rhumatologie
CHENE	Gautier	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
COLLARDEAU FRACHON	Sophie	Anatomie et cytologie pathologiques
CONFAVREUX	Cyrille	Rhumatologie
CROUZET	Sébastien	Urologie
CUCHERAT	Michel	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
DAVID	Jean-Stéphane	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
DI ROCCO	Federico	Neurochirurgie
DUBOURG	Laurence	Physiologie
DUCLOS	Antoine	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
DUCRAY	François	Neurologie
FANTON	Laurent	Médecine légale
GILLET	Yves	Pédiatrie
GLEIZAL	Arnaud	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
GUEBRE-EGZIABHER	Fitsum	Néphrologie
HENAINE	Roland	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
HOT	Arnaud	Médecine interne
HUISSOUD	Cyril	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
JANIER	Marc	Biophysique et médecine nucléaire
JARRAUD	Sophie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LESURTEL	Mickaël	Chirurgie générale
LEVRERO	Massimo	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
LUKASZEWICZ	Anne-Claire	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
MAUCORT BOULCH	Delphine	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MEWTON	Nathan	Cardiologie
MEYRONET	David	Anatomie et cytologie pathologiques
MILLION	Antoine	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
MONNEUSE	Olivier	Chirurgie générale
NATAF	Serge	Cytologie et histologie
PERETTI	Noël	Nutrition
POULET	Emmanuel	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
RAY-COQUARD	Isabelle	Cancérologie ; radiothérapie
RHEIMS	Sylvain	Neurologie
RICHARD	Jean-Christophe	Réanimation ; médecine d'urgence
RIMMELE	Thomas	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
ROBERT	Maud	Chirurgie digestive
ROMAN	Sabine	Physiologie
SOUQUET	Jean-Christophe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
THAUNAT	Olivier	Néphrologie
THIBAUT	Hélène	Physiologie
VENET	Fabienne	Immunologie
WATTEL	Eric	Hématologie ; transfusion

**Professeur des Universités  
Classe exceptionnelle**

PERRU	Olivier	Epistémologie, histoire des sciences et techniques
-------	---------	----------------------------------------------------

**Professeur des Universités - Médecine Générale**

FLORI	Marie
LETRILLIART	Laurent
ZERBIB	Yves

## Professeurs associés de Médecine Générale

FARGE	Thierry
LAINÉ	Xavier

## Professeurs associés autres disciplines

BERARD	Annick	Pharmacie fondamentale ; pharmacie clinique
LAMBLIN	Géry	Médecine Palliative

## Professeurs émérites

BAULIEUX	Jacques	Cardiologie
BEZIAT	Jean-Luc	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
CHAYVIALLE	Jean-Alain	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
CORDIER	Jean-François	Pneumologie ; addictologie
DALIGAND	Liliane	Médecine légale et droit de la santé
DROZ	Jean-Pierre	Cancérologie ; radiothérapie
FLORET	Daniel	Pédiatrie
GHARIB	Claude	Physiologie
LEHOT	Jean-Jacques	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
MARTIN	Xavier	Urologie
MAUGUIERE	François	Neurologie
MELLIER	Georges	Gynécologie
MICHALLET	Mauricette	Hématologie ; transfusion
MOREAU	Alain	Médecine générale
NEIDHARDT	Jean-Pierre	Anatomie
PUGEAUT	Michel	Endocrinologie
RUDIGOZ	René-Charles	Gynécologie
SINDOU	Marc	Neurochirurgie
TOURAINÉ	Jean-Louis	Néphrologie
TREPO	Christian	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
TROUILLAS	Jacqueline	Cytologie et histologie

## Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers Hors classe

BENCHAIB	Mehdi	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
BRINGUIER	Pierre-Paul	Cytologie et histologie
CHALABREYSSE	Lara	Anatomie et cytologie pathologiques
GERMAIN	Michèle	Physiologie
KOLOPP-SARDA	Marie Nathalie	Immunologie
LE BARS	Didier	Biophysique et médecine nucléaire
NORMAND	Jean-Claude	Médecine et santé au travail
PERSAT	Florence	Parasitologie et mycologie
PIATON	Eric	Cytologie et histologie
SAPPEY-MARINIER	Dominique	Biophysique et médecine nucléaire
STREICHENBERGER	Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
TARDY GUIDOLLET	Véronique	Biochimie et biologie moléculaire

## Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers Première classe

BONTEMPS	Laurence	Biophysique et médecine nucléaire
CHARRIERE	Sybil	Nutrition
COZON	Grégoire	Immunologie
ESCURET	Vanessa	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
HERVIEU	Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
LESCA	Gaëtan	Génétique
MENOTTI	Jean	Parasitologie et mycologie
PHAN	Alice	Dermato-vénéréologie

PINA-JOMIR	Géraldine	Biophysique et médecine nucléaire
PLOTTON	Ingrid	Biochimie et biologie moléculaire
RABILLOUD	Muriel	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
SCHLUTH-BOLARD	Caroline	Génétique
TRISTAN	Anne	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
VASILJEVIC	Alexandre	Anatomie et cytologie pathologiques
VLAEMINCK-GUILLEM	Virginie	Biochimie et biologie moléculaire

### **Maîtres de Conférences – Praticiens Hospitaliers Seconde classe**

BOUCHIAT SARABI	Coralie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
BUTIN	Marine	Pédiatrie
CASALEGNO	Jean-Sébastien	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
CORTET	Marion	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
COUR	Martin	Réanimation ; médecine d'urgence
COUTANT	Frédéric	Immunologie
CURIE	Aurore	Pédiatrie
DURUISSEAU	Michaël	Pneumologie
HAESEBAERT	Julie	Médecin de santé publique
HAESEBAERT	Frédéric	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
JACQUESSON	Timotheé	Anatomie
JOSSET	Laurence	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LACQIN REYNAUD	Quitterie	Médecine interne ; gériatrie ; addictologie
LEMOINE	Sandrine	Physiologie
MARIGNIER	Romain	Neurologie
NGUYEN CHU	Huu Kim An	Pédiatrie Néonatalogie Pharmaco Epidémiologie
ROLLAND	Benjamin	Clinique Pharmacovigilance
ROUCHER BOULEZ	Florence	Psychiatrie d'adultes
SIMONET	Thomas	Biochimie et biologie moléculaire
		Biologie cellulaire

### **Maître de Conférences Classe normale**

CHABOT	Hugues	Epistémologie, histoire des sciences et techniques
DALIBERT	Lucie	Epistémologie, histoire des sciences et techniques
LECHOPIER	Nicolas	Epistémologie, histoire des sciences et techniques
NAZARE	Julie-Anne	Physiologie
PANTHU	Baptiste	Biologie Cellulaire
VIGNERON	Arnaud	Biochimie, biologie
VINDRIEUX	David	Physiologie

### **Maîtres de Conférences de Médecine Générale**

CHANELIERE	Marc
------------	------

### **Maîtres de Conférences associés de Médecine Générale**

DE FREMINVILLE	Humbert
PERROTIN	Sofia
PIGACHE	Christophe
ZORZI	Frédéric

# SERMENT D'HIPPOCRATE

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur  
et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont vulnérables ou menacées dans leur intégrité  
ou leur dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de  
l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs  
conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance.

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

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés et ma  
conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement la vie ni ne  
provoquerai délibérément la mort.

Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes  
compétences.

Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé si j'y manque.

# REMERCIEMENTS

**A la Professeure Sylvie Erpeldinger.** C'est un honneur que vous présidiez ce jury. Je vous remercie de m'avoir fait confiance pour vous remplacer auprès de vos patient-es.

**Au Professeur François Gueyffier.** Votre travail est exemplaire. Soyez assuré de mon profond respect.

**Au Professeur Christian Dupraz.** Merci de ton engouement pour le choix de ce sujet, pour tes conseils pertinents tout au long de ce travail, et pour avoir su me canaliser afin que je puisse avancer.

**A la Professeure Christine Vinciguerra.** Merci d'avoir accepté de juger ce travail. Soyez assurée de mon profond respect.

**Au Docteur en philosophie Nicolas Lechopier.** Ta présence dans ce jury revêt un sens particulier. Nous avons fait connaissance alors que j'étais en quête de sens dans le cursus médical, en participant au Master Culture et Santé dans lequel tu enseignais. Un grand merci pour avoir accepté de juger ce travail.

**Aux personnes en situation de patient-es.** Vos rencontres m'ont fait grandir en tant que personne et comme professionnel. Pour nos échanges, pour ce que j'apprends tous les jours à vos côtés.

**A tou·tes les participant-es aux différents entretiens collectifs.** Merci ! Sans vous ce travail n'aurait jamais vu le jour.

**Au Professeur Olivier Gout.** Merci pour vos éclairages sur les méandres de la législation française.

**A Charline.** Merci pour la pertinence de tes apports en psychologie sociale.

**Aux relecteurs·trices, qui se reconnaîtront.** Votre aide fut précieuse dans ces moments où j'avais la tête dans le guidon. Merci.

**A mes parents.** Vous avez toujours été présents pour me soutenir quels que soient mes choix, ou parfois me mettre une dose de pression avec bienveillance. Merci de votre prévenance et de votre disponibilité. Vous êtes toujours là quand il faut, même depuis que j'ai quitté le nid familial. Vous en êtes témoins aujourd'hui, ce travail est enfin fini !

**A ma grand-mère, Lulu.** Tu as toujours été présente, à chaque étape de ma vie, avec papy. Que cette incroyable force vitale qui t'anime reste encore quelques temps, et préserve ta santé.

**A mes grands-parents, Marcel, Marinette et André.** Vous qui êtes déjà partis, je pense toujours à vous.

**A mon frère, Valentin.** Parce que nous savons nous soutenir malgré nos désaccords. Et à **Marion.** Je suis impressionné par votre capacité à évoluer ensemble, que cela dure le plus longtemps possible !

**A mon oncle et ma tante, Bruno et Jocelyne, mes cousines Karine et Aurélie, Rémy et Jérôme, et leurs enfants : Noé, Loan, Malo, Eden et Côme,** le petit dernier. Les retrouvailles familiales sont toujours sources de joie pour moi.

**A Victor.** Depuis le bac à sable de Montalivet, nos routes continuent de se croiser malgré la distance. A nos vadrouilles à travers l'Ardèche, la France et l'Europe, à vélo, à Mobylette, en 4L ou en Clio, et aux aventures futures. #AnnonaycapitaleParissuccursale. 🚲 🚗 🏍️ 🍺 🧑

**A Stéphanie.** Tu m'accompagnes dans toutes mes galères depuis le début de l'internat. Je suis heureux de pouvoir te compter parmi mes ami-es, et de savoir qu'on l'on s'accompagne dans les rires ou les difficultés. 🏠 🍺 🧑 🤔 📞

**A Delphine.** Nos caractères ne sont pas toujours compatibles, mais je suis heureux de voir qu'avec le temps nous sommes toujours là l'un-e pour l'autre ! 🏠 🍺 🧑 📞 📞

**A Anne.** Nous devons nous rencontrer. Les difficultés de la vie ne nous ont néanmoins pas épargnées. Ces deux dernières années furent hautes en couleurs, riches de notre intensité, de tout ce qui nous a fait vibrer et résonner. 🍁 📞 🏠 ⚡ 📱 🧑 🍷 📞 📞 📞...

**A Aude.** Te compter parmi mes ami-es après toutes ces épreuves que la vie nous a imposées est une joie. #jeuxdespaillettesdansmavie #onfaitunhanabi? 🏠 📞

**A Amélie et Godefroy.** Au plaisir de vous revoir sur ce caillou perdu au milieu de l'océan Indien. #974 #volcanlapété. 🍺 🧑 📞

**A la famille Roux.** Ça a été toujours été un bonheur de passer la porte de votre foyer. Merci pour votre accueil et tous ces moments chaleureux que nous avons passés ensemble. 🍷 🍕 🍷 🚲

**A Gaëlle, Marion et Aurélie.** Grâce à vous, le lycée et les années qui suivirent furent mémorables. Le Québec n'est finalement pas si loin. 🏠🤔😄✈️🍁

**A Olivier.** Se voir évoluer et grandir après toutes ces années, c'est dingue ! #odeàlalabradorite. 💎

**A Marion B.** Depuis les scouts, nous avons pris une route similaire, c'est chouette ! 🏍️

**A Déborah et Romain, Laura et Nicolas.** Pour toutes ces années depuis le lycée. 🤝🎧🗺️

**A Justine et Pierre.** Le mur entre nos deux maisons est toujours perméable. 😊🏠📺🌱🍷

**A Julia.** Grâce à toi, ce deuxième semestre valentinois a été haut en couleurs ! Ton écoute et ton soutien sont importants à mes yeux. A nos futures escapades et soirées. #bestcointerneforever #applejuicepower. 📞🇸🇪📧🗺️🌈🤝🎧

**A Maëlys.** Tu suis toutes mes histoires depuis Valence. Voir notre amitié naître et évoluer depuis que nous avons travaillé ensemble est une très bonne surprise. 📞🗺️🍷

**A Adèle.** Merci pour ton soutien incommensurable durant tout ce travail ! Pour toutes nos discussions toujours passionnantes. **Et à Nans.** Pour nos arrêts aux ravitos de l'Ardéchoise. 📞🏍️🤝📺

**A Gaël.** J'ai failli tomber de ma chaise la première fois que tu as complimenté ma cuisine.. ! 🍷 Et tes remarques sur ma calvitie naissante sont toujours un plaisir. 😊😊 Mais fort heureusement, tes conseils dans d'autres domaines sont souvent pertinents.

**A Meghann.** Les années passent et les liens restent. Aux prochaines déambulations. ✈️🌍🤝🎧

**A Thibaut.** Au Joker du Sonic. Et aux moments plus studieux. #c'estpastrèsCOP21toutça #ilnyapaspluslaidquunepharmacie. 📞🗺️🤝🎧

**A Alexa.** J'espère que nous aurons encore plein d'histoires de voyages à se raconter dans les années à venir ! La prochaine fois, on plonge. 🍷🤝📺

**A Sophie.** Merci d'être qui tu es, et de ton soutien ces derniers temps. A bientôt en Ardèche ! 📍

**A Juliette.** Comme quoi, la non-violence crée des liens. Merci de me détourner du droit-chemin et de m'encourager dans mes explorations photographiques. 📷🍷🍷

**A Julia, Marine, Fanélie, Coralie et Marion.** La team Valence 2 ! Pour ces soirées jeux de sociétés où nous n'avons pas encore joué. #haha. 📞🗺️😄

**A Cécile, Yohan, Emilie, Noémie, Caroline, Capucine, Hugo, Anne, Théo, Claire-Marine, Delphine et Stéph'.** La team Valence 1 ! Pour ces six mois valentinois riches de cohésion, de baby-foot, de partage de galères comme néo-internes. 🗣️👤🍷🏠

**A Alice.** Merci pour toutes les découvertes que nous avons faites à deux, pour nos échanges et pour avoir partagé nos vies, pour la Réunion. 🗣️👤🍷🏠📱

**A Paul-Em et Charlotte.** Toujours motivés pour débattre ou randonner, d'un bout à l'autre de la planète. #ahquonestbienunverredevindanslamain #moitiédecerveau. 🍷🗣️👤🍷🏠

**A Héloïse.** Je n'oublie rien de la Réunion, des escapades à travers l'île. Et Orléans n'est pas si loin ! 🗣️👤🍷

**A Yorinne, Sam, Abi et Nathan.** Pour votre accueil sur l'île, votre présence, et bien sûr pour nos soirées jeux. 🗣️👤📱

**Aux ami-es du 974 et de la LIR (Ligue d'Improvisation Réunionnaise).** 🗣️📱🗣️

**A Chloé, Elodie et Marie.** On se suit presque depuis Hermann. Je suis heureux de voir que nos liens restent, ainsi que nos débats enflammés. 🗣️👤

**A Estelle et Meghann.** Pour toutes ces années d'Externat, et pour toutes les découvertes depuis ce fameux voyage togolais. 🗣️👤

**A Boris, Elsa, Marie, Marielle et Soazic, l'équipe de feu la PAS (Petite Alternative de Santé) et aux membres de Santémaispasdespieds.** Merci pour tous nos échanges sur la vie dans le monde de la santé, à nos soirées fromages et aux moments jurassiens. Grace à vous l'Externat fut vivable et la préparation des ECN plus humaine. Et à notre périple grec. 🗣️👤

**A Nicolas et Soazic.** Pour la découverte de sentiers nouveaux, en randonnées ou en pensées.

**A Boris.** #Coucou! 🗣️👤

**A Paul.** Je t'ai rencontré quand tu faisais ta thèse. A moi de te remercier aujourd'hui pour ton investissement extraordinaire. 🗣️👤

**A Emilie.** Ce karaoké endiablé restera à jamais dans ma mémoire ! Ce n'est pas la distance qui nous empêche de rester en lien. #elleestpriselaprise. 🗣️👤🗣️👤

**A Marion, Rémi, et au petit Gaspard.** La chaleur du 7 n'est jamais bien loin, même à Villeurbanne !

**A Klervi, Thibault et la petite Enora.** Pour ces soirées bretonnes en Ardèche !

**A Fanélie, Benoît, Delphine et Stéphanie.** Pour cette année et demie à la coloc' tournonnaise, notre château ardéchois. 🏠🏰🌲🍷🌱

**A Isabelle, Gaël, Marie et Simon.** C'était une belle surprise d'atterrir dans ce coin de paradis et d'être avec vous ces quelques mois. 🏠🌴🍊🐣🐶🍷🎲👤

**A Adèle, Cécile, Julie et Marion.** Pour ce génial espace de discussions que nous avons créé, bien que ces derniers mois aient été plutôt tranquilles. 🗨️

**A Laura, Nicolas, Pierre, et Thibaut.** Pour le Colin embryonnaire. 🩹👤📄

**A Loulou, Claire, Sylvain, Maya, Juliette...** Au POC passés et futurs, aux alternatives, à l'Education Populaire et aux copain·ines. **A Gatienne.** Au POC 2019 ! #céline.

**A Zazou, Myriam et Juliette.** Grâce à vous, je (re)découvre l'artivisme, la créativité et la culture régé. La lutte contre la solastalgie devient lumineuse ! 🌍

**A Yony et Céline.** C'était un réel plaisir d'avoir travaillé avec vous durant cette année à Saint-Félicien. Merci ! 🗨️👤

**Ainsi qu'aux géniales équipes soignantes de l'hôpital local de Saint Félicien.**

**A l'équipe de LADS (Lyon A Double Sens) et à Marion.** Pour la force de l'éducation populaire !

**A Angélique, Alexandre, Alizée, Auriane, Benjamin, Benoit, Camille D, Camille G, Jessica, Karim, Laura, Léa, Marie, Marine, Marion, Sander, Sara, Sylvain, Zoéline et aux membres de MEDSI et d'ACTES.** Les graines semées poussent toujours. Merci pour nos extraordinaires discussions à penser autrement, pour la passion des utopies, et pour refaire le monde ! 🙌

**A Mathilde. Aux membres du SMG (Syndicat de la Médecine Générale), des Outils du Soins, de Pratiques, de Prescrire et du Formindep.** Vos luttes et vos analyses sont essentielles pour un monde meilleur. La richesse de vos enseignements a cultivé mon émancipation intellectuelle. Merci !

**A Elisabeth.** Ton accueil et ton oreille attentive compte beaucoup pour moi. Encore merci !

**A toutes les équipes soignantes et médicales de l'EHPAD de St-Julien-Molin-Molette, du CHAN (Centre Hospitalier d'Ardèche Nord), du CHV (Centre Hospitalier de Valence), et des hôpitaux lyonnais.** Vous m'avez vu et fait grandir. Merci pour tous les échanges que nous avons pu avoir, pour tout ce que vous avez pu m'apprendre, en Soins et en humanité.

**A Fulvia, Isabelle, Jean, Karima, Nicolas, Patricia, Rami et Thierry.** Vous m'avez tant appris, vous m'avez montré les voies que vous aviez prises dans la diversité de vos pratiques. Le rapport maître-ses de stage – interne est parfois difficile, mais vous avez su me faire grandir tant sur le plan humain que professionnel. Votre accompagnement pour que je devienne le médecin que je suis aujourd'hui fut précieux. Je ne vous remercierai jamais assez.

**Aux collègues de la maison médicale de Châteauneuf-de-Galaure.** Interne ou remplaçant, les sourires d'**Alex** ou **Corinne** annonçaient le plus souvent de très bonnes journées.

**Aux collègues du cabinet de la Fraternité.** Merci pour votre accueil toujours chaleureux et votre bienveillance sans failles.

**Aux toutes les collègues de Cambuston.** Et une pensée toute particulière pour **Andrew**.

**A Julie, Karine, Ombeline et Pauline.** Pour ces six mois de remplacements lyonnais, où nous n'étions pas toujours dans l'hyperactivité !

**Au Bistrot des Fauves, à ses habitués et à son équipe.** Pour le nombre de cafés et d'IPA que mon corps a réclamé ces derniers temps. #troismois et #paiestondécachloré.

**A Simon, Orane et Sébastien...** Les potos de bar du 7. 🍷

**A mes enseignant-es du collège et du lycée,** tout particulièrement à **Mme Coillet**, qui m'ont soutenus dans mon choix de faire médecine.

**Aux rencontres passées et éphémères.**

**Aux utopies.**

**Aux oiseaux de passages.**

**A l'amour de la Terre.**

**A la rage du phacochère.**



# DECLARATION PUBLIQUE D'INTERETS

En tant qu'adhérent à l'association Formindep depuis 2012, et signataire de la Charte, voici ma déclaration de liens d'intérêts. A ce jour, la base [transparence.sante.gouv.fr](http://transparence.sante.gouv.fr) ne contient aucune donnée me concernant, mais si jamais, dans le futur, vous saurez où chercher.

J'ai pris la décision depuis 2012 d'éviter tout lien direct avec l'industrie pharmaceutique dans la mesure du possible. Les signataires de la Charte doivent notamment viser à travailler en toute indépendance en se préservant des influences susceptibles de nuire à cette mission, en particulier venant d'intérêts industriels, financiers ou commerciaux

Je suis abonné à La Revue Prescrire depuis 2013.

Je déclare ainsi, avoir reçu durant mon externat :

- Des petits cadeaux : règles d'EVA ou d'ECG, des livres financés par Sanofi sur les fractures.
- Quelques buffets financés par l'industrie pharmaceutique durant l'externat avant 2012.
- Un repas financé par le laboratoire Novartis au restaurant Outre-Terre, à Annonay, sur la thématique diabète et insuffisance rénale, lors de mon stage praticien en DCEM3 en 2013. Le nom du médicament plébiscité me revient en tête de temps en temps, je n'ai jamais trouvé de raison de le prescrire car sa balance bénéfice-risque me paraît défavorable.

Je me suis vu contraint d'assister à la visite médicale chez un de mes praticiens lors de mon troisième stage d'internat, prétextant que cela faisait partie intégrante du stage. J'ai accédé à sa requête à quelques reprises, sinon je m'éclipsais dans la salle d'attente.

J'ai également assisté à un entretien avec une visiteuse médicale alors que je passais une journée auprès d'une dermatologue dans le cadre de mon dernier stage d'internat.

Je reste malgré tout exposé à la publicité pour des produits pharmaceutiques, à travers les vitrines des pharmacies, à travers les autres revues médicales que je feuillette (La Revue du Praticien, La Revue du Praticien Médecine Générale) et les sites internet qu'il m'arrive de suivre (Le Quotidien du Médecin, Le Journal International de Médecine...).

Ainsi qu'avec les conseils prodigués par mes collègues, si bienveillants soient-elles, qui ont des liens avec cette industrie.

# ABREVIATIONS

<b>ANSM</b>	Agence Nationale de Sécurité du Médicament
<b>ACP</b>	Approche centrée-patient-e
<b>ALD</b>	Affection de longue durée
<b>BBR</b>	Balance bénéfices-risques
<b>DGOS</b>	Direction générale de l'offre de soins
<b>EBM</b>	Evidence-Based Medicine
<b>EIAS</b>	Evènement Indésirable Associé aux Soins
<b>EIG</b>	Effets indésirables graves
<b>EMA</b>	European Medicines Agency
<b>FDA</b>	U.S. Food and Drug Administration
<b>FMI</b>	Formation Médicale Initiale
<b>FPC</b>	Formation Professionnelle Continue
<b>IM</b>	Iatrogénie médicamenteuse
<b>HPST</b>	Loi Hôpital Patient Santé Territoire
<b>LEEM</b>	Les Entreprises du Médicament
<b>MG</b>	Médecin spécialiste en médecine générale
<b>MS</b>	Médecin spécialiste d'une autre discipline médicale ou chirurgicale
<b>MT</b>	Médecin traitant
<b>OMS</b>	Organisation Mondiale de la Santé

## ECRITURE INCLUSIVE

Cette thèse est écrite en écriture inclusive, conformément aux recommandations du rapport du 20 octobre 2014 relatif à la lutte contre les stéréotypes : Pour l'égalité femmes-hommes et contre les stéréotypes de sexe, du Haut Conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes<sup>1</sup>.

Pour guider la lecture de cette thèse et la compréhension du point médian<sup>2</sup>, voici quelques exemples.

Ils/elles	Illes
Eux/elles	Ell-eux
Certains/certaines	Certain-es
Patients/patientes	Patient-es

---

1. HCE|fh. Rapport relatif à la lutte contre les stéréotypes, Rapport n°2014-10-20-STER-013, publié le 20 octobre 2014. URL : [http://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/IMG/pdf/rapport\\_hce-2014-1020-ster-013-3.pdf](http://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_hce-2014-1020-ster-013-3.pdf)

2. Raphaël Haddad. Manuel d'écriture inclusive. Mots-clés. Septembre 2016. URL : [http://www.univ-tlse3.fr/medias/fichier/manuel-decriture\\_1482308453426-pdf](http://www.univ-tlse3.fr/medias/fichier/manuel-decriture_1482308453426-pdf)

# PREAMBULE

Il m'a fallu plusieurs années avant de trouver un sujet sur lequel j'aurai l'envie de passer des jours et des nuits. J'ai passé nombre de thématiques en revue ces trois dernières années. Il m'avait été proposé un projet avec PACTEM (Patient-es Acteur-Trices de l'Enseignement en Médecine). Cette initiative me semblait plus que pertinente, mais la chronologie n'était pas idéale. C'est finalement un sujet à la croisée des sciences médicales, humaines et du politique que j'ai choisi d'explorer.

Vous qui allez lire ce travail, voici quelques éléments permettant de situer mon positionnement comme chercheur. Ce préambule me paraît nécessaire pour expliciter les motivations de ce travail. Si j'ai choisi de l'exposer, c'était pour garantir à ce travail l'objectivité nécessaire à la recherche scientifique. Ce travail d'exploration axiologique et de conscientisation de ce positionnement faisait partie de la méthodologie qualitative.

Je suis médecin généraliste remplaçant quand je termine ce travail. Je suis issu d'une famille de classe moyenne, qui n'a pas connu la précarité et le renoncement aux soins pour des raisons financières. Je suis le seul médecin de ma famille.

J'ai été confronté à la maladie comme tout jeune enfant. Peut-être un peu plus que la moyenne. Plusieurs souvenirs marquants me sont toujours accessibles, et sont plutôt connotés négativement. L'hôpital était, avant que je passe réellement ses portes, un milieu bienveillant, plus synonyme de soin que de souffrance.

La boîte de *Solutricine*<sup>®</sup> était plus une douce sucrerie légèrement acidulée qu'un médicament. Et alors que j'étais en deuxième année de médecine, j'ai été touché par un probable effet secondaire médicamenteux, transitoire et finalement sans gravité. Je m'étais cependant rendu compte des effets collatéraux possibles de la prescription et de l'attente des résultats d'exams complémentaires sur mes proches.

J'ai vécu un externat difficile à l'hôpital, mais l'échange avec des collègues ayant des ressentis similaires (la PAS, Petite Alternative de Santé) et le soutien du milieu associatif tel que MEDSI (Mobilisation Etudiante pour le Développement d'une Solidarité Internationale) a été d'une grande aide. Le manque de sens des études médicales et de la pratique hospitalière m'a également conduit à faire conjointement à ma cinquième année le Master 2 « Culture et Santé » en faculté de philosophie. J'avais alors adhéré à l'association Formindep, engagée pour une formation médicale indépendante, et j'ai commencé à lire Prescrire l'année suivante.

La violence de certains actes médicaux et le manque d'écoute face à l'angoisse de l'inconnu chez les patient-es m'a profondément marqué. J'ai rencontré le négationnisme du risque médicamenteux à l'hôpital, et cette petite phrase entendue en premier semestre résonne encore dans mon esprit : « *Je ne comprends pas pourquoi tu ne prescris pas cela, c'est maintenant que tu es à l'hôpital que tu peux te faire la main sur les patient-es !* ». Ou celle-ci : « *La décision médicale partagée n'existe pas par essence. Reprise de la corticothérapie.* » rédigée par un sénior dans le dossier d'une patiente avec qui nous avons conjointement décidé de repousser la reprise d'un traitement qui l'avait fait ardemment délirer plus de trois semaines.

Une des histoires qui m'a le plus marqué et a orienté le choix de ce sujet est celle de mon grand-père. Hospitalisé pour un malaise le jour de Noël, il s'est plaint à sa sortie d'avoir des difficultés d'endormissement. Le-a médecin responsable de sa sortie ajoute alors à son ordonnance de l'*hydroxyzine*. Deux nuits plus tard, il chute à son domicile, et débute alors sa fin. Hospitalisation, placement d'urgence en EHPAD, survenue d'une démence induite lors de l'institutionnalisation. Il trouva la paix trois ans après cette chute. Je me suis toujours demandé quel a été l'impact de cette prescription d'*hydroxyzine*. Ou si le choix d'une autre molécule lui aurait permis d'avoir une fin de vie moins douloureuse. Jamais je n'aurai cette réponse. L'*hydroxyzine*, molécule dont l'utilisation était déjà décriée par généralistes et gériatres chez les personnes âgées, était facilement stigmatisable. J'aurai pu être ce prescripteur. Je l'ai peut-être déjà été dans une autre situation.

Aussi bien, l'*hydroxyzine* n'y était pour rien.

Je me sentais déjà concerné par la problématique du possible effet dual de nos prescriptions.

Alors comment pratiquer dans ce contexte ?

Comment pratiquer avec ce fantastique outil faisant partie intégrante de l'exercice médical ?

Et comment apporter une analyse pour améliorer l'identification de la iatrogénie évitable ?

C'est dans ce contexte que j'ai choisi de m'intéresser aux usages de prescription des médecins généralistes.

La prise de recul que nécessitait ce travail, et la pratique de la médecine en général, auront fait évoluer ma pratique. Je me sens, au jour de la publication de ce travail, plus serein et conscient de mes propres compétences et limites, qui j'espère, me permettront d'apporter aux patient-es les propositions les plus adaptées et pertinentes.

Cette thèse est dédiée à Marcel Denis, décédé le 20 octobre 2017,

Ainsi qu'à toutes les personnes victimes, de près ou de loin,

des effets secondaires médicamenteux.

# INTRODUCTION

Le 28 janvier 2011, le Dr. Claude Leicher, médecin généraliste et président du syndicat MG France, déclarait à l'antenne de France Culture qu'il est difficile d'arrêter un traitement médicamenteux prescrit à l'hôpital même si sa balance bénéfices-risques est défavorable, en utilisant l'exemple des médicaments de la maladie d'Alzheimer<sup>1</sup>. Nous sommes dans le contexte de l'après *Médiator*<sup>®</sup> et ce travail s'intéresse à la manière dont les médecins utilisent le pouvoir de prescription médicamenteuse.

## I. L'ampleur de la iatrogénie.

La médecine évolue avec le développement de nouvelles techniques, pharmacologiques ou non, souvent décrites comme toujours plus efficaces et novatrices. D'autres sources diront que la balance bénéfice-risque [BBR] n'est pas toujours bien étudiée, ou favorable. Cette modernité de la science, puissante mais aussi chargée de possibles effets indésirables, illustre le fameux « *primum non nocere* » qui se traduit aujourd'hui par « balance bénéfices-risques » et qui prend toute sa pertinence.

Au XVII<sup>ème</sup> siècle, Molière écrit dans *Le malade imaginaire* que « Presque tous les hommes meurent de leurs remèdes, et non pas de leurs maladies »<sup>2</sup>. Si la médecine a progressé et que l'on guérit une partie des maladies aujourd'hui, des malades meurent toujours de leurs remèdes. Le médicament est un outil majeur de la pratique médicale actuelle, agrandissant le champ des possibles jusqu'au fantasme d'éternité.

En 1964, l'équipe du Dr. Schimmel s'intéresse aux « adverse episodes » chez des patient-es hospitalisés<sup>3</sup>. Durant huit mois, illes analysèrent tous les « épisodes fâcheux, découlant d'un acte diagnostique ou thérapeutique, et non liés à une erreur d'un médecin ou d'une infirmière ou à une complication post-opératoire » au centre hospitalier de Yale. La conséquence fut de proposer l'adoption d'une « sélection judicieuse des actes diagnostiques ou thérapeutiques en fonction de leurs bénéfices attendus et de leurs dangers potentiels ». Dans les suites, les termes anglais d'« adverse event » et de sa traduction française « évènement indésirable » s'imposent progressivement dans la littérature scientifique et dans la pratique.

Le terme de iatrogénie provient du grecque *ιατρός* (iatros), signifiant « médecin » et de *γεννάω* (gennân), « engendrer », suggérant un rôle du médecin dans la survenue d'un effet secondaire<sup>4,5</sup>. En 1969, l'OMS proposait une première définition de la iatrogénie médicamenteuse<sup>6</sup> [IA] comme étant « tous les effets nocifs, involontaires et indésirables d'un médicament, se produisant aux posologies normalement utilisées chez l'homme, à des fins prophylactiques, diagnostiques et thérapeutiques, ou pour des modifications des fonctions physiologiques ». Cette première définition excluant les phénomènes mineurs, Edwards et Aronson proposent une réactualisation en 2000 : « toute réaction nocive ou désagréable liée à l'utilisation d'un médicament, qui pourrait entraîner un danger lors d'une nouvelle utilisation et qui justifie prévention, traitement spécifique, et/ou modification de la posologie ou arrêt du produit »<sup>7</sup>. La iatrogénie médicamenteuse regroupe alors des symptômes très divers, depuis la simple fatigue jusqu'à l'infarctus du myocarde, ou au décès, en lien avec la prise médicamenteuse. Cette dernière définition inclut également l'erreur de prescription et de dosage. Depuis, d'autres définitions sont proposées, comme celle de l'EMA (European Medicines Agency)<sup>8</sup> : « une réaction à un produit pharmaceutique nuisible et inattendue », ou l'Évènement Indésirable Associé aux Soins [EIAS], défini par la HAS comme « un évènement indésirable est un évènement ou une circonstance associée aux soins qui aurait pu entraîner ou a entraîné une atteinte pour un patient et dont on souhaite qu'il ne se produise pas de nouveau »<sup>9</sup>. Cette dernière définition s'applique notamment pour certaines études d'incidence évaluant la iatrogénie.

L'incidence des effets secondaires médicamenteux est un phénomène étudié relativement récemment. En France, plusieurs études de grande ampleur ont été menées : ENEIS (1, 2004, et 2, 2009) et EMIR (2007) permettant de disposer d'estimations à l'échelle nationale :

- EMIR<sup>10</sup> (*Effets indésirables des Médicaments : Incidence et Risque*), diligentée par les centres de pharmacovigilance français, montre que 3,6% des hospitalisations en France sont liées à la iatrogénie médicamenteuse. Ce qui correspondrait à un nombre de 143 915 hospitalisations par an, d'après l'extrapolation de la DGOS (Direction Générale de l'Offre de Soins).
- ENEIS 2<sup>11,12</sup> (*L'enquête nationale sur les événements indésirables liés aux soins*), publiée en 2009 montre que 275 000 à 395 000 effets indésirables graves [EIG] surviennent chaque année lors d'une hospitalisation, dont 95 000 à 180 000 sont considérés comme évitables, soit un peu moins de la moitié. Concernant les soins primaires, 4,5% des hospitalisations étaient motivées par un EIG, soit 330 000 à 490 000, dont 160 000 à 290 000 EIG évitables. Il n'y a pas eu de changement significatif entre les données de 2004 et de 2009.

Certaines données permettent d'évaluer la survenue d'effets secondaires médicamenteux en dehors de l'institution hospitalière en France : le registre ECOGEN, et les études EVISA et ESPRIT.

- Une revue de la littérature sur la prévalence des EIAS d'après les données d'ECOGEN<sup>13</sup> (étude des Éléments de la COnsultation en médecine GENérale) a été proposé par Simon Chabas<sup>14,15</sup>. Incluant 78 études, entre 1980 et 2012, il a été conclu, que pour une journée moyenne de 20 à 30 actes par jour, chaque médecin généraliste pouvait être à confronté à 3 patient-es par jour présentant un EIAS.
- EVISA<sup>16</sup> (*Etude sur les évènements indésirables liés aux soins extrahospitaliers : fréquence et analyse approfondie des causes*) est issue du Comité de coordination de l'évaluation clinique et de la qualité en Aquitaine. Dans cette étude mixte, qualitative et quantitative, l'objectif initial était d'estimer la fréquence des évènements indésirables médicamenteux, leur gravité, leur caractère évitable, d'analyser le contexte et les facteurs contributifs de leur survenue et

d'estimer le coût de la prise en charge hospitalière de ces événements. Environ 71% des cas analysés ont été considérés comme évitables par les médecins hospitaliers. EVISA a par ailleurs permis de mettre en évidence plusieurs facteurs contributifs d'EI, notamment pour les médecins généralistes : les erreurs de choix thérapeutiques par défaut de connaissance (des recommandations), la difficulté de remettre en cause une prescription faite par un-e spécialiste, et les problèmes de communication entre médecin traitant et autres soignants.

- ESPRIT<sup>17</sup>, Etude nationale en Soins PRImaires sur les événements indésirables, est la prolongation d'EVISA au niveau national. Celle-ci est centrée sur les cabinets de médecine générale. Les auteur-trices concluent à une grande variabilité de fréquence des effets indésirables, de 2 à 240 pour 1000 consultations.

Les chiffres avancés dans ces études sont le reflet de l'ampleur du phénomène du point de vue du coût humain. Le coût économique est lui aussi considérable, considérant les soins à apporter en supplément à chaque personne touchée par la iatrogénie médicamenteuse. Il est estimé, en France, à environ dix milliards d'euros par an, incluant les prescriptions considérées comme inappropriées et les coûts induits par la iatrogénie<sup>18</sup>. L'Assurance maladie, quant à elle, estime que la prise de médicaments s'est aujourd'hui banalisée et ces risques sont trop souvent sous-estimés<sup>19</sup>.

Dans les différentes études citées, la notion d'évitabilité est abordée. Il n'existe pas à ce jour de définition standardisée et chaque auteur-trice élabore un protocole propre à une étude donnée<sup>20</sup>. Nous ne pouvons retenir une méthode spécifique, mais ce qui est le plus couramment observé est la conformité des prescriptions aux recommandations de bonne pratique. Ce critère est critiquable, les recommandations évoluant dans le temps et ne prenant pas toujours en compte les particularités individuelles, ou les critères d'exclusion des études cliniques.

La réduction des EI est à ce jour une réelle préoccupation. Elle est inscrite dans le Code de la Santé Publique depuis plus de dix ans (rapport annexé à la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique).

## II. L'émergence de la notion de balance bénéfice-risque.

La notion de balance bénéfice-risque émerge en 1962 lors des amendements Kefauver-Harris du « Federal Food, Drug, and Cosmetic Act », loi fédérale américaine initialement promulguée en 1938 et visant à renforcer le contrôle de la FDA (United States Food and Drug Administration), notamment en matière d'autorisation de mise sur le marché. Ces amendements découlent directement de l'affaire de la *thalidomide*. Les politiques américains témoignent de la volonté d'améliorer, une nouvelle fois, l'évaluation des médicaments avant leur mise sur le marché. Les nouvelles molécules ne doivent pas seulement montrer qu'elles sont sûres, mais doivent faire la preuve de leur efficacité, avant leur possible commercialisation<sup>21,22</sup>.

Le bénéfice attendu d'une molécule est estimé dans une population donnée par les études cliniques réalisées<sup>23</sup>. Les risques proviennent de toutes les données de pharmacovigilance recueillies depuis la primo-utilisation en recherche scientifique de la molécule, ainsi que des possibles interactions médicamenteuses. Ces deux données sont évolutives, en fonction des résultats des études complémentaires et du recueil effectué par toutes les bases de pharmacovigilance. C'est ce que la Revue Prescrire appelle la « balance bénéfices-risques au niveau collectif »<sup>24</sup>.

La prise en compte de la notion de bénéfices-risques est apparue comme essentielle lors d'une prescription d'une thérapeutique ou de sa reconduction. La balance bénéfices-risques n'est pas immuable et est amenée à évoluer dans le temps, d'où la nécessité de réévaluer régulièrement chaque prescription avec les dernières données de l'Evidence-Based Medicine<sup>25</sup>, afin d'assurer la qualité des soins.

Les Etats-Unis furent les pionniers dans le domaine de la sécurité liée aux produits de santé. Longtemps, les médecins furent expérimentateurs de nouvelles pratiques et techniques. L'usage de thérapeutiques médicamenteuses ou chirurgicales était alors soumis à l'approbation unique du prescripteur-trice, quels que soient les risques potentiels. Aujourd'hui la pratique est standardisée

dans de nombreux domaines, avec l'émergence de recommandations de pratiques professionnelles, mais le-a prescripteur-trice a le dernier mot.<sup>26</sup>

Les instances de contrôle du médicament<sup>27,28</sup> (EMA pour l'Union Européenne, FDA pour les Etats-Unis, ANSM pour la France, et autres), donnent leur avis pour la mise et le maintien sur le marché de nouvelles molécules. La balance bénéfices-risques est évaluée à l'échelle globale, se basant sur les données mises à disposition par les demandeurs de l'autorisation de mise sur le marché : les industriels du médicament. Ces données ne sont pas chiffrables de manière algorithmique<sup>23</sup>, et cette balance peut être biaisée. Les firmes ne mettent parfois pas à disposition toutes les études réalisées<sup>29</sup>. Les études cliniques sont menées dans une population ciblée, aboutissant à des preuves valables dans un cadre similaire ou identique. Elles sont donc un reflet parcellaire de l'efficacité d'une molécule. Lors de son autorisation de mise sur le marché, la liste évolutive des contre-indications relatives et absolues connues est publiée. Une zone d'incertitude scientifique, où les études cliniques n'ont pas encore apporté de réponses fiables, est alors laissée à l'appréciation personnelle du praticien-ne.

Au niveau individuel-le, tou-tes ne veulent pas prendre les mêmes risques. L'information au patient-e est un prérequis indispensable, qui a été inscrit dans la loi française depuis le 4 mars 2002, par le biais de la loi Kouchner<sup>30</sup>. Les soignants de proximité seraient les mieux placés pour estimer la balance bénéfices-risques, en opposition aux organismes, agences ou aux industries pharmaceutiques<sup>24</sup>.

### **III. Les affaires sanitaires et l'influence de l'industrie pharmaceutique.**

Ces dernières années, la littérature scientifique et la presse grand public ont fait écho à de nombreuses affaires sanitaires : les plus récentes sont celles concernant le *Médiator*<sup>®</sup> (*benfluorex*)<sup>31</sup>, resté commercialisé plus de trente-trois ans, ou le *Vioxx*<sup>®</sup> (*rofécoxib*). A la lumière de ces affaires,

de nombreux travaux ont mis au jour les stratégies du système d'influence de l'industrie pharmaceutique<sup>32</sup>. Une des conséquences de cette influence, pour le sujet qui nous occupe ici, réside surtout dans l'augmentation de l'exposition induite au risque médicamenteux<sup>33,34</sup>. La population française en a aujourd'hui conscience, et sa confiance envers l'industrie pharmaceutique et les agences de contrôle sanitaire a été sévèrement écornée.

L'influence de cette industrie spécifique est majeure, d'autant plus qu'elle est passée maîtresse dans l'exercice d'un lobbying appuyé et efficace sur tous les maillons aboutissant à la délivrance de leurs produits<sup>35</sup>. Figurant au tableau des entreprises les plus rentables au monde, les industriels du médicament investissent à ce jour plus dans le marketing que dans le Recherche et le Développement<sup>36</sup>. Les stratégies mises en œuvre pour prospérer prennent leurs distances avec les anciennes techniques représentées par la visite médicale<sup>37</sup>.

En opposition, des contre-pouvoirs essaient de rationaliser les prescriptions et de limiter le phénomène de surmédicalisation émanant de la vision de la santé des industriels du médicament et de la santé en général. Comme un jeu d'équilibrage des forces se mettant en place après une prise de conscience grandissante, de nombreuses stratégies sont mises en place pour contrebalancer l'influence du « tout prescrire »<sup>36,37,38,39,40,41,42,43,44</sup>.

Ce rôle d'influence de l'industrie pharmaceutique se fait au grand jour par le biais de la visite médicale des professionnels prescripteurs-trices : médecins, sages-femmes, infirmière-es ou délivreurs-vreuses, les pharmaciens-nes. Mais elle se fait également par de multiples voies : formation scientifiques invitations, participations aux congrès, prise en charge de leurs frais, monopole de certaines molécules dans les pharmacies centrales des hôpitaux... Cet effort de l'industrie n'est pas vain. En effet, pour de nombreux professionnels de santé comme pour les patient-es, la prescription d'une thérapeutique médicamenteuse est la conclusion la plus fréquente d'une consultation et particulièrement en médecine générale<sup>45,46</sup>.

La pression de l'industrie s'effectue aujourd'hui également auprès de la population générale, notamment pour des produits de santé en vente libre. La publicité pour des produits sans

ordonnance est autorisée en France<sup>44</sup>. Ils ne sont pourtant pas dénués d'effets secondaires. Il faut cependant compter sur une meilleure formation des personnels des officines pour délivrer un conseil, et sur l'éthique et le respect de leur Code Déontologie des pharmaciens pour mettre à disposition des patient-es les produits ayant la meilleure balance bénéfico-risque. Seulement, le risque de corruption consciente ou inconsciente par l'argent est présent et doit être pris en considération.

Nombreux sont les médecins qui ne croient pas à la puissance de cette influence pourtant largement documentée<sup>47</sup>. Pour expliquer cela, le concept psychologique de l'unique invulnérabilité met en exergue que nombre de prescripteur-trices ne se sentent pas influencés, mais peuvent admettre que les autres le sont<sup>48</sup>. La prise de conscience est bien présente mais lente à se mettre en place, et si une contre pression efficace existe en faveur des prescripteur-trices, elle ne les concerne pas tous.

En France, la prise de conscience vis-à-vis de l'influence de l'industrie pharmaceutique et de la surmédicalisation gagne principalement les étudiants en médecine et les jeunes médecins généralistes<sup>50</sup>. En témoigne la récente campagne « No free lunch » du syndicat d'internes en médecine générale<sup>51</sup>, l'ISNAR-IMG, et la charte des Doyens en réponse au classement des facultés de médecine<sup>52</sup>. Les gériatres sont historiquement les principaux promoteurs-trices de la sécurité sur les ordonnances, c'est dans leur culture de savoir quand prescrire ou déprescrire, comme en témoignent les nombreuses études sur le sujet<sup>53</sup>.

#### **IV. Les spécificités de la prescription médicamenteuse en France.**

La France est un des pays au monde les plus dépensiers en médicaments. En 2011, les dépenses étaient estimées à 34,7 milliards d'euros<sup>54</sup>. Elle est au 2<sup>ème</sup> rang européen et au 5<sup>ème</sup> rang mondial<sup>55</sup>. Ces dépenses incluent une prescription de nouveaux médicaments et de produits princeps

importante, et une proportion de génériques moindres par rapport aux autres pays européens<sup>56</sup>. En 2002, Béraud démontrait que la France se distinguait par une consommation élevée de médicaments n'ayant pas fait la preuve de leur efficacité<sup>57</sup>. La France doit réduire sa consommation de médicaments pour réduire la proportion des effets secondaires médicamenteux<sup>12</sup>.

A l'inverse d'autres pays, la consultation médicale se termine 9 fois sur 10 par une ordonnance<sup>58</sup>. Aux Pays-Bas, ce chiffre est de 43,2%, et en Allemagne de 72%<sup>59</sup>. Il se pose la question du contexte économique-socio-culturel qui serait responsable de ces disparités. Sophia Rosman propose une réponse, en s'intéressant aux pratiques distinctes de prescription des médecins généralistes en France et aux Pays-Bas<sup>60</sup>. Bien qu'il s'agisse d'une enquête qualitative dont les résultats ne peuvent être représentatifs de la totalité des pratiques, elle permet d'identifier deux manières de prescrire : soit dans une logique de réparation, soit de restriction.

Prescrire permettrait de « montrer de la compassion au patient », de « soulager ses symptômes » et de « répondre à sa demande ». Pour Sophia Rosman, derrière cette compassion, le « rituel de l'ordonnance » permettrait aussi de maintenir ce lien instauré et également de répondre aux contraintes de fidélisation et de pérennité financière du cabinet. Le paiement à l'acte intervient dans la pratique de prescription : l'ordonnance agirait comme un contre-don. Aux Pays-Bas, il n'y a pas de règlement financier lors de la consultation, permettant de s'affranchir de l'ambiguïté commerciale. Sur ce point, nous ne disposons pas de données dans les départements français où la pratique du tiers-payant intégral existe. Il s'agirait également de valider la légitimité professionnelle à travers l'acte de prescription. Une des hypothèses avancées est que le mode des rémunérations des médecins français favoriserait la prescription. Les médecins voudraient alors fidéliser leurs patient-es en prescrivant, en répondant aux attentes suspectées de leurs patient-es<sup>61,62</sup>. Seulement, il s'agirait plus d'attentes présumées des patient-es, que d'attentes sondées et écoutées<sup>62</sup>.

L'étude conduite par Sophia Rosman objective surtout la complexité de l'acte de prescrire, qui ne repose pas uniquement sur l'EBM mais aussi sur des contraintes liées à la pratique, au médecin et aux patient-es. Le système de santé français paraît cependant ouvert à des modifications,

comme en témoigne l'enquête IPSOS pour la CNAMTS en 2005<sup>59</sup>. Les français-es seraient prêts à remettre en cause l'équation consultation = ordonnance = médicament. Si, comme le remarquent Pound et son équipe, en 2005, dans leur synthèse des études qualitatives sur la prise médicamenteuse, les résistances aux médicaments sont largement liées à leurs effets secondaires<sup>63,64</sup>.

## **V. Reconduire ou déprescrire.**

En France, la majorité des médecins traitants sont des médecins spécialistes en médecine générale<sup>65</sup>. Par le biais de la loi HPST (Hôpital Patient Santé Territoire)<sup>66</sup>, le-a médecin traitant se voit attribuer légalement le rôle de médecin de synthèse, de coordination des soins et des prescriptions<sup>67</sup>. Adossant ce rôle, il est légalement en capacité de modifier les ordonnances de ses confrère-sœurs spécialistes ou autres intervenants du patient-e afin notamment de s'assurer de la sécurité de soins et de la limitation des interactions médicamenteuses.

Longtemps mis dans le cadre du renouvellement d'ordonnance, la notion de réévaluation de son contenu plus que de sa reconduction est une conception qui a emporté la conviction. Ce terme correspondrait notamment mieux aux attentes des patient-es, et à la pratique quotidienne en médecine générale<sup>68</sup>. La primoprescription, que ce soit en ambulatoire ou en milieu hospitalier, a lieu dans un contexte donné susceptible d'évoluer. Il s'agit de vérifier la pertinence de la prescription au regard de sa balance bénéfices-risques.

Le terme de « réévaluation » va de pair avec l'émergence du terme « déprescription médicamenteuse ». Déprescrire est le « processus d'arrêt d'un médicament inapproprié, supervisé par un professionnel de santé dans le but de gérer les risques de la polymédication et d'améliorer l'état de santé du patient. »<sup>69</sup>. C'est une démarche volontariste et sécuritaire<sup>70</sup>. La réévaluation ou la déprescription sont des concepts opérationnels ayant pour objectif de rationaliser la prescription et de limiter la iatrogénie.

Or, jusqu'à présent, d'après Anne Vega, la formation initiale en médecine habitue les généralistes à ne pas intervenir dans les décisions de confrère-sœur, à fortiori plus spécialisées, d'où des reconductions automatiques d'ordonnances, « peu contrôlées »<sup>71,72</sup>. Certains travaux sur la déprescription laissent entrevoir qu'il est encore plus difficile qu'habituellement de déprescrire un traitement initié par un-e autre médecin<sup>73</sup>. Les médecins généralistes auraient peur de rompre l'équilibre thérapeutique surtout si un-e autre spécialiste était le-a primo-prescripteur-trice<sup>74</sup>. Alors que certains travaux suggèrent au contraire que les patient-es accueilleraient favorablement l'idée d'une déprescription<sup>75</sup>.

## **VI. La réévaluation d'ordonnance en médecine générale.**

Dans le contexte d'une volonté de réduction des prescriptions inappropriées<sup>76</sup>, il semblait utile d'étudier les pratiques des médecins généralistes français-es quant à la réévaluation d'ordonnance et la gestion du désaccord avec un-e autre prescripteur-trice.

### **1. Question de recherche :**

Comment pratiquent les généralistes lorsqu'ils sont en désaccord avec une prescription médicale dont ils identifient la balance bénéfices-risques comme défavorable ?

Quels seraient, pour les médecins traitants, leur légitimité, leurs motivations ou leurs freins, à modifier, de manière argumentée, une prescription initiée par un-e tiers-e ? Cet angle de recherche a été choisi en partant du principe que le regard critique que peuvent avoir les prescripteur-trices sur leurs pair-es peuvent nourrir leur réflexion par rapport à leur propre manière d'initier une

thérapeutique. Le second motif est de permettre l'identification d'un levier supplémentaire pour le contrôle et la rationalisation et éventuellement limiter la prescription médicamenteuse.

## **2. Hypothèse de recherche :**

Le cadre légal actuel de la prescription a changé depuis la loi HPST. C'est au médecin traitant d'en assurer et assumer la responsabilité. Notre hypothèse est que le·a médecin traitant ne s'en saisit pas lors de la reconduction d'un traitement pour en réévaluer la prescription. Les explications possibles restent à définir.

Lors d'une prise en charge thérapeutique conjointe d'un·e patient·e, le·a médecin traitant ne se sentirait pas totalement légitime pour réévaluer l'ensemble des prescriptions médicales avec sa propre appréciation de la balance bénéfice-risque.

## **3. Objectifs de recherche :**

L'objectif principal de ce travail était d'obtenir des éléments concrets des pratiques actuelles en médecine générale sur la réévaluation de prescriptions dont le·a médecin généraliste traitant n'est pas le·a primo-prescripteur·trice et dont la balance bénéfices-risques est défavorable.

Les objectifs secondaires étaient d'identifier de possibles axes d'amélioration permettant de garantir aux patient·es la sécurité minimale quant à la prise en charge de leur santé ; et d'obtenir des données permettant la création d'un enseignement spécifique, afin de mieux former les médecins à leur rôle de synthèse dans les prescriptions médicales, et d'améliorer la collaboration interprofessionnelle.

*« Tout homme est sujet à l'erreur, toute médecine est dangereuse.*

*Mais erreur pour erreur, danger pour danger, je préfère encore*

*le médecin qui nous laisse mourir au médecin qui nous tue. »*

Madame de Girardin ; Maximes et pensées, 1855

# MATERIEL ET METHODES

Pour répondre à notre question de recherche, nous avons choisi de puiser dans les méthodologies des sciences sociales, riches de la diversité et de la pertinence de leurs approches.

## **I. Une étude qualitative.**

Une étude qualitative, descriptive, socio-anthropologique, par entretiens collectifs auprès de médecins généralistes, a été conduite avec pour fil directeur les différents items de la grille COREQ [COsolidated criteria for REporting Qualitative research]<sup>77</sup>.

La méthode qualitative est adaptée pour répondre à des questions complexes, et pour comprendre les représentations et les comportements humains et sociaux. Elle était la plus adaptée pour enquêter sur les représentations et le ressenti des médecins généralistes concernant leurs pratiques de prescription. Par rapport à la méthode quantitative, cette méthode permet de comprendre plus finement les pratiques professionnelles, étant donné que la discussion est interactive et permet les relances sur les propos des participant-es. Il s'agit d'explorer aussi bien les « comment » que les « pourquoi ».

## **II. Bibliographie et travail préliminaire.**

La recherche bibliographique a été effectuée durant vingt-neuf mois, entre mai 2017 et octobre 2019. Sa pertinence a été vérifiée avec l'aide des bibliothécaires de l'Université Lyon I.

Les bases de données et moteurs de recherche suivants ont été interrogés : BIU Santé, BU Université Lyon I, CAIRN, EM Premium, Google et Google Scholar, Lissa, PASCAL, PubMed MEDLINE,

SUDOC, Scopus, theses.fr, et Web of Science. Des recoupements ont été effectués avec les bibliographies des articles et des thèses intéressant notre sujet.

La bibliographie est rédigée aux normes Vancouver [Annexe I].

### **III. Les entretiens collectifs.**

Une base de trois entretiens collectifs a initialement été définie, puis il a été prévu d'effectuer des entretiens collectifs complémentaires dont le nombre sera défini en cours d'étude en répondant au principe de saturation des données<sup>80</sup>. Le modèle sature lorsque la construction théorique se renforce par la répétition d'informations déjà connues<sup>81</sup>.

Le terme d' « entretien collectif » a été préféré à celui de focus-group, selon les recommandations du GROUM.F (GROUpe Universitaire de recherche qualitative Médicale Francophone).

### **IV. Recrutement des participant-es.**

La population étudiée est composée de médecins généralistes en exercice. L'échantillon a été dirigé par convenance et en variation maximale sur des critères d'âge, de lieu d'exercice (rural, semi-rural, et urbain), de lectures professionnelles. Le but n'était pas d'obtenir un échantillon représentatif mais d'explorer la diversité des points de vue de personnes ayant une expérience particulière. Les futur-es participant-es ont été contacté-es en face à face, par téléphone ou par mail, en précisant seulement que le sujet concernait « la prescription en médecine générale ».

Les critères d'inclusion étaient d'être médecin spécialiste en médecine générale, pratiquant la médecine générale en Région Auvergne-Rhône-Alpes, et en dehors de l'institution hospitalière. N'ont pas été inclus-es les médecins spécialistes en dehors de la médecine générale et de la gériatrie, médecins exerçant exclusivement en milieu hospitalier.

Pour les entretiens collectifs, nous avons choisi de demander leur participation à des groupes de pair-es préexistants. Nous les avons contacté-es par connaissance directe ou par le biais d'un interlocuteur commun. Leur participation était soumise à l'accord du groupe. La demande formulée est la participation à un entretien collectif dans le cadre d'un travail de thèse concernant la prescription en médecine générale. Aucune autre information concernant le sujet n'a été divulguée afin de ne pas influencer les résultats.

Il s'agissait de respecter l'homogénéité sociale relative du groupe, afin de favoriser la parole de chacun-e. La présence de médecins d'autres spécialités ne permettrait pas, dans un premier temps, de faire émerger les problématiques propres aux médecins généralistes. Les MG remplaçants ont été inclus car ils étaient indissociables de certains groupes de pair-es et pouvaient enrichir le débat.

Cette étude a bénéficié de l'avis favorable du comité d'Ethique de l'Université Claude Bernard – Lyon I : numéro IRB : 2019-03-05-03 [Annexe IV].

## **V. Guide d'entretien et questionnaire.**

Il s'agissait d'élaborer un guide d'entretien simple, et structuré avec un faible nombre de questions ouvertes, permettant la libre expression de chacun-es. La constitution d'un guide d'entretien thématique formalisé permet d'anticiper des stratégies d'analyse<sup>6</sup>. Il était conçu comme un fil directeur de la discussion, et il fallut en prévoir les ressorts et les étapes. L'élaboration du guide d'entretien et de la méthode a été effectuée avec la lecture de références dans le domaine des sciences sociales, ainsi qu'à la lumière des enseignements dispensés par la faculté de médecine Lyon Est sur le sujet<sup>82,83,84</sup>.

Le canevas d'entretien [Annexe II], a été réalisé après une revue de la littérature sur notre sujet et avant de débiter notre étude. Il a été relu et discuté avec le directeur de thèse afin de vérifier sa pertinence, sa formulation et son architecture globale. Il a été testé lors d'un entretien

collectif préliminaire et des modifications ont été apportées. Comme pour tout guide d'entretien selon la méthode qualitative, il était prévu qu'il soit modulable après chaque entretien collectif.

Le guide d'entretien a été structuré de manière à explorer :

1. La balance bénéfices-risques, afin de permettre l'échange entre participant-es sur leurs représentations personnelles.
2. L'initiation ou la reconduction d'ordonnance. Le terme de « reconduction » a été utilisé afin de ne pas utiliser les termes habituels tels que « renouvellement d'ordonnance » (terme le plus fréquemment usité à notre connaissance) ou « réévaluation d'ordonnance » (plus utilisé dans le cadre de la formation universitaire ou des stages de DES ambulatoire).
3. La réaction des patient-es identifié-es par les prescripteur-trices.
4. Les besoins des médecins généralistes présent-es et leur avis concernant le texte de la loi HPST spécifiant le rôle des médecins généralistes dans la synthèse des prescriptions.

Un questionnaire quantitatif [Annexe III] a été associé à la fin des entretiens collectifs afin de prendre connaissance de certaines caractéristiques des participant-es. Il est précisé en début d'entretien que ceux-ci étaient enregistrés, et seraient supprimés avant la publication du travail.

## **VI. Déroulement de l'étude.**

Les entretiens ont été réalisés entre le 20 mars 2019 et le 1<sup>er</sup> juillet 2019, sur le lieu de travail ou le domicile d'un-es des participant-es, en soirée. L'entretien collectif préliminaire réalisé le 10 janvier 2019, permettant de valider le questionnaire, a été inclus. Ils étaient précédés d'une explication concernant les implications de la participation, ainsi que de la remise d'un document présentant la recherche et du formulaire de consentement [Annexes V et VI]. L'anonymisation a été mise en place dès le début de chaque entretien, en désignant chaque participant-e par une lettre commune à la session d'entretien puis d'un chiffre débutant à 1. Il se terminait par le recueil de

données sociodémographiques. Après chaque entretien, l'investigateur rédigeait les impressions de l'entretien dans le carnet de bord.

Le premier entretien collectif a été animé par le directeur de thèse, et les suivants par le thésard. La structuration de l'entretien a été définie de manière à : présenter le chercheur et le cadre du travail de recherche, demander le consentement oral et écrit pour la participation et l'enregistrement, rassurer sur l'anonymat, et favoriser les échanges sur le sujet en suivant le guide d'entretien.

Les entretiens ont bénéficié d'un double enregistrement. Le stockage des enregistrements a été effectué sur un serveur sécurisé, via le site *Claroline Connect* de l'Université Lyon I. Les enregistrements audios ont été détruits après retranscription intégrale.

La retranscription intégrale a été faite en mot à mot avec l'utilisation du *Lecteur Windows Media*® 12 et d'un logiciel de traitement de texte, *Microsoft*® *Word 365*. Le langage employé à l'oral a été respecté à l'écrit, sans usage de l'écriture inclusive. Les événements verbaux (intonations) et non verbaux (hésitations, rires, temps de réflexion...) ont été annotés.

## **VII. Implication du chercheur.**

La recherche universitaire suppose une certaine objectivité dans la recherche qualitative. Afin de s'en approcher, il nous a paru nécessaire que le chercheur se positionne afin de comprendre sa propre subjectivité. Le préambule est une première approche de son implication, expliquant les raisons conscientes du choix de ce sujet en début de travail. C'est justement en étant conscient de sa propre subjectivité qu'il est alors possible d'adopter la posture la plus compréhensive possible.

Le chercheur disposait de compétences d'animation préalables, présupposant une neutralité dans la modération et une écoute empathique d'autrui. Le principe phare est d'impulser et d'entretenir la dynamique de groupe, de favoriser les échanges sans exprimer son point de vue sur la question.

L'investigateur principal connaissait directement cinq des participant-es, faisant partie de son cercle de connaissances : A2, B2, C1, D3 et D6, et dont l'un-e d'ell-eux étaient un-e de ses maître-sses de stage d'internat.

## **VIII. Analyse des données.**

Une analyse thématique a été conduite dans un démarche inductive générale.

Trois étapes étaient nécessaires. Nous avons réalisé dans un premier temps un codage ouvert des verbatims, en identifiant des segments de texte correspondant à une étiquette expérientielle. Afin de faire émerger les thèmes principaux, les étiquettes ont été réorganisées en catégories, puis organisées entre elles en cartes heuristiques après chaque entretien. L'élaboration des résultats a été le résultat de la synthèse des différentes cartes heuristiques.

Le codage et le traitement des résultats ont été réalisés manuellement, selon la méthode des tables longues. L'analyse a été partiellement triangulée avec une autre chercheuse, en conduisant un étiquetage expérientiel séparément, suivi d'une mise en commun. Le directeur de thèse est intervenu lors de difficultés dans le processus d'analyse.

Les extraits des verbatims sont cités dans les résultats afin de respecter la parole des participant-es, tels quels.

L'analyse des données quantitatives et la recherche des liens d'intérêts sur la base [Transparence.sante.gouv.fr](https://transparence.sante.gouv.fr) ont été effectuées à l'aide de la plateforme Eurofordocs<sup>85,86</sup>, consultée le 20 septembre 2019.

## **IX. Validité de l'analyse.**

A la lumière des considérations faites par le chercheur sur l'analyse de son positionnement et de sa subjectivité, il convient néanmoins d'assurer toute la fiabilité et crédibilité à cette étude. La triangulation des données était prévue. Le contrôle sur le matériel entier, permettant d'assurer la pertinence des interprétations formulées au regard de tout le corpus, a été effectué.

## **X. Financement.**

Cette thèse n'a reçu aucun financement extérieur, que ce soit de l'industrie pharmaceutique ou de donateurs personnels. Le financement a été assuré intégralement par le thésard.

Un des dictaphones ayant servi à l'enregistrement a été prêté par le département de Sciences Humaines et Sociales de l'Université Claude Bernard - Lyon I.

# RESULTATS

Les retranscriptions ad integrum de chaque entretien se trouvent dans l'annexe numérique de ce volume.

## I. Description des entretiens.

Un entretien collectif pilote a été réalisé. Il a été inclus dans les résultats en raison de sa richesse. Il a permis d'affiner le canevas d'entretien et les techniques de communication du chercheur. Trois autres entretiens collectifs ont été réalisés entre le 20 mars et le 2 juillet 2019. Le troisième entretien n'a pas apporté d'éléments nouveaux, un quatrième entretien a été réalisé pour affiner les nuances et nous conforter d'avoir approché une tendance à la saturation des données.

Tableau n°1 : Caractéristiques des entretiens

Entretiens	Lieu	Date	Durée	Nombre de participant-es
FG A	Maison médicale de A2	10/01/2019	1h30 et 57 sec	6
FG B	Domicile de B2	20/03/2019	1h46 et 55 sec	5
FG C	Cabinet médical de C6	11/06/2019	2h08 et 28 sec	6
FG D	Domicile de D1	02/07/2019	1h49 et 21 sec	6

## II. Caractéristiques de la population.

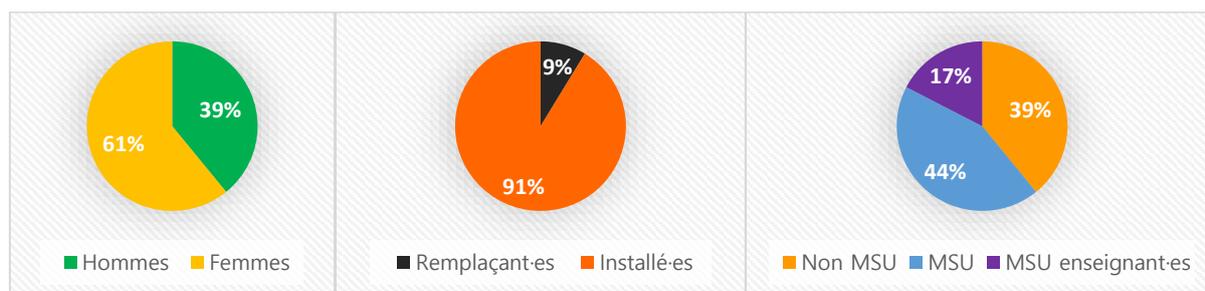
Notre échantillon était composé de vingt-trois médecins spécialistes en médecine générale, comprenant quatorze femmes et neuf hommes. La moyenne d'âge était de 43 ans (30-73 ans). La moyenne d'installation était de 13 ans et 10 mois (1-41 ans). Deux participant-es étaient remplaçant-es.

Tou-tes exerçaient la médecine générale avec une patientèle variée. Sept médecins avaient une pratique spécifique, dont quatre en santé de la femme (SF). Quatorze d'entre ell-eux étaient MSU (maître-sses de stage universitaire), et quatre étaient chargé-es d'enseignement à la faculté de médecine.

Tableau n°2 : Caractéristiques sociodémographiques de la population participante

Participant-e	Sexe	Age	Année d'installation	Type d'exercice	Pratique spécifique	Maître-sse de stage	Enseignant-e
A1	F	62	1984	Urbain	Préfecture	Oui	Non
A2	F	27	remplaçante	Urbain	Non	Non	Non
A3	M	48	2006	Urbain	Non	Oui	Non
A4	F	43	2009	Semi-rural	Non	Non	Non
A5	F	41	2008	Urbain	Non	Non	Non
A6	M	35	2013	Semi-rural	Non	Oui	Non
B1	F	39	2013	Urbain	Non	Oui	Non
B2	F	59	1988	Semi-rural	Non	Oui	Non
B3	M	41	2009	Urbain	Non	Oui	Non
B4	F	49	1998	Urbain	Non	Oui	Non
B5	M	73	1978	Urbain	Non	Non	Non
C1	F	32	remplaçante	Semi-rural	Non	Non	Non
C2	M	32	2014	Semi-rural MSP	Non	Oui	Non
C3	F	43	2007	Semi-rural MSP	SF	NC	Non
C4	M	68	1980	Urbain	Non	Oui	Non
C5	M	37	2010	Semi-rural	Non	Oui	Non
C6	F	32	2018	Urbain	Non	Non	Non
D1	F	34	2014	Semi-rural	SF	Oui	Oui
				groupe			
D2	F	34	2014	Urbain groupe	SF, Pédiatrie	NC	NC
D3	M	47	2003	Semi-rural	Non	Oui	Oui
				groupe			
D4	F	34	2015	Urbain	SF, Sexologie	Oui	Oui
D5	M	43	2009	Urbain	Soutien psychologique	Oui	Oui
D6	F	30	2018	Semi-rural	Addictologie	Non	Non
				groupe			

Diagramme de répartition n° 1 :



- Sexe -

- Installé-es versus remplaçant-es -

- MSU et enseignant-es -

Ils étaient lecteur-trices assidu-es ou non d'une ou plusieurs des revues professionnelles suivantes :



17 (74%)



6 (26%)



2 (9%)



1 (4%)



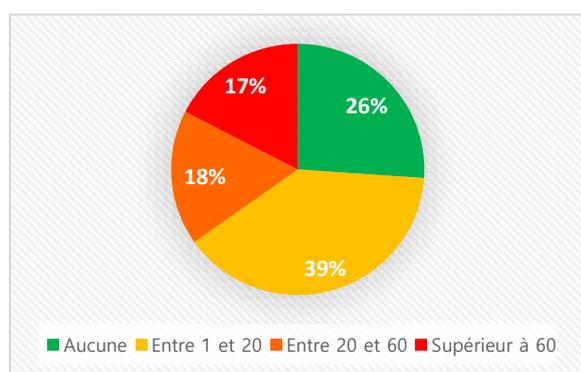
1 (4%)

Tou-tes les participant-es assistaient à des formations médicales continues.

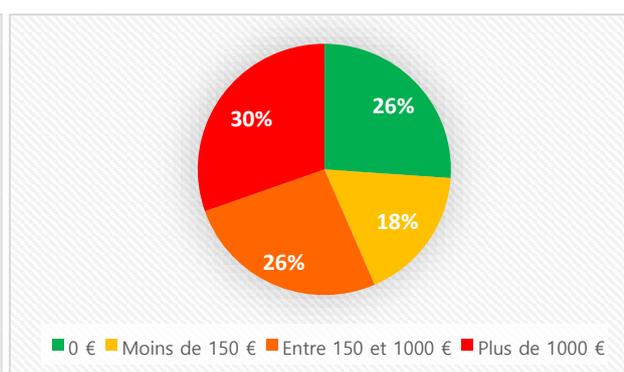
Ils ont tou-tes déclaré-es (en dehors d'une exception pour une formation dispensée par un Ordre départemental des Médecins) que ces dernières n'étaient pas financées par l'industrie pharmaceutique (les réponses des participant-es ont été retranscrites telles qu'elles ont été rédigées sur le questionnaire).

En consultant la base [transparence.sante.gouv.fr](https://transparence.sante.gouv.fr), dix-sept avaient participé à des réunions dont le financement de la formation, de l'hébergement ou du repas provenait des industries du médicament (Avantages ou Conventions), dont sept dans le courant de l'année 2019.

Diagrammes de répartition n°2 :



- Nombre de conventions/avantages -



- Répartition des sommes répertoriées -

Tableau n°3 : Spécificités de formations (GP : Groupes de pair-es)

Participant·e	Lectures professionnelles	Formations	Financées par l'industrie	Visite médicale	Base Transparence Santé Nb d'avantages/conventions
A1	Prescrire	Oui, MGForm	Non	Non	16 (dernier en 2017) 381 €
A2	Prescrire	Oui	Non	Non	Aucune donnée
A3	Prescrire	Oui	Non	Non	128 (dernier en 2018) 3091 €
A4		Oui	Non	Non	Aucune donnée
A5	Prescrire	Oui, MGForm	Non	Non	111 (dernier en 2016) 2579 €
A6	Prescrire, Exercer	Oui	Non	Non	7 (incluant 2019) 81 €
B1	La Revue du Praticien	Oui	Non	Non	26 (dernier en 2018) 642 €
B2	EMC	Oui	Non	Oui	58 (incluant 2019) 2609 €
B3	Prescrire	Oui	Non	Non	38 (dernier en 2018) 1124 €
B4		Oui	Non	Oui	113 (incluant 2019) 3318 €
B5	Aucunes	Oui	Non	Oui	58 (incluant 2019) 1515€
C1	Prescrire	Oui, MGForm, Journée MG	Non/ Oui (Ordre)	Non	11 (incluant 2019) 228€
C2	Prescrire, Médecine	Oui, MGForm, CHEM, CNGE	Certainement pas	Non	Aucune donnée
C3	Prescrire, Exercer	Oui, MGForm	JAMAIS	Non	18 (incluant 2019) 429 €
C4	Prescrire	Oui, Syndicat	Non	Oui	159 (incluant 2019) 6121 €
C5	Prescrire, Médecine	Oui	Non	Non	5 (dernier en 2017) 67 €
C6	Prescrire	Oui, DPC, GP	Non	Non	16 (dernier en 2018) 292 €
D1	Aucunes	Oui, DPC	Non	Non	6 (dernier en 2017) 162 €
D2	Prescrire, Exercer	Oui, Paul Savy, CNGE	JAMAIS	NON	Aucune donnée
D3	Prescrire, Exercer	Oui, GP, Paul Savy, CNGE	Mon Dieu NON!	NON	5 (dernier en 2016) 119 €
D4	Prescrire, Exercer	Oui, Paul Savy, CNGE	NEVER	NEVER	1 (dernier en 2013) 14 €
D5	Prescrire, Exercer	Oui, Paul Savy et CLGE	NON!	NON!	Aucune donnée
D6	Prescrire	Oui, Paul Savy	NON	NON	Aucune donnée

### III. Analyse transversale.

## PLAN DE L'ANALYSE

#### PREMIERE PARTIE :

<b>1. ENTRE BALANCE BENEFICES-RISQUES ET EXERCICE MEDICAL.</b>	<b>48</b>
1.1. L'analyse de la balance bénéfices-risques : un processus de réflexion.	48
1.2. La rationalité de l'analyse de la balance bénéfices-risques.	52
1.2.1. La transposition aux patient-es des données des études cliniques.	52
1.2.2. Les caractéristiques individuelles du-de la bénéficiaire de la prescription.	53
1.2.3. La prise en compte de la responsabilité sociale.	54
1.2.3.1. L'antibiorésistance.	54
1.2.3.2. Le coût économique.	55
1.2.4. Les données évolutives en fonction de la temporalité.	55
1.3. La subjectivité de l'analyse de la balance bénéfices-risques.	56
1.3.1. La conception individuelle du risque.	57
1.3.2. La peur de nuire aux patient-es.	58
1.3.3. Le reflet des représentations des participant-es.	58
1.4. Les représentations des prescripteur-trices.	59
1.4.1. La confiance dans le médicament.	59
1.4.2. Les représentations forgées par la formation médicale initiale.	61
1.4.3. L'apprentissage de la BBR en formation professionnelle continue et par la presse médicale.	63
1.4.4. Puis par l'expérience personnelle et professionnelle.	64
1.4.5. Par l'information grand public.	67
1.4.6. La fiabilité des sources d'information.	68
1.5. Les spécificités de l'exercice de la médecine générale.	70
1.5.1. Une approche globale des patient-es.	70
1.5.2. Une temporalité propre aux soins premiers.	71
1.5.3. La critique de l'approche centrée sur la maladie.	72
1.5.3.1. La critique du protocole et de la surprescription.	72
1.5.3.2. Des compétences de prescription équivalentes aux autres spécialistes.	73
1.5.4. L'approche centrée-patient-e comme règle.	75
1.5.5. La valorisation de la réflexion et l'expression des doutes.	77
1.5.6. L'obligation d'information des malades.	78

## DEUXIEME PARTIE :

<b>2. EVALUER UNE PRESCRIPTION MEDICALE.</b>	<b>80</b>
2.1. Les différences d'évaluation d'une prescription.	80
2.1.1. Choisir ses propres sources et référentiels.	81
2.1.2. Des degrés de critique variables.	83
2.1.3. Avoir un avis réfléchi en amont sur les thérapeutiques et les examens médicaux.	86
2.1.3.1. Choisir son outil de travail.	86
2.1.3.2. Les points de désaccords sur différentes classes médicamenteuses.	87
2.1.3.2.1. Les critiques sur la balance bénéfices-risques du médicament.	88
2.1.3.2.2. Le choix de molécules dans une classe médicamenteuse.	89
2.1.3.2.3. Les cas de médicaments à haut risque nocif.	90
2.1.3.2.4. Le cas particulier des vaccins.	91
2.1.3.3. La balance bénéfices-risques au regard du coût économique.	91
2.1.3.4. L'évocation du surdiagnostic.	92
2.1.4. Des désaccord entre spécialités.	92
2.1.4.1. L'expression d'approches différentes entre les MG et les autres spécialistes.	92
2.1.4.1.1. Entre MG et cardiologues.	93
2.1.4.1.2. Entre MG et diabétologues.	94
2.1.4.1.3. Entre MG et rhumatologues.	95
2.1.4.1.4. Entre MG et gynécologues.	95
2.1.4.2. La notion d'insuffisance professionnelle.	96
2.1.5. Le cadre légal de certaines prescriptions.	97
2.2. Le changement sur une ordonnance attire l'œil des participant-es.	98
2.2.1. L'impact émotionnel à la découverte du changement.	98
2.2.2. Accueillir favorablement la remise en question.	101
2.2.3. Le besoin d'une communication professionnelle de qualité.	103
2.2.4. Reconduire ou réévaluer.	105
2.2.5. Les différents sens du concept de réévaluation d'ordonnance.	108

## TROISIEME PARTIE :

<b>3. GERER LE DESACCORD.</b>	<b>111</b>
3.1. Les questionnements de la confraternité.	111
3.2. La volonté de protéger le-a patient-e.	113
3.3. L'obligation de se positionner entre le-a patient-e et le-a prescripteur-trice initial-e.	114
3.4. La difficulté d'être en conflit.	117

3.5. Les moyens d'échanges avec le-a prescripteur-trice initial-e.	118
3.5.1. L'usage du téléphone.	118
3.5.2. L'usage du courrier.	120
3.5.3. Des échanges pas toujours cordiaux.	122
3.6. L'expression du désaccord avec le-a patient-e.	123
3.6.1. Les patient-es donnaient de la légitimité à l'expression du désaccord.	123
3.6.2. S'exprimer, discuter et convaincre le-a patient-e.	126
3.7. Le choix de reconduire la prescription.	127
3.7.1. Le risque médicolégal.	127
3.7.2. Les limites propres à chaque généraliste.	130
3.7.3. Refuser la reconduction.	131
3.7.4. Ou accepter la reconduction.	134
3.8. Les stratégies d'anticipation du désaccord.	136
3.8.1. La demande de compétences spécifiques.	137
3.8.2. Le choix de ses interlocuteurs/partenaires.	138
3.8.3. L'autonomie dans la pratique.	139
3.9. La récompense.	139

#### **QUATRIEME PARTIE :**

<b>4. COORDONNER ET SYNTHETISER.</b>	142
4.1. Du rôle de médecin de coordination et de synthèse.	142
4.2. Un rôle difficile et insuffisamment valorisé.	145
4.3. Travailler en coopération.	147

## PREMIERE PARTIE

### 1. ENTRE BALANCE BENEFICES-RISQUES ET EXERCICE MEDICAL.

Dans cette première partie seront exposé-es les représentations relatives à l'analyse de la balance bénéfices-risques, les données incluses dans son analyse, et le contexte de son application en médecine générale.

L'analyse de la balance bénéfices-risques était au cœur du travail du médecin généraliste.

- « *C'est au cœur du problème, c'est vraiment l'essentiel de notre travail ! C'est de voir s'il y a bénéfice ou risque, c'est d'ailleurs toute l'interrogation !* » B5

#### 1.1. L'analyse de la balance bénéfices-risques : un processus de réflexion.

Son analyse pour chaque décision pouvait être vécue comme complexe, tant elle pouvait prendre en compte des facteurs variés et variables, chaque situation de soin étant individuelle. C'était une notion floue.

- « *C'est de peser à la fois, enfin essayer, de prendre en compte les avantages, donc les bénéfices qu'on attend de ce traitement dans la situation, euuuh... chez ce patient-là, donc dans cette situation quand même précise, et parfois complexe.* » A6

Cette notion était constamment utilisée, lors de chaque prise de décision. Il s'agissait d'un guide pour évaluer la pertinence de la décision.

- « *(en riant) Je pense qu'on l'utilise tout le temps [la balance bénéfices-risques] ! Une radio, un scanner, à chaque décision !* » C3

- « *si ce médicament est pertinent ou pas à être prescrit* » A6

Elle était considérée comme un processus réflexif permettant de mettre en lien tous les éléments de la consultation médicale.

- « *Ben ça fait partie de la réflexivité de la consultation, entre la demande, la négociation, les plaintes... les données actuelles de la recherche... cette petite cuisine interne* » D4

Ce processus de réflexion s'enrichissait et s'automatisait avec l'expérience et l'expertise. Une partie de la réflexion était alors inconsciente et intérieure. C'était le résultat d'un apprentissage.

- « *Souvent c'est pas automatique car bien sûr je ne prescris pas des anti-inflammatoires à tout le monde, mais y'a certains trucs qui éveillent telle réaction et la réflexion elle se fait automatiquement je trouve. On réfléchit forcément.* » A2

- « *Euh est-ce que nos routines sont une forme de pratique inconsciente ? [...] parce que finalement on prend en compte de tout un tas d'information pour nos prises de décision avec l'expérience, puis plus tard l'expertise, tout ceci se fait un petit peu de manière automatique et sans qu'on soit obligé de penser : « Tiens, il faut que je pense aux bénéfiques ! Ah tiens, il faut que je pense aux risques ! ». On a déjà pensé à tout ça, on a déjà pesé tout ça parce qu'on l'a déjà fait dix quinze vingt fois... et ça devient une sorte de réflexe. Et ces réflexes sont... euh... est-ce que c'est inconscient ? Euh... Quand je suis inconscient je ne réfléchis plus quoi, et je suis l'objet, finalement, de mon inconscient quand il s'exprime, donc je ne saurai dire ce qui se passe là-bas dedans.* » D3

Ce processus pouvait être explicité au patient-e dans un second temps.

- « *L'utilisation est d'abord intérieure, c'est dans ma phase de réflexion silencieuse que j'évalue la balance bénéfices-risques et dans un deuxième temps que je peux être amené à l'exprimer, ou pas forcément d'ailleurs !* » A3

Ce questionnement concernait tous les éléments de la consultation médicale, mais ne s'appliquait pas de la même manière à chaque prescription.

- « *De la même façon qu'on se posera la question du bénéfices-risques d'un examen complémentaire, de différentes prises en charge, on doit juste choisir le meilleur chemin pour le patient, enfin celui qui aura la meilleure balance.* » B3

- « *Il peut éventuellement y avoir un automatisme pour une imagerie, pour un traitement médicamenteux y'a rarement un automatisme, enfin c'est rarement automatique.* » A3

- « *Et je dirai presque plus que toi [prénom de D3], c'est que ça ne concerne pas uniquement la prescription, mais tous les actes médicaux qui sont... qui sont concernés par cette notion de balance bénéfices-risques.* » D5

« *Tu veux dire que peut-être même dans l'examen clinique... ?* » D3

« *Même dans l'entretien ouai ! Ou dans le... le... Par exemple dans l'entretien motivationnel...* » D5

Elle était utilisée pour prescrire comme pour déprescrire.

- « *mais c'est vrai que la discussion elle est effectivement, comme disait A3, avant tout intérieure ! Ou elle peut être à la fois pour initier un traitement ou pour au contraire en déprescrire un.* » A4

A la différence de l'étude d'une cohorte soumise à un protocole, l'évaluation pragmatique de la BBR se heurtait à la réalité du terrain.

- Extrait :

« *Ce serait plus simple, en fait, de soigner une population comme ça.* » C2

« *Une cohorte !* » C5

« *Une cohorte ! De gérer votre cohorte. En disant : « Cohorte ! Prenez votre médicament ! » (rires aux éclats de tous les participants). Ça serait cool !! En fait ça serait plus facile... On serait dans le bien de tous, en fait s'il y a des pertes c'est pas grave... c'est la survie de la masse... mais c'est pas ça !* » C5

L'analyse de la BBR était dépendante du praticien·ne.

- « Alors là, c'est la synthèse des ordonnances si on veut donner la même ordonnance à plusieurs médecins, et bien en principe on devrait arriver à la même chose, avec cette histoire de balance bénéfices-risques. Sauf que je pense que si on faisait des statistiques, il y aurait des différences. » A5
- « C'est mon fantasme depuis très longtemps qu'un même patient vu par 10 médecins et de voir ce qu'il en sort ! (rires) » A1

Tou·tes les praticien·nes ne mettaient pas les mêmes informations de chaque côté de la balance.

- « « Est-ce que c'est tous les médecins généralistes ? ». La réponse c'est oui, tous les médecins se servent de la balance bénéfices-risques, mais ils ne mettent pas la même chose dans les bénéfices et dans les risques. Comme les spécialistes qui ne sont pas des spécialistes en médecine générale. » D1

Les participant·es avaient des routines, stratégies d'économie mentale, pour pallier l'aspect chronophage de l'analyse.

- « Si on réfléchit, tous nos actes en soit sont reliés à une balance bénéfices-risques, même si le processus intellectuel on ne se le refait pas à chaque fois ! Ça serait trop lourd ! » C2

**SYNTHESE**

**La balance bénéfices-risques était une réflexion professionnelle exercée tout au long de la consultation, en fonction des acteurs, et possiblement partagée avec les patient·es.**

## 1.2. La rationalité de l'analyse de la balance bénéfices-risques.

### 1.2.1. De la transposition au patient-e des données des études cliniques.

La balance bénéfices-risques était basée sur l'indication et l'évaluation initiale du médicament.

- « *Déjà il y a l'indication du traitement, et ensuite la BBR !* » A3
- « *sachant qu'on peut avoir une balance bénéfices-risques déjà du médicament en tant que tel par rapport aux études* » A6

Plusieurs types de bénéfices pouvaient être attendus : amélioration fonctionnelle ou guérison.

- « *Que des médicaments qui sur le papier paraissent hyper intéressants... que ce soit sur le plan fonctionnel ou pour guérir réellement, en fait adapté à la situation parfois ce sera plus négatif qu'autre chose.* » A2

Les évaluations médicamenteuses, effectuées sur des cohortes théoriques, n'étaient pas forcément transposables à l'exercice de terrain. C'était toute la réalité de l'exercice pragmatique en soins ambulatoires.

- « *Là y'a ton patient qui est en face de toi, qui a 85 ans, il a deux autres pathologies et tes chiffres ils sont sur des patients qui sont quinze ans plus jeunes et monopathologique, et tu dis « Bon ben du coup... Est-ce que vraiment mon socle scientifique, il est transposable à mon patient ?* » » C2

Les participant-es avaient accès à des données rédigées en termes de probabilités. Illes n'avaient pas de données fiables indiquant exactement le bénéfice ou le risque.

- Extrait :  
« *C'est écrit dans le Vidal, les inconvénients.* » A1  
« *Oui, enfin les effets indésirables, mais ça ne donne pas la liste des bénéfices qui soient clairs avec les statistiques avec combien de..., et la question avec la balance bénéfices-risques c'est qu'est-ce qui se passe si je ne traite pas, mais ça ça va être l'étape d'après.* » A6

La survenue d'un effet secondaire, du risque, était binaire.

- « *Sinon la notion de risque, ben c'est pile ou face ! C'est le tout ou rien, c'est des statistiques !* » C4

L'évaluation de la BBR incluait des notions de temporalité, avec des effets positifs ou négatifs à plus ou moins courte échéance.

- « *Moi j'ai l'impression que tu dis aussi, on différencie finalement les bénéfices-risques immédiats, et les bénéfices-risques à long terme !* » C2

Les propriétés pharmacologiques du médicament étaient insuffisantes.

- « *on va au-delà des propriétés pharmacologiques du médicament, et que c'est vraiment un contexte qui est à la pathologie. On ne peut pas se baser simplement sur le médicament ! Et un même produit va avoir une balance bénéfice risque qui sera variable d'un patient à l'autre en fonction des circonstances.* » A3

Certaines situations paraissaient évidentes car elles étaient cadrées par l'approche EBM. La polymédication complexifiait l'analyse.

- « *Tu es dans du post-infarctus, tu regardes ton mec il a un IEC, peut-être un bêtabloquant, de l'aspirine, une statine, tu dis « Bon, ça va, correct, on est dans de l'Evidence-Based-Medecine cadrée tranquillou ! ». Dès qu'on rentre dans de la polymédication quand même... pfff...* » C2

### **1.2.2. Des caractéristiques individuelles du bénéficiaire de la prescription.**

L'évaluation de la balance bénéfices-risques apparaissait comme l'un des principes de l'EBM.

- « *Et puis moi je le lierai un peu aux principes de l'EBM, à la base pour évaluer le..., 'fin, le bénéfice et le risque, on a aussi besoin de données justement... un peu... scientifiques, de données un petit peu... voilà des choses un petit peu évaluées, pour savoir de quoi on part et ensuite l'adapter au patient.* » C5

L'âge, l'espérance de vie, la situation familiale, les antécédents médicaux du patient-e intervenait pour déterminer la BBR, de même à la population théorique des études scientifiques non formellement extrapolable au patient-e.

- « Alors la balance bénéfices-risques, effectivement, il y a le bénéfice espéré du médicament, le risque potentiel, mais interviennent effectivement en compte l'âge du patient, sa situation familiale, ses autres pathologies, son espérance de vie... » A4

L'espérance de vie était un facteur décisionnel fort.

- « Dans une chimiothérapie avec des effets secondaires très lourds, on a un bénéfice qui peut être un petit peu plus important, une espérance de vie qui... 'fin voilà, mais c'est donc vraiment le contexte à prendre en compte. » A6

### 1.2.3. De la prise en compte de la responsabilité sociale.

Les participant-es imaginaient que la responsabilité sociale des soignants n'était pas un facteur décisionnel accessibles aux patient-es.

#### 1.2.3.1. Antibiorésistance.

La résistance aux antibiotiques était prise en compte.

- « Quand même, ils essaient de nous... tu vois pour les antibiotiques on n'est quand même pas restreints mais... euh, ils [les autorités de santé] nous sollicitent beaucoup par rapport aux résistances... » B4  
[...] « Oui oui c'est aussi un autre bénéfices-risques ! De santé publique, vis-à-vis des résistances. » B3

Les participant-es suggéraient que l'antibiorésistance est un facteur qui n'était pas facilement accessible aux patient-es, et qu'elles pouvaient opposer cet argument à une demande d'antibiothérapie, au nom de la santé publique.

- « Et inversement des patients qui exigent un antibiotique parce qu'ils veulent être soulagés tout de suite, sans comprendre que y'a des risques, euh... d'antibiorésistances qui ne leur parlent pas ! » C5

### 1.2.3.2. Coût économique.

Les décisions en santé avaient un coût économique.

- « Tu peux parler de risque économique aussi, si tu parles du traitement de l'hépatite C, en traitement curatif... Est-ce que c'est pas un risque économique que de traiter tout le monde ?! Parce que ça peut faire augmenter le trou de la sécurité sociale et restreindre l'accès aux soins d'autres patients si tu traites tout le monde. Parce que on n'a pas assez d'argent. T'as pt'être un risque sociétal aussi. » D5

- « Ben c'est vrai que cette notion de risque économique, elle est pas toujours accessible au patient qui lui va être vraiment dans la recherche d'un... d'un bénéfice pour lui... et le coût sociétal, euh... c'est vraiment pas son problème en fait. Confer toutes les batailles qu'on a sur le non substituable et sur les génériques. » D3

Certain-es constataient qu'elles avaient peu d'informations sur les coûts de décisions ministérielles.

- Extrait :

« Beaucoup plus largement », alors que pour la méningite B, et ben... elle [la vaccination] est pas remboursée à cause de ça parce que finalement on va protéger peut-être beaucoup d'enfants mais ça va coûter beaucoup trop cher à la... » B4

« à la communauté » B2

### 1.2.4. Des données évolutives en fonction de la temporalité.

Une évaluation de la balance bénéfices-risques était inscrite dans un instant donné, et n'était pas systématiquement valable lors d'une prochaine consultation. Elle changeait en fonction de l'évolution des connaissances scientifiques.

- « C'est en fonction..., ça se réévalue dans le temps, au fur et à mesure de... des connaissances qu'on a, de... » A4

- « Quand on parle des IPP, là il est ressorti des études récentes que les IPP au long cours avaient une balance bénéfices-risques défavorable ! Alors qu'il y a peut-être 5ans, on... [...] Et ben c'est une réévaluation dans le temps aussi. » A5

- « La balance bénéfices-risques, elle peut être positive à un moment, et pour un même patient devenir négative à un autre, donc c'est à réévaluer en permanence. » C5

Elle changeait également selon l'évolution de l'état de santé de la personne concernée.

- « Du coup c'est une réévaluation au fil du temps aussi, et puis des situations cliniques puisque... peuvent arriver plusieurs autres maladies, donc euh... en fonction de ça et de l'espérance de vie, et ben je m'adapte ! » A5

SYNTHESE

**L'analyse de la balance bénéfices-risques se basait sur des données objectives et évolutives comme les caractéristiques individuelles de chaque patient-e ou des données de santé publique. Bien qu'objectives, les données des sciences médicales en termes de bénéfices étaient soumises à une lecture individuelle des médecins.**

### 1.3. La subjectivité de l'analyse de la balance bénéfices-risques.

Contextualiser l'analyse était nécessaire.

- « et après faut aussi la remettre dans la situation, dans le contexte médical, dans le contexte clinique, avec le patient. » A6

### 1.3.1. La conception individuelle du risque.

L'analyse et la décision étaient les témoins de la subjectivité des prescripteur-trices et des patient-es.

- « Une ordonnance-type que tu donnes à dix médecins, nous n'aurons pas tous, le corps médical, le même ressenti effectivement ! En fonction de notre expérience personnelle, en fonction des situations auxquelles nous avons pu être confrontés jusque-là et aussi en fonction du contexte, du patient de ses pathologies associées, de son niveau de compréhension. » A4

Elle prenait en compte un nombre de variables très diverses, et était difficilement objectivable.

« Donc c'est quelque chose qui est quand même avec pas mal de variables différentes, et il n'y a pas, comment dire, il n'y pas de certitude absolue, c'est pas blanc noir ! » A4

Le risque zéro n'existait pas dans la décision médicale. C'était un postulat incompressible et adaptable à chaque praticien-ne et patient-e.

- « On serre les fesses ! (Rires de tous les participants) Chaque fois qu'on prescrit il y a un risque, et on est bien embêté ! Mais on le court sans arrêt, tous les jours ! » B5

- Extrait :

« Ça existe aussi dans la vie en plus. » B3

« Oui c'est vrai en plus, que cette histoire de balance bénéfices-risques on la met de partout. » B4

« Dans les jeux. Dans la théorie des jeux. Le poker. » B3

Elle pouvait aussi dépendre de la tranche d'âge du médecin.

- « Je pense que ce qui permettrait de classer les ordonnances c'est la tranche d'âge du médecin, qu'il y aurait des grandes lignes à mon avis. » A3

### 1.3.2. La peur de nuire aux patient-es.

La peur de nuire était le souci inconditionnel des participant-es. Illes avaient à cœur de respecter le *primum non nocere* du serment d'Hippocrate.

- « *j'ai l'impression que je deviens nuisible ! Et comme c'est pas vraiment mon métier, donc j'ai tendance à déconseiller le traitement...* » C4

- « *Je pense que notre métier, c'est surtout d'être le moins nuisible possible pour le patient, et euh...* »

C1

- « *La réalité c'est que moi je serre les fesses à chaque fois que je donne quelque chose car on peut avoir un ennui invraisemblable, quelque fois c'est invraisemblable. C'est rarement invraisemblable, heureusement ! Mais pour ceux pour qui ce sont des ennuis qui sont importants...* » B5

Cette réserve s'exprimait pourtant de diverses manières.

- « *C'est-à-dire, on est beaucoup plus enclin à prendre des risques dans des situations qui sont, euuuh..., avec un pronostic vital ou fonctionnel important et dans d'autres situations on sera très peu enclin à prendre des risques, même si le risque théorique du traitement est très faible, statistiquement !* » A3

- Extrait :

« *Pareil, j'ai récupéré des ordonnances qui me faisait mal à reproduire...* » D4 [...]

« *On a l'impression de leur faire du mal... C'est exactement ça !* » D6

### 1.3.3. Le reflet des représentations des participant-es.

Les peurs et les représentations de chacun étaient différentes, concernant l'exercice comme les thérapies proposées. L'analyse de la balance bénéfices-risques était empreinte de subjectivité.

- « C'est tout dans la nuance et la subjectivité et c'est ça qui est difficile, parce que ça dépend de chaque patient, de chaque histoire, et aussi de notre vécu à nous, comment on perçoit les situations, finalement ! » C1

- « Oui, j pense qu'il y a aussi beaucoup le vécu qu'on a eu personnellement, je sais pas moi, les mauvaises expériences d'un médicament, d'un traitement, de voilà... qui va aussi beaucoup influencer l'importance qu'on donnera aux risques par rapport aux bénéfices, alors que d'ordinaire on l'aurait peut-être pas fait, oui ça c'est... même la balance bénéfices-risques reste aussi quand même assez subjective finalement (C2 et C5 acquiescent). » C6

Quand la décision était difficile à prendre, faire référence à sa propre famille ou aux proches apparaissait comme le gage d'une décision le plus censé.

- « Moi quand je modifie des ordonnances je me dis tout le temps 'Et si c'était toi pour toi ? Et si c'était pour ton père ? Et si c'était pour ta mère ? Pour ton frère ?'. Donc comme ça en général, quand on se dit sans arrêt ça, on a moins de risques de se tromper. C'est pas qu'on se trompe pas, mais on a moins de risques ! Donc voilà, je suis plutôt... plutôt bien dans l'humilité. » B2

SYNTHESE

**L'analyse de la balance bénéfices-risques était au carrefour des sciences humaines et médicales : la perception du risque était très personnelle.**

## **1.4. Les représentations des prescripteur·trices.**

### **1.4.1. La confiance dans le médicament.**

L'un de leurs outils de travail était le médicament. Illes avaient besoin d'avoir une confiance inconditionnelle, liée à l'attribution de son autorisation de mise sur le marché (AMM). Leurs bénéfices attendus étaient souvent supérieurs aux risques encourus.

- « *En général, malgré toutes les précautions que peuvent avoir les laboratoires, on est bien content de les avoir et le bénéfice est souvent plus grand que le risque !* » B5

Certain-es participant-es manifestaient une croyance spécifique importante dans les effets positifs du médicament.

- « *C'est le bénéfice supérieur, voire très supérieur, par rapport au risque que le traitement va...* » B2

Avoir des représentations très favorables des médicaments était important pour que certain-es praticien-n-es puissent continuer à exercer.

- « *Moi je lis pas Prescrire parce que sinon j'arrêterai la médecine générale et je ferai un autre métier. Parce que quand tu lis Prescrire, tu prescris plus rien. Et t'as peur de tout et tu trembles.* » B2

Certain-es participant-es se sentaient investi-es pour lutter contre les peurs des patient-es de prendre des médicaments.

- Extrait :

« *L'idéal serait de ne pas prendre de médicaments.* » B3

« *Ah non non non ! J'aime pas cette phrase du tout ! [...] Je m'insurge là contre « ne pas prendre de médicaments ». « Vous aimez les médicaments ». « Non mais c'est vos amis les médicaments !* » B5

Le médicament pouvait avoir quelque chose de magique, notion plus ou moins critiquée.

- « *J'sais pas mais y'a des cardiologues qui disaient : « Une éventuelle pilule de longévité... » » B3*

- « *ça s'applique encore plus pour l'homéopathie ou les fameux vasoconstricteurs dans le rhume et des traitements soi-disant magiques qui sont vendus partout mais qui en fait n'ont pas d'intérêt réel puisqu'ils exposent à parfois plus de risques que un bénéfice !* » A2

Le médicament pouvait « changer la vie », alors que la balance bénéfices-risques de cette molécule était discutée (*Diane35*<sup>®</sup>, cf. Résultats III.2.1.3.2.2.).

- « *Mais je trouvais que c'était abusif de lui arrêter son Diane35<sup>®</sup> alors qu'elle allait être en Colombie... 'fin alors qu'elle allait être loin pendant des mois et des mois, alors que ça lui a transformé sa vie pour quelque chose qui était pas forcément...* » B2

Les médicaments pouvaient aussi détourner le véritable problème de santé identifié.

- Extrait :  
« *La statine ça leur permet de garder des kilos et d'être protégé ! (rires de B3 et B5)* » B5  
« *Oui bien sûr ! Ça peut être la solution de facilité.* » B3

Certaines considérations sur les médicaments changeaient parfois sur l'évocation d'un risque particulier.

- « *C'est pas idiot remarque ! Kardégic<sup>®</sup> statine IEC. IEC ça fait tousser tout le monde ! Moi je déteste les IEC. Je ne sais pas si vous aimez les IEC, mais moi j'arrête sans arrêt des IEC... Ils toussent ils toussent ils toussent...* » B5  
  
- « *Moi j'aimais bien, jusqu'à qu'on dise qu'il y avait des risques de cancer de quoi déjà ? Poumon. Non ?! C'est ça, cancer du poumon.* » B1

#### **1.4.2. Des représentations forgées par la formation médicale initiale.**

Leur apprentissage de la balance bénéfices-risques avait débuté en formation initiale, sur les bancs de la faculté.

- « *Formation initiale.* » A5  
  
- « *Formation initiale également il me semble.* » A3

- « *Au cours de notre formation.* » A4

- Extrait :

« *On a dû tomber dedans quand on était petit, hein !* » B4

« *Oui oui !* » Plusieurs participants de l'entretien collectif B

Et au cours de stages ambulatoires ou hospitaliers, notamment dans des spécialités globales comme l'oncologie. L'apprentissage de la complexité de cette notion était progressif et son usage devenait plus évident en pratiquant : quand illes commençaient à prescrire.

- « *Notamment pendant le stage chez le praticien !* » A4

- « *Ouai, moi c'était à la fac je pense et surtout en oncologie qu'on abordait ça avec les chimiothérapies ! Mais après que c'est plus venu à ma conscience c'est en stage ambulatoire* » A2

- « *Oui, 'fin, moi... j'ai commencé à l'aborder un peu théoriquement, à la fac, mais je pense que c'est surtout, après, concrètement après... sur les terrains de stage, que t'appréhendes un petit peu plus ce côté pratique en tout cas, du bénéfices-risques. L'aspect concret en tout cas du bénéfices-risques !* » C6

- « *Je pense que j'avais entendu parler de la balance bénéfices-risques dès la fac, mais que j'ai vraiment compris le concept quand j'ai commencé à prescrire, dans mes stages. [...] mais vraiment comprendre qu'est-ce que c'était comme démarche intellectuelle, c'est quand j'ai commencé à prescrire moi-même des examens, 'fin quand j'étais devant des patients quoi !* » C1

Les participant-es avaient une connaissance du médicament et de la iatrogénie médicamenteuse. Elle était acquise en formation médicale initiale (FMI) et en formation professionnelle continue (FPC).

- « *Dans nos études y'a eu des cours sur ça, sur la iatrogénie.* » B1

La réflexivité, témoin de la prise en compte de la BBR, était le fruit d'un apprentissage professionnel.

- « *Moi en tout cas voilà, et j'me rappelle de mon stage de médecine gé... j'pense que j'avais des enseignants qui étaient des prescriers on pourrait dire (rires de C2 et C3), des disciples de Prescrire (rires de C2, C3 et C6), des prophètes peut-être, et qui m'ont appris, y'a un p'tit moment déjà : « Oui, mais tu vois, on a le droit de réfléchir sur des situations ! Tu n'as pas la réponse dans un protocole, tu peux réfléchir et tu peux chercher quelle est la réponse adaptée et donc la balance bénéfices-risques adaptée à cette situation. ».* Voilà ! Donc oui je pense que l'hôpital n'est pas un bon lieu pour ça parce que on est encore dans une verticalité, et y'a des gens qui font des protocoles et y'a des gens qui exécutent les protocoles, entre autres les étudiants, n'ont pas à remettre en question ces protocoles. C'est pas de leur niveau. » C2

Certain-es participant-es furent initié-es aux liens et conflits d'intérêts en formation initiale. La lecture critique d'articles scientifiques avait servi leur réflexion.

- « *Donc c'est vrai que ça, ça dépend de notre formation, parce que nous, on est des générations où on a été exposé un peu à tout ça... J'veux dire, même si y'a un amphi Boiron à la fac, on nous a expliqué qu'il y avait des conflits d'intérêts, que... ben ce que disent les labos c'est de base biaisé, parce que ils sont là pour vendre des médocs ! Sans aucune animosité pour les labos, mais c'est des commerçants... (rires de C5) » C2*

#### **1.4.3. L'apprentissage de la BBR en formation professionnelle continue et par la presse médicale.**

- « *Alors... une revue qui fait que d'parler de ça, que parler de ça... (rires de tous les participants) Je vous cite, vous ne la connaissez peut-être pas, ça s'appelle Prescrire. J'ai acheté le premier numéro, conseillé par un médecin (rires de C3 et C6), depuis j'entends parler de ça tout le temps (rires de C6) ! Tout le temps... tout le temps... tout le temps... tout le temps (rires de C6, de C3 et de l'animateur), tout le temps... Elle aurait pu s'appeler « Bénéfices-risques » ! (rires de tous les participants). » C4*

Lire une revue indépendante, telle que la Revue Prescrire, était pour les participant-es un complément à leur formation médicale initiale ou à un défaut de celle-ci : c'était une école d'apprentissage à la prise en compte de la balance bénéfices-risques.

- « *et avec Prescrire parce que en lisant ça on est encore plus sensibilisé et puis ça donne des arguments aussi pour évaluer correctement.* » A2

- « *Moi c'est clairement la revue Prescrire qui parle beaucoup de rapport bénéfices-risques, d'évolution de la maladie sans traitement et c'est vrai que c'est des outils que j'intègre dans ma pratique, voilà donc c'est vraiment la documentation que j'ai. A chaque fois c'est chaque médicament que j'ai, qui est évalué comme ça.* » A6

La formation professionnelle continue avait servi pour l'apprentissage de la balance bénéfices-risques quand cette notion n'avait pas été abordée en formation initiale, notamment pour les plus âgé-es.

- « *Moi qui suis plus âgée (rires), nous avons fait ça lors de formations qui étaient lancées par notre groupes de travail. Avant d'être lancés par d'autres organismes plus spécifiques.* » A1

#### **1.4.4. Puis par l'expérience personnelle et professionnelle.**

L'analyse de la BBR dépendait des connaissances de chacun-es :

- Extrait :

« *Moi j'aimais bien, jusqu'à qu'on dise qu'il y avait des risques de cancer de quoi déjà ? Poumon. Non ?! C'est ça, cancer du poumon.* » B1

« *Avec les IEC ?* » B2

« *Oui.* » B1

« *Ils toussent tous ! Ils toussent sans arrêt les mecs ! Ils sont sans arrêt en train de se racler la gorge.* »

B5

« C'est les sartans ? » B2

« Non c'est les IEC... » B1

Et de leur norme intime, parfois influencée par l'histoire personnelle :

D3 racontait qu'il s'était refusé à prescrire certains anticoagulants après qu'un membre de sa famille ait subi un effet indésirable grave.

- « Ben très clairement y'a des expériences qui sont marquantes et où quand euh... bon je vais ressortir ct'histoire, mais euh... dans le décès de mon grand-père, les anticoagulants oraux directs ont joués un rôle non négligeable. Donc forcément dans les mois qui ont suivis, c'étaient des médicaments que j'aimais pas, et euh... c'était un peu le bouc émissaire finalement. Euh... mais aujourd'hui j'en prescris à tour de bras, parce qu'on a plus trop le choix quoi. » D3

Ces expériences sensibles menaient vers une distorsion de la réalité scientifique, comme une surreprésentation des risques.

- « [...] chez certains, certains risques sont surreprésentés, en tout cas dans leurs représentations. Et je me souviens, en disant ça, d'une étudiante, qui refusait toute prescription d'anti-inflammatoire non stéroïdiens, de principe, [...] c'était une torture pour elle, elle se disait « Je vais tuer ce patient ! ». » D3

- « ben c'est un stage en gastro qui l'a marqué, des ulcères perforés chez des patients jeunes, dont certains qui ont dû décéder d'ulcères perforés, à cause de la iatrogénie. [...] La représentation qu'elle avait formé des anti-inflammatoires, c'est « Ça tue des patients ! ». » D3

A contrario pour les bénéfices.

- « Tu parles de l'aspect de risque surestimé, mais on peut faire un miroir avec le bénéfice surestimé (D1 acquiesce) : y'a des spécialistes qui vont avoir l'impression d'avoir un bénéfice très important avec des retours positifs sur plein de patients, et qui vont m'écrire « Ben voilà, je prescris ça parce que ça marche ! ». Et je pense qu'on a ça aussi dans notre expérience personnelle avec des médicaments qu'on

*utilise régulièrement parce qu'on a l'impression que c'est efficace et où... alors qu'en fait les bénéfices ils sont pas validés. » D5*

Les praticien-nes étaient influencé-es par les retours des patient-es, qui pouvaient bousculer leurs représentations scientifiques.

*- « C'est-à-dire qu'il y a des gens qui vont dire « Mais vraiment ça me fait beaucoup de bien le Dérinox® ! Il faut me prescrire du Dérinox® ! » » A3*

*- « Par contre j'ai beaucoup changé de Levothyrox® car leur nouveau truc c'est une saloperie quand même ! Enfin moi j'ai eu plein de gens intoxiqués par ce truc-là quand même. J'ai changé avec beaucoup de succès, c'est magnifique ! Dès que tu les changes, c'est magnifique ! » B5*

Ou quand illes étaient ou se mettaient eux-mêmes en situation d'être patient-e, illes tiraient profit de l'expérience de leur propre corps :

*- « Le Kardégic®, moi j'en ai pris trois jours, j'ai compris, ça fait mal à l'estomac ! » B5*

Cette distorsion était inconsciente.

*- « Et en effet c'est pas du tout prouvé scientifiquement tout ça, mais je pense qu'on a notre sensibilité aussi, et que des fois peut-être on surestime le risque, ou on surestime le bénéfice, parce que on en a une expérience positive ou négative dans notre vécu. Mais ça je pense que c'est bien... enfin, qu'on peut pas bien le maîtriser, on peut en avoir conscience... mais on peut pas bien le maîtriser ! » D6*

Certaines histoires faisaient naître chez certain-es un sentiment de regret ou de culpabilité quant à la prescription d'un médicament ayant entraîné un effet indésirable grave.

*- « Oui, et peut-être que si je n'avais pas donné la pilule (utilisant un ton décalé), peut-être qu'elle aurait son côté qui marche... J'en ai une comme ça ! (silence de 4 secondes) Sinon la notion de risque, ben c'est pile ou face ! C'est le tout ou rien, c'est des statistiques ! » C4*

#### 1.4.5. Par l'information grand public.

Les représentations des praticien-nes étaient nourries par des sources profanes, tels que des articles de presse non spécialisés, parfois transmis par les patient-es.

- « *Ben justement on en prend conscience avec nos patients, qui viennent nous bousculer...* » D3

Ou découverts pas soi-même, lors de témoignages télévisuels.

- Extrait :

« *J'ai vu une émission où ils ont retrouvé des gens qui étaient vraiment embêté après le Gardasil®... des asthénies durables... des gens où on avait l'impression que leur vie était foutue tellement ils étaient... ils se trainaient complètement* » B5

Des études publiées dans les médias grand public pouvaient également influencer leur réflexion, et leur donner l'impression de s'être fait piéger.

- « *Enfin y'a des choses qui changent un petit peu, avec l'histoire du tramadol par exemple, jusqu'à présent on était assez libre de le prescrire en se disant 'c'est très bien' parce que..., mais on s'aperçoit qu'il y a une certaine habitude qui apparaît vite, et les études le montre. Et ce rappel des études qu'on voit dans le grand public si tu veux, ça nous interpelle, et on se dit 'finalement le tramadol j'aurai pu en donner moins, ou faire bien attention aux gens qui ont l'accoutumance assez rapide'.* » B5

Les médias et l'intervention de certaines personnalités publiques étaient de possibles sources de désinformation.

- « *Mais globalement c'est souvent plus difficile, quand les gens écoutent avec passion Annie Duperey parler du Levothyrox®... Elle est pas docteur en fait... (rires) Souvent ça nous dessert pas mal en fait, les médias.* » [...] « *Mais ils ont tous rappliqué au cabinet le lendemain quand elle est passée à la radio !* ».

B3

A l'inverse, les spots de santé publique comme « Les antibiotiques c'est pas automatique ! » servaient la pratique.

- « Avec 'Les antibiotiques c'est pas automatique', là t'étais tranquille, les gens supportaient très bien qu'on attende alors qu'avant on n'osait pas les faire attendre, on donnait l'antibiotique beaucoup plus facilement, moi je trouvais qu'on avait l'antibiotique beaucoup plus facile. Cette publicité, nationale, nous a aidé je trouve. » B5

Ces informations pouvaient complexifier leur manière d'exercer et les indigner, s'elles considéraient qu'il s'agissait de désinformations scientifiques.

- « C'est pas parce qu'elle [statine] n'est pas supportée, c'est parce qu'ils l'ont vu à la télé hein. » B2

Ou au contraire, les praticien·nes leur accordaient une importance toute particulière.

- « Et je me souviens, il y a quelques années, ce patient qui arrivait en me disant : « Mais moi, j'ai les statines depuis cinq ans, j'ai 35 ans, j'ai regardé dans cet article... », d'une revue qui était un magazine un peu grand public, qui n'était pas une revue médicale, y'avait un article bien documenté sur les statines, le prochain scandale, et cætera... Et il m'annonçait sa décision de ne plus prendre de traitement, à l'époque où j'aurai pas forcément dis ça, mais... » D3

#### **1.4.6. Du degré de validité des sources.**

Tout dans l'estimation de la BBR n'était pas définitivement démontré et demeurait évolutif. Certain·es participant·es faisaient état de zones d'ombre pour l'appréhender efficacement.

- « Donc si on avait toutes les informations sur tout ce qui se fait, sur tous les médicaments, dans tous les domaines, si on avait une information extrêmement précise, on serait encore plus à même de juger... » B2

« Mais le risque il est que, on a vu passé que l'Androcur®, l'acétate de cyprotérone, donc Diane35®, risque de faire des méningiomes. N'ayant pas envie de changer de pilule, j'ai appelé le centre de pharmacovigilance qui m'ont dit « mais en fait le problème, il est que pour Androcur®, qui a été étudié à 50mg/kg. Diane35® c'est une extrapolation mais y'a que 2mg, donc on peut pas vous répondre parce que pour le moment on a pas les documents (B4 écarquille les yeux) ». » B2

- « Enfin bien sûr, il y a bien une saloperie dans leur saloperies. Enfin y'a un mensonge formidable, enfin il y a quelque chose qui va pas quoi. » B5

« J'ai deux-trois patients à qui j'ai changé le Levothyrox® et qui allaient mieux hein ! » B1

« Moi j'en ai plusieurs. Moi je comprends rien, enfin je comprends rien, parce que scientifiquement je ne comprends rien ! Mais quand on change ça va mieux ! » B5

Toute quasi-certitude pouvait être remise en question.

- « Il y a certaines situations hyper cadrées où ça marche ! Et c'est des situations que nous on gère de manière facile, on se prend pas trop la tête. Angine, TDR, on met de l'amox, et pof ! Encore que ça commence à être discuter donc... (rires de C2, C3 et C6). Oui, Prescrire ils commencent à dire que oui, les angines à strepto, on peut ne pas les traiter ! » C2

Même les recommandations de bonnes pratiques cliniques étaient discutables.

- « Mais tu vois, on en revient à l'exemple de tout à l'heure, même si t'a une reco, des fois creuser sur... euh... En fait, la balance bénéfices-risques à cette reco, des fois tu te diras, cheum mais la reco c'est naze ! » C2

**SYNTHESE**

**L'exercice médical et l'analyse de la balance bénéfices-risques reflétaient les différentes influences établies au cours de leurs vies, personnelle comme professionnelle.**

## 1.5. Les spécificités de l'exercice de la médecine générale.

Les participant-es projetaient leurs propres attentes du système de santé sur leurs patient-es. La volonté principale est d'être en capacité de mettre le-a patient-e en confiance avec sa pratique.

### 1.5.1. Une approche globale des patient-es.

Illes étaient l'interlocuteur-trice privilégié-e, de premier recours, accessible, et non spécialisé-e dans un organe.

- « Je pense que ça passe par la confiance que les patients nous accordent. On a ce rôle, on a cette proximité... Cette disponibilité aussi ! On est vraiment les soignants de premier recours. Pas au sens « urgent » du terme, mais quand il y a un problème de santé on est le premier interlocuteur. Quand y'a un souci... après la belle-sœur ! (rires de C1, C3 et C6) Elle est disponible par WhatsApp plus vite ! (rires de tous les participants). » C2

La prise en charge des patient-es en soins premiers était différente des autres spécialités, notamment hospitalières. Ils faisaient référence au carré de White, pour les différences de prévalence.

- « Les rhumatologues, ou les gynécologues, ils avaient des études... voilà, qui montraient que sont... soit qui sont restés là-dessus, soit... finalement nous on a des patients de médecine générale qui sont pas les mêmes que ceux qui vont à l'hôpital... », j'explique ! J'explique pourquoi finalement on n'a pas les mêmes données, et que c'est pas... c'est pas qu'il est nul, c'est qu'on a pas les mêmes données quoi ! » D1  
« Tu voulais parler du carré de White quoi ?! » D4

Chaque spécialité avait un positionnement et une vision réduits. Comme spécialité au carrefour de toutes les autres spécialités médicales, l'exercice en soins premiers admettait l'existence de vérités plurielles : il existait plusieurs manières de pratiquer ou de prendre une décision. Les médecins généralistes assumaient détenir une vérité parmi d'autres, et d'accompagner globalement leurs patient-es.

- « *Moi ça m'arrive des fois d'expliquer que les spécialistes ils ont une façon de voir, et nous une autre...* » C3

Exemple était pris de l'utilisation de certains traitements par les cardiologues afin de faciliter le fonctionnement du cœur, et l'avis plus pondéré des néphrologues qui voyaient le problème sous l'angle rénal.

- « *Et moi, pour être passé en cardiologie, c'était la guerre entre guillemets entre les cardiologues et les néphrologues, parce que les cardiologues détruisaient le rein pour sauver le cœur, et les néphrologues étaient pas d'accord. C'est plus difficile qu'il y ait une discussion collective déjà pour décider ce qui est du... du juste milieu !* » C2

### **1.5.2. Une temporalité adaptée.**

La longue durée de la relation médecin-patient-e était spécifique. Elles apprenaient à connaître leurs patient-es et leurs représentations au fil des consultations.

- « *Et puis, pour ce qui est des traitements modifiés ou initiés, je pense bien qu'on est toujours dans le respect du cadre et du respect avec le patient : on explore ses représentations, on expose les nôtres, on essaie de trouver un compromis, de trouver ce qui n'a pas marché, ce qu'on a enlevé, ce qu'on n'a pas enlevé, et au fil des consultations aussi, ça c'est le but de la... de la... en tout cas c'est l'objet de la temporalité en médecine générale, on peut revoir les patients, leur réexpliquer, réexplorer les représentations, pour pouvoir continuer à travailler sur ces questions-là quoi.* » D5

Elles avaient le temps de prendre des décisions et d'explicitier les prescriptions.

- « *C'est peut-être qu'il attend aussi qu'on lui explique d'autres prescriptions qui ont pu être faites par des confrères qui n'ont pas nécessairement le temps, parce que c'est souvent ce qui nous est décrit, « Je suis resté 5min, il m'a fait l'ordonnance, et je suis partie ». Voilà, on parle souvent de confrères*

*hospitaliers qui ont pas le temps et peut-être qu'il attend qu'on lui explique les raisons et le pourquoi du comment... » A3*

Ils s'adaptèrent aux changements d'opinion des patient-es au fil du temps.

*- « Et puis vraiment on modifie en fonction du temps ... le même symptôme, le même médecin, le même patient. Pas que par rapport aux modifications... liées à l'expérience, à l'évolution de ta pratique, mais le patient aussi, il va évoluer et accepter certains risques et ne pas accepter certains risques... » D4*

### **1.5.3. La critique de l'approche centrée sur la maladie.**

#### **1.5.3.1. La critique du protocole et de la surprescription.**

Certain-es pensaient que la vision hospitalière de la BBR était trop protocolaire et insuffisamment centrée sur le-a patient-e. Illes faisaient le parallèle avec un manque de réflexion sur la globalité de la situation et l'obsession première du médicolégal.

*- « J pense qu'à l'hôpital on prescrit sans trop... Chépa, y'a des protocoles et puis voilà hein ! C'est plus en médecine gé j pense qu'on... » C3*

*- « L'hôpital moi c'était une question médico-légale, quand j'étais externe ou interne... C'était comme ça ! C'est-à-dire qu'il y a un protocole qui a été établi selon les bénéfices-risques des situations. Tu appliques ton protocole et tu fermes ta gueule ! Et si tu n'as pas appliqué ton protocole, ton chef de toute façon va te tomber dessus ! » C2*

Certain-es critiquaient la surprescription, notamment via les associations protocolaires.

*- « Le Kardégic® c'est un bon exemple. Parce qu'en plus, ils ont tous Kardégic®, plus un IPP ! [...] Et parfois tu te dis que s'il n'y avait aucun des deux ce serait pas mal ! » B5*

Illes constataient que les modifications d'ordonnance après un passage à l'hôpital pouvaient être induites par l'absence de disponibilité de tous les traitements à la pharmacie hospitalière.

- « *Et puis il y a un autre traitement qui a été changé, ben ça je ne me suis pas dit 'ben tiens tel IPP est mieux', je pense que ça dépend de la délivrance de la pharmacie hospitalière.* » A5

Le reproche était fait aux autres spécialistes de privilégier une vision centrée sur l'optimisation du fonctionnement d'un organe, et non pas de cet organe chez un-e patient-e donné-e.

- « *On est les seuls, enfin pas les seuls, faut pas exagérer... on est une des rares spécialités à faire de la médecine centrée-patient ! Et pas centrée-organe ! C'est évident qu'en découle ce problème de synthèse qui peut nous mettre en porte-à-faux avec certains spécialistes un peu obtus, enfin comme on a dit, qui ne voient que leur partie du travail.* » C2

- « *J pense qu'à l'hôpital, et typiquement les spécialités d'organes j pense, puisqu'ils ont beaucoup plus de mal à raisonner en balance bénéfices-risques, parce qu'ils sont vraiment axés sur l'optimisation du fonctionnement d'un organe !* » C5

### 1.5.3.2. Des compétences de prescription équivalentes aux autres spécialistes.

Pour certain-es participant-es, il s'agissait d'une question d'égalité entre spécialités. Plusieurs se sentaient aussi compétent-es dans la prescription médicamenteuse que les autres spécialistes.

- « *Je pense qu'il ne faut pas qu'on doute de notre profession. On a un travail en tant que généraliste qui est quand même important et plus difficile ! Il faut connaître un peu tout partout et pas seulement une spécialité à fond !* » A1

- « *le spécialiste je n'ai pas l'impression qu'il soit meilleur que moi dans la prescription.* » A6

- Extrait :

« *En quoi le gynéco est plus compétent que toi ? J'ai pas bien compris là...* » C4

*« Non c'est pas qu'il est plus compétent, c'est qu'à ce moment-là, la patiente... quand moi je lui disais que je n'étais pas d'accord avec la prescription du gynéco, elle n'était pas satisfaite. » C5*

Ces compétences étaient modulées par les différences d'expertise de chacun-es.

*- « Et puis après on a nos petits domaines d'expertise et puis on a nos domaines où on est moins expert, et du coup on va peut-être être plus légitime... » D4*

Les participant-es avaient des divergences de positionnement vis-à-vis de la parole du confrère-sœur parfois assimilé à un « argument d'autorité ».

*- « Je voudrai rebondir là-dessus et répondre à ta question. Alors je sais pas, mais pour moi ça s'appelle plus l'argument d'autorité ! » A6*

Certain-es subissaient l'argument d'autorité et mettaient leurs convictions ou connaissances de côté.

*- « Ben il paraît que ça [le surdosage en vitamine D] existe pas ! C'est le Dr. \*\*\* [nom d'une endocrinologue locale] qui a dit. (B4 acquiesce) » B1*

*- « Mais spontanément je vais plutôt douter de moi, que du spécialiste. » C1*

D'autres participant-es voulaient faire face à l'argument d'autorité en étant critiques. Mais elles étaient soumises à accepter que la pertinence de l'avis de l'expert, plus souvent centré sur l'organe, l'emportait sur la leur, centrée sur le-a patient-e dans un cadre de décision médicale partagée.

*- « et ce qui apparaît c'est que dans un certain nombre de situations c'est nous médecin généraliste traitant qui ne nous sentons pas légitimes, suffisamment légitimes, pour remettre en question la prescription spécialisée, parce que souvent on a été formaté comme ça, et même si on essaie de sortir de ce schéma, on a l'impression que euuuh... face à un expert, il va forcément avoir un avis plus pertinent que le nôtre ! (Rires de A1) » A3*

Ils se défendaient d'avoir une approche rationnelle et basée sur les dernières données de la science.

- Extrait :

« C'est encore pire que tu arrêtes Kardégic®, ça augmente le risque thrombotique ! » B4

« Oui oui il faut en prendre tous les jours. » B1

« Oui c'est ça dans les dernières études. » B2

#### 1.5.4. L'approche centrée-patient-e comme règle.

Les participant-es revendiquaient cette différence d'approche, plus globale, centrée sur le-a patient-e et non sur la maladie. L'analyse de la BBR prenait en compte un plus grand nombre d'éléments décisionnels.

- Extrait :

« de nos confrères hospitaliers ou d'autres spécialités, où cette balance bénéfices-risques elle manque peut-être de globalité quand on est dans une spécialité d'organe et où on va reprendre notre patient en consultation dans sa globalité et que elle va prendre d'autres niveaux cette balance bénéfices-risques. » D4

« Donc tu vas dire au spécialiste « Ma balance est plus grosse que la tienne ? » (rires). » D5

Le-a patient-e était vu-e comme étant au centre de la démarche, avec la prise en compte de sa propre réalité. C'est une approche de la médecine ancrée dans la réalité des patient-es, à la différence de l'approche centrée-organe.

- « Mais comme il [le cardiologue] il connaît moins les patients, il le dit effectivement « Vous devriez faire du vélo et puis perdre 30kg... » Nous on sait qu'ils le feront jamais » B3

- « Oui, et on s'adapte aussi à la vraie vie en fait. Si après on sait qu'en pratique les gens ne prendront pas leur statine, et ben quand on doit faire arrêter le saucisson ou l'alcool à quelqu'un, si on arrive à lui faire arrêter de moitié, ben on est déjà bien content ! On s'adapte à la vraie vie ! » B3

Pour d'autres, cette approche pouvait aussi s'adapter dans certaines spécialités, y compris hospitalières.

- « *Moi j'avais assisté à des RCP, je trouvais que c'était quand même centré-patient... C'était un tout petit centre hospitalier de campagne, je ne sais pas si ça change quelque chose, mais... C'est vrai qu'aux urgences par contre, c'était très protocolaire ! Mais c'est aussi pour répondre à l'affluence, je sais pas... Mais j'ai vraiment été dans des services hospitaliers où c'était centré-patient ! Notamment en gériatrie, ou j'ai vraiment appris « iatrogénie », « balance bénéfices-risques »... » C1*

La globalité de l'analyse de la balance bénéfices-risques permettait la décision médicale partagée.

- « *Euh, c'est quelque chose qui est évolutif ! Et... ce qui permet au patient de réfléchir et d'explicitier, enfin... de réfléchir avec le patient, même, et de lui expliciter nos prises en charge et de le rendre acteur de certaines décisions. 'Fin, ça nous permet la décision médicale partagée, le fait qu'elle existe cette balance. » D4*

L'exploration des représentations de la maladie, notamment des maladies chroniques, par le-a patient-e, était une spécificité de cette approche.

- « *Je pense que c'est pour ça qu'il faut bien discuter avec le patient entre nous notre balance bénéfices-risques qu'on lui expose, et lui son ressenti dans le cadre de sa pathologie... » A5*

- « *Ah si, moi, j'aurais aimé parler des représentations des maladies pour les patients parce que c'est aussi important que quand on parle de cette balance de savoir un petit peu ce que représente pour le patient la maladie ! Et savoir d'où on part et où on peut arriver pour lui, en particulier pour les maladies chroniques. » A5*

Elle pouvait aussi inclure, par exemple, l'exploration des souhaits du patient-e en termes de galénique.

- « J'essaie aussi d'impliquer le patient pour savoir pourquoi je prescris ou je renouvelle tel traitement et en lui demandant aussi quelles sont les attentes ou les contraintes qu'ils sont prêts à accepter par rapport à ce traitement. Est-ce qu'un traitement en prise pluriquotidienne est accepté, est-ce qu'un traitement en prise hebdomadaire sera préférable ? Le patient il a aussi, il est acteur aussi, pas majoritaire, mais il a quelque chose à dire quelque part dans la prescription. » A4

### 1.5.5. La valorisation de la réflexion et l'expression des doutes.

Pratiquer la vérification et la relecture des ordonnances était un gage de professionnalisme, permettant de mettre en confiance les patient-es.

- « Je pense que s'il y a un traitement qui apparaît ou je ne le maîtrise pas complètement et je ne suis pas contre, je vais regarder et je pense que le patient il peut être en confiance parce que le médecin il vérifie ce qui se passe et qu'il va se dire au contraire, bon ben c'est bon, je suis entre de bonnes mains. »  
A2

Certain-es participant-es avaient besoin de pouvoir exprimer leurs doutes, d'échanger directement avec le-a patient-e. C'était un gage de réassurance renforçant leur alliance thérapeutique.

- « Non mais alors en fait, au-delà du fait de remettre en question les traitements, j'espère que le patient est rassuré de me voir réfléchir à son traitement que ça soit pour le reconduire ou le fait que je m'interroge à voix haute sur l'intérêt et où j'essaie de le faire participer, je le fais parce que je pense mais je me trompe peut-être, j'espère que le patient ça le rassure ! » A3

Exposer sa réflexion, sa vision des risques et ses doutes avaient plusieurs effets bénéfiques :

- Diminuer la part de responsabilité perçue par les prescripteur-trices
- Diminuer la pression en lien avec les exigences personnelles des prescripteur-trices
- Favoriser l'observance en rendant le-a patient-e décisionnaire

- « Non non, mais du coup le rapport bénéfices-risques c'est quelque chose c'est vrai que moi j'évoque souvent avec les patients. Parce que je trouve que c'est très parlant, c'est très concret, et j'essaie dans la mesure du possible de les, quand moi-même je ne suis pas certain de la balance bénéfices-risques de tel ou tel traitement, de les... de les impliquer dans la réflexion, euuuh..., voilà, sur ce traitement ou sur le rapport bénéfices-risques du traitement, pour qu'ils prennent la décision aussi avec moi. » A6

- « J pense qu'on a pas peur de, plus peur de dire nos doutes et nos questions aux patients... et de le faire participer lui aussi activement et je pense pas qu'on appréhende la réaction du patient. Je pense même que des fois ça peut un peu nous décharger nous de pression qu'on a de tout faire comme il faut... Ben si des fois on dit « Ben moi je suis pas sûr de moi », et on pose la question « Vous vous en dites quoi ? », quelque part aussi on s'enlève un petit poids... de toute façon il veut plutôt ça, donc je trouve que c'est quelque chose de beaucoup plus positif ! » C3

Pour certain-es participant-es, la décision médicale partagée ne pouvait cependant s'appliquer systématiquement : quand un seul choix était possible ou quand le-a patient-e refusait de prendre part au choix. Pour d'autres, toute décision pouvait se discuter.

- « Oui ! Quand on peut leur laisser le choix bien sûr, il y a des choses où le bénéfices-risques fait qu'on a que un choix ! Un choix qui permet de ne pas mettre les gens en danger. Mais pour le cas d'une prothèse de hanche d'une personne très âgée, la question peut se poser, des fois ils peuvent avoir le choix. (B2 acquiesce) Ils doivent encore mieux comprendre la balance bénéfices-risques quand on va leur laisser un choix. Y'a plein de gens qui aiment bien dire « C'est pas moi le docteur ! » hein ! Mais on n'est pas obligé de choisir tout. » B3

- « Oui, faut dire que les choses les plus évidentes... même ça on arrive à les discuter !! » C2

### 1.5.6. De l'obligation d'information des malades.

Les participant-es utilisaient la balance bénéfices-risques pour justifier leur prescription notamment au regard de la loi. Référence était faite à la loi Kouchner sur le droit d'information des malades,

comme obligation légale. En dehors du respect de l'obligation légale, cela leur permettait d'anticiper une plainte.

- « *Quelque part si il y a la loi Kouchner, le fait qu'on soit obligé d'avertir les gens du risque qu'ils prennent, notamment pour les gestes, le fait que les spécialistes les préviennent ça nous rend service à tous, parce qu'ils assument... ça les surprend moins s'ils ont un ennui, et ça s'explique beaucoup mieux car ils sont avertis, ils étaient prévenus d'avance oui. Et ça c'est écrit noir sur blanc, c'est quand même pas mal ça !* » B5

Illes ressentaient l'obligation de devoir expliquer et ou justifier leurs choix par une réalité : internet.

- « *Ben, pour rajouter, je pense qu'on est face à des patients qui sont de plus en plus informés, et ils nous renvoient toujours cette question, donc c'est intéressant d'en discuter avec eux.* » C3

**SYNTHESE**

**Les spécialistes en médecine générale défendaient majoritairement une approche de la balance bénéfices-risques plus globale, plus subjective et plus adaptée que les autres spécialistes, utilisant les concepts de l'approche centrée-patient-e et le partage de la décision médicale.**

### 2. EVALUER UNE PRESCRIPTION MEDICALE.

Quel·les étaient les significations et les prérequis à l'évaluation ou la réévaluation d'une prescription, ainsi que les motifs de désaccords possibles professionnels ?

#### 2.1. Les différences d'évaluation d'une prescription.

La pertinence d'une prescription était évaluée en fonction d'un référentiel.

- « *En tout cas, clairement, quand on est face à une prescription d'un confrère, on évalue. Evaluer c'est porter un jugement par rapport à un référentiel, on utilise un référentiel qui peut être différent, et on va donc avoir un jugement différent sur l'opportunité de la prescription.* » D3
- « *si ce médicament est pertinent ou pas à être prescrit* » A6

Evaluer était un acte difficile sans connaître le contexte initial.

- « *En soit quand c'est sur de l'aigu, soit on n'était pas là.* » B1
- « *Et on se demandait tous qui c'est qui les avaient mis et pourquoi ils en avaient parce que on n'osait pas l'enlever quand il avait été mis.* » A1

L'évaluation d'une prescription revêtait différentes significations :

- Vérifier la tolérance et repérer possiblement une erreur.

- « *Bien sûr je vérifie que le traitement soit bien supporté* » B1
- « *On garde un esprit aiguisé et critique sur toutes les prescriptions, même nos confrères spécialistes, parce ce qu'on se dit que nul n'est à l'abri de l'erreur.* » B2

- Et/ou évaluer la balance bénéfices-risques.

- « Et donc qui amène à la réflexion donc voilà d'évaluer, euuuh..., si ce médicament est pertinent ou pas à être prescrit, sachant qu'on peut avoir une balance bénéfices-risques déjà du médicament en tant que tel par rapport aux études, et après faut aussi la remettre dans la situation, dans le contexte médical, dans le contexte clinique, avec le patient. » A6

Chacun-es des participant-es avait sa propre lecture. Elle était motivée par ses propres représentations et ses référentiels de pratique.

### 2.1.1. Choisir ses propres sources et référentiels.

Evaluer le plus précisément possible la balance bénéfices-risques nécessitait de choisir ses sources et leur contenu de manière critique.

- « Mais effectivement, le bénéfice, et d'arriver à l'expliquer clairement, ou même, nous-mêmes, à le connaître clairement, par exemple de jours ou de semaines ou de mois avec une chimiothérapie ou de mois de vie gagnées, en termes de qualité de vie, en termes voilà, et c'est tout ça qui rends la balance bénéfices-risques très vite très complexe aussi, donc il faut arriver à la synthétiser et là, on est obligé d'être aidé par des sources qui analysent cette balance. » A6

Illes témoignaient d'un besoin de rationaliser la pratique, en raison de la subjectivité latente de l'analyse de la BBR. Les référentiels étaient plébiscités.

- « Les freins ils peuvent être levés aussi par la littérature, ou alors déclenché ou réinitié par la littérature, le fait qu'on continue à se former, à lire, à lire des articles récents sur tel ou tel médicament, telle ou telle prescription, ça fait évoluer nos prescriptions... » D5

Pour cela, illes utilisaient les recommandations de bonne pratique clinique.

*« Ben on a quand même pas mal de décisions dans notre boulot qui sont avec des recos, des choses comme ça, où on peut estimer que la balance bénéfices-risques est déjà intégrée dans cette reco, si il y a une reco, c'est qu'ils ont déjà évalué cette balance bénéfices-risques et du coup on s'en remet à ça ! » C2*

L'évaluation de la BBR impliquaient une FPC régulièrement suivie. Elle s'effectuait notamment par la lecture de revues professionnelles :

- La Revue Prescrire, notamment où illes trouvaient des informations sur l'histoire naturelle des maladies et de leurs évolutions sans traitement :

*- « Moi je trouve que la revue Prescrire est bien parce que ça repose les choses de manière ferme et pour des trucs un peu bidon comme les rhumes quand même ! » A2*

*- « Ben au début oui, Prescrire ils en parlent beaucoup et c'est génial, l'histoire naturelle de la maladie ! Parce que souvent nous-même on ne la connaît pas, qu'est-ce qui se passe si je ne traite pas ?! Et ça c'est intéressant dans la prise en charge ! » A6*

*- « Et la littérature, moi je veux la partager de temps en temps, moi je leur donne, ou je lis avec eux des trucs de Prescrire. » D4*

- La revue Exercer, moins citée, identifiée comme une autre revue critique :

*- « Mais quand même, mais quand même, la petite appréhension parce que dans le prochain Exercer, il va quand même y avoir l'article démonte complètement ce que je viens de décider avec ce patient-là. » D3*

- L'EMC Médecine Générale :

*- « Donc moi je lis l'EMC, l'EMC Médecine Générale. » B2*

En pratique professionnelle, illes utilisaient des outils internet d'aide à la décision, comme :

- Antibioclic :

- « *Je voulais juste signaler, les médecins se servent souvent d'outils comme Antibioclic ou d'autres sites que les jeunes utilisent de plus en plus !* » A1

- « *Je trouve plus le terme, des recommandations, issue de la profession, la revue Prescrire, les outils qu'on utilise tous : « Antibioclic ». »* A3

- Cardioscore :

- « *J'utilise le Cardioscore quand moi-même j'ai une intuition clinique, ben au moins je m'appuie sur cet outil afin d'appuyer ou non, d'expliquer ce que le patient a comme bénéfice à bénéficier d'une statine.* » A5

- Le Centre de Référence des Agents Tératogènes :

« *Le CRAT.* » A4

- Gestaclic :

« *Gestaclic pour la femme enceinte.* » A1

### 2.1.2. Des degrés de critique variables.

Certain-es faisaient référence à la sobriété thérapeutique, pour éviter tout risques jugés inutiles, voire les anticiper. La prescription optimale devait être la plus confidentielle possible, pertinente, efficiente et explicitée.

- « *Moi j'emploie souvent avec mes patients, ça rejoint un petit peu ce que tu dis, la notion de sobriété thérapeutique, en disant qu'on essaie de prescrire le moins possible.* » D5

C'était un challenge personnel ou collectif.

- « *Quand j'ai vraiment eu une toux pourrie, personnellement, j'ai prescrit deux-trois fois du Tussidane® après à mes patients (rires, suivi du rires de tous les participants). Après ça c'est réarrêté !* » D4

Illes favorisaient des revues indépendantes de toute pression commerciale (Prescrire ou Exercer), et souhaitaient être à l'avant-garde pour mieux anticiper les futurs scandales sanitaires.

« *Nous sommes le dernier bastion des anti-lobbies !! (rires sourds des participants)* » D3

« *Moi je me dis souvent on a plein de scandales qui sortent sur, ben, des enjeux de santé publique, le Levothyrox®, bientôt ce sera peut-être les statines, et je me dis ben plus je suis en capacités de dire non à... à des prescriptions parce que ben j'ai des preuves scientifiques dans la littérature, ben c'est mon rôle de dire non, même si des fois je suis un peu toute seule, enfin pas toute seule, mais c'est vrai que par rapport aux spécialistes on dit 'Bon, est-ce que vraiment je vais endosser cette responsabilité ?'. Mais si, je pense qu'on est dans la défiance quand même, beaucoup dans la société, du coup on a intérêt de faire attention à tout ça.* » D2

C'était un sentiment de fierté au regard des affaires sanitaires passées, qui renforçait le lien de confiance avec leurs patient-es.

« *on va souvent anticiper les modifications des recommandations, et pour revenir à ce qu'on disait tout à l'heure, même créer de l'alliance thérapeutique avec nos patients à qui on a modifié le traitement anticholestérol il y a quatre ans, ou alors les antidiabétiques, et qui disent maintenant alors « Oui, c'est vrai, au début mes diabétologues ils étaient pas d'accord, et puis maintenant... ». Du coup ça a vachement valorisé notre relation, même si au début ça a pu être un petit peu touchy parce que effectivement on était... les recommandations n'étaient pas forcément celles que moi je faisais, celles que je suivais. Mais effectivement moi je trouve que c'est chouette maintenant.* » D4

« *Actuellement par exemple je pense qu'on prescrit plus aucun antiémétique par exemple, et à mon avis ça va être des médicaments qui sont ou qui vont être retirés du marché dans pas longtemps (plusieurs*

*participants manifestent leur accord) et l'avoir dit aux patients depuis plusieurs années, ça crédibilise :  
« On sait que vous en donnez plus depuis longtemps et on vous fait confiance pour ça quoi ! ». » D5*

Certain-es participant-es luttai-ent contre ce qu'elles considéraient comme des idées reçues, contre des croyances dépassées ou sans fondement scientifique valide.

*« En fait c'est pas interdit, y'a pas d'interdit médico-légal ! C'est juste que, ça va peut-être s'expulser [le Dispositif Intra-Utérin] un peu plus [avec l'usage d'une coupe menstruelle]. En plus, on le sait pas, et il y a peut-être des petits facteurs qui vont peut-être modifier après. » D4*

Pour d'autres participant-es, la remise en question de l'indication thérapeutique était une situation rarement identifiée lors de la réévaluation d'une ordonnance.

*- « Ecoute souvent ce n'est pas le bénéfices-risques, c'est l'intolérance à un médicament. » B5*

*- Extrait :*

*« Mais globalement, des grosses interrogations, face à des médicaments de sortie d'hôpital, enfin d'hôpital ou de spécialistes, c'est pas souvent quand même. Enfin je sais pas vous ?! » B2*

*« C'est pour ça qu'on se rappelle des quelques histoires. » B3*

*« Mais je ne vois pas d'exemple ! Honnêtement je ne vois pas d'exemple. Donc c'est compliqué. » B2*

**SYNTHESE**

**Le regard critique des participant-es vis-à-vis de l'interprétation statistique des bénéfices et des risques issue de l'évaluation du médicament était variable et orienté par leur référentiel. Illes s'informaient de manière critique à l'aide de sources réputées, indépendantes, plus ou moins prudentes et consciencieuses vis-à-vis des risques iatrogènes.**

### 2.1.3. Avoir un avis réfléchi en amont sur les thérapeutiques et les examens médicaux.

#### 2.1.3.1. Choisir son outil de travail.

La prescription était basée sur des sources de confiance, et en lien avec certains automatismes déjà établis. Ce pouvait être les revues précédemment citées, ou les données issue de l'évaluation du médicament par les agences sanitaires : Amélioration du Service Médical Rendu (ASMR) et Service Médical Rendu (SMR).

- « *ma liste de médicaments que je maîtrise et que je pratique et là par exemple Prescrire pourra m'aider à faire le tri ! Les ASMR les SMR aussi, les autorités de santé ont quand même leur rôle à jouer, mais voilà. Et du coup donc je vais maîtriser tel ou tel médicament, je vais utiliser ceux-là car je sais qu'ils ont un bénéfices-risques utile.* » A6

- « *Moi à contrario, je pense que j'ai quand même pas mal d'automatismes, parce que ça me soulage pas mal dans mon travail, dans ma réflexion.* » A6

Travailler dans le respect des autorisations de mise sur le marché (AMM) était un prérequis.

- « *Moi pour le Médiator®, je leur disais qu'il n'y avait pas l'AMM ! Parce qu'il n'y avait pas l'AMM pour le poids ! L'AMM c'était pour l'hypertriglycéridémie et c'était pas pour perdre du poids, donc de toute façon moi je ne l'ai jamais prescrit pour ça, mais...* » B2

Certain-es praticien-nes ne parvenaient pas à concevoir le bénéfice de certains traitements dits « symptomatiques ». Illes jugeaient les risques disproportionnés, même s'ils étaient statistiquement très faibles, pour une affection à évolution naturelle spontanément favorable.

- « *Exemple, les vasoconstricteurs dans la rhino, même si le risque théorique est faible, la balance bénéfices-risques est totalement en défaveur de ce type de traitement, sachant qu'il s'agit simplement d'un traitement symptomatique !* » A3

- « ça s'applique encore plus pour l'homéopathie ou les fameux vasoconstricteurs dans le rhume et des traitements soi-disant magiques qui sont vendus partout mais qui en fait n'ont pas d'intérêt réel puisqu'ils exposent à parfois plus de risques que un bénéfice ! » A2

Certain·es avaient peur d'une attitude médicale nuisible, et source possible de danger pour le·a patient·e, notamment en regard du bénéfice prouvé du médicament.

- « Peut-être que tu mets du Dérinox® (rires, suivi de sourire de l'animateur) ! » A3

- « donc sur les contraceptions, les femmes qui sont ou étaient sous pilule de trois et quatrième générations, j'ai l'impression de leur faire du mal en leur renouvelant un traitement qui va bien, elles ont pas de contre-indication, mais c'est pas moi qui l'ai initié, (reprenant son souffle) pour toutes les raisons qu'on a dit on va pas forcément le modifier, mais ah ouai, c'est très inconfortable... » D6

- « Si c'est une rhumato qui a introduit du Chondrosulf® pour ses douleurs articulaires, ou si c'est un neurologue qui lui a mis un antiparkinsonien, enfin c'est complètement différent ! Puis alors des fois à la première lecture : « J'y avais pas pensé, cool, bonne idée ! », ou des fois je vais dire « Pfff, qu'est-ce qu'il nous casse les pieds encore avec ces molécules de merde qui servent à rien ! ». » C2

### 2.1.3.2. Des points de désaccords sur différentes classes médicamenteuses.

La balance bénéfices-risques du médicament seul était source de désaccords entre les participant·es ou avec leurs collègues. La prescription médicamenteuse générait plus de questionnements que d'autres procédures.

- « C'est peut-être parce que les médicaments nous posent plus de problèmes que de faire un bilan ou... » A1

### 2.1.3.2.1. Des critiques sur la balance bénéfices-risques du médicament.

En référence à une balance bénéfices-risques encore en discussion parmi les professionnel·les, qu'elles soient MG ou MS.

- « Cette jeune femme prend Diane35® parce qu'elle avait une acné terrible et effectivement depuis qu'elle est sous Diane35® pour son acné ben elle n'a plus d'acné. Et donc ça fait deux ans qu'elle prend cette pilule, en sachant que le risque de thrombose il est surtout les six premiers mois, mais pas après, donc elle n'a pas un risque de thrombose majeur. » B2

- « Moi j'ai deux patientes sous Diane, et à chaque fois quand je leur demande : « C'est quoi votre contraception déjà ? », elles me disent « Ben vous savez... (avec un air hésitant)... » (rires), ben c'est rigolo, elles me ménagent... « Il va falloir que vous renouveliez la Diane. » (rires de toutes les participants). » D1

Le bénéfice attendu de certain-es thérapeutiques anticancéreuses était différemment apprécié.

- « c'est que la mortalité par cancer du sein baisse en ce moment, et que la seule chose qui peut expliquer ça c'est le Tamoxifène® ! Actuellement ! On n'est pas du tout sûrs, mais c'est les seules choses qui ont l'air d'être corrélée ! J'en sais pas plus que vous... Mais je pouvais pas dire mieux ! » C4

- « Elle voulait pas prendre d'hormonothérapie, parce que ça allait lui flanquer sa libido en l'air, parce qu'elle allait prendre du poids, que ben voilà elle avait pas envie de s'emmerder à ça ! Donc elle me dit : « Mais quel est le bénéfice de l'hormonothérapie ? ». (En bafouillant) Ah bah ma foi c'est une bonne question ! J'ai fouillé un peu la biblio, j'ai trouvé des chiffres, et alors effectivement il y a une chance sur quinze pour que ça vous évite une récurrence ! Elle me dit : « Donc il y a 14 chances sur 15 que ça me fasse rien du tout ! ». Je lui dis : « Ben ouai... ». Elle me dit : « Ben c'est bon, je laisse tomber ! ». » C2

Elles émettaient des critiques des recommandations : l'intérêt de thérapeutiques apparemment pertinentes du point de vue populationnel qui ne l'était pas forcément au niveau individuel.

- « *Fin, moi j'ai pas mal travaillé, quand j'étais interne en gériatrie, j'avais fait tout un travail sur l'ostéoporose, putain quand tu creuses ! Les bénéfices des médicaments ils sont pourris ! Donc euh... à un moment, même si t'a des recos, tu dis, ouai bon okay, ben putain... On en revient au bénéfice personnel, ça vole pas haut du tout !* » C2

#### **2.1.3.2.2. Le choix de molécules dans une classe médicamenteuse.**

Illes faisaient référence à des divergences de prise en compte de l'effet classe. Certain-es choisissaient la molécule le plus éprouvée scientifiquement parlant, dans une même famille.

Le choix d'une statine se portait sur les molécules les plus fiables sur des études évaluant l'effet sur la mortalité.

- « *Donc il lui met atorvastatine, il lui met Crestor<sup>®</sup>, il lui met tout... et à chaque fois le patient il revient avec une ordonnance... on mais on va lui mettre prava à la place. Et puis le cardiologue, il est toujours dans l'intensification, Liptruzet<sup>®</sup> bien sûr, et puis je lui ai sorti une revue, je lui ai sorti un article... et le patient il a dit « Oula, mais oui c'est bien marqué... écrit que c'est de la merde en fait ! » (rires des participants), « Donc je vais continuer à prendre de la prava, vous le marquez sur l'ordonnance ».* D3

Le choix des anti-inflammatoires non stéroïdiens se portait sur des molécules qui sembleraient avoir un risque d'effets secondaires moins prononcé.

- « *D'autres automatismes, les AINS, je suis persuadé que parmi nous, si il y a une indication d'anti-inflammatoire et ben on va toujours choisir les mêmes qui ont le bénéfices-risques le plus favorable parce qu'on va se dire tant qu'à en prescrire un, si on doit en choisir un, on va choisir naproxène ou ibuprofène en premier lieu, en tout cas pour moi ! (Accord de A3 et A4)* » A5

Ou au choix d'une famille différente pour prendre en charge une même pathologie.

- « *J'ai une patiente que j'ai vu lundi, qui voyait un endocrino pour son diabète, qui prescrivait du gliclazide et du Januvia®, chez une dame qui avait 78 ans, j'pense à peu près, qui devait avoir une hémoglobine glyquée à 7,3%. Et elle continuait à le voir, et moi je lui avais déjà signifié que je pouvais pas prescrire ce type de médicament, en tout cas si elle venait me voir pour ça, on ferait des modifications.* » D5

### 2.1.3.2.3. Les cas de médicaments à haut risque nocif.

Les benzodiazépines étaient des molécules globalement décriées, dont la reconduction était sous contrainte.

- « *Moi j'ai sauté sur l'occasion, heu... de l'histoire du Médiator®, pour faire arrêter plein de prescriptions de Stilnox®, donc de zolpidem à mes patients ! En leur disant « Vous avez vu ! C'était pas un médicament indispensable, ça a donné des valvulopathies ! Vous vous rendez compte ce que ça a donné ! Là, le zolpidem et les somnifères, on sait que ça peut aggraver la mémoire, et... précipiter des maladies d'Alzheimer.* » B2

- « *On va passer du temps à expliquer qu'on va plus faire de bêtises à rajouter une benzo... que de la laisser pas bien dormir.* » C3

- « *« Mais qu'est-ce que ça risque les benzodiazépines ? », et je lui disais « Ben Alzheimer ! » et ben du coup elle a arrêté instantanément, alors qu'elle avait déjà 82 ans et 25 ans de benzos derrière elle.* » D3

- « *Et pour la coup-là on a un vrai rôle pour dire que là : « Ouai, c'est super, mais là il ne faudrait peut-être pas commencer cette benzo... Ou chez cette patiente à priori, c'est pas... », par exemple (D2 manifeste son accord).* » D4

Comme le *Médiator*<sup>®</sup>, qui avait suscité le refus du renouvellement par certain-es praticien-n-es.

« Ça me fait penser à un traitement quand j'étais remplaçante, qu'on me demandait de reconduire, et que je n'avais pas voulu reconduire, c'était le *Médiator*<sup>®</sup> ! Je ne sais pas si ça t'est déjà arrivé ? (s'adressant à B3)(rires de B5). Ben les gens étaient pas contents. Je leur disais que moi je le prescrivais pas ! » B1

#### 2.1.3.2.4. Le cas particulier des vaccins.

Les données disponibles sur la vaccination contre les papillomavirus cancérogènes ne rassuraient pas plusieurs praticien-n-es.

- « Quand je fais le *Gardasil*<sup>®</sup>, ben je serre les fesses et je me dis... » B5

- « J'ai jamais vu un papa me poser la question pour le *Gardasil*<sup>®</sup>, vraiment tous des nazes ces papas (utilisant un ton ironique) (rires de C6). Ben ils me demandaient « Ben, docteur, faut le faire ? Faut pas le faire ? ». Ben j'dis « Ben chépa, vous en pensez quoi ? ». Ben « On vous d'mande ! »... « Vous faites chier ! (en simulant sa voix intérieure, suivie de rires) ». Et alors souvent, comme le disait C4, ils me demandent : « Et vous vous feriez quoi ? ». Je leur disais « Dieu merci, mes enfants sont encore petits, je vais avoir le temps de réfléchir ! ». » C2

#### 2.1.3.3. La balance bénéfices-risques au regard du coût économique.

Au regard d'un coût économique injustifié par le manque de preuves scientifiques, certain-es participant-es avaient à cœur de penser la BBR au regard des dépenses de la solidarité nationale.

- « Ou des prescriptions qu'on pense inappropriées par les spécialistes, avec des médicaments chers et qui n'ont pas prouvé leur efficacité, sur lesquels on doit tout réexpliquer au patient et... » D5

- « c'est vraiment pas son problème en fait [au patient-e]. Confer toute les batailles qu'on a sur le non substituable et sur les génériques. » D3

### 2.1.3.4. L'évocation du surdiagnostic :

Proposer des tests diagnostics au patient-e dans le strict respect des indications consensuelles.

- « Y'a un cardio qui fait des épreuves d'effort à tout le monde en ce moment... Tu l'envoies pour n'importe quoi, il se retrouve avec une épreuve d'effort ! (sourires de tous les participants) Quand tu connais les avantages de l'épreuve d'effort (fait une grimace), puis dans les cas particuliers, tu as envie de lui dire « Ben y'aller pas, et puis c'est tout ! » » C4

Dans le cadre des dépistages organisés ou promus, s'en tenir à la stricte application.

- « Moi j'fais du renforcement positif des gynécos, j'leur dis « Vous savez, même les gynécos ils font des frottis tous les trois ans maintenant ! » (rires de D1, D4 et D6). » D1

- « par exemple aux frottis, il y a un élément qui va nous permettre d'être décisionnaire, c'est quand même la physiopath' ! » D4

SYNTHESE

Les divergences portaient sur un nombre important de thérapeutiques, moins sur des procédures médicales. Elles concernaient tant les généralistes entre eux, qu'avec d'autres spécialistes.

### 2.1.4. Des désaccords entre spécialités.

#### 2.1.4.1. L'expression d'approches différentes entre les MG et les autres spécialistes.

Les divergences sur la notion de prévalence de maladies graves selon les spécialités étaient à l'origine de désaccords ou d'incompréhensions.

- « Oui le carré de White par exemple. » D1 [...]

« Moi je dis souvent que les spécialistes, ils ont très peur parce qu'ils voient tous les cas très graves »

D6

Les désaccords entre spécialités étaient aussi relatifs à la spécificité de l'approche ambulatoire, centrée sur le patient-e, et non pas sur la maladie, organe par organe, comme dans la tradition historique post-Claude Bernard.

- « *Moi ce que font mes patients des fois, c'est... quand je leur donne pas d'antibiotiques, ils vont voir l'ORL d'à côté pour qu'il leur prescrive des antibiotiques.* » D1

- « *Oooh... mais même ceux-là ils vont bien avec certains !* « *Oooh, ben j'en connais un qui est aussi con que vous tiens !* ». *Je le dirai pas comme ça !* « *Vous irez bien ensemble... ! Il va vous faire plein d'exams, il va vous foutre la trouille, il va vous convoquer tous les six mois, avec une note que j'ai gardée tiens (faisant semblant de lire la note) : Cher ami, j'ai bien vu Mr Machin, qui est venu inquiet. Il n'a strictement rien.* ». *Et je te jure qu'il a écrit : « Il est indispensable que je le revoie tous les ans ! ».* (rires de C2, C3 et C6). » C4

#### **2.1.4.1.1. Entre MG et cardiologues.**

Les participant-es rapportaient comme motifs de désaccord principalement les traitements des dyslipidémies, en lien avec les critiques de survenue d'effets secondaires ou avec l'indication discutable.

- « *T'as pas un type qui revient qui revient de chez le cardiologue sans revenir avec une statine* » B5

- « *Moi ça m'arrive des fois d'expliquer que les spécialistes ils ont une façon de voir, et nous une autre... Je pense à des cardiologues qui prescrivent des statines en première intention sans évènement cardiovasculaire, on leur explique que en ce moment il y a une polémique, mais qui peut être nous parle plus à nous généralistes, qu'aux spécialistes.* » C3

Ces molécules étaient surprescrites, fruit d'une pratique très protocolisée. Le reproche était de viser un chiffre, critère intermédiaire, et non un critère clinique comme le bien-être des patient-es.

- « Et puis là, le dernier courrier du cardiologue, c'était « Bon ben puisque ça marche pas, et qu'il est toujours pas à la cible de 0,7, bon ben je vais lui mettre le dernier médicament injectable là, qui va sortir ! ». Et là le patient il me dit « Mais comment on va faire pour les injections, c'est quand même embêtant... » » D3

- « ils ont des crampes, moi j'en ai plusieurs, moi je les arrête, parce quand même, je préfère qu'ils marchent plutôt qu'ils prennent un statine. » B5

La survenue d'effets secondaires était prise en compte différemment.

- « Les cardiologues, ils voient un type qui se plaint, qui a des crampes, et ils disent « Prenez votre statine, c'est bon pour vous ! ». La cardiologue elle sait qu'il y a ces études qui sont confirmatives, elle veut la statine. T'a pas un type qui revient de chez le cardiologue sans revenir avec une statine ! C'est ahurissant ! Et moi je vois des inconvénients et des effets secondaires désagréables, et quand tu l'arrêtes les gens vont mieux ! » B5

- « « Et si si si si, allez-y là, faut pousser les IEC, allez-y, dix milligrammes ! » (imitant un cardiologue), « Oui, mais il a vingt-sept de clairance, vous êtes sûr... ? » (faisant une petite voix dubitative) » C2

#### **2.1.4.1.2. Entre MG et diabétologues.**

Illes préféreraient évaluer les résultats sur des critères et appréciations cliniques plutôt qu'avec l'utilisation d'un facteur intermédiaire qui n'emportait pas forcément la conviction.

- « Il y a vraiment la situation typique des paradigmes différents où l'endocrinologue finalement traite le diabète, et moi je trouve que ce patient diabétique là il ne devrait pas être traité comme ça. [...] il y en a un qui vise l'hémoglobine glyquée et moi je vise la qualité de vie de mon patient. » D3

- « Ils visent un chiffre et non le bien-être » D5

- « *Et les diabéto j'en parle pas ! Sur certains, ils vont mettre des traitements avec lesquels je ne suis pas d'accord, où la balance bénéfices-risques pour moi n'est pas forcément favorable.* » A6

Mais elles étaient rassurées par la réflexivité naissantes de leurs confrère-sœurs.

- « *ou alors les antidiabétiques, et qui disent maintenant alors « Oui, c'est vrai, au début mes diabétologues ils étaient pas d'accord, et puis maintenant... » » D4*

#### **2.1.4.1.3. Entre MG et rhumatologues.**

L'utilisation prolongée d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) dans le traitement des affections articulaires interpellaient régulièrement les participant-es vis-à-vis des risques d'insuffisance rénale.

- « *Ça me semble être extrêmement élevé d'emblée, en plus des AINS qu'il prescrit sur trois mois alors qu'il y avait déjà une insuffisance rénale avec une clairance à 40, voilà, moi je bondis !* » A6

- « *J'voyais un rhumatologue moi, qui prescrivait des mois et des mois d'anti-inflammatoires non stéroïdiens à un monsieur avec une insuffisance rénale... euuuh, voilà ! (rires de C4 principalement)* » C5

#### **2.1.4.1.4. Entre MG et gynécologues.**

Les désaccords sur les risques potentiels et les contre-indications relatives ou absolues des contraceptions hormonales.

- « *Y'a pas que moi qui ai ça en tête quand même ?! Des jeunes avec des migraines avec aura sous pilule oestroprogestative ? Puis les vraies migraines, les vraies auras ! Ils revoient leur gynéco, qui REprescrit la même pilule ! Malgré le fait que la patiente lui ai dit « Ouai, mais j'ai des migraines et mon médecin... » (imitant une jeune patiente peu sûre d'elle), « Ouai mais moi j'ai jamais vu de*

*problèmes ! » (imitant un gynécologue sûr de lui). Après « Qu'est-ce que vous pensez, je vous ai montré... », « Ben si je risque de faire un AVC... je suis bien d'accord, mais... ». » C2*

#### **2.1.4.2. La notion d'insuffisance professionnelle.**

Les participant-es évoquaient l'insuffisance professionnelle lorsque les pratiques n'étaient pas consensuelles de manière itératives.

- Extrait :

*« On n'a pas prononcé le mot « insuffisance professionnelle » aussi. » D5*

*« C'est vrai... » D3*

*« Et on aurait pu le prononcer à de nombreuses reprises dans nos situations ou dans ce qu'on a raconté ce soir. » D5*

Le travail de coordination des soins pouvait être entravé par une moindre confiance dans le-a correspondant-e, voire un sérieux doute, avec une difficulté à adopter une attitude déontologique.

*- « Parce que ce gynéco-là a la fameuse tendance de... d'avoir... des patientes, et elles ont toutes soit une endométriose, soit il enlève les trompes à toutes les jeunes filles, soit... et elles ont toutes des infections alors qu'il a pas fait... il a rien fait si ce n'est son échographie, et elles ont toutes une trithérapie... voilà... » [...] « Et quand y'a notre gynéco adoré, et ben on se débrouille tout seul ! » B4*

Illes évoquaient le fait que chacun-e reste dans un domaine où ille est compétent-e, en étant parfois vindicatif-ve. Illes pouvaient considérer que tou·tes spécialistes n'est pas légitime à modifier les lignes de prescriptions qui sont en dehors de leur spécialité.

*- « Ben justement c'est ceux-là qui sont mal soignés... Parce que quand le cardiologue va s'occuper de l'hypothyroïdie, il va pas tellement bricoler là-dessus. » B3*

- « Bon, et j'ai vraiment hésité à faire un courrier à ce confrère, ce spécialiste, qui effectivement était un peu en dehors de sa spécialité, et en fait je suis allé la voir parce qu'il avait modifier tout son traitement, et qu'en fait la dame elle était perdue et qu'elle savait plus quoi prendre ! Et qu'elle a fait une réaction allergique à un des traitements mais on sait pas lequel, bref, donc je lui ai dit de recommencer comme avant et de voir son médecin traitant ! » D1

### 2.1.5. Le cadre légal de certaines prescriptions.

Le cadre de prescription se devait d'être respecté sans le contourner de manière spacieuse.

Exemple de la prescription de certaines thérapeutiques sur deux mois au lieu des 28 jours légalement autorisés.

- « La benzo, je n'augmenterai pas la dose pour revenir tous les deux mois. Ça c'est mes limites, je ne pourrai pas faire ça. » D6

SYNTHESE

**L'insuffisance professionnelle et le non-respect de certains cadres légaux de prescription étaient des arguments avancés pour expliquer l'absence de l'usage de l'approche centrée-patient-e et de la décision médicale partagée par d'autres spécialistes. Illes croyaient en l'usage de ces deux approches pour justifier une prescription plus adaptée à chaque patient-es et pour ainsi limiter la surprescription et la survenue d'effets secondaires évitables.**

**L'approche centrée-patient-e et la décision médicale partagée sont des spécificités de la médecine générale mais sont opposables à toute spécialité. Elles favorisaient sans doute les difficultés de coordination entre MG et autres spécialités. De même, respecter les recommandations de bonne pratique professionnelle permettait de ne pas grever la relation déontologique.**

## 2.2. Le changement sur une ordonnance attirait l'œil des participant-es.

Les participant-es étaient professionnellement attentif-ves à tout changement d'une prescription. Une modification de ligne, même mineure, les interpellaient.

- « Euuuh, c'est comme la nature, le mouvement attire l'attention hein, en fait. Le mouvement sur l'ordonnance attire l'attention. La nouvelle ligne m'interpelle. Comme le prédateur dans la nature. » A3

- « Par contre quand il y a une nouvelle ligne, c'est forcément que ça interpelle intellectuellement. » A5

Il était plus facile d'émettre des réserves sur la ligne de prescription d'un-e confrère-sœur, que sur leurs propres choix thérapeutiques.

« Je pense qu'il est plus facile de mettre en doute la prescription d'un confrère que la nôtre. » A1

### 2.2.1. L'impact émotionnel à la découverte du changement.

Le changement sur une ordonnance était générateur d'émotions fortes chez plusieurs praticien-nes, avant qu'ils puissent prendre du recul. Ces émotions semblaient être plus prononcées quand illes identifiaient d'emblée que la balance bénéfices-risques était défavorable, et assimilables à un processus automatique plus que réflexif.

- Extrait :

« Je grogne. » D3

« C'est-à-dire ? » Animateur

« Je commence par grogner. « Arrrgh, mais qu'est-ce qu'il a fait ?! » » D3

La découverte de certaines prescriptions suscitait la surprise, l'incompréhension et l'agacement lorsqu'elles paraissaient inadaptées. C'était une remise en cause de leur pratique et de leur compétences. L'absence de concertation était ressentie comme une humiliation par certain-es.

- « *On voit des choses parfois complètement dingues !* » A1
- « *ou des fois je vais dire « Pfff, qu'est-ce qu'il nous casse les pieds encore avec ces molécules de merde qui servent à rien !* ». » C2
- « *L'incompréhension, et des fois l'agacement, parfois jusqu'à la colère.* » D3
- « *Et l'autre situation c'est quand je comprends pas. Je comprends pas, et on m'explique pas, alors ça ça me rend dingue.* » D3
- « *Et des fois c'est : « Eh bien, tout va bien, alors je change... ». Et là, ça rend fou quoi ! Mais vraiment ! (rires des autres participants) J'ai des réactions, mais émotionnelles, où je me dis « Mais qu'est-ce qu'il fait ? Mais pourquoi ? Pourquoi tu changes ? Juste pour changer alors ? ». Donc là ma réaction elle est à fond quoi ! Juste pour changer, juste pour le plaisir de changer, ça me rend dingue !* » D3

Cette situation était vécue comme une épreuve difficile. L'inconfort généré provenait de l'anticipation des difficultés à venir dans la consultation pour être en mesure d'exprimer son désaccord.

- « *Alors moi clairement, c'est de l'inconfort !* » C5
- « *je me suis retrouvé en difficultés dans ces cas-là, avec des prescriptions avec lesquelles je n'étais pas d'accord.* » A3
- « *Mais du coup, mon ressenti, le premier, ben c'est toujours pareil, c'est, le premier truc c'est de soupirer dans sa tête, c'est de se dire « Pfff, je me serais bien passé de cette complication quoi !* ». » C2
- « *J pense que le ressenti il dépend aussi de la situation, que face à un patient ou tu sais qu'il va être finalement plus réceptif, où tu vas batailler à lui expliquer... Ou à l'inverse, si tu sais que tu es moins patient, et qu'à chaque fois il contredit tout ce que tu dis...* » C6

Ils se retrouvaient dans une position déontologique difficile liée à un conflit de loyauté et/ou d'allégeance envers le patient ou envers le confrère-sœur.

- « Ça c'est juste... voilà ! Inconfort ! Mon ressenti c'est ça ! On va me demander... situation très, voilà, je suis le cul entre deux chaises, à me demander comment je vais dire au patient que je suis pas d'accord, sans justement être antidéontologique... Donc c'est vraiment pour moi de l'inconfort, je veux pas perturber le patient, mais... il faut que je dise que ça va pas ! » C5

- « Mais quand on fait appel à un confrère qui soit hospitalier ou pas, et qu'après il fait des modifications, moi je trouve que c'est un peu..., je dis pas qu'il faut tout accepter et dire bêtement oui oui, mais lui dire « Ah non ce que tu m'as proposé en fait j'en veux pas ! », ça peut être un peu délicat ! » A2

« Oui ça peut être un peu délicat ! » A5

Les jeunes professionnel·les pouvaient ressentir une déstabilisation, d'autant que leur propre confiance professionnelle en ell-eux était encore balbutiante et à affirmer.

- « Oui, moi ce que je ressens quand je suis face à une ordonnance où la balance bénéfices-risques est plutôt défavorable, je ressens plutôt de l'incertitude d'abord, je suis plutôt perdue. Je perds un peu confiance dans mes propres idées avant tout ! » [...] « C'est un manque de confiance plutôt, après je me pose... j'ai quand même des connaissances, je me reprends, mais c'est vrai que spontanément, après c'est vrai que ça fait que deux ans que je bosse. Mais spontanément je vais plutôt douter de moi, que du spécialiste. » C1

- « Moi la nouvelle ligne elle m'interpelle, [...] Ou les nouvelles lignes, mais je pense que j'aurai encore du mal à remettre en cause ce qui a été décidé à l'hôpital (réaction de A1 : « Ah non... ! »), même si faut toujours..., ou par un confrère, j'aurai du mal à non dire « Non c'est moi qui ai raison et lui son avis, je ... ». » A2

Certain-es participant-es ressentait comme une trahison le fait d'avoir consulté un-e autre confrère-sœur, surtout s'il·les considéraient avoir un investissement professionnel supérieur aux autres.

- « Et moi je me demande si, quand même, si ça joue pas un peu sur l'empathie, est-ce que parce que il m'a un peu trahi..., j'ai pas d'exemple, donc j'extrapole un peu... Ah ben lui c'est du genre à aller voir

*tel collègue, tel confrère, tel spécialiste parce que peut-être que je conviens pas, alors ça c'est toutes mes représentations. » D4*

Parfois, le simple nom du prescripteur-trice initial-e était générateur d'une forme de lassitude, par effet de répétition.

- Extrait :

*« Ça dépend de qui a changé l'ordonnance ! » C2*

*« Ouii... mais... » C3*

*« Parce qu'il y en a je suis désolé... j'dis au patient « Je sais qu'avec cette personne je ne pratique pas de la même façon ! ». Donc presque limite, cyniquement ça m'amuse de... Je pense à un exemple très précis avec un cardiologue il n'y a pas longtemps ! » C2*

*« Toujours le même ? (rires de toutes les participants) » C3*

*« C'est presque, j'en viens à être amuser de voir ça... J'aurai presque parier !! » C2*

### **2.2.2. Accueillir favorablement la remise en question.**

Les participant-es reconnaissaient qu'elles pouvaient être faillibles et faire des erreurs.

*- « Je pense que tous, dans nos ordonnances, il doit y avoir des petites conneries qui se cachent. » A3*

Dans certaines situations et en fonction du profil psychologique des praticien-nes, la remise en cause ou la modification d'une de leurs ordonnances était accueillie favorablement. Elle les détournait par ce regard neuf ou extérieur d'une habituelle routine.

*- « ou que il va voir quelqu'un d'autre parce que tu n'es pas là, parfois c'est pas mal parce que tu es obligée de te réinterroger sur 'Est-ce que ce que j'ai fait jusque-là c'était pertinent ? Est-ce que finalement la façon de faire du collègue c'est adapté ou non ? Plus pertinente que la mienne ou non ?'. Donc moi je ne suis pas du tout dans 'Il connaît pas le patient, il a changé un traitement un traitement de fond, ça me contrarie...'. Non non au contraire je me dis 'Il a eu un autre regard sur mon patient, et*

*heu... au final c'est plutôt bien, et donc ça me permet de... réévaluer peut-être certaines choses que je n'aurai pas fait toute seule. » B2*

*- « Puis alors des fois à la première lecture : « J'y avais pas pensé, cool, bonne idée ! » » C2*

*- « Non non au contraire je me dis 'Il a eu un autre regard sur mon patient, et heu... au final c'est plutôt bien, et donc ça me permet de... réévaluer peut-être certaines choses que je n'aurai pas fait toute seule. » B4*

Cette acceptation était parfois vécue comme bénéfique, si initiée par un-e pair-e MG confirmé-e ou apprenant-e.

*- « Dans le sens où cet autre médecin ça peut être ton remplaçant... » B2*

*- « Tu vois, avec nos internes ou nos remplaçants, tu vois, moi j'apprécie fortement ça ! Le regard neuf, extérieur » B4*

Cela pouvait être mal vécu si c'était un-e médecin généraliste extérieur-e au cabinet ne connaissant par le-a patient-e qui modifiait une ordonnance chronique.

*- « Mais quand c'est des changements de traitements chroniques, c'est un peu limite [...] Ben parce qu'il connaît pas le patient, entre guillemets, aussi bien ! » B1*

**SYNTHESE**

**La découverte d'une modification de leur prescription interpellaient systématiquement. En fonction de leur analyse immédiate et de l'anticipation de la suite de la consultation, cette situation pouvait aussi bien être accueillie favorablement, de manière réflexive, en respectant la légitimité de l'autre professionnel-le, mais aussi être génératrice d'inconfort.**

### 2.2.3. Le besoin d'une communication professionnelle de qualité.

De ces constats émotionnels émergeaient le besoin de compréhension et le développement d'une stratégie visant à pouvoir se positionner favorablement ou non vis-à-vis de la reconduction de la prescription.

- « Ton patient est allé voir quelqu'un d'autre, je me dis tiens, alors... Soit t'a un égo surdimensionné, et tu dis « Quel connard ! » (rires tous les participants) « Qu'est-ce qu'il a fait ? », soit tu interrogues pourquoi, puis tu vois bien qu'il y a une raison en général, pourquoi. » B5

- « Moi c'est pas l'incompréhension, c'est plutôt le besoin de compréhension. Tu veux comprendre, c'est pour ça que tu appelles, et que c'est pour ça qu'on commence à dire au patient « Mais qu'... qu'est-ce qui s'est passé ? » quoi ! C'est quoi ce bordel ?! » D5

Les praticien-nes se référaient au compte-rendu de consultation ou d'hospitalisation, objet d'importance d'une communication efficiente pour optimiser la coordination des soins entre différentes spécialités.

- « Je dis « Je grogne. », mais je commence par lire le courrier. » D3

- « On va étudier la situation, et notamment si on a sollicité un avis on aura souvent un courrier, si on a des questions on va devoir regarder le..., pour voir si on a été d'accord avec la démarche » A3

- « On va étudier la situation, et notamment quand on a sollicité un avis on aura souvent un courrier, si on a des questions on va devoir regarder le..., avec le patient, le courrier, pour comprendre ce qui a été changé et pourquoi. » B3

- « Moi j'aime bien avoir quand même, je trouve que c'est vraiment important, le courrier du... du... confrère s'il a modifié mon ordonnance, pour m'expliquer pourquoi ! Parce qu'il arrive parfois qu'il y ait une modification, euh... que je peux même pas critiquer si j'... parce que j'ai aucune information de pourquoi il y a eu modification ! » C5

- « Il le remet au patient. Une fois sa femme elle avait gueulée, alors il avait gribouillé trois lignes à la main, pour un mec qui devait avec un remplacement de valve... infarctus, et cætera... (rires) » C2
- « La transmission elle est pas toujours effective, ou parfois on reçoit... le trente juin le compte-rendu d'hospitalisation du trente mai, donc bien entendu, le patient on l'a déjà revu depuis hein ! Donc c'est un courrier qu'on lit pas, donc c'est une information qui tombe à l'eau quoi ! » D3
- « Ça me fait râler les gens qui ne m'envoient pas de courrier tu vois. » B3

Le-a patient-e intermédiaire était une solution médiane, mais plus à risque sur le plan professionnel.

- « Moi je vais discuter avec le patient, en essayant de savoir ce que le spécialiste lui avait expliqué, et qu'est-ce qui fait que le traitement a été changé, quels ont été les arguments du spécialiste (D4 acquiesce) pour changer son traitement, et qu'est-ce qu'il en a compris. » D5
- « Je demande au patient « Qu'est-ce que vous a dit le cardiologue ? », pour essayer de faire le téléphone arabe. Le patient s'il me réponds : « Ah bah il m'a rien dit ! », et ben là je suis bien embêté, c'était peut-être tout à fait justifié mais je comprends pas pourquoi et ça me dérange. » C5

Téléphoner au prescripteur-trice initial-e était la solution de dernier recours. Cet usage était principalement restreint aux situations d'incompréhension.

- « Moi c'est vrai que ça m'arrive de leur téléphoner quand je comprends pas, soit quand j'ai pas de courrier, soit vraiment que je vois pas pourquoi il a fait ça ! C'est pas forcément que je suis pas d'accord, mais juste je vois pas le cheminement quoi, je vois pas comment est-ce qu'il est arrivé à cette décision, sur ce que le patient me dit, enfin je comprends pas ! Et là, effectivement je prends mon téléphone et je demande qu'on m'explique ! » D1
- « Non moi je prends mon téléphone quand je pense que... Des fois en sortie d'hôpital on n'a pas le compte-rendu, et ils viennent avec un ordonnance qui a complètement changé... » D4

- « Et je pense que en soit, si c'est complètement débile je ne le fais pas, mais si... Ce sera rare que je ne sois pas du tout d'accord, mais dans ce cas si, peut être que j'essaierai d'appeler pour communiquer et essayer de savoir si... pour essayer de mieux comprendre ! » A2

SYNTHESE

**La modification d'une prescription n'était pas toujours compréhensible, pour des raisons de défaut de transmission ou d'explication de la réflexion décisionnelle.**

#### 2.2.4. Reconduire ou réévaluer.

L'acte de réévaluation par le-a médecin traitant modifié-e par le-a correspondant-e et proposé-e par cel-lui-ci majorait la confiance du patient-e pour son « équipe » de soins. Le sens de « réévaluation » bénéficiait d'une interprétation libre des participant-es.

- « Et quand on demande un avis, c'est souvent ce qu'espère le cardiologue ou autre, ils font une prescription courte, en leur disant « Vous referez le point avec votre médecin traitant. » pour qu'on fasse cette réévaluation, pour ce cas particulier en tout cas. » B3

- « C'est le cas chez les généralistes car on les suit depuis longtemps et donc voilà il y a vraiment une confiance qui s'est instaurée donc voilà je pense que là-dessus ils attendent beaucoup qu'on leur explique et qu'on confirme quelque part que c'est presque une raison de venir : « Voilà, il m'a prescrit ça, est-ce que vous validez ? ». (Accord de A3). » A6

L'analyse d'une ordonnance avant sa reconduction n'était pas une démarche consensuelle. Le terme de « réévaluation » pouvait être préféré à celui de « renouveler », car signifiant une réflexivité professionnelle.

- « « Renouveler », pour moi c'est péjoratif ! Dans le sens où on se renvoie à l'image du médecin qui renouvelle une ordonnance : il clique ! L'ordonnance repasse (sifflement et mime d'une page sortant

*d'une imprimante), et on la remet ! On entend encore ça trainer : « Oui, ben c'est bon, les généralistes ils font des rhumes et des renouvellements d'ordonnances ! ». Alors que « Réévaluer », tu sous-entends la démarche active, de dans ta tête te reposer la question de « Ce traitement est toujours adapté ? ». »*

C2

Mais à situation clinique égale et pérenne, réévaluer une ordonnance n'était pas toujours nécessaire.

*- « j'ai beaucoup plus de facilité à renouveler, avec un certain nombre de mes automatismes, une ordonnance que j'ai initiée et, euh, quand la situation clinique n'a pas vraiment changé, qu'il n'y a pas d'éléments intercurrents, je vais parfois... pas me reposer des questions sur le traitement et renouveler de façon, pour le coup, en parlant de renouveler et pas de primoprescription, de manière trop automatique. » A3*

A l'inverse, si une ligne changeait, elles reprenaient l'ordonnance dans sa globalité.

*- « Par contre, quand il y a une nouvelle ligne, [...] là je m'intéresse beaucoup plus à la globalité de l'ordonnance. [...] Et j'essaie de creuser, d'aller au bout du raisonnement, et c'est... Je trouve ça globalement, intellectuellement intéressant, de comprendre le cheminement de pourquoi on en est arrivé là. » A3*

*- « Moi je le réévalue complètement, forcément ! Parce que tu, quand même... » B5*

D'autres avaient une analyse systématique de l'ordonnance, ligne par ligne, leur permettant notamment de discuter de l'observance médicamenteuse.

*- « Moi je prends chaque médicament ligne par ligne de mon ordonnance, et j'en profite pour dire « Et ça vous le prenez ? Et ça vous le prenez ? », parce que d'abord, ça me permet de savoir ce qu'il faut... »*

B2

- « Effectivement, moi je..., je réfléchis de manière un peu systématique sur mes ordonnances, en prenant les médicaments les uns à la suite des autres et en voyant, est-ce que celui-là il a toujours son indication ? » A5

La réévaluation médicamenteuse nécessitait de prendre le temps nécessaire. C'était un processus cognitif lourd et chronophage. Choisir le moment opportun était nécessaire.

- « Ben justement, de reprendre, de réfléchir, sur un renouvellement typiquement, sur de la reconduction d'ordonnance. Euh... on peut prendre le temps de réévaluer la balance bénéfices-risques ! Quand j'ai le temps, je le fais... puis quand je l'ai fait deux trois fois de suite et que je commence à prendre beaucoup de retard, en consultation, ben y'a un moment où je dis : « Aujourd'hui je n'ai pas le temps de tout réévaluer, on verra la prochaine fois ! ». Ou sinon je réévalue petit bout par petit bout un peu la balance bénéfices-risques des traitements. » C5

Les remplaçant-es se sentaient contraint-es à la reconduction plutôt qu'à une véritable réévaluation des prescriptions.

- « Par exemple, moi en tant que jeune remplaçante, j'ai l'impression que les trucs aigus je fais de la primoprescription, et les trucs chroniques je fais quand même essentiellement de la represcription. Et pour la represcription de médicaments chroniques, je pense que j'ai cet avantage que vu que je ne connais pas les ordonnances, je suis obligée de reprendre à chaque fois pourquoi ce médicament, pourquoi celui-là et c'est vrai que de temps en temps je tente, surtout pour les anxiolytiques, « Celui-là, est-ce que vous êtes sûr d'en avoir besoin ? ». Souvent je represcris même si je suis pas trop d'accord, » A2

- « Et quand j'ai un doute sur une prescription où y'a un truc ou je tique un peu, je note dans le dossier ou j'en parle directement avec le médecin que je remplace. Je ne veux pas aller décrédibiliser le... » C1

### 2.2.5. Les différents sens du concept de réévaluation d'ordonnance.

Il était suggéré que tout-e professionnel-le de santé avait pour rôle d'être vigilant-e sur les ordonnances.

- « *Cela fait partie du rôle du pharmacien, mais en théorie de tout professionnel de santé, d'alerter, d'être vigilant sur la prescription, en particulier les traitements.* » A6

L'analyse de la balance bénéfices-risques se situait pour certain-es participant-es uniquement au niveau de la tolérance, c'est-à-dire à la présence d'un ou plusieurs effets secondaires identifiables. Il s'agissait alors de réduire la posologie ou d'arrêter le traitement responsable.

- « *Pour être sûr que le nouveau traitement mis en route, que ce soit par le cardiologue ou pas un confrère autre, soit bien toléré.* » B2

- « *Pour les statines c'est vrai que, [...] je trouve que on n'a pas la même tolérance avec des myalgies ou avec des arthralgies ou des gens qui supportent pas à l'effort ils sont gênés, ils ont des crampes, moi j'en ai plusieurs, moi je les arrête, parce quand même, je préfère qu'ils marchent plutôt qu'ils prennent un statine. Tu vois le bénéfices-risques là il est...* » B5

- « *Moi j'ai souvent des gens, quand ils reviennent de chez le spécialiste, soit ils ont un bêtabloquant trop dosé et ils ont le cœur trop lent par exemple, qu'on est obligé de modifier la dose, ou bien ils ont un antibiotique.* » B5

Cette étape de l'analyse était facilitée par l'usage de l'outil informatique et des systèmes d'alerte d'interactions médicamenteuses, plus ou moins pris en compte.

- « *Euuuh, quand on voit notre liste de médicament on sait qu'il va s'afficher des petites annonces donc quand ça va s'afficher moi je vais aller voir aller gratter pour voir pourquoi d'un coup il y a un petit attention qui arrive.* » A5

Ces situations étaient suffisamment cadrées pour que les participant-es ne se sentent pas obligé-es de discuter de l'arrêt du traitement avec le-a prescripteur-trice initial-e. Illes se sentaient parfaitement légitimes à modifier la prescription d'un-e spécialiste, quand il s'agissait de tolérance médicamenteuse et d'erreur authentique. Dans ces cas-là, rares étaient ceux qui communiquaient sur l'arrêt d'une thérapeutique.

- « *Je sais pas si vous aimez les IEC mais moi j'arrête sans arrêt des IEC... Ils toussent, ils toussent, ils toussent...* » B5

- « *Pour autant, il m'est déjà arrivé en mon âme et conscience d'interrompre des prescriptions de spécialistes, parce qu'effectivement y'avait des événements intercurrents qui faisaient que la balance bénéfices-risques était clairement défavorable où là la question ne se posait même pas, c'était même être en faute que de reconduire une prescription de confrère !* » A4

- « *Quand je vois l'allopurinol qui est prescrit à 300, je ne me pose même pas la question, pour moi c'est une évidence que y'a... ! C'est une erreur ! Je vois une erreur de prescription et bon là mon rôle est simple de corriger la posologie de l'allopurinol.* » A6

- « *L'autre jour j'avais un insuffisant hépatique, la rifaxymycine là, un truc comme ça, un truc qui en pratique qui théoriquement empêche de fabriquer de l'ammoniaque dans l'intestin, le type il dégueulait ça plein pot, donc j'ai pas pu lui continuer, on l'a arrêté. Le bénéfices-risques était bien sûr dans l'arrêt, enfin le bénéfice était à l'arrêt du médicament, avant que ça l'empoisonne complètement. Ça c'est des choses que je réévalue, je demande même pas son avis au gars, je l'arrête et puis c'est tout. J'ai pas le temps de téléphoner au gars moi. Ça prend un temps fou !* » B5

Les remplaçant-es partageaient également cet avis si l'arrêt du traitement paraissait urgent.

- « *Ça m'arrive souvent de me poser la question : pourquoi ça ? Si je pense que c'est urgent de l'arrêter, okay, je vais le faire, mais si je pense que c'est pas urgent, j'écris un petit mot et j'avoue que oui je laisse le médecin décider.* » A2

Dans le cas d'une pathologie d'origine possiblement médicamenteuse, l'usage du principe de précaution était un argument pour justifier l'arrêt de manière immédiate sans doute aucun.

- « *Donc je lui ai fait arrêter l'allopurinol dans le doute en me disant que le risque est sans doute plus important de faire une hépatite sous allopurinol que de faire une crise de goutte. Donc je lui ai fait arrêter l'allopurinol, voilà, dans le bénéfices-risques j'ai préféré jouer la carte de la sécurité, sans savoir pour autant si c'était le médicament qui était à l'origine, si c'était une hépatite immunoallergique.* » B2

Pour certain-es participant-es, la signification de la réévaluation s'arrêterait à la tolérance et à l'erreur, sans aller jusqu'à l'indication du traitement.

- « *Globalement quand y'a un changement d'ordonnance suite à une sollicitation du spécialiste, moi je... Bien sûr je vérifie que le traitement soit bien supporté, mais euh je ne le change pas...* » B1

- « *Et du coup, depuis, j'ai gardé cet esprit critique sur l'ordonnance des autres. Par rapport à l'erreur qui est humaine.* » B2

Pour d'autres participant-es, évaluer c'était mettre en adéquation l'indication de la prescription et la reconduction du traitement.

- « *Typiquement le patient qui a été voir le cardiologue, on regarde le courrier du cardiologue avec le patient pour lui réexpliquer, pour voir si on a été d'accord avec la démarche, pour s'interroger sur le renouvellement qu'on va proposer.* » B3

**SYNTHESE**

**La réflexion autour de la réévaluation d'une prescription n'était pas une démarche consensuelle.**

**Le point de rupture : vérification de la sécurité versus pertinence de l'indication de la prescription.**

## TROISIEME PARTIE

### 3. GERER LE DESACCORD.

Dans cette partie seront exposées les pratiques des participant-es lorsqu'elles étaient en désaccord avec la prescription à reconduire.

#### 3.1. Les questionnements de la confraternité.

Le respect de la confraternité était une obligation déontologique, récurrente et évidente pour tout-es. Il existait parmi les participant-es un accord général pour faire preuve de bienveillance et de respect auprès du confrère-sœur.

- « *certains types de prescriptions je serai beaucoup plus critique sur ce qui a pu être prescrit par notre confrère, tout en restant bien évidemment déontologique* » A3

Manquer de respect ou le dévaloriser en ciblant sa personne n'était pas confraternel.

- « *Et encore, je trouve que c'est confraternel ce que tu dis, ce qui serait pas confraternel c'est de dire « Putain mais qu'est-ce qu'il est con ! ».* » D1

- « *Après, je pense être assez confraternelle on va dire, on va reprendre des termes... avec le patient en tout cas je vais pas dire « Ben voilà, il a vraiment fait de la merde ! », non je ne vais pas dire ça !* » D1

Être confraternel-le signifiait notamment :

- Ne pas embarrasser le-a confrère-sœur en le positionnant dans une situation difficile.

- « *On peut aussi avoir une certaine forme de déontologie, on n'a pas envie d'embarrasser le confrère, etc...* » A6

- Ne pas rompre le lien professionnel entre el-lui et le-a patient-e.

- « *Il ne faut pas casser le lien* » A2

- Eviter de créer de l'agitation perceptible par le-a patient-e.

- « *Après, comme je l'ai expliqué, je prends garde à être confraternel, à ne pas inquiéter le patient parce que ça va faire de l'agitation pour rien en fait.* » B3

- « *C'est pour ça que je pense... qu'il faut dédramatiser la situation. Et être confraternel (B1 acquiesce) et ne pas faire peur au patient...* » B3

Illes insistaient sur l'importance de ne pas décrédibiliser le système de soins, en critiquant défavorablement un-e confrère-sœur.

- « *En plus c'est le patient le premier qui en fait les frais ! Là je pense on est en plein dans la déontologie, mais quand y'a deux médecins qui ont un discours contradictoire devant le patient, je pense que pour le patient c'est très déstabilisant... et iatrogène, il perd confiance.* » C5

- « *On veut rester confraternel, parce que si on ne l'est pas, c'est toujours au... euh... au risque du patient, au détriment du patient... (réaction d'accord de plusieurs participants)...* » D4

En décrédibilisant le-a confrère-sœur, illes avaient également peur de se décrédibiliser ell-eux-mêmes.

- « *Je pense que ça dépend de la façon dont on... Si on dit effectivement « C'est n'importe quoi ! », le patient risque de se braquer.* » A4

Illes verbalisaient le fait de ne pas vouloir se retrouver à la place du médecin qui serait critiqué-e, en se mettant à sa place.

- « *On n'a pas très envie de se faire ramasser par celui qui va redresser notre erreur.* » B3

### 3.2. La volonté de protéger le-a patient-e.

Pour certain-es participant-es, l'intérêt du patient-e primait sur le relationnel interprofessionnel.

« C'est l'intérêt du patient qui prime sur le relationnel avec d'autres médecins, ben... » A5

Néanmoins, illes souhaitaient majoritairement épargner le-a patient-e du conflit, afin d'éviter qu'elle devienne une victime collatérale, de peur qu'elle perde confiance en la médecine.

- « Et alors ma grosse difficulté dans ces cas-là c'est le patient, parce que le patient se retrouve ballotté entre deux médecins qui ne sont pas d'accord [...]. » A3

- « Il se dit « Mais ils sont même pas foutus de se mettre d'accord, c'est vraiment qu'ils me racontent n'importe quoi ! ». [...] Je transpose : j'ai deux artisans qui viennent chez moi et qui dit « Ouuh attention votre mur porteur il faut tout refaire jusqu'aux fondations, et tout ! » et l'autre qui vous dit « Ah, il faut refaire le crépi ! ». Putain mais je dis quoi ? C'est perturbant... Il y en a un qui dit que ma maison va s'effondrer et l'autre que c'est juste du crépi à refaire ? Enfin je prends un exemple complètement con, mais pour le patient c'est ça : « Y'en a un qui dit il faut que je prenne ce médicament si je vais faire un infarctus... » [...] « Et mon médecin généraliste, il dit que ce qu'il va me donner c'est de la merde et que ça va me rendre malade ! ». Pfff... Je fais la version courte, mais c'est quand même ça en fait ! » C2

Une déprescription pouvait être vécue par le-a patient-e comme un abandon thérapeutique.

- Extrait :

« Parfois si on dit que, le médecin préconise un arrêt de traitement parce qu'il n'a plus d'efficacité, le patient peut ressentir un espèce de lâcher dans la nature, ou... » A5

« d'abandon. » A3

### 3.3. L'obligation de se positionner entre le-a patient-e et le-a prescripteur-trice.

Il était complexe de garder systématiquement une attitude confraternelle lors d'un désaccord. Illes devaient gérer en même temps plusieurs problématiques et ni ne vexer quiconque.

- « *Et là on a beaucoup de soucis, car la confraternité est compliquée... (rires)* » B4
- « *Moi j'ai du mal à rester confraternelle (rires). Alors je le fais hein, mais du coup j'arrive pas à m'exprimer en restant confraternelle et en disant ce que je veux dire.* » D6
- « *Donc je l'ai suggéré dans un courrier pour que le patient ne soit pas affolé et euh... pour que mon confrère ne se sente pas agressé* » B3

Illes étaient tiraillé-es entre deux situations. C'était l'expression d'un conflit de loyauté ou d'allégeance entre le-a patient-e et le-a confrère-sœur.

- « *Mais on est censé, quand même, comme on a cette information, changer la prescription, en essayant d'être hyper-confraternel avec quelqu'un qu'on respecte beaucoup en plus. Mais si j'ai reçu la lettre (rires), je suis censé, pas quand même, arrêter cette introduction... en théorie.* » B3
- « *je suis le cul entre deux chaises, à me demander comment je vais dire au patient que je suis pas d'accord, sans justement être antidéontologique...* » C5

Illes avaient néanmoins le choix de respecter ou non cette règle de confraternité.

- « *Et on retombe sur ce qu'on disait tout à l'heure, si on veut garder de bon rapports avec la personne qui l'a prescrit on discute avec elle ! Si on s'en fout, on parle avec le patient... !* » A2

En plus d'un désaccord sur la prescription en regard de la balance bénéfices-risques, un conflit de valeurs pouvait se rajouter lorsque l'acte du confrère-sœur était « illégal » (cf. Résultats III.2.1.5.).

- Extrait :

*« Moi en disant à un disant « Je ne vais pas faire ça parce que c'est illégal. », j'ai l'impression d'être anticonfra... enfin de pas être confraternelle, de dire que mon collègue faisait quelque chose d'illégal. »*

D6

*« Ben il faisait quelque chose d'illégal ! (D5 acquiesce) » D3*

Une des solutions évoquées était que les praticien-nés cultivent et utilisent leur assertivité, afin d'assumer leur avis sans critiquer personnellement le-a collègue. Il s'agissait d'exprimer son désaccord en le focalisant sur un débat d'idées et non sur la personne ni sur ses compétences.

*- « D6, il faut que tu arrives à développer ton assertivité, c'est la capacité à donner son avis en respectant celui de l'autre, et ça passe par des moyens qui sont simples, qui sont de dire « Ben voilà, je comprends bien ce qui s'est passé, pourtant moi je pense que... » et en étant pas du tout dans... dans l'agressivité, pour ça il faut pas être trop dans les émotions. » D3*

Développer son assertivité signifiait de trouver les « bons mots », les mots qui ne décrédibilisaient pas le-a collègue, mais qui permettaient d'exprimer un avis différent fermement mais respectueusement.

*- « Ben ça veut dire pas dire au patient « Je pense que le traitement qu'il vous a mis vous est inutile et que je ne comprends pas pourquoi il vous l'a mis », parce que ce n'est pas ce que j'ai envie de dire au patient, parce que je ne veux pas décrédibiliser le collègue vers qui je l'ai adressé... Donc je trouve que c'est difficile de trouver les bons mots pour... » D6*

Des techniques permettaient de donner un avis autre en respectant la confraternité :

- Expliciter la décision du confrère-sœur et s'exprimer en justifiant les raisons du désaccord.

*« Et là, je trouve que c'est très confraternel de dire « Voilà pourquoi il a fait ça. Je suis pas tout à fait d'accord avec ce qu'il a fait pour plein de bonnes raisons, je peux vous les expliciter, mais si vous voulez on en parle pas. ». » D3*

- « Mais si on a des idées pour comprendre, euh... on... une façon de faire, c'est de dire à la personne, spontanément : « Je comprends pourquoi... dans quel esprit il vous a donné ça, ça se discute. Moi je penserai plutôt comme ça. » » C4

- Utiliser l'humour pour transmettre le message plus en douceur.

- « Et puis il y a l'humour aussi, qui peut jouer, qui peut permettre de dire des choses sans être méchant ou autre... et en douceur. » D4

Parmi les situations évoquées, certaines permettaient aux praticien-nes de s'affranchir des usages de la confraternité :

- Quand le-a prescripteur-trice se sentait humilié-e par le-a confrère-sœur.

- « Et là, effectivement je ne peux pas rester confraternel avec quelqu'un qui se moque de moi quoi. Parce que c'est lui qui a commencé. » D3

- Quand le-a spécialiste n'était pas suffisamment joignable ou disponible pour que le-a généraliste puisse coordonner correctement les soins du patient-e.

- « Et y'a pas eu de problème, mais dans ce cadre-là on va pas être déontologique parce qu'on va expliquer au patient qu'il faut qu'il change de spécialiste dans son intérêt. Pas que le spécialiste faisait n'importe quoi, mais quand il y avait des problèmes qui ne nécessitaient pas forcément une hospitalisation, donc pas forcément six à huit heures d'attente dans un service d'urgences sur un brancard, et bien que on aime bien pouvoir contacter quelqu'un, euuh, en dehors de trois jours dans la semaine quoi ! » B2

### 3.4. La difficulté d'être en conflit.

Le conflit signifiait pour les participant-es d'être brouillé-es avec des confrère-sœurs, ou surtout d'avoir peur du retentissement possible sur le-a patient-e.

- Extrait :

*« Comme disait C5 oui, c'est tard là... [il est environ 22h30], arf... on n'a pas envie de se brouiller avec des confrères spécialistes. » C2*

*« Ou même les autres hein ! » C4*

- Extrait :

*« si j'ai peur du conflit avec le confrère, c'est parce que j'ai peur du retentissement que ça aura sur le patient. » C5*

*« Ouai c'est ça ! Moi après je m'en fout d'être en conflit avec... » C2*

Illes distinguaient le désaccord du « conflit ouvert ».

- Extrait :

*« C'est haineux mais ce sera pas du conflit ouvert ! Ben en plus, ça va être par patient interposé... donc c'est pas sain ! Donc oui si ça peut... » C2*

*« Parfois ça peut être un conflit ouvert si c'est par téléphone... » C5*

Une meilleure communication interprofessionnelle optimiserait une décision commune mais chronophage, peu utilisée ou conflictuelle, et alors non souhaitée.

- *« Aucun, parce que si on commence à écrire directement au spécialiste alors qu'on n'a pas sollicité leur avis pour dire qu'on est en désaccord, on est... faut travailler la nuit quoi ! » D5*

- *« il y a quelques noms où... pfff. De toute façon je sais que je serai jamais d'accord avec ce qu'ils font, donc, bon ben c'est acté ! Mais sinon c'est important de ne pas être antidéontologique. » C2*

Ce désaccord était le plus souvent partagé avec le-a seul-e patient-e. L'exprimer au confrère-sœur pouvait être appréhendé dans certains cas comme une confrontation difficile (avec certain-es spécialistes), voire inutile (avec les urgentistes).

- « *Il va falloir que je lui dise que je change en douce ses ordonnance* » D3

- « *Les urgences je ne les rappelle même pas ! (Rires de A3)* » A6

SYNTHESE

**Dans la situation d'un désaccord, les participant-es se retrouvaient dans une situation inconfortable générée par la dissonance cognitive et le conflit d'allégeance au patient-e et au confrère-sœur. Illes avaient peur d'avoir une attitude néfaste pour le-a patient-e, qui pourrait perdre confiance dans la médecine, plus que pour le-a praticien-ne ou leur lien avec el-lui.**

### 3.5. Des moyens d'échanges avec le-a prescripteur-trice initial-e.

#### 3.5.1. L'usage du téléphone.

Le téléphone était l'outil de communication préférentiel lors d'un désaccord avec le-a prescripteur-trice initial-e. Pour certain-es, c'est le moyen de communication idéal. L'usage du téléphone pouvait permettre de trouver un compromis immédiat.

- « *je peux décrocher mon téléphone, voilà, la plupart du temps ça se passe très bien.* » A6

- « *Moi j'appellerai le spécialiste, le confrère je pense. Pour en discuter avec lui.* » B1

- « *donc je décroche mon téléphone, j'appelle le cardiologue* » A6

- « *L'idéal c'est quand t'appelles !* » C4

Cette solution était considérée comme chronophage pour obtenir de parler avec la personne ressource, hospitalière comme ambulatoire.

- « Ben... déjà faut tomber sur un médecin ! Ce qui déjà n'est pas évident ! » D1
- « c'est des oncologues, tu parles que je les ai jamais eu en direct ! » C2
- « J'ai pris la décision de modifier la dose, d'amorcer la diminution. J'en ai pas parlé au neurologue parce que je ne veux pas lui téléphoner, je ne veux pas perdre trois... une demi-heure pour le joindre quoi » B5
- « impossible de joindre le cardiologue encore... ! » B2

Ce moyen de communication était utilisé dans plusieurs situations :

- Pour discuter directement de la prescription, par respect déontologique.

- « Alors moi, par déontologie, quand je ne suis pas d'accord avec le traitement, ou quand je veux un peu modifier la posologie » A6

- Pour épargner le-a patient-e, en négociant directement durant la consultation, parfois plus tard. C'était une manière de résoudre le conflit rapidement.

- « j'essaie de l'épargner en décrochant le téléphone et en essayant de négocier, mais des fois la négociation ne marche pas. » A3

- Extrait :

« C'est toujours difficile de dire à un patient : « Ben lui, il vous a donné ce traitement, mais c'est pas très adapté... » On va forcément décrédibiliser notre confrère... » C2

« Si j'ai cette situation j'appelle devant ! » C4

- « Alors j'hésite pas, j'ai pris mon téléphone, j'ai négocié avec le rhumatologue, parce que là c'était de la négociation pour qu'on baisse, qu'on arrête les anti-inflammatoires » A6

- « je l'appellerai demain et il me confirmera s'il est d'accord ! » A6

- Pour discuter de la simplification d'un traitement ou d'un changement de classe importante.

- « *Moi où je vais prendre mon téléphone c'est pour justement arrêter un AVK, ou... pour voir avec le cardiologue, si on n'a pas toutes les données de l'échographie ou quoi... si on peut le passer sous un ADO, parce que ça sera quand même mieux pour le patient pour la surveillance etc... en fonction des indications.* » B2

- « *Effectivement s'il y avait quelque chose de très important qu'il faille modifier, qu'il faille changer les choses je le ferai en téléphonant.* » B2

Inversement illes choisissaient de ne pas l'utiliser dans certaines situations précises :

- En cas d'identification de constat d'insuffisance professionnelle récurrente.

- « *Et quand y'a notre gynéco adoré, et ben on se débrouille tout seul ! On l'arrête et on l'appelle pas ! (rires)* » B4

- Ou dans les situations développées ne nécessitant pas de discussion (cf. Résultats III.2.2.5.).

- « *Ça c'est des choses que je réévalue, je demande même pas son avis au gars, je l'arrête et puis c'est tout. J'ai pas le temps de téléphoner au gars moi. Ça prend un temps fou !* » B5

- « *On appelle le cardiologue quelque fois, ou le neurologue ça peut arriver, mais on n'a pas besoin d'appeler pour seulement prendre la décision d'abord !* » B5

- « *soit on comprends pas, on appelle, puis quand il faut qu'on gère, on gère la situation...* » B4

### 3.5.2. L'usage du courrier.

Pour signaler d'un désaccord potentiel, les participant-es utilisaient le courrier pour synthétiser des informations en vue d'adresser le-a patient-e au confrère-sœur.

- « Je pense qu'il n'y avait pas d'urgence à changer une prescription, donc je l'ai suggéré dans un courrier » B3

Ce n'était pas le moyen de communication privilégié pour l'émission du désaccord et la discussion. Rares étaient les médecins généralistes qui écrivaient au confrère-sœur et qui argumentaient leur avis en joignant des justifications scientifiques.

- « Donc dans deux-trois courriers, on a discuté un petit peu, en fait ce patient il ne prendra rien en fait, parce qu'il a eu une assez mauvaise expérience, et moi je suis d'accord avec lui pour pas lui en prescrire, et pour pas forcer la prescription. » D5

- « Bon, et j'ai vraiment hésité à faire un courrier à ce confrère, ce spécialiste, qui effectivement était un peu en dehors de sa spécialité, » D1

D'autant plus qu'elles concédaient que ces courriers, bien que reçus, n'étaient pas toujours lus.

- « On fait normalement l'effort de faire des courriers de synthèse, et parfois ses courriers sont pas lus, les patients nous le disent bien ! (D4 manifeste son accord) » D3

- « Et la réponse du neurologue à la patiente, c'était « Non mais tout va bien, continuez comme ça ! ». Alors je me suis demandé s'il avait eu mon courrier ou pas, et quand même c'était assez pénible de... »  
D3

L'usage de Sisra, l'outil de communication informatisé et sécurisé de la région Auvergne-Rhône-Alpes, ne parvenait pas à convaincre tou-tes les participant-es.

- « Je fais ça davantage et je le ferai davantage depuis que je suis sur Sisra et que j'envoie mes courriers par Sisra aux spécialistes. » B2

- « Effectivement on n'a pas d'outil encore satisfaisant, parce que Sisra moi j'ai essayé plein de fois d'écrire des messages directement, j'ai jamais eu de réponse ! Et quand les patients voyaient le médecin, à priori, ils avaient jamais eu mon message, bon ! » D1

### 3.5.3. Des échanges pas toujours cordiaux.

Le dialogue n'était pas toujours possible, avec certain-es confrère-sœurs.

- « *Eh oui, là c'était compliqué du coup, effectivement, sauf que c'est le spécialiste avec qui tu peux pas avoir de dialogue quoi...* » C6

- « *Ça peut arriver rarement que on veuille se concerter par téléphone, enfin que je veuille me concerter par téléphone avec un confrère particulièrement obtus !* » C5

La remise en question de la prescription n'était pas toujours bien acceptée : illes se sont trouvés confrontés à des réactions violentes de certain-es confrère-sœurs.

- « *J'ai quelques personnes, médecins, qui l'ont très mal pris ! Qui se sont senti attaqués, que je remette en cause leur légitimité ou leur prescription en tout cas puisque je ne remettais pas en cause leur légitimité.* » A6

- « *Et du coup le cardiologue m'a pourri dans une lettre* » D1

- « *c'était tout prévu, et t'a le cardio qui dit « NON ! On va tout remettre comme ça ! », et aucune justification, aucunes... comme disait C5 tout à l'heure, tu te retrouves face à un patient où tu dis « Ben oui je vois bien ce qu'il a fait, mais vous comprenez il l'argumente pas ! Qu'est-ce que vous voulez que je vous dise ?! ».* » C2

Le-a patient-e se retrouvait face à des praticien-nes en colère.

- « *Si en fait ça s'est quand même mal passé... (rires tous les participants) Entre temps, le patient devait voir le cardiologue. Et le cardiologue a vu ça, et il avait pas été au courant de l'introduction des anticoagulants chez ce patient qui était déjà sous Kardégic®, et il s'est mis en colère contre l'angiologue, et le patient a rien compris à cette histoire parce que j'avais essayé d'être plutôt confraternel.* » B3

Mais les échanges étaient aussi productifs et respectueux de chacun-es, dans un processus de discussion et de négociation.

- « *j'appelle le cardiologue, le cardiologue avec qui je m'entends très bien, il n'y avait aucun problème.* »

A6

- « *j'ai négocié avec le rhumatologue, parce que là c'était de la négociation pour qu'on baisse, qu'on arrête les anti-inflammatoires, qu'on baisse le traitement voilà, mais pas trop vite, parce que voilà lui il m'a expliqué ses raisons* » A6

SYNTHESE

**La communication orale directe avec le-a prescripteur-trice durant la consultation, bien qu'étant la solution idéale de gestion du désaccord, n'était pas systématiquement envisagée.**

### **3.6. L'expression du désaccord avec le-a patient-e.**

#### **3.6.1. Les patient-es donnaient de la légitimité à l'expression du désaccord.**

Les MG avaient besoin d'une légitimité professionnelle reconnue, par ell-eux-mêmes comme par la patientèle : à diplôme égal, être titulaire d'un DES de MG ne leur était pas suffisant pour mettre en cause la prescription d'un-e confrère-sœur d'autres spécialités. Illes pouvaient faire face à un refus du patient-e d'accepter leur divergence d'opinion.

- « *J pense qu'on se sent légitime parce qu'on a fait nos études, notre diplôme, on essaye de se former, et cætera, on se sent légitime, mais c'est pas satisfaisant dans notre métier de se sentir légitime si le patient en face il nous légitime pas.* » C5

- « *A l'inverse, moi ça m'est arrivé que le patient n'adhère pas du tout, et qu'il me dise « Mais bon sang, le spécialiste m'a dit que, et vous vous n'êtes que généraliste... ».* » C2

- « *Oui mais quand même le cardiologue c'est quand même le Dieu ! Il a le couperet, attention, l'infarctus !* » B5

- « *S'il a une grande foi dans le spécialiste, effectivement, ça peut arriver, ça peut braquer les choses...* »

A6

La légitimité reconnue par le-a patient-e et la sécurité du cadre de l'alliance thérapeutique permettaient aux praticien-nes d'être ell-eux-mêmes et de remettre en question la pertinence de la prescription d'un-e spécialiste autre. Ce paradigme était d'ailleurs source de frustration : leur légitimité dépendait surtout de l'image sociale accordée par le-a patient-e. Les généralistes interrogé-es avaient l'impression qu'elles devaient fournir plus d'effort pour faire leurs preuves que pour les autres spécialités.

- « *Une bonne alliance thérapeutique ! Une bonne alliance thérapeutique avec le patient c'est le principal ! C'est que moi je me sens en plein dans mon rôle de médecin traitant, c'est quand il y a une bonne alliance thérapeutique !* » C5

- « *Euh, oui, non, la légitimité c'est le patient qui nous la donne. C'est frustrant d'ailleurs, parce que finalement on fait notre boulot, on est légitime à faire notre boulot, mais... mais d'un autre côté, si on a pas effectivement en face, ce retour, on sera pas légitime, contrairement à d'autres spécialités j pense d'ailleurs, alors qu'on fait notre boulot.* » C6

Les remplaçant-es, qui avaient tendance à douter d'ell-eux-même, se sentaient plus légitimes quand les patient-es les connaissaient mieux, lors d'un remplacement de longue durée par exemple.

- « *Je me sentais moins... juste là pour régler des problèmes... aigus... juste... Ouais dans le regard des patients ça a changé ! Pour venir me voir même... j'avais l'impression qu'ils me choisissaient... Ils voulaient mon avis... Il y avait plus un échange dans... dans la prise en charge ! J'étais pas qu'une intervenante, épisodique, comme ça... de temps en temps... qui était là pour signer l'ordonnance et c'est tout quoi.* » C1

C'était pourtant une fausse idée reçue, sans lien avec les données connues qui accordaient aux professionnel-les de santé une confiance forte de la part des patient-es.

- « Il y a des études qui montrent, sur des études de confiance, que le premier intervenant sur la confiance, c'est vraiment le médecin traitant ! Avant les spécialistes, avant le pharmacien, avant l'infirmière, avant... ! » C1

Les participant-es se sentaient confortables lorsque l'alliance thérapeutique était forte, mais elle pouvait aussi se rompre à tout moment. La légitimité était d'autant plus importante quand illes considéraient la personne avant la maladie, dans une approche centrée-patient-e.

- « Quand je parle au patient je parle de lui, je parle pas de... son insuffisance cardiaque, je parle pas de son apnée du sommeil ou de... Ma légitimité elle passe par ça, et par le fait qu'on les voit, qu'on les revoit et qu'on les suit. » C2

Les patient-es choisissaient leurs médecins traitants en fonction de l'accroche et de leurs choix de prescription, en considérant que ce choix était possible.

- « Et ne restent que ceux avec qui on fonctionne de la même façon ! Ils vont voir quelqu'un qui a déjà une idée des problèmes qu'ils ont, qui les comprend. S'ils tombent sur quelqu'un qui est ailleurs, qui comprend pas dans la même façon de penser qu'eux, ben ils y retourneront pas. » C4

- « Et deuxième chose, pour compléter ce que disaient D1 et D5, même si on est en carence de médecins, on a quand même des patients qui nous sélectionnent, donc euh nous on doit choisir des mercenaires pour prescrire (rires et rires de D2), des ADO... (rires). Les patients ils vont nous sélectionner, et moi j'ai jamais prescrit d'antitussifs, je... un peu rigide là-dessus ! » D4

Rares étaient les situations où les participant-es n'étaient pas considérées par les patient-es à la hauteur de leurs compétences. Ces situations généraient néanmoins un sentiment d'illégitimité, de négation dans leur rôle réel de spécialiste en médecine générale, vécu comme une forme d'humiliation.

- « *Oui, par opposition à là où j'ai le sentiment de pas être légitime au regard du patient, c'est ces quelques patients qui sont pas si fréquents que ça... qui picorent les avis de spécialistes en accès direct et qui viennent me voir ponctuellement pour un petit truc... et là moi je sens bien que dans le regard je suis pas du tout légitime, je suis juste là... ils gèrent leur santé sans moi. C'est l'extrême inverse de ce que disait \*\*\* [prénom de C2].* » C5

« *Toi t'es bon pour voir s'il y a des bouchons de cérumen quand il faut les enlever quoi. (C3 et C5 acquiescent) Et encore... pt'être qu'ils iront voir un ORL ! C'est pareil, ça reste assez minoritaire dans notre patientèle.* » C2

### 3.6.2. S'exprimer, discuter et convaincre le·a patient·e.

A partir du moment où le désaccord était exprimé, la consultation était le siège d'un dialogue de réactions, où le·a praticien·ne s'adaptait aux réactions du patient·e afin d'aboutir à la décision médicale.

- « *Après, sur la réaction du patient, dans ces situations-là, c'est un dialogue de réactions en fait. Moi j'ai un premier discours, le patient il a une façon de réagir, et puis à laquelle je vais m'adapter, nuancer mon propos, proposer un compromis et puis voilà. [...] De manière à m'ajuster un peu à la réaction de la patiente, et était plutôt... plutôt pas d'accord avec ce que je... je lui disais. C'est une façon de m'ajuster un peu, de trouver le juste milieu pour... laisser une porte ouverte, pour laisser un peu de... d'espace de réflexion.* » C5

Dans le cadre d'un désaccord avec la prescription initiale, la discussion avec le·a patient·e était essentielle. Illes avaient peur de rompre le lien en exprimant leur avis de manière trop brutale.

- Extrait :

« *Après, tu peux aussi mettre les nouvelles bases de la relation en disant « Je ne pourrais pas renouveler ce type d'ordonnance. Et je vais vous expliquer pourquoi.* » D5

*« Mais, enfin, tu composes avec ça, parce que tu as surement jaugé que pour la patiente, pour avoir cette alliance thérapeutique, fallait y aller en douceur. » D4*

*- « C'est mort ! Parce que ce médicament déjà on va l'arrêter... » (rires). Je l'ai dit finalement en manquant de délicatesse... et ça a finalement empêché l'alliance thérapeutique, et probablement que cette patiente a trouvé un autre médecin, qui ça me va bien » D3*

La qualité de l'échange dépendait de leur aptitude à pouvoir communiquer sur des informations complexes, en s'adaptant aux capacités supposées de compréhension du patient-e.

*- « Des fois tu vas rentrer dans ces débats enflammés avec le patient, mais il faut comme le disait C4, il faut que le patient ait le niveau cognitif suffisant pour accéder à ce niveau de réflexion... On a des patients où malheureusement... déjà c'est compliqué pour nous, et pour eux on va leur parler chinois, et puis tu auras beau leur expliquer, ça leur est hors d'atteinte. Y'en a d'autres avec qui on va pouvoir discuter et se mettre d'accord, et ça va dépendre de leur ressenti aussi. » C2*

Ils essayaient de convaincre le-a patient-e avant tout et de le-a mettre en position d'acteur-trice de ses décisions.

*- « Pas plus qu'on a actuellement dans notre propre vie ! Oui... oui ils sont plus... On leur fait croire... Ils le croient... Est-ce qu'ils sont plus acteurs... ? Effectivement ils le sont, mais moi ça me va bien ! Mon idée c'est que les gens ils doivent être acteurs de leur santé ! Il n'y a qu'à ce prix que ça marche ! » C4*

*- « Quelqu'un qui s'interroge sur le fait de faire mettre sa prothèse de hanche ou pas... » B3*

*- « En fait, en discutant vraiment avec la patiente, donc elle avait fait le Prolia® pour faire plaisir au spécialiste, et en développant l'argumentaire correctement, elle a dit « Non mais vous m'expliquez, vous... Je suis très convaincu par ce que vous me dites, je ne vais pas le refaire en fait. » D5*

Les techniques utilisées pour convaincre le-a patient-e de la pertinence de leur avis étaient multiples :

- En utilisant des techniques de facilitation du changement, comme la pratique de l'entretien motivationnel.

- « *Parce que c'est l'entretien motivationnel.* » D3

- En utilisant sur les appréhensions du patient-e.

- « *Enfin moi quand je suis pas d'accord avec une prescription, je leur demande à eux « Et vous, alors, qu'est-ce que vous pensez de ça ? De ce médicament ? ». Et c'est vrai que quand ils ont des appréhensions, ben souvent moi je les ai aussi. Ben du coup on partage comme ça, et c'est souvent plus facile en tout cas, des deux côtés je trouve, pour moi aussi parce que ça décrédibilise pas forcément le spécialiste, et puis pour le patient, pour adhérer effectivement, enfin le prendre éventuellement quoi !* » D2

- En faisant une intervention spécifique.

- « *ben quand je vois ces médicaments là, ce sont des médicaments qui vont me choquer, où je me dis, ben tiens, il faut que je fasse une intervention* » A6

- En partageant des informations : donner des fiches de Prescrire qui entrent en résonance avec les craintes avancées par les participant-es.

- « *donc je sors la bible Prescrire quand il y a des articles bien faits et je leur donne* » C2

- En utilisant des outils d'aide à la décision habituellement réservés aux professionnel-les.

- « *Le Cardioscore peut être intéressant justement pour expliquer à des patients que eux, en effet, ils n'ont pas intérêt à continuer un traitement hypolipémiant.* » A4

- En utilisant des informations provenant des patient-es et en ouvrant la voie à la connaissance de ce qu'elles cherchent sur internet.

- « Et globalement il valait mieux savoir ce que les patients cherchaient sur internet, plutôt que « Ne cherchez pas sur internet ! ». Y'en a qui vont le faire, il vaut mieux le savoir, plutôt que... Parce que si on leur dit « Ben vous avez pas le droit d'y aller ! », ben quand ils y vont, ils vont pas nous en parler, donc forcément... » D1

- En utilisant la communication non verbale, pour interpeller et insister sur la dangerosité qu'elles percevaient d'une attitude diagnostique ou thérapeutique.

- « Euh... je pense qu'il y a aussi ma communication non verbale qui je pense doit être assez explicite... parfois malgré moi, et parfois je vais en jouer un petit peu... Et c'est un outil qui est assez utile malgré tout ! Parce que avec certaines réactions, ils sentent bien que on va pas rentrer dans ce... dans ce truc-là ! » D3

- En utilisant la peur.

- « Parfois c'est toujours difficile pendant trois-quatre semaines, mais je leur faisais peur ! Je sautais sur l'occasion de leur dire « C'est parfois dangereux les médicaments, regardez, et celui-ci est particulièrement dangereux c'est connu ! » donc je motivais l'arrêt du médicament et je négociais ça avec eux, on va dire ! Quand c'était pas un médicament... voilà, c'était un médicament de confort ! » B2

SYNTHESE

L'expression du désaccord était majoritairement conditionnée par la légitimité accordée par le·a patient·e concernée. Le diplôme de spécialiste en médecine générale n'était pas suffisant. Les praticien·nes choisissaient l'échange avec le·a patient·e pour évaluer la marge de manœuvre dont elles disposaient pour remettre en cause la prescription qu'elles devaient renouveler.

### 3.7. Le choix de reconduire la prescription.

#### 3.7.1. Le risque médico-légal.

Accéder au renouvellement d'une ordonnance signifiait d'en accepter la responsabilité et les risques médico-légaux. Refuser le renouvellement d'une prescription c'était refuser d'endosser de possibles conséquences juridiques qui paraissaient injustifiées.

- « *Il y a aussi les conséquences médico-légales !* » C4
- « *En sachant que si moi je represcris, que je cautionne et donc dans certaines prescriptions je ne veux pas endosser cette responsabilité parce que non je ne la trouve pas nécessaire.* » A3
- « *Oui mais c'est lui qui a pris la responsabilité !* » C4

Afin de se protéger juridiquement, les termes du désaccord et du refus de prescription étaient notifiés dans le dossier médical.

- « *voilà, si je dois défendre ma position, je sais comment l'expliquer sur des données basées sur la science ou sur un livre donc je le note surtout bien dans le dossier et si j'ai quelque chose où on est pas d'accord avec le spécialiste, je fais selon mon avis [...]* » A6

#### 3.7.2. Des limites propres à chaque généraliste.

Le refus de reconduire une prescription était aussi motivé par le dépassement de certaines limites pour le-a prescripteur-trice. Ces limites étaient propres à chaque participant-e, la question était de savoir si le risque leur paraissait « supportable ».

- Extrait :
  - « *Oui oui oui, si jamais le risque est insupportable... non bien sûr que non !* » C4
  - « *Oui, mais est-ce qu'il est insupportable là ? Quel est le pourcentage de risque qu'elle fasse vraiment un évènement ?* » C5

« Euh... quand l'évènement est vraiment grave... Quand l'évènement est vraiment très grave, euh... » C4

- « je vais refuser catégoriquement de prescrire certaines associations que je trouve délétères » A3

Refuser un renouvellement, c'était affirmer ses convictions dans la pratique professionnelle et apprendre à dire « non » : un exercice difficile.

- « Ça me fait penser à un traitement quand j'étais remplaçante, qu'on me demandait de reconduire, et que je n'avais pas voulu reconduire, c'était le Médiator® ! Je ne sais pas si ça t'est déjà arrivé ? (s'adressant à B3) (rires de B5). Ben les gens étaient pas contents. Je leur disais que moi je le prescrivais pas ! » B1

- « qu'on ne peut pas la faire avec des arguments qu'on leur a développés, et qu'on ne le fera pas. Ça c'est aussi apprendre à savoir dire non, s'ils veulent vraiment cette prescription... (D4 acquiesce) » D5

### 3.7.3. Refuser la reconduction.

Le refus pouvait être opposé de manière non négociable, quand la conviction du prescripteur-trice qu'elle serait néfaste était inébranlable.

- « Moi j'ai eu le cas il y a pas longtemps d'une femme qui a eu 38 ans, qui fume un paquet par jour et cætera et qui me demande de renouveler sa contraception oestroprogestative, prescrite par le gynéco, ben j'ai refusé en bloc ! Elle m'a même rappelé derrière et j'ai dit non ! » C2

- « En effet, quand je propose de prescrire un médicament, ça veut dire que c'est réfléchi et je vais vous expliquer pourquoi je voulais vous le donner, quel était le risque et quel était le bénéfice attendu, ou si pour moi les risques sont plus élevés que le bénéfice, je ne vais pas vous le prescrire. » D5

Le refus était argumenté et explicité dans un cadre professionnel chronophage. Il était plus simple d'effectuer le renouvellement sans discuter.

- « On peut expliquer aux gens que ça a des désavantages de donner ou de prendre un médicament ! » A1

- « Ah ben... J'expliquais au patient qu'il y avait des études qui montraient que... sans dire que c'était mauvais, parce qu'on savait peut-être pas trop, mais que y'avait des effets indésirables suffisamment importants pour que je ne le prescrive pas ! » B1, sur le Médiator®

- « On va passer du temps à expliquer qu'on va plus faire de bêtises à rajouter une benzo... que de la laisser pas bien dormir. [...] Mais on passe du temps à expliquer aux familles que, oui, on n'a pas le médicament miracle contre... » C3

- « ça a souvent été l'occasion d'un long échange avec le patient, d'explications, faut prendre en compte beaucoup de choses, il faut remettre en cause aussi... enfin au moment où on le fait... enfin... faut... En le faisant remettre en cause ce qu'on est en train de faire, euh... donc ça demande aussi pas mal d'efforts j'trouve et de travail, de travail ! » D3

Le refus s'accompagnait d'une proposition de solution alternative :

- Changer le traitement ou modifier la posologie.

- « Et donc il m'est arrivé d'échanger... » A6

- « Et euh... Bon alors que moi, ça m'a intéressé de discuter de ça avec elle, et de voir comment elle faisait sans anti-inflammatoires, c'était de voir qu'elle elle s'interdisait certaines prescriptions, qu'elle faisait vraiment en sorte de ne pas les faire, et au final elle arrivait à une décision médicale partagée pour les patients » D3

- « qu'on dise à ce cardiologue que je change en douce ses ordonnances » D3

- Faire une prescription temporelle brève, le temps de trouver une solution alternative.

- « il a pu m'arriver moi, pas forcément de refuser complètement mais moi je vous fais une ordonnance pour un mois, deux mois, le temps de revoir votre gynéco et je vous explique pourquoi je pense qu'il faut changer votre moyen de contraception. » C5

- « « Ben ceux-là, on les arrêtera... Alors aujourd'hui je ne change que celui-là, mais ceux-là on les arrêtera. ». » D4

- Proposer de prendre un second avis, permettant de trancher le désaccord.

- « « Je ne partage pas le même avis, ou on va demander un autre avis si vous le voulez bien parce que je ne partage pas l'avis de ce spécialiste, on peut demander l'avis d'un autre spécialiste. » Et comme les patients savent, enfin s'ils continuent à nous voir c'est qu'ils ont confiance, ils sont en général tout à fait d'accord pour prendre un autre avis ! » B2

- « il a pu m'arriver, je ne sais pas si c'est une bonne solution ou pas, de dire à un patient que je lui conseille de voir un autre spécialiste que celui que qu'il avait eu (C4 fait un faux air outragé), parce que alors, en... en en disant pas que je suis pas d'accord avec le spécialiste, ou qu'il est dangereux ou je sais pas quoi, mais en disant que moi j'arrive pas à travailler avec ce spécialiste-là ! Et que moi je lui conseille de voir un spécialiste avec qui j'y arrive mieux... à communiquer ou voilà ! » C5

- Demander au patient-e de faire l'intermédiaire avec le-a prescripteur-trice initial-e pour qu'il le reconduise le traitement. Cette solution était décrite comme insatisfaisante, car vue comme une solution de facilité ou de dernier recours.

- « Pour rebondir sur le fait de comment on fait si on n'est pas d'accord avec un confrère, je pense que si on sent que le confrère on va pas le faire changer d'avis, je pense à la gériatre qui prescrit les traitements de l'Alzheimer, euuh... moi je discute qu'avec le patient et puis je leur dire « Mais dites-le à votre gériatre... » (rires). » C3

- « On peut bien aussi laisser le prescripteur refaire la prescription, ça c'est possible aussi. Le patient il se débrouillera, il va revoir le spécialiste et lui signifier qu'on ne souhaite pas refaire cette prescription » D5

Le processus de déprescription était parfois source d'erreur et nécessitait de la prudence, surtout quand la situation initiale risquait d'être mal évaluée. Les expériences de déprescription évoluaient dans le temps.

*« Et du coup, elle avait des problèmes, notamment un stent, un infarctus..., des p'tites choses cardiaques... Et du coup le cardiologue m'a pourri dans une lettre en disant « J'espère que vous avez oublié de renouveler la statine et que vous ne l'avez pas arrêtée sciemment ! Ce qui serait une attitude mortelle envers cette patiente ! ». Et c'est vrai que du coup bon, tu vois je me suis pas senti en... ça m'a un peu freiné dans mes... dans mes... dans ma fougue de déprescription ! » D1*

*- « Quand on nous met sur la réflexion d'une modification de traitement, je crois qu'on pèse aussi le risque de l'arrêt, parce que c'est pas rien d'arrêter un médicament. Et euh... on peut très bien avoir arrêté un traitement et qu'il puisse y avoir un effet secondaire grave quelques temps après, donc ça forcément ça peut marquer la pratique. » D3*

L'opposition initiale pouvait finalement déboucher sur la reconduction.

*- « (rires) J'ai honte... (rires) J'ai d'abord refusé ! En lui demandant, si le cardiologue voulait faire cette prescription car moi je ne la ferais pas ! [...] et j'ai fini par lâcher pour le patient » A3*

#### **3.7.4. Ou accepter la reconduction.**

Le refus d'une prescription était rare pour certain-es participant-es. Le cadre d'une approche centrée-patient-e, où le-a patient-e acceptait les risques en conscience, permettait aux praticien-nes d'accepter de prescrire alors qu'elles auraient initialement refusé.

*- « Après, je pense que c'est assez rare, que moi personnellement, je refuse de prescrire quelque chose, une fois que j'ai expliqué le bénéfice attendu, et les risques encourus, je pense que c'est assez rare que je refuse de prescrire. Mais je ne sais pas si j'ai besoin ! » C5*

- « Mais si j'ai l'impression que je peux prendre un grand coup de bâton, ou un coup de bâton, j'aime pas ça du tout. Si c'est lui tout seul qui prends le risque, ben c'est lui qui commande ! Si je le prends avec lui, c'est tout hein ! » C4

L'opposition n'était ainsi pas toujours pertinente, car elles appréhendaient de rompre l'alliance thérapeutique et envisageaient qu'un-e collègue prendrait le risque qu'ell-eux ne souhaitaient pas prendre. Bien que la crainte fût présente, la rupture de l'alliance thérapeutique n'était pas la seule issue.

- « Oui et puis, hein, j'ai l'impression de toute façon, le patient si il sait vraiment, on leur refuse une prescription qui leur paraît indispensable, et ben ils vont ailleurs et ils trouvent un médecin qui accepte ! (rires de C3) » C2

- « Et j'ai toujours refusé de lui renouveler ses anti[biotiques]... Je m'étais dit qu'elle allait me quitter et puis elle est restée un moment... Après elle a déménagé. » C3

- « « Donc aujourd'hui je vous renouvelle tout. ». Je me suis quand même tapé l'ordonnance d'homéopathie ! [...] Je suis sa fille aussi, qui m'a dit qu'elle était pas contente, machin truc, et elle s'est trouvé un homéopathe et depuis j'ai plus jamais entendu parler de ses médicaments homéopathiques. Et du coup c'est vachement cool ! On a une relation super, comme il faut quoi ! » D4

Bien qu'acceptant la reconduction de l'ordonnance, elles voulaient marquer clairement un désaccord et tentaient de se protéger sur le plan médico-légal en rédigeant sur l'ordonnance la mention « à la demande du [spécialiste] traitant ».

- « pour l'aspect médico-légal, tout en sachant très bien que cela ne me protégeait absolument pas puisque j'étais prescripteur, « à la demande du cardiologue traitant ». Et j'ai rajouté la ligne parce que j'avais eu un... » A3

Effectuer des changements thérapeutiques « en douceur », échelonnés sur plusieurs consultations, était une solution, notamment lorsque le renouvellement demandé concernait plusieurs thérapeutiques ayant des BBR défavorables. La situation typique était le changement de médecin traitant, où le·a « nouveau·lle » praticien·ne ne partage pas le même point de vue que l'ancien·ne sur la BBR de plusieurs thérapeutiques.

- « *On fait connaissance, si je dis « On va tout changer... », 'fin, moi je pense que je perds crédibilité... mais voilà. Moi dans cette situation-là, finalement c'est un peu pareil, c'est un autre confrère qui a initié le traitement, j'essaie d'y aller en douceur et de faire pas tout d'un coup, c'est un peu ma technique quoi ! Ben... d'y aller traitement par traitement (rires un peu nerveux).* » D6

Illes évoquaient également la peur de l'arrêt et des conséquences imprévues du changement.

- « *Après je fais : 'Enfin non, j'aurai jamais dû leur faire arrêter ! Parce que c'est pire qu'avant ! (rires...)* » B1

SYNTHESE

**Le refus de renouveler une prescription était choisi si le risque médico-légal paraissait trop important, si le risque iatrogène paraissait disproportionné par rapport aux bénéfices. Ce refus était justifié et une alternative était proposée. La reconduction du traitement était néanmoins possible malgré le désaccord, dans une approche centrée-patient·e.**

### **3.8. Les stratégies d'anticipation du désaccord.**

Il était parfois jugé nécessaire d'anticiper les désaccords sur des attitudes diagnostiques ou thérapeutiques en adoptant différentes stratégies. L'objectif était d'éviter d'être dans cette situation décrite comme inconfortable par les participant·es.

### 3.8.1. La demande de compétences spécifiques.

Lors d'une demande d'avis spécialisé, illes pouvaient demander uniquement des compétences techniques dont illes ne disposaient pas. Illes étaient alors en demande de conseils de prise en charge, pour finalement décider ell-eux-mêmes.

- « Ensuite, moi quand j'adresse à un confrère, ça dépend pour quoi évidemment, quand j'ai aucune compétence dans le domaine, c'est vrai qu'en cancéro, je me sens démunie, mais la plupart du temps je demande juste un avis et je demande des compétences techniques. C'est-à-dire que quand j'adresse à un cardiologue je n'ai pas du tout envie qu'il prescrive quelque chose, je veux juste qu'il me fasse son point et qu'il me propose. » A6

### 3.8.2. Le choix de interlocuteurs/partenaires.

Certain·es participant·es avaient un dilemme entre respecter le choix du patient·e de son·a spécialiste, et les possibilités de travail avec ce·tte confrère·sœur.

- Extrait :

« Après on a des confrères spécialistes en fait, avec qui on n'a pas envie de travailler... » C2

« Tu parles oui ! » C4

« Et le problème c'est quand les patients vont les voir... parce qu'ils sont allés voir comme ça... parce qu'ils sont passés par les urgences, parce que on a été déontologique, on peut faire un courrier en leur disant : « Bon, allez voir qui vous voulez... ». Et ils reviennent : « Non mais si vous voulez, mais pas lui ! » (rires de C2 et C4). Là malheureusement t'es face à des situations où... » C2

Illes avaient un carnet d'adresse de correspondant·es privilégié·es, choisis sur des critères singuliers.

- « Y'a un cardio qui fait des épreuves d'effort à tout le monde en ce moment... Tu l'envoies pour n'importe quoi, il se retrouve avec une épreuve d'effort (sourires de tous les participants) ! Quand tu connais les avantages de l'épreuve d'effort (fait une grimace), puis dans les cas particuliers, tu as envie

*de lui dire « Ben y'aller pas, et puis c'est tout ! », mais je le fais pas. J'me dis « Ben j'éviterai de lui envoyer du monde à celui-là ! ». » C4*

### **3.8.3. L'autonomie dans la pratique.**

Les avis divergeaient sur le fait d'avoir recours à des avis spécialisés. Un-e des participant-es admettait que le recours aux spécialistes ne lui paraissait pas risqué.

*- « la réflexion se pose moins vis-à-vis de l'avis d'un confrère, parce que à part le délai et la gêne qu'on va apporter au confrère qui est déjà overbooké, parce que, okay, y'a pas trop de risques pour le patient d'aller voir un spécialiste ou de faire une prise de sang. » A2*

Alors qu'une autre partageait qu'elle freinait au contraire ce recours, principalement pour éviter d'avoir à anticiper des situations de désaccord avec sa propre ligne thérapeutique ou des conséquences de la décision médicale partagée.

*- « Et je me demande si parfois j'ai même pas un frein à les envoyer chez le spécialiste, qu'ils ont besoin de voir, juste pour pas avoir besoin de négocier, d'argumenter... mes choix thérapeutiques, et nos choix thérapeutiques avec le patient parce que... et voilà, je me dis que bon il y a des choses qu'on peut faire et qu'on n'est pas obligé d'envoyer au spécialiste d'organe, mais c'est vrai que des fois je me dis : 'Est-ce que je ne fais pas perdre des chances au patient parce que je résiste à les envoyer chez le spécialiste pour ça ?'. » D1*

Certain-es participant-es privilégiaient ainsi l'usage d'algorithmes, plus objectifs, que l'avis de confrère-sœurs.

*- « le fait d'avoir un outil, moi ça me permettait de savoir combien de temps dans quel contexte il fallait que je fasse, donc les choses étaient plus claires, et donc ça ça a été un vrai outil qui permettait de légitimer ma décision et quand même de me faciliter la vie parce que du coup, j'avais vraiment des arguments scientifiques pour poser et légitimer la décision. » A6*

Certain-es participant-es avaient développé des stratégies d'anticipation pour éviter d'être confrontés à ces situations de désaccord, et promouvaient une pratique en autonomie avec un recours limité aux autres spécialités.

### 3.9. La récompense.

A travers leurs comportements professionnels, les participant-es cherchaient à avoir une paix intérieure et à être en encore avec ell-eux-mêmes.

- « *une satisfaction, entre guillemets, parce que mon patient, entre guillemets, il est bien dans mon truc, haha (rires), et ben du coup si j'ai... si j'ai bien toutes les balances bénéfices-risques qui vont dans mon sens, ben je dors plus tranquille.* » D3

Certain-es participant-es confessaient que le fait de s'opposer au renouvellement d'une prescription qui leur semblait défavorable renforçaient leur confiance en eux et leur sentiment de fierté.

- « *Satisfaite de pas avoir fait semblant en tout cas ! De pas avoir reconduit une ordonnance avec laquelle j'étais... Je pense que j'aurai été plus malheureuse de continuer à prescrire quelque chose où au fond de moi j'étais... ça aurait été une bêtise je crois !* » C3

Illes pouvaient avoir l'impression que leurs efforts étaient finalement récompensés.

- « *Vraiment, je pense que c'est la satisfaction du devoir accompli. Il y avait une situation qui était problématique, on a informé, on a pris une décision, on a redressé ou entre guillemets rectifié une situation, c'est un sentiment de satisfaction et de... de « job-done » quoi ! Mais c'est pas un truc plus gratifiant que ça parce que au contraire, ça a souvent été l'occasion d'un long échange avec le patient, d'explications, faut prendre en compte beaucoup de choses, il faut remettre en cause aussi... enfin au moment où on le fait... enfin... faut...* » D3

Et à l'inverse, illes pouvaient être déçus de ne avoir réussi à convaincre.

- « *J'aurai préféré convaincre, mais on peut pas toujours convaincre, donc euh...* » D5

Le curseur n'était pas mis au même niveau pour les différent-es participant-es : pour certain-es le fait de modifier une ordonnance discutable ne soulevait pas d'affects spécifiques. Cet aspect correspondait principalement aux situations de modification d'ordonnance pour des motifs d'intolérance ou d'interactions médicamenteuses.

- Extrait :

« *Après, comme je l'ai expliqué, je prends garde à être confraternel, à ne pas inquiéter le patient parce que ça va faire de l'agitation pour rien en fait. Mais pour le coup ça ne me donne pas une sensation... que je pourrais définir. Je ne suis ni inquiet ni surpuissant ! J'ai juste l'impression de faire le travail.* » B3  
« *Tu fais le job !* » B5

- Extrait :

« *C'est moi qui ai la main en ce moment ! (rires de tous les participants) Enfin, c'est rigolo, mais c'est un peu ça quoi !* » B5  
« *On fait chacun notre tour !* » B3

- « *Moi par exemple ça me fait ni chaud ni froid si le cardiologue a mis l'atorvastatine 40 et que le patient a des douleurs musculaires et qu'il ne supporte pas, je vais lui proposer de mettre de l'atorvastatine 20 [...]* » B2

Dans le contexte de remise en question, pour certain-es, la présence d'affects et de sentiments était néfaste.

« *Il faut peut-être qu'il n'y ai pas trop de sentiments et d'affects là-dedans, c'est que l'époque où les pharmaciens étaient terrorisés d'appeler les médecins parce qu'ils allaient se faire pourrir, alors qu'ils avaient raison de les appeler parce qu'il y avait une prescription qui n'allait pas je pense qu'elle va être révolue, parce qu'on enlève l'affect qu'il y a là-dedans. On a le droit de se tromper et c'est pas grave,*

*on sera pas vexé si le pharmacien nous dit « Est-ce que vous êtes sûr de prescrire ça, ça, ça et ça ? ». »*

B3

Un-e des participant-es questionnait ainsi l'investissement personnel et le niveau d'exigence de chacun-e, comme potentielle source de souffrance.

- Extrait :

*« Moi je dirai, après être allé à une formation très intéressante, sur soigner les soignants (rires de D5), que peut-être il ne faudrait pas qu'on ait un trop haut niveau d'exigence. Parce que finalement quand on arrive à prendre une décision qui nous convient, est-ce qu'on a vraiment à être insatisfait quand la situation ou le patient il... ça fait que on peut pas faire ce qu'on veut en fait. En fait. Est-ce qu'il faudrait pas baisser un peu notre niveau d'exigence ? » D1*

*« [...] Oui, mais il faudrait que... quand on arrive à faire ça, on est satisfait, si on n'y arrive pas, ben c'est neutre en fait. J'en souffre pas quoi. » D3*

Certaines attitudes professionnelles révélaient l'existence de conflits internes non résolus quand il s'agissait de ne pas cautionner une prescription supposée comme néfaste, mais aussi comme unique solution et de faire faire cette prescription par un-e collègue.

*- « Et moi je pense que j'ai parfois des conflits personnels intérieurs, entre euh... ma conviction EBM, et le fait que quand même je me dis 'Il faut faire quelques chose !'. Par exemple, un patient diabétique jeune, avec 10% d'hémoglobine glyquée, et qui a déjà trois grammes de metformine, et du coup... (rires) Du coup, quand je sais pas quoi faire, ben je l'envoie chez l'endocrinologue, qui va lui mettre des médicaments pourris, mais c'est pas moi qui vais les mettre comme ça ! Je suis pas très fière de moi (rires), mais en même temps voilà, je ne sais toujours pas comment réconcilier mes deux moitiés... » D1*

**SYNTHESE**

**L'opposition à une prescription jugée dangereuse génère chez les participant-es un sentiment de fierté, une forme de récompense de leur investissement pour limiter la prescription médicamenteuse à l'essentiel.**

## QUATRIEME PARTIE

Dans cette partie sera explicitée la diversité de points de vue des participant-es concernant les rôles de synthèse et de coordination des soins qui incombent aux médecins généralistes traitants. Ces résultats sont en lien avec l'intervention réalisée en présentant le texte de la loi HPST en fin d'entretien.

Art. L. 4130-1.

- Les missions du médecin généraliste de premier recours sont notamment les suivantes :

1° Contribuer à l'offre de soins ambulatoire, en assurant pour ses patients la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des maladies ainsi que l'éducation pour la santé ;

3° S'assurer de la coordination des soins nécessaire à ses patients ;

5° S'assurer de la synthèse des informations transmises par les différents professionnels de santé.

### 4. Coordonner et synthétiser.

#### 4.1. Du rôle de médecin de coordination et de synthèse.

Les participant-es étaient assez confortables avec leur mission de coordination ou de synthèse des soins du patient-e. Illes se sentaient au centre des soins du patient-e.

- « *Et puis c'est quand même le rôle du généraliste d'être le coordinateur des soins, que ce soit radios machin et cætera...* » B2

- « *Moi c'est de toute façon c'est la notion que j'avais du rôle du médecin traitant, de synthèse et oui de coordination, et ça légitime tout à fait notre rôle et même ça justifie notre rôle.* » A6

- « *J pense qu'on le fait quand même très souvent, et qu'on est convaincu qu'on doit être au centre du soin, et on a peut-être tous...* » B3

Ce rôle de synthèse pouvait néanmoins être vécu comme une obligation, un rôle difficile et chronophage.

- « *Un patient qui a une PPR, qui est sous anticoagulant, qui tremble et puis qui a une BPCO, et qui prends certains traitements, donc il y avait déjà trois quatre cinq médicaments qui peuvent le faire trembler, donc là tu es obligé de coordonner et de faire une vraie synthèse pour le spécialiste, en disant « Ce tremblement il est invalidant, c'est pas neurologique, qu'est-ce qu'on peut changer à son traitement ? » » D5*

- « *Je pense que c'est super ! Que c'est idyllique ! C'est exactement ce qu'on doit faire, mais on n'a pas le temps ! (rires de B2) De le faire comme il faut ! (B2 rit à nouveau) » B1*

Et comme une nécessité, car ne pas assurer son rôle serait possiblement catastrophique, en faisant référence aux patient-es qui ne consultent que des spécialistes autres que généralistes.

- « *je ne sais pas par quels moyens ils ont réussi que je ne sois pas vraiment au centre des soins... Qu'ils ont une ordonnance chez le pneumologue, une ordonnance chez machin... Ils sont très très mal soignés (B1 et B2 acquiescent) mais ils se comptent sur les doigts d'une seule main parce que pour tous les autres on a ce rôle central, et je pense que c'est notre mission effectivement ! Et quand on le fait pas, c'est la catastrophe. » B3*

Pour autant, les termes « coordination » et « synthèse » revêtaient des sens relativement différents.

Le rôle de coordination impliquait de centraliser les informations en communiquant et en décidant à plusieurs, notamment lors de la rédaction de courriers pour l'adressage aux spécialistes.

- « *Après y'a quand même « coordination » dans le texte, donc si on veut que ce soit bien « coordonné », et ben il faut discuter, communiquer, on ne peut pas prendre de décisions tout seul dans son coin pour... Donc oui on est des synthétiseurs, mais on n'est pas le chef non plus. » A2*

- « *On fait normalement l'effort de faire des courriers de synthèse » D3*

Il pouvait s'agir de protéger le-a patient-e.

Une participante se voyait comme le gardien d'un temple, témoignant d'une volonté de protection du patient-e, et suggérant que ce rôle pouvait être partagé.

- « *J'ai dit le gardien ! J'ai pas dit Dieu dans le temple ! Je suis pas Dieu dans le temple ! Le temple étant le patient, c'est pas pareil ! C'est-à-dire, ben voilà, chaque gardien... œuvre pour que le temple tienne debout et puis on vérifie que ce soit en adéquation avec le patient quoi, voilà. Donc on a juste l'impression de faire notre boulot !* » B2

Le rappel au texte de loi renforçait la légitimité de certain-es participant-es, notamment cell-eux qui ne se sentaient pas pleinement légitimes.

- « *Effectivement ça apporte un peu de légitimité, que oui on peut le faire et, en fait, on doit le faire !* »  
A2

- « *peut-être qu'on peut un peu dire que c'est nous le chef d'orchestre, on a un peu plus notre mot à dire !* » A4

- « *Je ne vais pas m'endormir ce soir plus légitime qu'hier.* » A3

Il s'agissait pour certain-es d'être critique tout en assumant ce rôle de synthèse. Critique pour faire une synthèse des prescriptions, ce qui signifiait choisir les thérapeutiques qui seront sur l'ordonnance finale. Cette pratique en légitimité nécessitait un apprentissage.

- « *Je rajouterai après les mots « Synthèse », « critique ». Synthèse critique !* » C5

- « *C'est notre légitimité effectivement de faire la synthèse des traitements...* » A6

- « *effectivement au début on hésite.* » A6

Ce rappel à la loi permettait à certain-es participant-es de se sentir légitime pour ne demander aux spécialistes qu'un avis consultatif, sans prescription. Un des participant-es s'appropriait totalement le rôle de prescription médicamenteuse, en dehors de certains cas précis. Illes pouvaient préférer de la part d'autres médecins des propositions plutôt que des impositions thérapeutiques.

- « *Ce qui justifie pour moi le fait que je demande un avis, spécialiste, c'est pas une intervention sur la prescription de mon patient, ou alors avec mon accord* » A6

- « *Et c'est à moi de prescrire (accord de A1 et A2) et c'est à moi de dire que je ne suis pas d'accord et éventuellement en discuter, et parfois je me trompe aussi, évidemment !* » A6

- « *On a quelques confrères qui..., je trouve, c'est bien, ils nous font un courrier, ils font une proposition de modification thérapeutique. Ils disent « Ben j'aimerais bien introduire tel médicament parce que », mais ils nous laissent la décision ! Souvent pour des patients, c'est rarement pour... pour des patients un peu complexes. Mais du coup ils nous laissent la décision, en disant « Moi je propose ça, je... je vous laisse décider. ». C'est un peu déroutant pour le patient, ils disent « Oui mais c'est pas vous le spécialiste, c'est pas à vous de décider ! ». (rires de C2) C'est un peu vexant... » C2*

#### **4.2. Un rôle difficile et insuffisamment valorisé.**

Ce rôle de synthèse n'était pas suffisamment considéré et valorisé.

- « *On fait normalement l'effort de faire des courriers de synthèse, et parfois ces courriers sont pas lus, les patients nous le disent bien ! (D4 manifeste son accord)* » D3

Illes rapportaient un manque de considération de leurs pair-es spécialistes, comme frein au rôle de coordination. Les difficultés des échanges entre généralistes et spécialistes en étaient un exemple.

- « *Je crois que la loi HPST est très ambitieuse, elle nous place dans un rôle et une posture qui nécessiterait qu'on ait une meilleure estime de la part de nos confrères spécialistes d'organe, ce qui*

*aujourd'hui n'est pas vraiment le cas, parce que ils ont souvent plutôt un regard con-descendant... en deux mots ! » D3*

*- « Je dirai, à la condition d'avoir le retour des différents professionnels de santé (utilisant un ton sarcastique, suivi des rires de tous les participants). » C6*

*- « Et on est dans ce qu'on appelle les limites de la relation coordonnée et centrée patient, c'est-à-dire que... ben... coordonnée entre médecin gé et spécialiste, ça c'est l'idéal, mais parfois, il y a vraiment des vrais entrechocs ! Qui sont difficiles à gérer quoi... » D2*

Les rôles de coordination et de synthèse étaient reconnus dans des tâches administratives : exemples étaient donnés des demandes d'Affections de Longue Durée (ALD) et des dossiers destinés à la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH).

*- « Administrativement on va l'avoir quand même, là, c'est nous qui faisons le cent pourcent, les dossiers MDPH, et là pour le coup on nous reconnaît bien cette compétence d'expert de synthèse. » D5*

Certain-es évoquaient une revalorisation financière insuffisante pour assurer ces rôles.

*- Extrait :*

*« Et ben j'aurai bien voulu qu'avec tout ça, ils revalorisent mieux nos consultations ! Voilà ! (rires des participants) » C2*

*« C4 dit la même chose que C2 ! (rires de C3) » C4*

*« Quel est le tarif de la consultation de synthèse ? (rires de tous les participants) » C5*

*« Alors ça a existé, c'est le CA qui maintenant a été annulé, c'est remplacé par le forfait médecin traitant ! (C4 et C5 acquiescent) Si si qui ont augmentés, on n'a rien à dire ! » C2*

La comparaison était faite par rapport au pharmacien-ne et à la cotation de la conciliation médicamenteuse ou du bilan de médication.

- « En le faisant remettre en cause ce qu'on est en train de faire, euh... donc ça demande aussi pas mal d'efforts j'trouve et de travail, de travail ! Un travail qui je trouve est pas tant valorisé que ça... Euh... (D4 manifeste son accord), de l'occasion de dire, de réflexion sur l'ordonnance. Alors tiens, le pharmacien il va pouvoir coter un truc lui s'il bricole sur l'ordonnance ! » D3

Pour autant, certain-es faisaient le constat de devoir assumer des responsabilités grandissantes en termes de compétences, ce qui entravaient le temps qu'elles pouvaient consacrer aux activités de coordination et de synthèse.

- Extrait :

« On nous demande d'être dermatologue, de surveiller les grains de beauté, on doit être rhumatologue, on doit être gynéco... » B1 [...]

« Ben on le fait tout le temps, je veux dire... c'est bien normal ! Je suis étonné que tu sois... surprise. »

B5

« Ben je trouve qu'on m'en demande... trop ! (B2 acquiesce) » B5

- « Oui mais ça c'est idyllique, on passerait trois quart d'heure par consultation pour chaque patient, mais étant donné qu'il y a trop de patients pour pas assez de médecins [...] on peut pas tout faire déjà ! » B2

#### 4.3. Travailler en coopération.

Les participant-es croyaient au travail coopératif pour tendre au meilleur suivi possible. Le bilan de médication n'était pas antinomique.

- « Il y a autre chose auquel je n'ai pas pensé, qui commence seulement à se développer maintenant, pour discuter de la reconduction d'un traitement, on peut aussi avoir recours au bilan de médication avec le pharmacien, parce qu'au niveau des histoires d'interactions médicamenteuses et autres, on n'est

*pas forcément les mieux placés, nous pour connaître tout, et... là-dessus le pharmacien, je pense qu'il y a un travail coopératif à faire. » A4*

Ils rapportaient des difficultés à identifier les spécialistes et leurs surspécialisations dans le service publique. Certain-es se sentaient contraint-es dans ces conditions à travail avec des spécialistes libéraux, en clinique ou cabinet, malgré leur désir de favoriser l'hôpital.

*- « On connaît même pas leurs noms, on a aucune information de qui sont les spécialistes, de ce qu'ils font dans les hôpitaux généraux. On arrive à le savoir dans les CHU. Pourquoi dans les CHU ? Parce que dans les CHU, on fait des formations médicales continues, qui sont des formations où en général on va rencontrer des pontes des CHU donc on arrive à peu près à savoir, mais moi j'en suis contrainte à téléphoner aux secrétaires en demandant « Qui dans vos orthopédistes s'occupe de la main, si il y en a un qui s'occupe de la main chez vous à l'hôpital ? ». Voilà, on est confronté dans notre métier de médecin généraliste à être complètement aveugle sur le réseau de spécialités hospitalières. » B2*

*- « Si on pouvait les appeler, si on avait des lignes spéciales, pour pouvoir les joindre et avoir une réponse rapide à nos interrogations, ce serait bien ! On prendrait mieux en charge les gens ! (B2 acquiesce) Il y aurait moins d'errance diagnostique, moins de... » B1*

Certain-es participant-es étaient suspicieux-cieuses sur le service rendu du Dossier Médical Partagé comme aide à la coopération entre praticien-nes. Lors des entretiens, il était considéré comme insuffisamment accessible à la pratique.

- Extrait :

*« Pour faciliter notre travail ! Plus que de nous appropriez... notre... notre travail ! (rires) Je sais pas si le DMP ça va nous aiderait. » B4*

*« J'crois pas moi. » B1*

*« C'est une usine à gaz, ça va tout faire péter ! » B4*

- Extrait :

*« Les gens qui sont hospitalisés en urgence, ils ont pas forcément leur ordonnance sur eux, ni un courrier du médecin traitant, et puis voilà, bon bref... » D1*

*« Par rapport à ça, il y a le DMP (rires et rires de D4) ! » D3*

*« Oui mais il faut le mettre à jour ! » D1*

*- « Ça va pour échanger, pour nous, mais quand le patient il est dans un service d'urgences, ou en tout cas qu'il est ailleurs et qu'il y a besoin d'information, le DMP c'est pas du tout... c'est pas suffisant développé pour être suffisamment aidant ! » D4*

**SYNTHESE**

**Les participant-es assumaient leur rôle de coordinateur des soins. Illes se sentaient légitimes à modifier la prescription initiée par un-e autre médecin et à assurer le rôle de synthèse. Illes se heurtaient cependant à des difficultés pour le faire dignement : manque de considération des autres spécialités, difficultés de travail en équipe, et revalorisation financière inadaptée.**

# DISCUSSION

La gestion du désaccord entre prescripteur·trices est un sujet sensible. Aucun·e médecin ne pourra dire qu'il·le n'a pas un jour été en désaccord sur une prise en charge, ou qu'il n'a pas critiqué un·e collègue de toutes spécialités confondues. Le désaccord est généré par une vision et une analyse différentes d'une même situation.

Ce sujet, bien qu'alimentant de nombreuses conversations à l'hôpital ou lors de réunions de professionnels, n'a jusqu'à présent jamais été réellement étudié. Le récit des participant·es permettait de mettre en lumière des comportements professionnels individuels et les difficultés d'exercice de la médecine générale.

Le postulat de base de la recherche était de penser que les médecins généralistes ne se sentaient pas suffisamment légitimes pour modifier l'ordonnance d'un·e confrère·sœur lorsque leur analyse de la balance bénéfices-risques divergeait. Cette hypothèse est partiellement vérifiée par ce travail. Ce postulat s'applique à certain·es praticien·nes, dans des conditions relativement spécifiques. L'approche sociologique n'aura pas la prétention à elle-seule de comprendre la complexité des rouages psychologiques qui s'expriment dans l'exercice de chacun.

La pratique des médecins généralistes en France était étudiée, et permettait de pouvoir discuter des comportements professionnels adoptés. La subjectivité de la pratique médicale et l'incertitude des données scientifiques sont également questionnées.

## PLAN DE LA DISCUSSION

<b>I. PRINCIPAUX RESULTATS.</b>	152
1. Primum non nocere.	152
2. Le savoir, la balance bénéfices-risques et la décision médicale.	153
3. Un positionnement individuel par rapport aux prescriptions.	156
3.1. L'esprit critique et l'incertitude.	156
3.2. Les apprentissages dans la formation médicale.	158
3.3. L'influence de l'industrie pharmaceutique.	160
3.4. Le choix de sources d'informations spécifiques.	160
3.5. L'expérience personnelle et/ou professionnelle de la iatrogénie.	161
3.6. L'influence au sein des groupes de pair-es.	162
3.7. Une question d'insuffisance professionnelle.	162
4. L'expression du désaccord sur une prescription.	163
4.1. L'environnement sociologique de la médecine générale.	164
4.2. La pression de la demande de prescription.	164
4.3. L'image des autres spécialités.	165
4.4. Le questionnement de la confraternité.	165
4.5. Le questionnement de la responsabilité et la pression médicolégale.	167
5. La légitimité et les rôles de coordination et de synthèse.	168
6. Du militantisme et de la radicalité.	170
7. Les compétences psychosociales.	171
8. Et les patient-es ?	172
9. Proposition de modélisation.	173
<b>II. FORCES ET FAIBLESSES DE L'ETUDE.</b>	175
1. Place de notre étude dans la littérature.	175
2. Critique de la méthode.	175
2.1. Confirmabilité et fiabilité de l'étude.	175
2.1.1. Expérience du chercheur.	175
2.1.2. A propos des entretiens.	175
2.2. Validité interne, crédibilité.	177
2.3. Validité externe, transférabilité.	177
<b>III. APPORTS A L'EXERCICE AMBULATOIRE EN SOINS PREMIERS.</b>	178

## I. PRINCIPAUX RESULTATS.

### 1. Primum non nocere.

Le principe de non-malfaisance ressortait de la majorité des entretiens. C'est un des quatre principes de la bioéthique contemporaine, avec ceux d'autonomie, de bienfaisance et de justice<sup>87</sup>.

Pourtant, la revendication du « primum non nocere » hippocratique, proche du principe de non-malfaisance, revêtait des significations relativement singulières, en faisant appel à la morale individuelle et à la conception personnelle du risque dans le domaine du soin.

« En médecine clinique, il s'agit certes d'abord de ne pas nuire, et ensuite de viser un bénéfice ; mais il ne s'agit pas pour autant de subordonner le souci de faire le bien à celui de ne pas nuire, sous peine de paralyser toute initiative thérapeutique au seul motif qu'elle est susceptible d'entraîner des conséquences iatrogènes. »<sup>88</sup>. Cette tension, en médecine clinique contemporaine, anime les débats sur l'articulation entre principe de non-malfaisance et de bienfaisance, autrement dit : le techniquement possible est-il éthiquement acceptable ?

Le principe de précaution, issu de l'allemand *Vorsorgeprinzip* et développé lors de prises de décisions politiques sur la protection de l'environnement dans les années soixante-dix, vise-t-il le bien ou vise-t-il la réduction des risques en médecine ? Se pose également la question du choix de la traduction, qui pourrait être plus de l'ordre de l'anticipation que de la précaution. Le principe d'anticipation<sup>89</sup>, dont l'origine étymologique est « ne pas être au repos », semblait plus pertinent pour parler de l'inquiétude qui animait certain-es participant-es et qui les incite à avoir une attitude de vigilance à long terme.

Les médecins généralistes sont-ils suffisamment prudent-es ou justement critiques dans leur manière de prescrire ?

## 2. Le savoir, la balance bénéfices-risques et la décision médicale.

Que signifiait une balance bénéfices-risques défavorable ?

Il nous avait paru important dans un premier temps de définir collectivement la notion de balance bénéfices-risques, afin que les implicites communs soient partagés. Cette notion prenait à travers ce travail des dimensions variées, largement au-delà de la définition communément acceptée sur le seul rapport au médicament. La question de la balance bénéfices-risques donnait lieu à une appréciation singulière par les médecins, en fonction de chaque situation.

*« « Est-ce que c'est tous les médecins généralistes ? ». La réponse c'est oui, tous les médecins se servent de la balance bénéfices-risques, mais ils ne mettent pas la même chose dans les bénéfices et dans les risques. » D1*

« Bénéfice(s) » et « risque(s) » relevaient-ils du pluriel ou du singulier ? Le pluriel prenait plus de sens : chaque praticien allait mettre des données plurielles mais différentes de chaque côté. Ce postulat était en accord avec la définition proposée par le ministère français de la santé : « Evaluation des effets bénéfiques thérapeutiques en comparaison aux risques liés à la sécurité d'emploi d'un médicament (mesurés pour un utilisateur donné ou estimés pour une population). »<sup>90</sup>.

La notion de balance bénéfices-risques était floue pour les participant-es. Elle a été confondue avec les éléments aboutissant à la décision médicale. L'analyse de la balance bénéfices-risques était la même démarche que la prise de décision médicale, alors qu'elle est communément définie sur une intervention en elle-même<sup>24</sup>.

La quantité de variables intégrées dans cette balance par les participant-es était gigantesque. Illes s'appliquaient à prendre en compte les données scientifiques qu'illes avaient à leur disposition, et de nombreuses données irrationnelles entraient dans sa composition. Référence peut être faite à la Compétence « Approche globale, prise en compte de la complexité » telle que définie par le Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE), qui a déjà conceptualisé cette approche décisionnelle, en lien avec les principes de l'Evidence-Based Medicine.

Illes conceptualisaient cette balance comme un processus de réflexion leur permettant de prendre la meilleure décision pour et avec le-a patient-e. Ce processus était appliqué à tous les éléments composant la consultation médicale, mais illes se sont surtout attardé-es sur le médicament. Semblant moins problématique, la question de balance bénéfices-risques des examens complémentaires a été peu abordée. Pour exemple, les controverses autour des dépistages des cancers du sein, du colon et de la prostate n'ont quasiment jamais été citées, alors que celles portant sur les statines l'ont été à chaque entretien.

Pour le médicament, les bénéfices attendus et les risques évoqués étaient nuancés par les difficultés d'extrapolation des études cliniques et de leur application à un individu donné, dépendante des connaissances individuelles de chaque généraliste. L'analyse était contrainte par le contexte de prise de décision, où chaque acteur-trice décidait plus ou moins consciemment de prendre en compte des données différentes. La limite des connaissances individuelles de chacun était partiellement conscientisée et pouvait être vécue comme une pression supplémentaire pour améliorer la lecture de la balance bénéfices-risques.

*« nous il faut qu'on ait une bonne connaissance de cette fameuse balance (accord de A6) parce que je vois, je ne suis pas capable de dire quels sont les risques de certains traitements, et du coup se prononcer c'est pas toujours évident... ! Il faut connaître pour conseiller comme il faut quoi ! » A2*

C'était surtout la fiabilité des données scientifiques qui était questionnée. Nous avons constaté qu'illes avaient des connaissances différentes, et surtout qu'illes n'adhéraient pas avec la même conviction aux données qui leurs étaient accessibles. Illes ne partageaient pas le même avis et la même conscience des failles du système d'élaboration et de diffusion de la connaissance médicale et thérapeutique. Ces failles sont aujourd'hui connues et bien documentées, tels qu'en témoignent les récents scandales sanitaires ou les critiques émises sur la fiabilité des données de recherche, même celles ayant le plus haut niveau de preuves<sup>91</sup>. Le ghost-writing est aujourd'hui une des

techniques les plus perverses du système, jetant le doute sur tout le système de publication scientifique<sup>92,93</sup>.

L'interprétation des données issues des publications d'études cliniques était délicate. Sur une même réalité statistique, illes ne percevaient pas les bénéfices de manière aussi positives. Si les bénéfices étaient à peu près connus, la potentialité de survenue d'effets secondaires médicamenteux était plus difficile à évaluer. Certains sont documentés, classés par ordre de fréquence possible, d'autres sont inconnus. Il était alors difficile de les envisager ou de les conscientiser. Les médecins généralistes avaient des difficultés à statuer sur l'éventualité de la survenue des effets secondaires, ce qui était en accord avec les travaux de Marc Chanélière<sup>15</sup>. En effet, certain-es médecins généralistes exprimaient « un caractère d'impondérabilité des événements indésirables survenant « au hasard », alors que d'autres exprimaient l'existence d'une part « d'évitable » ou « d'inévitable » car inconnu au préalable ». A l'échelle d'une patientèle de médecin généraliste, rarissimes étaient les patient-es touchés par un événement iatrogène grave<sup>17</sup>. Ces constatations expliquaient, partiellement, l'application inconstante du principe de précaution par les participant-es, lors d'une initiation ou d'une reconduction de prescription.

Quant aux bénéfices des thérapeutiques, la prescription médicamenteuse est un outil majeur de l'exercice médical. Comme objet transitionnel conclusif, la prescription symbolise le transfert vers le-a patient-e du pouvoir de guérir<sup>94</sup>.

Les rapports entre généralistes et analyse de la BBR d'une prescription sont subjectifs : si la science est mouvante voire faillible, toute place est faite pour l'exercice de l'esprit critique. Observer et formuler des hypothèses quant aux autres facteurs influençant le positionnement du praticien-ne vis-à-vis du risque iatrogène d'une prescription deviennent possibles.

### **3. Un positionnement individuel par rapport aux prescriptions.**

Si la balance bénéfices-risques était un processus de réflexion et un moyen de communication avec le-a patient-e, illes ne mettaient pas le curseur de prudence au même niveau. « Être critique » dans l'exercice de prescription revêtait des significations spécifiques. L'étude de la psychologie individuelle des participant-es permettrait d'expliquer plus finement les différents mécanismes impliqués, ce que ne nous permet pas la méthodologie basée sur des entretiens collectifs. Dans une approche empruntée à la psychologie sociale, nous apporterons certaines pistes explicatives.

Est-ce que la critique d'une intervention médicale (toute prescription confondue) est un processus issu d'un apprentissage ou est-ce lié à une prédisposition individuelle ?

Quels éléments favorisent la prudence et/ou la critique dans l'exercice de la médecine générale ?

#### **3.1. L'esprit critique et l'incertitude.**

Des différences de capacité à « être critique » étaient constatées. « Le mot « critique » vient du grec κριτικός (kritikos) : « capable de juger, de discerner ». « Le terme « esprit » sous-entend un état permanent, comparable dans une certaine mesure à un trait de caractère qui ne s'efface pas. « L' « esprit critique » serait la tournure d'esprit propre à celui qui, dans chacun des objets qu'il a la possibilité d'observer, cherche à discerner le bien du mal, le vrai du faux. L'esprit critique ce n'est pas de critiquer, ni l'esprit de contradiction ou le scepticisme. Exercer son esprit critique, c'est douter, remettre en cause, chercher la légitimité, le fondement. C'est donc plus une posture intellectuelle qu'une compétence. »<sup>95</sup>.

La two-factors theory décrit l'esprit critique comme un effet combiné des capacités cognitives et des caractéristiques psychologiques individuelles. C'est une compétence intrinsèque à chacun-e<sup>96</sup>. Or, cette vision est réductrice : elle ne spécifie pas qu'il puisse se développer. L'esprit critique n'est pas un acquis, c'est une exigence, toujours à actualiser.

La non-soumission à l'autorité<sup>97</sup>, concept initialement développé par Claude Bernard, rejoint les principes de l'esprit critique : « le doute, la liberté d'esprit et d'initiation, la non-soumission à l'autorité des croyances. »<sup>98</sup>. Pour décrire la hiérarchie persistante entre médecins généralistes et médecins d'autres spécialités, Michael Balint a développé l'idée de « pérennité injustifiée de la relation professeur-élève »<sup>99</sup>. Elle fige les généralistes dans une conception du monde médicale où les critiques émises envers d'autres spécialités ne sont ni naturelles ni légitimes. Ces autres spécialités ont pour acquis une excellence de savoir technique mais dans un cadre défini et limité. La médecine générale, quant à elle, détentrice d'un savoir plus limité, serait moins considérée, voire de moindre légitimité décisionnelle. C'est une des hypothèses pouvant expliciter le positionnement des participant-es qui n'identifiaient pas de situations de désaccord dans leur pratique.<sup>100</sup>

Plusieurs fois, la question de la soumission à l'autorité a été évoquée dans nos entretiens. La mise en conformité par rapport au groupe était rassurante et pouvait permettre de lutter contre l'isolement intellectuel. Ceci expliquant l'approche conventionnelle de certain-es, alors que d'autres cultivaient une réflexion de la remise en cause.

Illes ne maîtrisaient pas tou-tes avec la même aisance l'incertitude inhérente à la pratique de la médecine. L'incertitude a été étudiée en médecine, mais en dehors du champ liée aux indications des thérapeutiques. « L'incertitude médicale sur le front des savoirs se déploie [...] sur trois différents niveaux : un niveau 1 qui « résulte d'une maîtrise incomplète ou imparfaite du savoir disponible », un niveau 2 qui « dépend des limites propres à la connaissance médicale » du moment, et un niveau 3 qui tient à la difficulté pour un praticien donné de faire la part du premier et du deuxième niveau. Ces distinctions sont très pertinentes pour analyser les spécificités du rapport au savoir des généralistes. »<sup>101</sup>. Ces trois niveaux ont été exprimés par les participant-es. Le niveau 3 était le plus discriminant et rejoignait la capacité à douter de connaissances individuelles et de l'incertitude des données de la science.

Si l'esprit critique en médecine s'apprend et se cultive, il nécessite de bonnes capacités cognitives pour la prise en compte de données divergentes et serait influencé par les caractéristiques

psychologiques de chacun-es. Il s'agit d'explorer les deux premiers niveaux décrits par Géraldine Blois, et d'enseigner le troisième niveau permettant à chaque praticien-ne de prendre le recul nécessaire sur sa propre pratique. Par ailleurs, l'apprentissage de la lecture critique d'article est un enseignement obligatoire dans les facultés françaises, mais il ne répond pas à cet objectif de développement critique.<sup>102,103</sup>

### 3.2. Les apprentissages dans la formation médicale.

La formation médicale initiale influence la pratique future. L'appréhension de la balance bénéfices-risques est le résultat d'un apprentissage. C2 témoignait que plusieurs de ses enseignants insistaient sur le potentiel réflexif de chaque situation et sur la nécessité de s'éloigner d'une réponse protocolaire, dans une forme de culte de la réflexion et du maintien de l'art en médecine pour pallier le risque de proposer des solutions inadaptées.

*« Moi en tout cas voilà, et j'me rappelle de mon stage de médecine gé... j pense que j'avais des enseignants qui étaient des prescriers on pourrait dire (rires de C2 et C3), des disciples de Prescrire (rires de C2, C3 et C6), des prophètes peut-être, et qui m'ont appris, y'a un p'tit moment déjà : « Oui, mais tu vois, on a le droit de réfléchir sur des situations ! Tu n'as pas la réponse dans un protocole, tu peux réfléchir et tu peux chercher quelle est la réponse adaptée et donc la balance bénéfices-risques adaptée à cette situation. ». Voilà ! Donc oui je pense que l'hôpital n'est pas un bon lieu pour ça parce que on est encore dans une verticalité, et y'a des gens qui font des protocoles et y'a des gens qui exécutent les protocoles, entre autres les étudiants, n'ont pas à remettre en question ces protocoles. C'est pas de leur niveau. » C2*

Le contexte français considère la biomédecine comme assise sur l' « illusion d'un progrès permanent »<sup>55,66</sup>. C'est un postulat essentiel à la compréhension des pratiques actuelles. Les médecins français ont une vision plus positive des bienfaits du médicament que d'autres pays, comme les Pays-Bas. Cela se retrouvait particulièrement dans le discours d'un groupe de participant-es, ayant une pratique désignée comme « conventionnelle ».

Les principaux mécanismes de la pratique sont mis en place au cours des études médicales. « Les études de médecine constituent un moment décisif de la socialisation professionnelle. C'est au cours de cette période d'apprentissage que la profession, ou plus exactement, que la profession à travers son corps de médecins-enseignants, va initier les novices à l'identité professionnelle des médecins (...) et c'est par cette initiation que la profession va pouvoir exercer un contrôle sur ce que vont devenir ces futurs médecins. C'est l'ensemble des valeurs, des idées, des normes, des comportements qui composent la culture professionnelle qui constitue l'enjeu de cette initiation. »<sup>104</sup>

Une partie des actes de prescription est plus intuitive que réfléchi<sup>105</sup>. La pratique médicale est le fruit de la transmission de connaissances basées pour partie sur des données scientifiques combinées à l'expérience des pair-es. Illes reproduisent des attitudes de prescription héritées de leurs maîtres. Ces attitudes sont intuitives, et sont seulement partiellement discutées ou conscientisées. Le compte-rendu de consultation transmis par d'autres spécialistes est également source de connaissances<sup>71,106</sup>, la remise en cause de leurs savoirs n'étant pas naturelle. Illes se positionnaient comme inférieur-es aux spécialistes, dans une forme d'idéalisation de leurs compétences, comme en témoignait le terme de « pontes ».

*« Parce que dans les CHU, on fait des formations médicales continues, qui sont des formations où en général on va rencontrer des pontes des CHU. » B2*

Certain-es participant-es témoignaient de la construction initiale du savoir médical qui donnait l'illusion de faits bien établis et d'une pratique normée, hospitalière, protocolaire, où la marge réflexive de chacun-e était limitée. Dès lors qu'illes exerçaient en soins premiers, illes se retrouvaient confronté aux réalités du terrain et leurs certitudes s'effondraient<sup>101</sup>. L'apprentissage de la balance bénéfices-risques débutait vraiment avec l'autonomisation de la pratique ambulatoire. D'autres praticien·nes adaptaient fidèlement leurs acquis formatifs à l'exercice ambulatoire en soins premiers.

### **3.3. L'influence de l'industrie pharmaceutique.**

La formation médicale est influencée par les liens ou conflits d'intérêt avec l'industrie pharmaceutique, et par des intérêts autres que ceux des patient-es<sup>50</sup>. Les entreprises du médicament influencent médecins spécialistes, généralistes et patient-es par un système complexe et bien établi. Nous ne fûmes pas en mesure d'établir une corrélation directe entre le degré d'esprit critique des participant-es et les liens entretenus avec l'industrie pharmaceutique. Nous avons pu observer que le groupe B, dont les participant-es se rapprochaient du modèle conventionnel, était celui qui était le plus lié aux laboratoires pharmaceutiques (cf. Résultats, II. Tableau n°3). Dans une méthodologie qualitative, nous ne pouvons qu'en faire la remarque sans en tirer quelque conclusion que ce soit, cela relèverait d'une approche spécifiquement quantitative. Ces liens peuvent être un facteur de risque de surprescription médicamenteuse<sup>107,108</sup>.

L'esprit critique peut être annihilé par l'influence de l'industrie pharmaceutique, représentant la pensée dominante. L'effet Janis, dans sa description par Jack Mezirow, fournit une hypothèse pertinente. « Plus l'esprit de concorde et l'esprit de corps règnent parmi les membres d'un groupe dominant, plus il y a danger que le mode de pensée critique, indépendant, soit remplacé par le « penser-groupe » qui débouchera vraisemblablement sur des actes irrationnels et avilissants dirigés contre les groupes dissidents »<sup>109</sup>.

Cette notion est à privilégier dans l'enseignement en FMI afin de mieux l'enrichir d'un esprit critique professionnel pertinent, garant de l'indépendance intellectuelle des soignant-es.

### **3.4. Le choix de sources d'informations spécifiques.**

La quasi-totalité des classes ou des molécules citées et sujettes à des désaccords entre généralistes ou avec d'autres spécialistes étaient celles dont l'intérêt est discuté dans la Revue Prescrire<sup>110,111,112</sup>. Les lecteurs d'une revue médicale spécifique pratiquent de manière conforme aux recommandations avancées par celle-ci<sup>113</sup>. Les lecteurs de la Revue Prescrire seront volontairement

relativement critiques vis-à-vis du médicament, car c'est le positionnement de la revue. Les balances bénéfices-risques préétablies des médicaments étaient le fruit d'une réflexion en amont, qui correspondait aux critères de sélection qu'elles avaient choisis plus ou moins consciemment pour établir leur référentiel de confiance. Elles pouvaient faire le choix de se détourner de la Revue Prescrire ou d'autres revues indépendantes car elles étaient sources de contradictions trop importantes pour être supportables : elles faisaient peur. Il était difficile pour certain-es praticien·nes de considérer que le système dominant puisse donner des informations tronquées ou partiales.

Quels étaient les critères influençant leurs choix de formation ?

### **3.5. L'expérience personnelle et/ou professionnelle de la iatrogénie.**

S'elles sont plus ou moins marquée-es par les effets secondaires médicamenteux, plusieurs travaux témoignent de la sous-estimation de la iatrogénie par les médecins<sup>114</sup>.

La survenue d'effets secondaires chez un-e des patient·es suivi·es a un impact plus ou moins durable sur les pratiques du généraliste concerné·e<sup>15</sup>. Qu'il s'agisse de la survenue d'un effet secondaire sur soi, sur un proche ou sur un-e de leurs patient·es, l'évènement était impactant émotionnellement. Il peut avoir des conséquences sur la pratique professionnelle et sur le·a médecin·e lui-même. Le·a médecin·e serait la seconde victime d'une erreur médicale<sup>115</sup>.

Le phénomène de rémanence était perceptible, témoin d'empreintes émotionnelles sur les participant·es. La force de l'impact émotionnel et la sensibilité propre de chaque médecin sont des facteurs permettant d'expliquer partiellement le degré de remise en question exprimé. L'impact de la survenue d'un effet secondaire déclencherait de manière inconstante des questionnements en lien avec la thérapeutique en cause.

### **3.6. L'influence au sein des groupes de pair-es.**

Peu importe qu'illes soient regroupé-es par affinité idéologique ou par affinité d'entente, chaque groupe portait une certaine homogénéité des pratiques malgré quelques disparités. Les groupes s'encourageaient et s'entraînaient dans leurs pratiques. Illes avaient élaboré une distorsion commune de la réalité par rapport à leur manière de prescrire. C'était un facteur de renforcement positif fort. Les groupes de participant-es avaient tendance à s'exprimer de manière assez homogène. Peu de conflits sont nés des discussions des entretiens collectifs, illes avaient, au contraire, plutôt tendance à se valoriser.

Cette vision commune favorisait le fait que les membres du groupe pouvaient communiquer entre ell-eux de manière optimisée. Les groupes de pair-es agissent comme un élément fort de la formation médicale continue des participant-es<sup>116</sup>. Illes n'ont pas choisi ce mode de formation par hasard. Si la participation à cette forme de formation est pertinente et efficace, la relative homogénéité des groupes introduit, comme les lectures professionnelles et les autres FMC, une normalisation des pratiques au sein d'un même groupe qui favorisent une ouverture finalement « bornée » des pratiques. Ces constatations correspondent aux théories de psychologie sociale d'influence majoritaire, plus spécifiquement de normalisation et de conformisme<sup>117</sup> (cf. Discussion II.2.1.2.).

Une autre application de l'effet « Janis », autrement dit de « pensée moutonnaire », pouvait s'appliquer aux groupes de pair-es<sup>118</sup>. Les pensées angoissantes générées par la peur d'une attitude néfaste pour les patient-es pourrait expliquer que certains groupes minimisent la iatrogénie médicamenteuse.

### **3.7. Une question d'insuffisance professionnelle.**

Pour certain-es participant-es, les raisons de la surprescription médicamenteuse provenaient d'un manque de compétences dans l'exercice professionnel, toutes spécialités confondues. Elles se focalisaient sur des difficultés à être critique, à jour des données de la science, et à exercer la

médecine dans une approche centrée-patient-e, comme décrits dans les recommandations de bonne pratique et le cadre légal.

Le système de formation est en France majoritairement établi sur une hiérarchie descendante, où les spécialités hospitalières ont un monopole d'influence élevé. C'est d'ailleurs à la lumière de ces considérations, que ces données entrent dans le cadre de la stratégie marketing des laboratoires pharmaceutiques.

Ainsi, la formation à la reconnaissance et la gestion de l'incertitude fait aujourd'hui partie des compétences indispensables chez les médecins généralistes, comme d'ailleurs dans les autres spécialités, leur d'espoir pour l'indépendance des médecins de demain.

#### **4. L'expression du désaccord sur une prescription.**

##### **4.1. L'environnement sociologique de la médecine générale.**

La place de la médecine générale dans le paysage de la médecine française a changé depuis peu. Sa reconnaissance comme spécialité à part entière, le développement de sa filière universitaire, son évolution conceptuelle et ses publications sont des facteurs qui favorisent cette évolution. Un changement de paradigme se dessine par rapport à « « l'expérience de l'illégitimité »<sup>119</sup> attachée à la condition de généraliste »<sup>101</sup>, décrite en 1987, qui ne facilitait pas la discussion collective des prises en charge mais favorisait « la crispation sur une singularité réputée irréductible. »<sup>120</sup>.

Mais dans les esprits de beaucoup, elle demeure dominée par les pair-es spécialistes<sup>72</sup>. L'image du généraliste reste celle d'un-e médecin dont les connaissances ne peuvent être au même rang que celles des spécialistes, « quels que soient les efforts personnels qu'il déploie ou la qualité de la formation initiale reçue, l'omnipraticien est devenu, et restera, celui qui sait un peu de tout. »<sup>101</sup> L'« idéal d'autonomie du travail et de responsabilité médicale qui se trouve alors pris en défaut. »<sup>121</sup>. Les généralistes seraient alors contraints à valoriser leur fonction de synthèse et de coordination, dans un contexte difficile. « L'appel récurrent au rôle des médecins généralistes comme pivot des

soins, première étape d'une prise en charge plus globale, n'est pas compatible en pratique avec leur position symbolique hiérarchique de subordination professionnelle »<sup>122</sup>.

C'était à la lumière de ces considérations que cette étude a été conçue.

Nous avons observé que les médecins généralistes se sentaient globalement légitimes à mettre en cause la prescription de leurs confrère-sœurs quand ils le jugeaient nécessaire. Néanmoins, et malgré les récentes évolutions de l'image de la spécialité, leur légitimité était conditionnée par l'aval de leurs patient-es.

#### **4.2. La pression de la demande de prescription.**

Les français-es sont un-es de premièr-es consommateur-trices de médicaments au monde. Le contexte culturel est favorable, associé à une prise en charge des dépenses par la collectivité et favorisé par la pression de l'industrie pharmaceutique. Le médicament est le pouvoir d'action majoritaire, pour affirmer la compétence, la capacité d'intervention, comme cela a déjà été observé<sup>60</sup>. Certain-es participant-es se sentaient ainsi contraint-es à la prescription par les patient-es<sup>123</sup>, ce qui ne favorisait pas la lutte contre la surprescription et la sobriété thérapeutique. Souvent, le désir des patient-es de recevoir une prescription par le-a médecin était surestimé<sup>124</sup>, avec la symbolique du médicament, comme objet magique « contre la peur de l'erreur médicale et de la mort »<sup>94</sup>.

Les patient-es ne légitimaient un discours critique sur le médicament que s'illes étaient ell-eux-mêmes dans une démarche similaire et qu'illes avaient choisi leurs médecins en connaissant ces critères. Cette croyance ne se retrouve pas dans les critères prioritaires analysés aussi bien dans les études quantitatives que qualitatives<sup>125,126,127</sup>. Le partage décisionnel, bien qu'important, n'est pas prioritaire pour les patient-es. A contrario, les qualités d'écoute et d'empathie le sont. Ainsi, les patient-es pouvaient être un frein à la déprescription dans l'esprit des participant-es<sup>75</sup>.

Pourtant, la décision médicale partagée, introduit en France le 4 mars 2002<sup>30</sup>, est le modèle légalement plébiscité pour la prise de décision en santé, à mi-chemin des modèles informatif et paternaliste<sup>128</sup>.

#### **4.3. L'image des autres spécialités.**

Deux possibilités : le désaccord n'avait pas lieu d'être car illes partageaient une vision commune avec la plupart des autres spécialités, ou le désaccord avait toute sa place car justement les visions de la médecine générale ou des autres spécialités divergeaient. Les considérations sur les « spécialistes surprescripteur-trices » en puissance n'étaient pas partagées par tou-tes. Elles étaient présentes chez les praticien-n-es ayant développé-es une critique du modèle hospitalier et une méfiance importante vis-à-vis du médicament. Illes redoutaient de ne pas pouvoir réellement amorcer une discussion et trouvaient des moyens pour éviter cette situation : en choisissant des correspondant-es prescription-compatibles, ou en s'affranchissant autant que possible de recours aux autres spécialités.

Ces appréhensions étaient sources de désaccords possiblement fictifs. Certain-es participant-es préféraient rompre le contact avec certain-es confrère-sœurs plutôt que d'envisager que leurs mentalités puissent évoluer. A contrario, illes témoignaient ell-eux-mêmes d'évolution des représentations de certaines thérapeutiques chez certain-es spécialistes.

Quand illes repéraient une erreur, illes pouvaient avoir peur de blesser ou de vexer le-a collègue. Quand illes étaient en désaccord, le choix d'entrer en contact avec le-a spécialiste n'était pas obligatoire.

Certaines relations entre spécialistes et médecins généralistes se sont avérées « confraternelles et cordiales » lorsque le-a médecin généraliste contacte le-a spécialiste pour une éventuelle déprescription de *clopidogrel*<sup>29</sup>. Cela montre une discussion possible et une remise en question de part et d'autre pour favoriser une démarche de déprescription.

#### 4.4. Le questionnement de la confraternité.

L'importance apportée au respect des règles déontologiques était forte et bien ancrée dans les pratiques des généralistes : il n'était pas confraternel de dénigrer un-e confrère-sœur en face d'un-e patient-e. La peur principale était que le-a patient-e perde confiance en la médecine, mais pas seulement. Illes pouvaient avoir peur d'être à la place de cell-ui qui serait critiqué-e.

Emettre un désaccord et vouloir respecter les règles déontologiques donnaient lieu à un conflit d'allégeance, décrit comme inconfortable. Le respect de la confraternité était un frein à l'expression du désaccord, et une garantie pour éviter la rupture de confiance entre les patient-es et les médecins. Illes étaient en dissonance cognitive, dans un « sentiment d'inconfort psychologique, causé par deux éléments cognitifs discordants, et plongeant l'individu dans un état qui le motive à réduire ce sentiment inconfortable »<sup>130</sup>.

Certain-es praticien-nes n'identifiaient que peu de situations de désaccord. Nous soulevons l'hypothèse qu'illes dissimuleraient, inconsciemment, le conflit de valeurs : ne pas mettre en doute la parole d'un-e confrère-sœur et renouveler sa prescription serait une attitude professionnelle déontologique élégante et confortable. Mais ce n'est qu'une hypothèse, non explorée et probablement non explorable lors d'entretiens collectifs.

A l'inverse, d'autres stratégies étaient possibles pour atténuer cette dissonance cognitive. Les attitudes adoptées étaient la modification de leur univers socioprofessionnel pour le rendre cohérent avec leurs croyances. Illes réduisaient cet état de tension en privilégiant le bien-être du patient-e, plutôt que de s'exposer à un conflit déontologique. Illes pouvaient avoir tendance à exercer dans une plus grande autonomie.

La peur du conflit pouvait faire naître une autre position : le respect de l'argument d'autorité, pour justifier l'absence de questionnement d'une prescription et réduire la dissonance cognitive.

La gestion de conflit ne fait pas partie des enseignements en FMI. De rares études ou thèses abordent la question des conflits entre médecins, comme les désaccords entre chirurgiens et

anesthésistes au bloc opératoire, ou les situations de conflits entre internes de médecine générale et maîtres-ses de stage<sup>131</sup>. Chez les internes, aborder le conflit et l'apprentissage de sa gestion serait nécessaire pour le-a conduire à son autonomisation et à son émancipation en tant que professionnel-le : développer l'assertivité serait une compétence nécessaire pour soigner.

#### **4.5. Le questionnement de la responsabilité et la pression médico-légale.**

Le-a dernier-e prescripteur-trice, même s'il-le renouvelait une ordonnance initiée par un-e autre professionnel-le, engageait sa responsabilité civile. Parmi les motifs avancés pour accéder ou refuser la reconduction de la prescription, la référence à leur responsabilité était constante.

L'approche centrée-patient-e et la décision médicale partagée réduisaient le poids de cette responsabilité, car elles favorisaient l'autonomisation des patient-es. Cette dilution de la responsabilité était bienvenue dans le contexte de judiciarisation croissante dans le monde médical.

D'après l'article R4127-64 du Code de la santé publique : « Lorsque plusieurs médecins collaborent à l'examen ou au traitement d'un malade, ils doivent se tenir mutuellement informés ; chacun des praticiens assume ses responsabilités personnelles et veille à l'information du malade ». Il a été jugé par la Cour de cassation en 2013 que « l'obligation de tout médecin de donner à son patient des soins attentifs, consciencieux et conformes aux données acquises de la science emporte, lorsque plusieurs médecins collaborent à l'examen ou au traitement de ce patient, l'obligation pour chacun d'eux, d'assurer un suivi de ses prescriptions afin d'assumer ses responsabilités personnelles au regard de ses compétences ». Et « qu'un médecin qui prend en charge le traitement d'un patient, ne peut s'exonérer de son obligation de suivi et de sa responsabilité en invoquant la faute d'un autre praticien » (Chambre civile 1, 16 mai 2013, 12-21.338, publié au bulletin)<sup>132</sup>.

Un autre arrêt de la Cour de cassation statue sur le fait qu'un-e médecin n'est pas lié par le diagnostic établi antérieurement par l'un-e de ses confrère-sœurs : « Un médecin, tenu, par l'article R. 4127-5 du code de la santé publique, d'exercer sa profession en toute indépendance, ne saurait être lié par le diagnostic établi antérieurement par un confrère, mais doit apprécier, personnellement et sous sa

responsabilité, le résultat des examens et investigations pratiqués et, le cas échéant, en faire pratiquer de nouveaux conformément aux données acquises de la science ». (Chambre civile 1, 30 avril 2014, 13-14288, publié au bulletin)<sup>133</sup>.

Le-a médecin généraliste est civilement responsable de sa prescription, même dans le cas où il s'agit d'une reconduction dont il n'est pas le-a primo-prescripteur-trice.

## **5. La légitimité et les rôles de coordination et de synthèse.**

Notre intervention s'était focalisée sur les alinéas 3 et 5 de l'article L4130-1 du Code de la Santé Publique<sup>67</sup> :

3 « S'assurer de la coordination des soins nécessaire à ses patients » ;

5 « S'assurer de la synthèse des informations transmises par les différents professionnels de santé ».

Le cadre légal était soumis à interprétation sur le plan juridique. La synthèse, sur le plan de la prescription médicamenteuse pouvait signifier de vérifier les interactions médicamenteuses, l'absence de contre-indication, ou d'effet secondaire immédiat mais pas forcément de remettre en cause l'indication d'un traitement au regard de sa balance bénéfices-risques.

L'impact de l'intervention était ainsi limité, car chacun-e des participant-es identifiait le texte au regard de sa propre pratique. Cela légitimait la demande d'un avis technique et l'absence de prescription médicamenteuse des spécialistes, ou à l'inverse, cela légitimait une pratique où la remise en question de l'indication thérapeutique, parfois nécessaire, n'était pas prioritaire.

Le sentiment de légitimité était le fruit de problématiques bien plus vastes, au carrefour notamment de leur psychologie personnelle, de leur construction professionnelle et de la légitimité accordée par le-a patient-e. Le rappel du texte de loi renforçait cell-eux qui doutaient le plus de leur rôle, leur donnant un appui pertinent sur le plan médico-légal pour sécuriser leur pratique.

La demande d'avis technique sans prescription nous a interpellé. Il prend sa source dans une autre législation : la réglementation des actes de l'Assurance Maladie<sup>134</sup> et l'Acte Ponctuel de Consultant dans le cadre du parcours de soins (APC), ex-C2. L'explication a été donnée dans les temps informels des entretiens, et plusieurs participant·es affirmaient que cet acte, de dénomination APC, mieux rémunéré qu'un acte de consultation classique, était soumis à l'absence de prescription à l'issue. Le texte est le suivant :

« Le médecin correspondant, sollicité pour cet avis ponctuel de consultant, adresse au médecin traitant ou au chirurgien-dentiste ses conclusions et propositions thérapeutiques. Il s'engage à ne pas donner au patient de soins continus et à laisser au médecin traitant ou au chirurgien-dentiste la charge de surveiller l'application de ses prescriptions. Le médecin consultant ne doit pas avoir reçu le patient dans les 4 mois précédant l'avis ponctuel de consultant et ne doit pas le revoir dans les 4 mois suivants pour la même pathologie. »

L'interprétation porte sur le terme « propositions thérapeutiques » et « à laisser au médecin traitant [...] la charge de surveiller l'application de ses prescriptions ». Il y a là une ambiguïté : un·e tiers·e professionnel·le sollicité·e par le·a médecin traitant peut-il·le initier sa prescription et coter un Acte Ponctuel de Consultant ? Un autre document de l'Assurance Maladie apporte des précisions<sup>135</sup> :

« Adressez au médecin traitant vos propositions thérapeutiques et laissez-lui la charge d'en surveiller l'application. Vous pouvez rédiger une première ordonnance de mise en route du traitement ou de demande d'examens complémentaires. »

Il en découle que le·a professionnel·le consulté·e n'a pas un rôle uniquement consultatif. Le·a spécialiste sollicité·e par le·a médecin traitant (en dehors des neurologues, psychiatres et neuropsychiatres bénéficiant d'une cotation spécifique) peut en toute légalité initier une prescription et coter un APC.

Le rôle de coordinateur des soins était bien connu et tout à fait accepté par les participant-es. Il était décrit comme difficile car illes ne disposaient pas toujours des ressources adéquates pour l'exercer de manière pertinente.

## **6. Du militantisme et de la radicalité.**

Prendre le problème à la racine, c'est ce que proposaient certain-es praticien-nes en adoptant une attitude contrôlante de la décision médicale. La conscience des failles du système scientifique et de l'influence des industriels du médicament encourageaient le développement d'une forme de militantisme vis-à-vis de la sobriété thérapeutique et de la décision médicale partagée. Ces postures individuelles avaient pour objectif de limiter la prescription, basée sur une rationalité stricte, rappelant les récents débats sur le déremboursement de l'homéopathie et les « fakemed ». Cette quête de contre-pouvoir vis-à-vis des lobbys industriels se risque parfois à utiliser des stratégies éthiquement discutables. Si le combat était louable, les dérives possibles étaient multiples.

Ces pratiques, dénommées « radicales », seraient celles qui rompent la communication avec d'autres professionnel-les au titre qu'illes seraient complices de ce système aboutissant à la surprescription médicamenteuse. Ce serait de travailler en autarcie, en assumant détenir tout le savoir nécessaire pour soigner toute une patientèle, rappelant le principe de l'illusion de l'unique invulnérabilité appliquée aux médecins ell-eux-mêmes influencé-es par les lobbys pharmaceutiques. Ce serait manipuler et imposer sa décision au lieu de convaincre en explorant différentes possibilités, et ainsi faire barrage au principe d'autonomie pourtant ardemment défendu.

Certain-es praticien-nes, du fait de leurs positionnement en première ligne face au patient-e, pouvaient exercer leur propre idéologie sur ou avec leurs patient-es. Bien qu'animé-es par un désir bienveillant de protection des patient-es, illes risquaient d'adopter une attitude paternaliste militante, et oublier ainsi les principes de l'approche centrée-patient-e et l'exigence du partage décisionnel.

Comme certain-es participant-es, on peut alors se poser la question de l'impact de certaines pratiques en termes de pertes de chances pour le-a patient-e, au nom de la sobriété thérapeutique. L'attitude conventionnelle est une autre forme de pratique, dont le risque est la surprescription.

*« Et je me demande si parfois j'ai même pas un frein à les envoyer chez le spécialiste, qu'ils ont besoin de voir, juste pour pas avoir besoin de négocier, d'argumenter... mes choix thérapeutiques, et nos choix thérapeutiques avec le patient parce que... et voilà, je me dis que bon il y a des choses qu'on peut faire et qu'on n'est pas obligé d'envoyer au spécialiste d'organe, mais c'est vrai que des fois je me dis : 'Est-ce que je ne fais pas perdre des chances au patient parce que je résiste à les envoyer chez le spécialiste pour ça ?'. » D1*

Le risque principal serait que certain-es praticien-nés s'enferment dans une pratique idéologique, sans faire évoluer leur réflexion en la confrontant à des opinions opposées.

Quand l'attitude d'un-e praticien-ne devient-elle finalement néfaste alors qu'elle défend des idées louables d'indépendance d'autres intérêts que ceux de la santé de leurs patient-es et de partage de la décision médicale pour rendre l'autonomie accaparée par des décennies de paternalisme médical ?

## **7. Les compétences psychosociales.**

Identifier et travailler ses compétences psychosociales est un piste pour l'affirmation de soi, notamment dans le milieu professionnel. Les proposition de l'OMS de 1993, réactualisées en 2003<sup>136</sup>, sont : « Les compétences psychosociales sont la capacité d'une personne à répondre avec efficacité aux exigences et aux épreuves de la vie quotidienne. C'est l'aptitude d'une personne à maintenir un état de bien-être mental, en adaptant un comportement approprié et positif, à l'occasion des relations entretenues avec les autres, sa propre culture et son environnement. Les compétences psychosociales ont un rôle important à jouer dans la promotion de la santé dans son sens le plus large, en termes de bien-être physique, mental et social. ».

Tableau n°4 : Les compétences psychosociales

COMPETENCES SOCIALES	COMPETENCES COGNITIVES	COMP. EMOTIONNELLES
Communication (expression, écoute)	Prise de décision, résolution de problème	Régulation émotionnelle (colère, anxiété, coping)
Résister à la pression (affirmation de soi, négociation, gestion des conflits)	Pensée critique, auto-évaluation (conscience de soi et des influences)	Gestion du stress (gestion du temps, pensée positive, relaxation)
Empathie coopération et collaboration en groupe		Confiance en soi, estime de soi
Plaidoyer (persuasion, influence)		

Les spécialistes en médecine générale pourraient se les approprier pour optimiser le soin tout en favorisant la relation déontologique. Le développement de l'assertivité, concept développé par le psychologue américain Andrew Salter, est une piste d'amélioration des problématiques de gestion du désaccord. Il s'agit de développer la « résistance à la pression », notamment en cas de défaut de confiance en soi et de soumission à l'autorité.

## 8. Et les patient·es ?

Illes apparaissaient dans cette étude à travers les dires et représentations des praticien·nes. Mais qu'attendaient-illes réellement de leur médecin en termes d'analyse critique de la balance bénéfices-risques des thérapeutiques ou des examens complémentaires ?

Aucune réponse argumentée n'existe à ce jour dans la littérature francophone.

## 9. Proposition de modélisation.

La méthode d'analyse nous autorise, à partir de la parole des participant-es, à proposer une schématisation. Cette analyse sera de fait simpliste : les caractéristiques ne sont pas figées et chaque praticien-ne pourra se situer sur cette échelle dans une situation précise, et non dans la globalité de sa pratique. Nos résultats et la modélisation sont concordants avec les données d'Anne Vega<sup>71</sup>.

Trois positionnements principaux au regard de la prescription ont été identifiés : **une pratique « conventionnelle »**, **une pratique « critique »** et **une pratique « radicale »**. Ces positionnements sont proposés comme des « facteurs de risques ».

- Conventionnelle : pratique de prescription la plus courante.
- Critique : confrontation de plusieurs opinions.
- Radicale : une source principale à contrecourant.

Une quatrième catégorie aurait pu être envisagée : les « gros prescripteurs », mais aucun-e des participant-es ne s'était revendiqué-e comme tel-le.

Tableau n°5 : Modélisation.

	CONVENTIONNELLE	CRITIQUE	RADICALE
<b>EVALUATION DE LA BALANCE BENEFICES-RISQUES</b>			
<b>SIGNIFICATION DE DE L'ACTE DE « REEVALUATION »</b>	Posologie		
	Tolérance et effet secondaire immédiat		
	Interaction médicamenteuse		
<b>NUANCES PORTANT SUR L'ANTICIPATION DE LA IATROGENIE</b>	Indication thérapeutique		
	Effet secondaire potentiel		
	Risque de focalisation sur les risques potentiels		
<b>GESTION DE L'INCERTITUDE DES DONNEES DE LA SCIENCE</b>	Oui		
	Données établies de manière « solides »		
	Données faisant l'objet de discussion dans la communauté scientifiques		
	Mauvaise	Bonne	Mixte
			Données dont la pertinence scientifique est discutée par un faible nombre de contradicteurs

	CONVENTIONNELLE	CRITIQUE	RADICALE
<b>LIENS AVEC L'INDUSTRIE PHARMACEUTIQUE</b>			
LECTURES PROFESSIONNELLES INDEPENDANCES DE L'INDUSTRIE PHARMACEUTIQUE	Pas spécifiquement	Oui	Oui uniquement
FORMATION INDEPENDANTE DE L'INDUSTRIE PHARMACEUTIQUE	Non	Plutôt	Oui
VISITE MEDICALE	Oui	Non ou discutée	Refus impératif
<b>LIENS AVEC LES AUTRES SPECIALISTES</b>			
PERCEPTION QU'ILLES ONT DES AUTRES SPECIALISTES	Respect important Soumission à l'autorité	Aussi compétent-es	Risque de dénigrement de leur approche
QUALITE DES RAPPORTS HUMAINS	Plutôt bons		Variables
FREQUENCES DES DESACCORDS	Rares	Parfois	Fréquents
TRAVAIL EN COOPERATION	Oui	Variable	Tendance à travailler seul
<b>LIENS AVEC LES PATIENT-ES</b>			
PRATIQUE DE LA DECISION MEDICALE PARTAGEE	Risque d'utilisation d'une posture paternaliste, en faveur d'une surprescription	Mixte	Risque d'utilisation d'une posture paternaliste, en faveur d'une sous-prescription
PRATIQUE D'INFORMATION POUR LA DMP	Attitude mixte	Convaincre	Persuader
<b>RAPPORT A LEUR LEGITIMITE</b>			
LEGITIMITE A MODIFIER UNE PRESCRIPTION AVEC LAQUELLE ILLES SONT EN DESACCORD	<p>Oui, sauf si :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Manque de confiance en soi</li> <li>- Absence de légitimité donnée par le-a patient-e</li> </ul> <p>Pour les problématiques identifiées dans « SIGNIFICATION DE REEVALUATION »</p>		
<b>RISQUES POTENTIELS DE LA PRATIQUE</b>			
RISQUES POTENTIELS	- Surprescription - Exercice partiel du rôle de contrôle et de synthèse des prescriptions	- Prescription généralement adaptée	- Sous-prescription - Exercer un contrôle individuel des prescriptions
<b>TENSION ENTRE LES PRINCIPES DE NON-MALVEILLANCE OU DE BIENVEILLANCE</b>			
APPLICATION PRATIQUE	Supériorité du principe de bienveillance	Tendance à l'égalité	Supériorité du principe de non-malveillance

## **II. FORCES ET FAIBLESSES DE L'ETUDE.**

### **1. Place de notre étude dans la littérature.**

C'était une étude novatrice et originale. Le sujet du désaccord entre prescripteur-trices n'a jamais été abordé dans la littérature internationale, en dehors des conflits d'équipes hospitalières ou entre anesthésistes et chirurgiens au bloc opératoire (cf. Discussion I.4.4.). Ce travail était également le premier abordant le point de vue des médecins généralistes sur leurs connaissances de la notion de balance bénéfices-risques, leur manière d'envisager qu'elle puisse être défavorable, et leur positionnement vis-à-vis d'un-e confrère-sœur en cas de désaccord.

### **2. Critique de la méthode.**

La méthode qualitative était la plus pertinente pour effectuer ce travail exploratoire, qui visait à vérifier l'hypothèse que les médecins généralistes ne se sentaient pas suffisamment légitimes à modifier la prescription d'un-e autre spécialiste. Cette méthodologie, scientifiquement éprouvée, a été appliquée de manière rigoureuse.

#### **2.1. Confirmabilité et fiabilité de l'étude.**

Ce travail s'efforçait au mieux de répondre aux critères de confirmabilité. L'approche méthodologique nous permettait de mieux comprendre les pratiques des médecins généralistes français et d'avoir une vision globale du phénomène.

##### **2.1.1. Expérience du chercheur.**

L'ensemble de la recherche a été réalisé par un médecin généraliste remplaçant, accompagné par plusieurs chercheur-cheuses qui avaient déjà participé à de recherches qualitatives et guidé par un directeur de thèse expérimenté.

Le chercheur, novice en recherche qualitative, a poursuivi sa formation et a optimisé sa rigueur tout au long du travail. Il a échangé à de nombreuses reprises avec différentes personnes compétentes afin vérifier que le positionnement serait le plus scientifique possible. Les données ont été partiellement triangulées avec une ex-thésarde expérimentée en recherche qualitative.

Un journal de bord a été tenu au cours du travail, afin de s'affranchir des représentations personnelles pouvant nuire à la bonne qualité de l'interprétation des données.

### **2.1.2. A propos des entretiens.**

Le sujet précis de notre thèse n'était pas connu des participant-es. Illes avaient comme information que celle-ci interrogeait « La prescription en médecine générale ». Les témoignages, recueillis de manière brute, n'étaient pas influencés par des discussions préalables et étaient ainsi affranchis de l'effet Hawthorne.

Les participant-es avaient déjà un fonctionnement de groupe préétabli, puisqu'il s'agissait de groupes de pair-es. La parole était libre : ils participaient par choix et par affinité. S'agissant d'entretiens collectifs, certains points de vue individuels ont pu influencer le groupe. Les entretiens collectifs ont pu, au regard des théories de conformisme issue de l'expérience d'Asch en 1952, empêcher d'obtenir des points de vue alternatifs qui n'auraient pas été acceptés par le groupe, exprimés par les « soumis ». Ce postulat fait partie des biais de cette méthodologie. Dans une future étude, il serait alors intéressant pour limiter ce biais, de faire des entretiens avec des groupes non préétablis. Ce type d'organisation aurait été plus difficile. De même pour l'influence minoritaire, qui n'a pas émergé dans nos groupes.

Le matériel d'étude ayant été suffisamment riche, il a été décidé de ne pas effectuer d'entretiens individuels complémentaires. Ceux-ci relèveraient d'un travail dédié, pour explorer plus en profondeur les opinions ou des expériences spécifiques<sup>80</sup>.

Les entretiens ont été modérés avec une certaine souplesse dans le guide d'entretien<sup>83</sup>. Ce dernier a été modifié au fur et à mesure des entretiens, selon la méthode dite inductive.

L'entretien préliminaire, au vu de sa richesse, a été analysé. La notion de saturation des données est théorique. Peut-on vraiment suspecter qu'aucune nouvelle idée ne puisse apparaître ? Le quatrième n'a pas apporté de nouvelles informations, mais des données permettant de mieux appréhender la diversité des comportements. La stabilité des informations dans le temps a alors été observée.

## **2.2. Validité interne, crédibilité.**

Les entretiens ont été menés en profondeur avec des participant-es fiables et pertinent-es. Bien qu'ils n'aient pas été relus par les participant-es, les entretiens forment un ensemble cohérent et authentique par leurs données. Les propos auraient pu être modifiés de manière artificielle par la lecture des arguments des autres participant-es et altérer ainsi la cohérence des propos des autres participant-es. Les ressentis ou certaines prises de parole insuffisamment explicites ont été exploré-es plus en profondeur, pour permettre une meilleure compréhension des points de vue.

## **2.3. Validité externe, transférabilité.**

La variété des profils de médecins généralistes participant-es a été exhaustive. L'échantillon était diversifié en variation maximale, notamment en termes de lieu et de structure d'exercice.

Avoir une population plus jeune que la moyenne des médecins généralistes inscrits au tableau de l'Ordre des médecins n'altère pas les résultats dans une approche qualitative. Les données accessibles sur les maîtres de stage universitaires objectivent une comparabilité équivalente aux autres médecins généralistes français<sup>137,138</sup>.

Concernant les liens à la formation médicale continue et à l'indépendance vis-à-vis de l'industrie pharmaceutique, la population regroupait un large éventail de sensibilités bien qu'une majorité de participant-es était sensibilisé-es au phénomène.

Le fait de n'avoir que des groupes préétablis introduit probablement un biais dans l'échantillonnage, puisque ce sont des personnes qui par définition choisissent de se regrouper pour améliorer et prendre du recul sur leur pratique. Si l'on se fie à Anne-Cécile Philibert, les médecins participant-es à des groupes de pair-es pensaient très majoritairement que le travail en groupe de pair-es améliorerait la qualité des soins, et 75% estimaient que leur méthode de travail avait changé depuis leur implication dans un groupe de pair-es<sup>115</sup>.

L'entretien de médecins ne faisant partie d'aucun groupe de pair-es, ou ayant des liens forts avec l'industrie pharmaceutique, aurait possiblement permis d'explorer d'autres aspects. Néanmoins, cette étude étant pionnière, la comparaison à des données existantes sur de tels critères était impossible.

### **III. Apports à l'exercice ambulatoire en soins premiers.**

Quels sont les apports possibles de ce travail à l'optimisation de l'exercice professionnel ?

Pour assurer toute la sécurité des soins nécessaire pour les patient-es :

- Savoir qu'il est possible de s'opposer à la prescription d'un-e autre médecin.
- Savoir que la responsabilité civile est en jeu, qu'un-e médecin n'est pas lié-e par le diagnostic établi antérieurement par l'un-e de ses confrère-sœurs, et que seules comptent sur le plan juridique les données actuelles de la science.
- Former les médecins de toutes spécialités à la gestion de l'incertitude et du doute.

Pour optimiser la coopération et la communication interprofessionnelles :

- Favoriser les échanges entre professionnel·les lors d'un désaccord.
- Communiquer systématiquement sur une déprescription, quel que soit le motif.
- Former les médecins à la gestion de conflit et à l'expression du désaccord.
- Développer les compétences psychosociales et l'assertivité.

Pour soulever des questionnements pertinents relatifs :

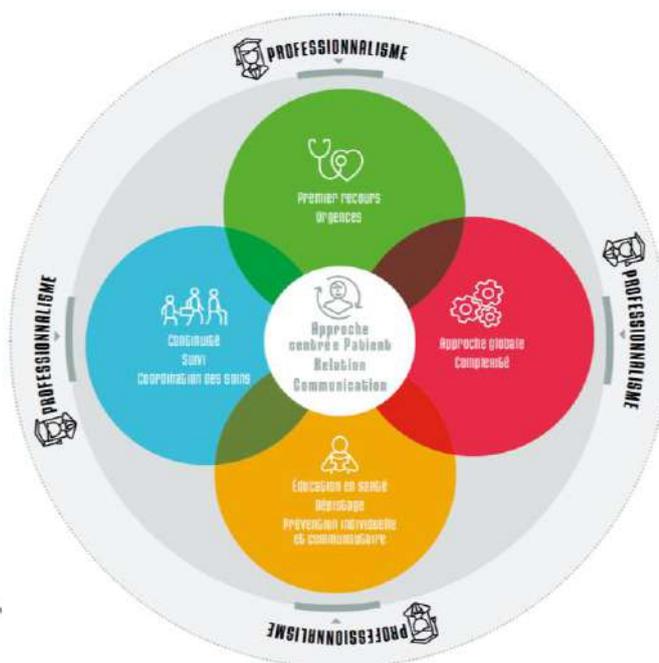
- Aux données objectives et subjectives entrant dans l'analyse que chaque médecin fait de la balance bénéfices-risques et aboutissant à la décision médicale.
- A leur rapport à la certitude des données issues d'études cliniques.
- A l'influence de l'industrie pharmaceutique dans les prescriptions de chacun-es.

Pour conceptualiser ses propres représentations pour travailler en conscience et le plus objectivement possible, tout en respectant une approche centré-patient-e inaliénable. Ceci est en concordance avec la compétence « Professionnalisme » telle que définie par le CNGE<sup>139</sup>.

#### Référentiel métier et compétences des médecins généralistes

Cette marguerite représente les 6 compétences principales de la spécialité médecine générale.

Chaque cercle illustre 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.



  
SOURCES : d'après C. BILLET, P. BUIE, etc. éd.,  
« groupe « Niveau de compétences » du CNGE  
© 2010-2011-2012-2013

Pour les autres spécialités : mieux comprendre les impératifs de la réévaluation d'un traitement en médecine générale, et mieux en visualiser les problématiques sous-jacentes.

# CONCLUSIONS

Au-delà de l'aspect relationnel, l'exercice médical, dont celui de la médecine générale, fait appel à une démarche rigoureuse, scientifique et objective. Certaines pratiques, dans le contexte global de consumérisme sociétal marqué et de pharmaceuticalisation de l'existence, favorisent des prescriptions dont la pertinence peut être questionnée. Considérant que de nombreux événements iatrogènes sont évitables, notre objectif principal était d'obtenir des éléments concrets des pratiques actuelles en médecine générale sur la réévaluation de prescription dont il n'était pas le-a primo prescripteur-trice et dont la balance bénéfices-risques était défavorable. Notre objectif secondaire était d'identifier de possibles axes d'amélioration permettant de garantir aux patient-es la sécurité minimale quant à la prise en charge de leur santé.

L'analyse de la balance bénéfices-risques d'une intervention est un processus de réflexion universel en médecine générale, transversalisant chaque consultation. Ce processus rationnel, confondu avec le cheminement aboutissant à la prise d'une décision en santé, était nourri de données dont la lecture était subjective.

L'adage hippocratique *primum non nocere*, bien qu'unanimement partagé, revêtait des significations personnelles en pensées et en actes. La tension entre la priorisation du principe de non-malfaisance sur le principe de bienfaisance, ou inversement, animait la divergence des pratiques professionnelles. La variabilité des facteurs influençant la lecture de la balance bénéfices-risques était le reflet des valeurs et des représentations des participant-es.

La confiance qu'illes avaient développée vis-à-vis du médicament et de ses institutions modifiait leur approche : la fiabilité des informations provenant des recommandations de pratique professionnelle était inconstamment questionnée. La place était ainsi faite pour l'exercice du doute et de l'esprit critique, mais les participant-es n'étaient pas confortables avec l'incertitude des données

scientifiques. Les singularités de leurs pratiques permettaient de proposer un regroupement en trois types : conventionnelle, critique et radicale.

L'expression du désaccord et la gestion du conflit entre confrère-sœurs était avant tout synonyme de difficultés. Cette démarche générait une dissonance cognitive importante, conduisant les praticien-nes à adopter des démarches dichotomiques favorisant forcément un des deux acteurs : conflit de loyauté entre respect de la confraternité et protection du patient-e. L'approche conceptuelle de la soumission à l'autorité s'appliquait aux généralistes vis-à-vis de leurs confrère-sœurs d'autres spécialités. L'aval de leurs patient-es à l'émission de critiques vis-à-vis de la prescription d'un-e autre était également déterminante pour renforcer leur légitimité dans cette démarche.

Cette problématique nécessitait une formation spécifique à destination de tous les médecins : une meilleure connaissance de leur subjectivité, la reconnaissance de l'incertitude et de sa gestion. In fine, un meilleur apprentissage de la communication interprofessionnelle, de la gestion des désaccords et conflits, et le développement de la compétence d'assertivité, sont des éléments essentiels pour garantir au patient-e l'accompagnement médical le plus pertinent.

Certain-es généralistes exerçaient un rôle de rétrocontrôle sur les prescriptions médicales, à des fins de protection des patient-es. Cette radicalité de la pratique était pour ell-eux devenue une nécessité pour anticiper de futurs scandales sanitaires, par rapport à une pratique plus « conventionnelle ». La liberté du cadre légal ne permettait pas d'encourager une pratique plutôt qu'une autre. Ce rôle de repérage de prescription à la pertinence discutable est soutenu par l'acte de conciliation médicamenteuse effectué par les pharmaciens.

Compte-tenu de la subjectivité de l'abord de la balance bénéfices-risques et pour que celle-ci ne soit pas préjudiciable au patient-e, il paraît indispensable que les praticien-nes questionnent les influences qui étayaient leur évaluation de la BBR. Tout en acceptant que cette dernière puisse être remise en cause.

Confronter cette analyse aux points de vue des patient-es ainsi que des praticien·nes d'autres spécialités sur leurs représentations de la balance bénéfices-risques de la prescription et de la fonction du généraliste en tant que médecin de synthèse, serait intéressant.

# BIBLIOGRAPHIE

1. Alberganti M. « Comment les médecins prescrivent-ils les médicaments ? ». Science publique, France Culture [en ligne], 28/01/2011 [dernière consultation le 03/11/2019]. URL : <https://www.franceculture.fr/emissions/science-publique/comment-les-medecins-prescrivent-ils-les-medicaments>
2. Molière. Le malade imaginaire, Acte III, Scène 3. Paris. 1673.
3. Schimmel EM. The hazards of hospitalization. *Annals of Internal Medicine*. 1964;60:100-110.
4. Iatrogène, Dictionnaire Larousse [en ligne][dernière consultation le 03/11/2019]. URL : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/iatrog%C3%A8ne/41322?q=iatrogene#41216>
5. Iatrogène, Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales [en ligne][dernière consultation le 03/11/2019]. URL : <http://www.cnrtl.fr/definition/iatrog%C3%A9ne>
6. OMS. Organisation Mondiale de la Santé. Règlement sanitaire international. 1969 [en ligne] URL : <http://whqlibdoc.who.int/publications/1983/9242580074.pdf?ua=1>
7. Edwards IR, Aronson JK. Adverse drug reactions: definitions, diagnosis, and management. *Lancet*. 2000;356(9237):1255-9.
8. EMA. European Medicines Agency. Guidelines on good pharmacovigilance practices, 9 octobre 2017, EMA/876333/2011 Rev 4\* [en ligne][dernière consultation le 03/11/2019]. URL : [https://www.ema.europa.eu/documents/scientific-guideline/guideline-good-pharmacovigilance-practices-annex-i-definitions-rev-4\\_en.pdf](https://www.ema.europa.eu/documents/scientific-guideline/guideline-good-pharmacovigilance-practices-annex-i-definitions-rev-4_en.pdf)
9. HAS. Haute Autorité de Santé. Évènement indésirable associé aux soins (EIAS), Sécurité du patient, Gérer les risques, octobre 2014 [en ligne][dernière consultation le 03/11/2019]. URL : [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/eias\\_hors\\_ets\\_vd\\_1710.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/eias_hors_ets_vd_1710.pdf)
10. Coordination CRPV de Bordeaux. EMIR : Effets indésirables des Médicaments : Incidence et Risque, sur les hospitalisations liées à un effet indésirable médicamenteux. 12/2007. (non publiée) [en ligne][dernière consultation le 03/11/2019]. URL : <http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/EMIR.pdf>
11. Michel P, et al. Les événements indésirables graves dans les établissements de santé : fréquence, évitabilité et acceptabilité. *ENEIS, Études et résultats, DREES*. 2011:761. [en ligne][dernière consultation le 03/11/2019]. URL : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er761.pdf>
12. Ministère des Solidarités et de la Santé. L'enquête nationale sur les événements indésirables liés aux soins (ENEIS). 18/06/2010, à jour du 15/04/2013 [en ligne][dernière consultation le 03/11/2019]. URL : <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/open-data/etablissements-de-sante-sociaux-et-medico-sociaux/article/l-enquete-nationale-sur-les-evenements-indesirables-lies-aux-soins-eneis>
13. Letrilliant L, et al. ECOGEN : étude des Éléments de la COnsultation en médecine Générale. *Exercer*. 2014;114:148-157.

14. Chabas S. Prévalence des évènements indésirables associés aux soins en Ambulatoire. [Thèse d'exercice]. Lyon, France : Université Claude Bernard Lyon I, Faculté de médecine ; 2013.
15. Chanelière M. La sécurité du patient en soins primaires : éléments conceptuels, épidémiologie, interventions auprès des professionnels de santé. [Thèse de doctorat]. Lyon : Université Claude Bernard Lyon I, Ecole Doctorale Interdisciplinaire Sciences Santé ; 2017.  
URL : <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01578115/document>
16. Michel P, et al. Les événements indésirables liés aux soins extrahospitaliers : fréquence et analyse approfondie des causes (étude EVISA). Bordeaux. 2008 [en ligne].  
URL : [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport\\_EVISAFinal\\_17aout09.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_EVISAFinal_17aout09.pdf)
17. Michel P, et al. Etude nationale en Soins PRImaires sur les évènements indésirables (ESPRIT 2013). Rapport final. CCECQA. Bordeaux. 2013. [en ligne][dernière consultation le 03/11/2019]. URL : <http://www.ccecqa.asso.fr/sites/ccecqa.aquisante.priv/files/fiches-projets/Projets-PJ-ESPRIT-rapport-final.pdf>
18. Bégaud B, Costagliola D. Rapport sur la surveillance et la promotion du bon usage du médicament en France. 2013. [en ligne][dernière consultation le 03/11/2019]. URL : [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport\\_Begaud\\_Costagliola.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Begaud_Costagliola.pdf)
19. Ameli.fr. La iatrogénie médicamenteuse. 05/09/2019 [en ligne][dernière consultation le 03/11/2019]. URL : <https://www.ameli.fr/seine-saint-denis/assure/sante/medicaments/utiliser-medicaments/iatrogenie-medicamenteuse>
20. Ferner RE, Aronson JK. Preventability of drug-related harms-Part I. Drug-Safety. 2010;33(11):985-994.  
URL : <https://link.springer.com/article/10.2165%2F11538270-000000000-00000>
21. Badey F. La FDA, une centenaire sémillante. Les Tribunes de la santé. 2008/2;(19),83-89.
22. Carpenter D. Reputation and Power : Organizational Image and Pharmaceutical Regulation at the FDA. Chapitre 4. Princeton : Princeton University Press, 2010. 856 p.
23. ANSM. Agence Nationale de Sécurité du Médicament. L'AMM et le parcours du médicament. [en ligne][dernière consultation le 03/11/2019]. URL : [https://www.ansm.sante.fr/Activites/Autorisations-de-Mise-sur-le-Marche-AMM/L-AMM-et-le-parcours-du-medicament/\(offset\)/0](https://www.ansm.sante.fr/Activites/Autorisations-de-Mise-sur-le-Marche-AMM/L-AMM-et-le-parcours-du-medicament/(offset)/0)
24. Prescrire. Déterminer la balance bénéfices-risques d'une intervention : pour chaque patient. Revue Prescrire. 2014;34(366):244.
25. FDA. U.S. Food and Drug Administration. Managing the Risks from Medical Product Use : Creating a Risk Management Framework : Report to the FDA Commissioner from the Task Force on Risk Management. 1999.
26. Marks H. La Médecine des preuves. Histoire et anthropologie des essais cliniques (1900-1990). Synthélabo-Les empêcheurs de penser en rond, 1999. 352 p.
27. FDA. U.S. Food and Drug Administration. Benefit-risk assessment in drug regulatory decision-making. Draft PDUFA VI Implementation Plan (FY 2018-2022). 30/03/2018. [en ligne][dernière consultation le 03/11/2019].  
URL : <https://www.fda.gov/downloads/ForIndustry/UserFees/PrescriptionDrugUserFee/UCM602885.pdf>

28. Dunder K. Benefit-risk assessment for initial marketing authorisations and standard of evidence. EMA. 09/03/2018. [en ligne][dernière consultation le 03/11/2019].  
URL : [https://www.ema.europa.eu/documents/presentation/presentation-module-7-benefit-risk-assessment-good-regulatory-practice\\_en.pdf](https://www.ema.europa.eu/documents/presentation/presentation-module-7-benefit-risk-assessment-good-regulatory-practice_en.pdf)
29. Prescrire. Recherche clinique, pour un accès aux données bruts. Revue Prescrire. 2012;32(348):773.
30. Code de la Santé Publique - Art. L. 1111-2. Et Art. L. 1110-54. 03/2002. [en ligne] Code de la Santé Publique [dernière consultation le 03/11/2019].  
URL : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000031927568&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20160128>
31. Frachon I. Mediator 150mg : Combien de morts ?. Brest, éd. Dialogues. coll. « Ouvertures ». 3 juin 2010. 152 p.
32. Ravelli Q. La stratégie de la bactérie. Une enquête au cœur de l'industrie pharmaceutique. Paris : Le Seuil, 2015. 368 p.
33. Foisset E. Etude de l'impact de la visite médicale sur la qualité des prescriptions des médecins généralistes bretons. [Thèse d'exercice]. Brest, France : Université de Brest – Bretagne occidentale, Faculté de médecine ; 2012.
34. Manchanda P, Honka E. The effects and role of direct-to-physician marketing in the pharmaceutical industry : an integrative review. Yale Journal of Health Policy, Law, and Ethics. Volume 5, Issue 2. 2005. URL : <https://digitalcommons.law.yale.edu/yjhple/vol5/iss2/8>
35. Bastamag et l'Observatoire des multinationales. Lobbying et mégaprofits : tout ce que les labos pharmaceutiques voudraient vous cacher. [en ligne][dernière consultation le 03/11/2019].  
URL : <https://www.bastamag.net/webdocs/pharmapapers/>
36. Hermange MT, Payet AM. Rapport d'information fait au nom de la commission des affaires sociales sur les conditions de mise sur le marché et le suivi des médicaments. Sénat, Paris. 2006, n°382, 319f.
37. WHO. World Health Organization, Health Action International. Understanding and Responding to Pharmaceutical Promotion : A Practical Guide, First Edition. 2010. URL : <http://haiweb.org/wp-content/uploads/2015/05/Pharma-Promotion-Guide-English.pdf> Traduction française : HAS. Comprendre la promotion pharmaceutique et y répondre. 2015. [en ligne][dernière consultation le 03/11/2019]. [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-04/comprendre\\_la\\_promotion\\_pharmaceutique\\_et\\_y\\_repondre\\_-\\_un\\_manuel\\_pratique.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-04/comprendre_la_promotion_pharmaceutique_et_y_repondre_-_un_manuel_pratique.pdf)
38. Prescrire. Pour mieux soigner, des médicaments à écarter : bilan 2019. Revue Prescrire. 2019;39(424):131-141.
39. Delarue LA. Les Recommandations pour la Pratique Clinique élaborées par les autorités sanitaires françaises sont-elles sous influence industrielle ? [Thèse d'exercice]. Poitiers, France : Université de Poitiers, Faculté de médecine et de pharmacie ; 2011.
40. HAS. Haute Autorité de Santé. Communiqué de presse Dyslipidémies : face au doute sur l'impartialité de certains de ses experts, la HAS abroge sa recommandation. [en ligne][dernière consultation le 03/11/2019]. URL : [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_2885402/fr/dyslipidemies-face-au-doute-sur-l-impartialite-de-certains-de-ses-experts-la-has-abroge-ses-recommandations](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2885402/fr/dyslipidemies-face-au-doute-sur-l-impartialite-de-certains-de-ses-experts-la-has-abroge-ses-recommandations)

41. Lalanne R. Elaboration et mise en place d'une formation à l'analyse critique de la promotion pharmaceutique. [Thèse d'exercice]. Bordeaux, France : Université de Bordeaux, UFR des Sciences Médicales ; 2016.  
URL : <https://pdfs.semanticscholar.org/ae24/576b3886d9e1980783dca20fc814e1bc4c84.pdf>
42. Carlat D, et al. The updated AMSA scorecard of conflict-of-interest policies : A survey of U.S. medical schools. BMC Medical Education. 2016;202.
43. Scheffer P, et al. Conflict of Interest Policies at French Medical Schools : Starting from the Bottom. PLoS ONE. 2007;12(1):e0168258. [en ligne]  
URL : <https://bmcmmededuc.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12909-016-0725-y>
44. ANSM. Agence Nationale de Sécurité du Médicament. Modalités de contrôle de la publicité. [en ligne][dernière consultation le 03/11/2019]. URL : [http://ansm.sante.fr/Activites/Publicite-pour-les-medicaments/Modalites-de-controle-de-la-publicite/\(offset\)/0](http://ansm.sante.fr/Activites/Publicite-pour-les-medicaments/Modalites-de-controle-de-la-publicite/(offset)/0)
45. David D, et al. « Facteurs associés à la prescription médicamenteuse en médecine générale : une étude transversale multicentrique ». Santé Publique. 2015;3(327),353-362.  
URL : <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2015-3-page-353.htm>
46. Le Fur P, et al. La prescription des médecins libéraux en 1994., IRDES. 1998;1212.
47. Steinman MA, et al. Of principles and pens: attitudes and practices of medicine housestaff toward pharmaceutical industry promotions. American Journal of Medicine. 2001;110(7):551-557.  
URL : [https://www.amjmed.com/article/S0002-9343\(01\)00660-X/fulltext](https://www.amjmed.com/article/S0002-9343(01)00660-X/fulltext)
48. Svenson O. Are we all less risky and more skillful than our fellow drivers ?. Acta Psychologica. 1981;47(2):143-148.
49. Zuckerman EW, et al. What Makes You Think You're So Popular? Self Evaluation Maintenance and the Subjective Side of the 'Friendship Paradox'. Social Psychology Quarterly. American Sociological Association. 2011;64(3):207-223.
50. Scheffer P. Quelle formation à l'indépendance est-elle possible pour les étudiants en médecine, par rapport à l'influence de l'industrie pharmaceutique ? [Thèse de doctorat] Paris, France : Université de Paris 8, Ecole doctorale Sciences sociales ; 2017.
51. ISNAR-IMG, InterSyndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale. Campagne #nofreelunch. [en ligne][dernière consultation le 03/11/2019].  
URL : <https://www.isnar-img.com/no-free-lunch-2019/>
52. Conférence nationale des Doyens de facultés de médecine et de santé, Dubois Randé JL. Charte éthique et déontologique des facultés de médecine et d'odontologie. 11/2017. [en ligne] dernière consultation le 03/11/2019]. URL : [http://unice.fr/faculte-de-medecine/contenus-riches/documents-telechargeables/doc\\_faculte/V3\\_Charte\\_facultes\\_medecine\\_odontologie\\_2017.pdf](http://unice.fr/faculte-de-medecine/contenus-riches/documents-telechargeables/doc_faculte/V3_Charte_facultes_medecine_odontologie_2017.pdf)
53. INSPQ, Institut national de santé publique du Québec. Polypharmacie et déprescription : des réalités cliniques et de recherche jusqu'à la surveillance. 04/2017. [en ligne][consulté le 23/09/2019]. URL : [https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2269\\_polypharmacie\\_deprescription\\_realites\\_cliniques.pdf](https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2269_polypharmacie_deprescription_realites_cliniques.pdf)

54. Le Garrec MA, et al. Comptes nationaux de la santé 2011. DREES. 2012. [en ligne][dernière consultation le 03/11/2019]. URL : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/seriestat172.pdf>
55. DREES, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Les dépenses de santé en 2015. Comparaisons internationales de la dépense courante de santé. 2016. [en ligne][dernière consultation le 03/11/2019]. URL : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche40.pdf>
56. Nouguez E. Des médicaments à tout prix. Sociologie des génériques en France. Paris : Les Presses de Sciences Po, collection « Académique », 2017. 300 p.
57. Béraud C. Les transformations du système de soins au cours des vingt dernières années : point de vue d'un acteur. Sciences sociales et santé. 2002;20(4)37-74.
58. DREES, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Les prescriptions des médecins généralistes et leurs déterminants, DREES. 11/2005 [en ligne][dernière consultation le 03/11/2019] URL : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er440.pdf>
59. CNAMTS, Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés. Quel est le rapport des Français et des Européens à l'ordonnance et aux médicaments ? IPSOS Santé. 02/2005. [en ligne] [dernière consultation le 03/11/2019]. URL : [https://www.ameli.fr/fileadmin/user\\_upload/documents/Le\\_rapport\\_des\\_Francais\\_et\\_des\\_Europeens.pdf](https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Le_rapport_des_Francais_et_des_Europeens.pdf)
60. Rosman S. Les pratiques de prescription des médecins généralistes. Une étude sociologique comparative entre la France et les Pays-Bas, in : Géraldine Bloy éd., Singuliers généralistes. Sociologie de la médecine générale. Presses de l'EHESP, « Métiers Santé Social », Rennes. 2010;117-132.
61. Albouy V, Déprez M. Mode de rémunération des médecins. Économie & prévision, 2009;2(188):131-139. URL : <https://www.cairn.info/revue-economie-et-prevision-2009-2-page-131.htm>
62. Pigué V et al. Prescription médicamenteuse : les attentes des patients. Rev Med Suisse. 2000;4. URL : <https://www.revmed.ch/RMS/2000/RMS-2296/20497>
63. Pound P, et al. Resisting medicines: a synthesis of qualitative studies of medicine taking. Social Science & Medicine. 2005;61(1):133-155.
64. Fainzang S. Médicaments et société. Le patient, le médecin et l'ordonnance. Paris : Presses Universitaires de France, « Ethnologies », 2001. 160 p. [en ligne]. URL : <https://www.cairn.info/le-patient-le-medecin-et-l-ordonnance--9782130517269.htm>
65. CNAMTS, Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés. Point d'information de l'Assurance Maladie. Le médecin traitant, adopté par la majorité des Français, favorise la prévention. 22/01/2009. [en ligne][dernière consultation le 03/11/2019]. URL : [https://www.ameli.fr/fileadmin/user\\_upload/documents/Bilan\\_medecin\\_traitant\\_Vdef2.pdf](https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Bilan_medecin_traitant_Vdef2.pdf)
66. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Art. 36 [en ligne][dernière consultation le 03/11/2019]. URL : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id>
67. Code de la Santé Publique. Article L4130-1, modifié par la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 - art. 68, [en ligne] [dernière consultation le 03/11/2019].

URL :<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000031928438&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20180205>

68. Siproudhis J. La consultation de « renouvellement d'ordonnance » en Médecine Générale : Qu'en attendent les patients ? [Thèse d'exercice] Rennes, France : Université de Rennes 1, Faculté de Médecine. 2014.
69. Reeve E, et al. A systematic review of the emerging definition of 'deprescribing' with network analysis: implications for future research and clinical practice. *British Journal Clinical Pharmacology*. 2015;80(6):1254-1268. URL : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4693477/>
70. Queneau P. La thérapeutique est aussi la science et l'art de « dé-prescrire ». *La Presse Médicale*. 2004;33(9):583-585.
71. Vega A. « Positivismes et dépendance : les usages socioculturels du médicament chez les médecins généralistes français », *Sciences sociales et santé*. 2012;(30)(3):71-102.  
URL : <https://www.cairn.info/revue-sciences-sociales-et-sante-2012-3-page-71.htm>
72. Jaisson M. L'honneur perdu du généraliste. In: *Actes de la recherche en sciences sociales. Médecines, patients et politiques de santé*. 2002;143:31-35.  
URL : [https://www.persee.fr/doc/arss\\_0335-5322\\_2002\\_num\\_143\\_1\\_2852](https://www.persee.fr/doc/arss_0335-5322_2002_num_143_1_2852)
73. Sivarasalingam K. Déprescription des médicaments à balance bénéfice-risques défavorable dans un cabinet de médecine générale à Gennevilliers. [Thèse d'exercice]. Paris, France : Université Paris 7, Faculté de médecine ; 2015.
74. Parney A. La déprescription : des obstacles aux voies d'amélioration. Etude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de médecins généralistes. [Thèse d'exercice]. Lyon, France : Université Claude Bernard Lyon I, Faculté de médecine Lyon Est ; 2015.
75. Guilluy-Crest M. La déprescription : les patients sont-ils prêts ? Analyse du vécu et du ressenti des patients à qui le médecin généraliste propose une déprescription. [Thèse d'exercice] Paris, France. Université Paris 5, Faculté de médecine ; 2012.  
URL : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01474734/document>
76. Scott IA, et al. Reducing Inappropriate Polypharmacy : The Process of Deprescribing. *JAMA Internal Medicine*. 2015;175(5) 827-834.  
URL : <https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/article-abstract/2204035>
77. Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. *Kinésithérapie, la Revue*. 2015;15(157):50-54.
78. Aubin-Auger I, et al. Introduction à la recherche qualitative. *Exercer*. 2008;19(84):142-5.
79. Moreau A, et al. S'approprier la méthode du focus group. *La revue du praticien en médecine générale*. 2004;18(645):382-384.
80. Duchesne S, Haegel F. *L'entretien collectif*. Paris : Armand Colin, Collection 128, 2008.
81. Mukamurera J, et al. Des avancées en analyse qualitative : pour une transparence et une systématisation des pratiques. *Recherches qualitatives*. 2006;26(1):110-138.
82. Blanchet A, Gotman A. *L'entretien*. 2<sup>ème</sup> édition. Paris : Armand Colin, Collection 128, 2005.
83. Kaufmann JC. *L'entretien compréhensif*. 4<sup>ème</sup> édition. Paris : Armand Colin, Collection 128, 2016.

84. Lejeune C. Manuel d'analyse qualitative. Analyser sans compter ni classer. Louvain-la-Neuve, De Boeck, 2014. 152 p.
85. Ministère des Affaires Sociales et de la Santé. La base de données publique Transparence - Santé [en ligne]. URL : <https://www.transparence.sante.gouv.fr>
86. Projet Eurosfordocs [en ligne]. URL : <https://www.eurosfordocs.fr/explore/>
87. Bateman-Novaes S. « Bioéthique », in Lecourt D. (dir.), Dictionnaire de la pensée médicale. Paris : Presses Universitaires de France. 2004. p.158-164.
88. Masquelet AC. « Le principe de précaution en médecine clinique ». Les Cahiers du Centre Georges Canguilhem. 2009/1;(3) :57-72. URL : <https://www.cairn.info/revue-les-cahiers-du-centre-georges-canguilhem-2009-1-page-57.htm>
89. Ewald F. « Principe de précaution », et Tubiana M, David G, Sureau C, « Du principe de précaution au principe d'anticipation », Bulletin de l'Académie de médecine. 2003;187(2):443-449.
90. Ministère des affaires sociales et de la santé. Rapport bénéfice/risque. [en ligne][dernière consultation le 03/11/2019]. URL : <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/medicaments/glossaire/article/rapport-benefice-risque>
91. Riley RD, et al. Interpretation of random effects meta-analyses. British Medical Journal. 2011;342:d549. [en ligne] URL : <https://doi.org/10.1136/bmj.d549>
92. Fugh-Berman AJ. "The haunting of medical journals : how ghostwriting sold "HRT"". PloS Medicine. 2010;7(9):e1000335. [en ligne] URL : <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000335>
93. Flanagan A, et al. Prevalence of articles with honorary authors and ghost authors in peer-reviewed medical journals. Journal of the American Medical Association. 1998;280(3):222-224.
94. Hauvespre B. La non-prescription d'une ordonnance : représentations des médecins généralistes et des patients. 2012. [Thèse d'exercice]. Lyon, France : Université Lyon I, Faculté de médecine ; 2012.
95. Délégation académique au contenu numérique de Lyon. Esprit critique et démarche scientifique. [en ligne][dernière consultation le 03/11/2019]  
URL : <https://dane.ac-lyon.fr/spip/IMG/scenari/dsec122017/co/definitions.html>
96. Herzberg F. The Motivation to Work (2nd ed.). New-York : John Wiley, 1959.
97. Milgram S. La soumission à l'autorité : Un point de vue expérimental [trad. de l'anglais « Obedience to Authority : An Experimental View »], Calmann-Lévy. 1994, 2e éd. 270 p.
98. Bernard C. Première partie : Du raisonnement expérimental, Chapitre II : de l'idée a priori et du doute dans le raisonnement expérimental. In Introduction à l'étude de la médecine expérimentale. Librairie générale française. Paris. 2008 : 478 p.
99. Balint M. Le médecin, son malade et la maladie. Paris : Payot, 2009:103-115. 419 p.
100. Bousquet MA. Concepts en médecine générale : tentative de rédaction d'un corpus théorique propre à la discipline. [Thèse d'exercice]. Paris, France : Université Pierre et Marie Curie Paris 6, Faculté de médecine ; 2013. URL : [http://www.cmge-upmc.org/IMG/pdf/margnat-bousquet\\_these.pdf](http://www.cmge-upmc.org/IMG/pdf/margnat-bousquet_these.pdf)
101. Bloy G. L'incertitude en médecine générale : sources, formes et accommodements possibles. Sciences sociales et santé. 2008/1;(26):67-91.

102. Jouquan J. La lecture critique d'article scientifique au-delà du contexte franco-français. *Pédagogie médicale*. 2009;10:77-82.
103. Durieux P, Menard J. La lecture critique d'article : un outil essentiel à la pratique de la médecine. *La Presse Médicale*. 2009;38:7-9.
104. Merton R, et al. *The student physician. Introductory studies in the sociology of medical education*, Cambridge : Harvard University Press, 1957, cité par Saint-Marc D. *La formation des médecins*. L'Harmattan. Paris. 2011:38.
105. Bloy G. La transmission des savoirs professionnels en médecine générale : le cas du stage chez le praticien. *Revue française des affaires sociales*. 2005/1:101-125.
106. Hemery-Bourgeois I. Dynamiques d'adressage du patient et réseaux de correspondants en médecine générale. Présentation aux journées FROG, Fédération de Recherches sur les Organisations et leur Gestion : "Organisations, communautés, réseaux : les nouvelles formes de l'action collective". 2002.
107. Larkin I, et al. Association between academic medical center pharmaceutical detailing policies and physician prescribing. *Journal of the American Medical Association*. 2017;317(17):1785-1795.  
URL : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5815013/>
108. Goupil B, et al. Association between gifts from pharmaceutical companies to French general practitioners and their drug prescribing patterns in 2016 : retrospective study using the French Transparency in Healthcare and National Health Data System databases. *British Medical Journal*. 2019;367:l6015. URL : <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.l6015>
109. Mezirow J. *Penser son expérience*. Chroniques sociales. Lyon. 2001.
110. Prescrire. Statines en prévention cardiovasculaire primaire : peu de bénéfices, des risques avérés et beaucoup d'incertitudes ». *Revue Prescrire*. 2018;38(414):272-281.
111. Prescrire. ézetimibe après un syndrome coronarien aigu. *Revue Prescrire*. 2017;37(407):652.
112. Prescrire. Bilan 2019 des médicaments à écarter : diabétologie – nutrition ». *Revue Prescrire*. 2019;39(424):136.
113. Lassalle E. *Influence de la presse médicale sur les prescriptions des médecins généralistes libéraux Etude quantitative en Haute-Vienne*. [Thèse d'exercice] Limoges, France : Université de Limoges, Faculté de médecine ; 2015.
114. Figon S, et al. Impact des événements indésirables sur la pratique de 15 médecins généralistes maîtres de stage. *La Presse Médicale*. 2008;37(9):1220-1227.
115. W Wu A. Medical error : the second victim. *British Medical Journal*. 2000;320:726-727.
116. Philibert AC. *Les groupes d'échange de pratique entre pairs : un modèle de développement professionnel continu en médecine générale*. [Thèse d'exercice] Grenoble, France : Université Joseph Fourier, Faculté de médecine de Grenoble ; 2012.
117. Sherif M. *The psychology of social norms*. Oxford, England: Harper. 1936. In : Blanchet A, Trognon A. *La psychologie des groupes*. 2<sup>ème</sup> édition. Armand Colin. Collection 128. 2017.
118. Janis IL, Mann L. *Decision-making : a psychological analysis of conflict, choice and commitment*. New-York : Free Press. 1977. 488 p.
119. Arliaud M. *Les médecins*. Paris, La Découverte, 1987. 128p.
120. Karsenty S. Les médecines différentes dans le système de santé français. *Études*. 1986:332-341.

121. Vega A. Les Comportements de cessation d'activité des médecins généralistes libéraux, tome 1. Document de travail, DREES, série Études. 2007:73. Cité par ONDPS, Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé. La Médecine Générale, rapport 2006-2007, tome 1.  
URL : [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport\\_ONDPS\\_-\\_2006\\_2007\\_-\\_tome1.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_ONDPS_-_2006_2007_-_tome1.pdf)
122. Bungener M et al. Quelle médecine voulons-nous ? Paris : La Dispute, 2002.
123. Fainzang S. Les réticences vis-à-vis des médicaments. La marque de la culture. Revue française des affaires sociales. 2007/3-4:193-209.  
URL : <https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2007-3-page-193.htm>
124. Cockburn J, Pit S. Prescribing behaviour in clinical practice : patients' expectations and doctors' perceptions of patients' expectations-a questionnaire study. British Medical Journal. 1997;315:520.  
URL : <https://www.bmj.com/content/315/7107/520.long>
125. Carmoi T. Le médecin idéal : le point de vue des patients [Mémoire DIU de pédagogie médicale] Paris, France : Université Pierre et Marie Curie Paris 6 ; 2010.  
URL : <http://www.chups.jussieu.fr/diupmweb/LE%20JEUNNE/medecin%20ideal.pdf>
126. Feuillet A. Pourquoi les patients changent-ils de médecin généraliste ? Enquête qualitative auprès de patients d'Eure-et-Loir. [Thèse d'exercice] Tours, France : Université François Rabelais, Faculté de médecine de Tours ; 2013.  
URL : [http://www.applis.univ-tours.fr/scd/Medecine/Theses/2013\\_Medecine\\_FeuilletAnais.pdf](http://www.applis.univ-tours.fr/scd/Medecine/Theses/2013_Medecine_FeuilletAnais.pdf)
127. Merit B. Les principaux critères de choix du médecin traitant en 2014 : une étude transversale descriptive auprès de patients de médecine générale en Vendée [Thèse d'exercice] Angers, France : Université d'Angers, Faculté de médecine ; 2014.  
URL : <http://dune.univ-angers.fr/fichiers/19982005/2014MCEM3359/fichier/3359F.pdf>
128. Cheung C. La décision médicale est-elle partagée ? Le vécu des patients. [Thèse d'exercice] Nice, France : Université de Nice Sophie Antipolis, Faculté de médecine ; 2016.  
URL : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01412580/document>
129. Laforest S. Déprescrire en médecine générale : Etude de la démarche d'un groupe d'analyse de pratiques entre pairs à travers l'exemple du clopidogrel. [Thèse d'exercice] Bordeaux, France : Université Bordeaux II – Victor Segalen, UFR des Sciences Médicales ; 2013.
130. Festinger L. A theory of cognitive dissonance. Stanford : Stanford University Press, 1957.
131. Multon R. Désaccords entre internes de médecine générale et maîtres de stage sur les soins aux patients. Etude de 37 situations en Ile de France. [Thèse d'exercice] Paris, France : Université Paris 7, Faculté de médecine ; 2013.
132. Cour de cassation, civile, Chambre civile 1, 16 mai 2013, 12-21.338, publié au bulletin. [en ligne][dernière consultation le 03/11/2019] URL : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichJuriJudi.do?oldAction=rechJuriJudi&idTexte=JURITEXT000027423626>
133. Cour de cassation, civile, Chambre civile 1, 30 avril 2014, 13-14.288, publié au bulletin. [en ligne][dernière consultation le 03/11/2019] URL : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichJuriJudi.do?idTexte=JURITEXT000028894751>
134. CPAM, Caisse Primaire d'Assurance Maladie. Nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) restant en vigueur depuis la décision UNCAM du 11 mars 2005. Version du 1<sup>er</sup> septembre 2019. [en

ligne][dernière consultation le 03/11/2019] URL :

[https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/593275/document/ngap\\_version\\_du\\_1er\\_septembre\\_2019\\_assurance\\_maladie.pdf](https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/593275/document/ngap_version_du_1er_septembre_2019_assurance_maladie.pdf)

135. Caisse d'Assurance Maladie des Deux-Sèvres. Réglementation : Avis Ponctuel de Consultant dans le Parcours de Soins. Mise à jour Octobre 2017. [en ligne][dernière consultation le 03/11/2019] URL : [https://www.ameli.fr/sites/default/files/cpam\\_deux-sevres\\_avis-ponctuel-consultant\\_octobre-2017.pdf](https://www.ameli.fr/sites/default/files/cpam_deux-sevres_avis-ponctuel-consultant_octobre-2017.pdf)
136. WHO, World Health Organization. Skills for health: Skills-based health education including life skills : An important component of a child-friendly/health-promoting school. Geneva : WHO, 2003 : 88 p. [en ligne][dernière consultation le 03/11/2019] URL : [http://www.who.int/school\\_youth\\_health/media/en/sch\\_skills4health\\_03.pdf](http://www.who.int/school_youth_health/media/en/sch_skills4health_03.pdf)
137. Letrilliart L, et al. Comparaison des exercices des médecins généralistes maîtres de stage universitaires et non-maîtres de stage en France. *Exercer*. 2017;135:308-309.
138. Bouton C, et al. Représentativité des médecins généralistes maîtres de stage universitaires. *Santé Publique*. 2015/1;(27):59-67.
139. Attali C, et al. Compétences pour le DES de médecine générale. *Exercer*. 2006;76:31-32.

## ANNEXES

I.	Méthodologie de la bibliographie	194
II.	Guide d'entretien	195
III.	Questionnaire de fin d'entretien	198
IV.	Accord du comité d'éthique : IRB 2019-03-05-03	199
V.	Lettre d'information de participation à l'étude	200
VI.	Formulaire de consentement	202
VII.	Autorisation d'impression	203
VIII.	Verbatims	CD



LE CADUCEE DES MEDECINS FRANÇAIS-ES.

Le serpent d'Asklépios (dieu grec de la Médecine), une couleuvre d'Esculape, s'enroule autour d'un bâton symbolisant l'arbre de la vie. Ce bâton est surmonté d'un miroir symbolisant la prudence nécessaire dans l'exercice médical.

## Annexe I. Méthodologie de la bibliographie

Les termes recherchés ont été composés de termes d'utilisation classique et de mots MeSH, en langue française (fr.) et anglaise (ang.), utilisant le MeSH bilingue.

Les mots utilisés et croisés, utilisant les croisements booléens « AND » et « OR » étaient :

- arrêt d'une thérapeutique/d'un médicament (fr.), drug discontinuation (ang.)
- balance bénéfices-risques, rapport bénéfices-risques
- conflit (fr.), conflict (ang.)
- consultation (médicale) de renouvellement d'ordonnance
- [MeSH] consultation (médicale) (fr.), office visits (ang.)
- décision médicale
- déprescript\* (fr.), deprescrib\* (ang.)
- [MeSH] déprescriptions (fr.), deprescriptions (ang.)
- [MeSH] Évaluation des risques (fr.), risk assessment (ang.), incluant :
  - évaluation de la balance bénéfice-risque (fr), benefit-risk assessment (ang.), harm benefice balancing (ang.)
- iatrogénie (fr.), harmful effect ou drug-induced effect (ang.)
- incertitude (fr.)
- [MeSH] médecine de famille (fr.), family practice (ang.)
- [MeSH] médecine générale (fr.), general practice (ang.)
- [MeSH] médecins généralistes (fr.), general practitioner (ang.)
- médecin traitant
- prescription (fr.), prescription (ang.) :
  - prescribing decision (ang.)
- [MeSH] prescription inappropriée (fr.), Inappropriate Prescribing (ang.)
- ordonnances médicamenteuses (fr.), prescription (ang.)
- [MeSH] utilisation hors indication (fr.), off-Label Use (ang.) incluant :
  - prescription médicamenteuse hors AMM (fr.)
- renouvellement d'ordonnance, réévaluation d'ordonnance (fr.), prescription renewal ou repeat prescription (ang.)

## Annexe II. Guide d'entretien

Bonsoir à tous et toutes.

Je suis Xxx XXX, médecin généraliste remplaçant et je réalise une thèse portant sur la prescription en médecine générale.

Merci d'avoir accepté que nous nous rencontrions aujourd'hui. Cet entretien, dit en focus-group, durera environ 2h.

Pour ce travail, il est nécessaire que cet entretien soit enregistré dans son intégralité. Il sera anonymisé lors de la retranscription et les enregistrements audios seront détruits avant la publication de ce travail.

Il s'agit d'un travail de recherche dont les propos seront recueillis sans aucun jugement.

Acceptez-vous d'être enregistré pour l'entretien d'aujourd'hui ?

Vous pouvez toujours avoir à l'esprit que les questions concerneront tout autant les traitements médicamenteux que les prescriptions d'examens complémentaires ou paramédicales.

Vous avez également devant vous de quoi écrire si vous avez besoin de prendre des notes durant le déroulement du focus-group.

### QUESTIONNAIRE DE L'ANIMATEUR :

---

#### I. BALANCE BENEFICES-RISQUES :

Question initiale :

**Qu'évoque pour vous la notion de balance bénéfice-risque ?**

Relances :

- 1. Comment et qu'en faites-vous ? Comment l'utilisez-vous dans votre pratique professionnelle habituelle ?**
- 2. Comment avez-vous eu contact avec ce paradigme ?**

#### II. INITIATION OU RECONDUCTION D'ORDONNANCE :

Question initiale :

**Lors de l'initiation ou de la reconduction d'une ordonnance, qu'elle soit médicamenteuse, d'imagerie, d'examens complémentaires, paramédicales, comment faites-vous ?**

Question suivante :

**Je vais vous exposer une situation au cabinet :**

- Un patient, dont vous êtes le médecin traitant, vous demande la reconduction de son traitement. Une ou plusieurs lignes de votre ordonnance initiale ont été modifiées par un**

autre professionnel, que vous avez sollicité ou que le patient est allé voir de son propre chef.

- Il peut aussi s'agir d'une prescription qui a été initiée par un tiers professionnel, et dont le patient vous demande la reconduction.

**Pour ce patient que vous connaissez depuis longtemps et dont vous êtes le médecin traitant, que faites-vous ? Vous pouvez prendre des exemples de situations vécues.**

Relances, si les points suivants ne sont pas abordés :

- Pour cette ou ces lignes de prescription modifiées ou ajoutées, vous identifiez que la balance bénéfices-risques est défavorable, que décidez-vous ?
- Comment avez-vous géré ce genre de situation par le passé ?
- Quels sont vos arguments pour :
  - Discuter ou non ?
  - Modifier ou non ?
  - Exprimer votre désaccord ?
- Quel est votre ressenti à la découverte de la modification de votre ordonnance, lorsque vous identifiez la BBR d'une nouvelle prescription comme défavorable ?
- Quel est votre ressenti à la remodifier à votre tour ?

### III. REACTIONS DES PATIENTS :

Question initiale :

**Quelle a été la réaction de vos patients lorsque vous remettez en cause la prescription qu'il vous demande de reconduire ?**

Relances :

- Qu'en pensez-vous ?

### IV. BESOINS DES MEDECINS GENERALISTES :

Question initiale :

**Quels types de besoin formulez-vous pour vous appropriez votre rôle de médecin traitant ? Comment vous en appropriez-vous la légitimité ? ou Comment vous sentez-vous légitime ?**

Intervention :

**Je vais faire un rappel de la législation française concernant le rôle du médecin généraliste. Le texte suivant est issu du Code de la Santé Publique. Il a été introduit par la loi HPST : Hôpital Patient Santé Territoire, en 2009.**

« Art. L. 4130-1.

- Les missions du médecin généraliste de premier recours sont notamment les suivantes :

1° Contribuer à l'offre de soins ambulatoire, en assurant pour ses patients la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des maladies ainsi que l'éducation pour la santé ;

3° S'assurer de la coordination des soins nécessaire à ses patients ;

5° S'assurer de la synthèse des informations transmises par les différents professionnels de santé ».

**Qu'en pensez-vous ? Et qu'est-ce que cela vous apporte ?**

### Annexe III. Questionnaire de fin d'entretien

#### Questionnaire de fin de Focus-Group :

Nom, prénom (sera anonymisé)	
Adresse mail	
Chiffre attribué en début de séance	
Sexe, âge	
Nombre d'années d'installation	
Lieu d'exercice	
Mode d'exercice (rural, urbain)	
Seul ou en groupe ?	
Informatisation (logiciel)	
Système d'alerte sur les prescriptions médicamenteuses (Vidal ? BCB ? Autre ?)	
Nombre d'actes quotidiens, Durée moyenne d'un acte	
Nombre de jours travaillés par semaine	
Type de patientèle (libre)	
Pratique spécifique	
Maître de stage Et/ou enseignant à la faculté	
Lectures professionnelle (préciser)	
Participation à des FMC : oui / non ? Si oui, quel type ?	
Financées par l'industrie pharmaceutique ?	
Visite médicale ?	

#### Questions complémentaires :

- Aviez-vous déjà abordé la question de la prise en compte de la balance bénéfice-risque individuelle lors du renouvellement d'ordonnance ?
- Aviez-vous déjà abordé avec des confrères/consœurs la question de la légitimité du médecin généraliste sur la synthèse des ordonnances ?
- Avez-vous une remarque concernant l'intervention de ce jour ?

En vous remerciant d'avoir participé à ce focus-group.

Xxx XXX

## Annexe IV. Accord du comité d'éthique : IRB 2019-03-05-03



Bastien Doudaine <bastien.doudaine@gmail.com>

---

### Avis du comité d'éthique du 05-03-2019

1 message

---

**GRAS NATHALIE** <nathalie.gras@univ-lyon1.fr>  
À : "bastien.doudaine@gmail.com" <bastien.doudaine@gmail.com>

26 mars 2019 à 10:26

Monsieur DOUDAINE Bastien,

La commission d'éthique, qui s'est tenue le 5 mars 2019, a donné un avis favorable à votre protocole de recherche observationnelle, ainsi qu'au document d'information destiné aux personnes qui se prêtent à la recherche, concernant votre sujet « **Balance bénéfiques-risques et reconduction d'ordonnance : enquête de pratiques en médecine générale.** »

Voici le n° IRB : **2019-03-05-03**

Vous pouvez dès à présent commencer vos travaux de recherche.

Sincères salutations,

Humbert de Fréminville

**Cordialement,**

**Nathalie GRAS**

*Assistante administrative*

**Collège universitaire de médecine générale (CUMG)**

**Université Claude-Bernard Lyon 1**

8 avenue Rockefeller – 69373 LYON Cedex 08

Bâtiment Rockefeller – 2<sup>e</sup> étage – Escalier D

☎ 04 78 77 72 86

@ nathalie.gras@univ-lyon1.fr

Du lundi au jeudi : 8h30-11h45 et 13h30-17h

Vendredi : 8h30-11h45

## Annexe V. Lettre d'information de participation à l'étude



### COMMISSION D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE EN MÉDECINE GÉNÉRALE

#### LETTRE D'INFORMATION POUR PARTICIPATION À UNE RECHERCHE

**Enquête de pratiques en Médecine Générale :  
la balance bénéfices-risques et la reconduction d'ordonnance.**

---

Madame, Monsieur,

Nous vous proposons de participer à une étude de recherche clinique.

Cette lettre d'information détaille en quoi cette étude consiste.

Vous pourrez prendre le temps pour lire et comprendre ces informations, pour réfléchir à votre participation, et pour demander au médecin responsable de l'étude de vous expliquer ce que vous n'aurez pas compris.

**BUT DE L'ÉTUDE :**

Etude qualitative en vue d'étudier les pratiques actuelles de prescription lorsqu'il s'agit de reconduire une ordonnance modifiée ou initiée par un autre médecin.

**BÉNÉFICES ATTENDUS**

Enquête de pratiques.

**DÉROULEMENT DE L'ÉTUDE**

Deux phases :

1. Focus-groups, les participants sont médecins généralistes en activité.

## 2. Entretiens individuels de médecins généralistes en activité.

Puis analyse des entretiens d'après la standard de la recherche qualitative.

### RISQUES POTENTIELS

Modification des pratiques de prescription.

### FRAIS MÉDICAUX

Votre collaboration à ce protocole de recherche n'entraînera pas de participation financière de votre part.

### LÉGISLATION – CONFIDENTIALITÉ

La Commission d'éthique de la recherche en médecine générale, du Collège universitaire de médecine générale, Université Claude Bernard Lyon 1, a étudié ce projet de recherche et a émis un avis favorable à sa réalisation le 05/03/2019.

Toute information vous concernant recueillie pendant cet essai sera traitée de façon confidentielle.

Seuls les responsables de l'étude pourront avoir accès à ces données. À l'exception de ces personnes, qui traiteront les informations dans le plus strict respect du secret médical, votre anonymat sera préservé. La publication des résultats de l'étude ne comportera aucun résultat individuel.

Si traitement informatisé des données : Les entretiens seront enregistrés par dictaphone, avec des participants anonymisés à l'origine. Ils seront détruits une fois la retranscription intégrale effectuée.

Les données enregistrées à l'occasion de cette étude feront l'objet d'un traitement informatisé par le promoteur. S'agissant de données nominatives, vous bénéficiez à tout moment du droit d'accès et de rectification des données vous concernant auprès des responsables de l'étude et, en ce qui concerne les informations de nature médicale, ce droit est exercé par l'intermédiaire de Monsieur Xxx conformément à la loi 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, modifiée par la loi n°94-548 du 1<sup>er</sup> juillet 1994, relative au traitement des données nominatives ayant pour fin la recherche dans le domaine de la santé.

Les résultats globaux de l'étude vous seront proposés, et vous parviendront par courrier électronique (fichier PDF).

Si vous avez des questions pendant votre participation à cette étude, vous pourrez contacter le médecin responsable de l'étude, Monsieur Xxx XXX, tél : XX XX XX XX XX.

Vous êtes libre d'accepter ou de refuser de participer à cette étude.

Vous pouvez également décider en cours d'étude d'arrêter votre participation sans avoir à vous justifier.

Nous vous remercions d'avoir pris le temps de lire cette lettre d'information. Si vous êtes d'accord pour participer à cette recherche, nous vous invitons à signer le formulaire de consentement ci-joint.

## Annexe VI. Formulaire de consentement



### COMMISSION D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE EN MÉDECINE GÉNÉRALE

#### FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR PARTICIPATION A UNE RECHERCHE

#### TITRE DE LA RECHERCHE :

Je soussigné(e) .....,

accepte de participer à l'étude **proposée par Monsieur Xxx XXX, portant sur la balance bénéfices-risques et la reconduction d'ordonnance en médecine générale.**

Les objectifs et modalités de l'étude m'ont été clairement expliqués par Monsieur Xxx XXX.

J'ai lu et compris la fiche d'information qui m'a été remise (version en date du 05/03/2019).

À l'exception des responsables de l'étude, qui traiteront les informations dans le plus strict respect du secret médical, mon anonymat sera préservé.

J'accepte que les données nominatives me concernant recueillies à l'occasion de cette étude puissent faire l'objet d'un traitement automatisé par les organisateurs de la recherche. Je pourrai exercer mon droit d'accès et de rectification auprès de Monsieur Xxx XXX.

J'ai bien compris que ma participation à l'étude est volontaire.

Je suis libre d'accepter ou de refuser de participer, et je suis libre d'arrêter à tout moment ma participation en cours d'étude.

Mon consentement ne décharge pas les organisateurs de cette étude de leurs responsabilités. Je conserve tous mes droits garantis par la loi.

Après en avoir discuté et avoir obtenu la réponse à toutes mes questions, j'accepte librement et volontairement de participer à la recherche qui m'est proposée.

Fait à ....., le .....

*Nom et signature de l'investigateur*

*Signature du sujet*



### CONCLUSIONS

Au-delà de l'aspect relationnel, l'exercice médical, dont celui de la médecine générale, fait appel à une démarche rigoureuse, scientifique et objective. Certaines pratiques, dans le contexte global de consumérisme sociétal marqué et de pharmaceuticalisation de l'existence, favorisent des prescriptions dont la pertinence peut être questionnée. Considérant que de nombreux événements iatrogènes sont évitables, notre objectif principal était d'obtenir des éléments concrets des pratiques actuelles en médecine générale sur la réévaluation de prescription dont il-le n'était pas le-a primo prescripteur-trice et dont la balance bénéfices-risques était défavorable. Notre objectif secondaire était d'identifier de possibles axes d'amélioration permettant de garantir aux patient-es la sécurité minimale quant à la prise en charge de leur santé.

L'analyse de la balance bénéfices-risques d'une intervention est un processus de réflexion universel en médecine générale, transversalisant chaque consultation. Ce processus rationnel, confondu avec le cheminement aboutissant à la prise d'une décision en santé, était nourri de données dont la lecture était subjective.

L'adage hippocratique *primum non nocere*, bien qu'unaniment partagé, revêtait des significations personnelles en pensées et en actes. La tension entre la priorisation du principe de non-malfaisance sur le principe de bienfaisance, ou inversement, animait la divergence des pratiques professionnelles. La variabilité des facteurs influençant la lecture de la balance bénéfices-risques était le reflet des valeurs et des représentations des participant-es.

La confiance qu'elles avaient développée vis-à-vis du médicament et de ses institutions modifiait leur approche : la fiabilité des informations provenant des recommandations de pratique professionnelle était inconstamment questionnée. La place était ainsi faite pour l'exercice du doute et de l'esprit critique, mais les



participant-es n'étaient pas confortables avec l'incertitude des données scientifiques. Les singularités de leurs pratiques permettaient de proposer un regroupement en trois types : conventionnelle, critique et radicale.

L'expression du désaccord et la gestion du conflit entre confrère-sœurs était avant tout synonyme de difficultés. Cette démarche générait une dissonance cognitive importante, conduisant les praticien-nés à adopter des démarches dichotomiques favorisant forcément un des deux acteurs : conflit de loyauté entre respect de la confraternité et protection du patient-e. L'approche conceptuelle de la soumission à l'autorité s'appliquait aux généralistes vis-à-vis de leurs confrère-sœurs d'autres spécialités. L'aval de leurs patient-es à l'émission de critiques vis-à-vis de la prescription d'un-e autre était également déterminante pour renforcer leur légitimité dans cette démarche.

Cette problématique nécessitait une formation spécifique à destination de tous les médecins : une meilleure connaissance de leur subjectivité, la reconnaissance de l'incertitude et de sa gestion. In fine, un meilleur apprentissage de la communication interprofessionnelle, de la gestion des désaccords et conflits, et le développement de la compétence d'assertivité, sont des éléments essentiels pour garantir au patient-e l'accompagnement médical le plus pertinent.

Certain-es généralistes exerçaient un rôle de ~~retro~~contrôle sur les prescriptions médicales, à des fins de protection des patient-es. Cette radicalité de la pratique était pour eux-elles devenue une nécessité pour anticiper de futurs scandales sanitaires, par rapport à une pratique plus « conventionnelle ». La liberté du cadre légal ne permettait pas d'encourager une pratique plutôt qu'une autre. Ce rôle de repérage de prescription à la pertinence discutable est soutenu par l'acte de conciliation médicamenteuse effectué par les pharmaciens.

Compte-tenu de la subjectivité de l'abord de la balance bénéfices-risques et pour que celle-ci ne soit pas préjudiciable au patient-e, il paraît indispensable que les praticien-nés questionnent les influences qui étayent leur évaluation de la BBR. Tout en acceptant que cette dernière puisse être remise en cause.



Confronter cette analyse aux points de vue des patient-es ainsi que des praticien-nés d'autres spécialités sur leurs représentations de la balance bénéfices-risques de la prescription et de la fonction du généraliste en tant que médecin de synthèse, serait intéressant.

**Le Président de la thèse,**  
Pr. ERPELDINGER Sylvie

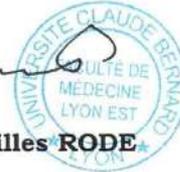


**Vu :**  
**Pour le Président de l'Université,**  
**Le Doyen de l'UFR de Médecine Lyon Est**



**Professeur Gilles RODE**

Vu et permis d'imprimer  
Lyon, le **29 OCT. 2019**





XXX Xxx, Balance bénéfices-risques défavorable et reconduction d'ordonnance :  
Une enquête de pratique en médecine générale. Etude qualitative par entretiens collectifs.  
[Thèse d'exercice], Lyon, France : Université Claude Bernard – Lyon I ; 2019 – N°355.

## RESUME

**Introduction :** Nombreux sont les événements iatrogènes évitables. Notre objectif était d'obtenir des éléments concrets des pratiques des médecins généralistes ambulatoires quant à leur manière de réévaluer une prescription modifiée ou non initiée par ell-eux et dont la balance bénéfices-risques était défavorable. Secondairement, il s'agissait d'identifier de possibles axes d'amélioration permettant de garantir aux patient-es la sécurité optimale quant à la prise en charge de leur santé.

**Matériel et Méthodes :** Une étude qualitative, descriptive, socio-anthropologique, par entretiens collectifs semi-dirigés auprès de médecins généralistes, a été conduite. Une analyse transversale dans une démarche inductive générale a été réalisée et partiellement triangulée. Trois étapes ont été nécessaires, incluant le codage ouvert, la catégorisation, et l'élaboration de cartes heuristiques. L'échantillon était en variation maximale.

**Résultats et Discussion :** L'analyse de la balance bénéfices-risques était un processus de réflexion qui animait les praticien-nes tout au long de la consultation. La tension entre la priorisation du principe de non-malfaisance sur le principe de bienfaisance, ou inversement, animait la divergence des pratiques professionnelles. La variabilité des facteurs influençant la lecture de la balance bénéfices-risques était le reflet des valeurs et des représentations des participant-es. Les singularités de leurs pratiques permettaient de proposer un regroupement en trois types : conventionnelle, critique et radicale. La gestion du conflit entre confrère-sœurs générait une dissonance cognitive importante, conduisant les praticien-nes à adopter des démarches dichotomiques favorisant forcément un-e des deux acteur-trices : conflit de loyauté entre respect de la confraternité et protection du patient-e. L'approche conceptuelle de la soumission à l'autorité s'appliquait aux généralistes vis-à-vis de leurs confrère-sœurs d'autres spécialités. Et l'aval de leurs patient-es à l'émission de critiques vis-à-vis de la prescription d'un-e autre était également déterminante pour renforcer leur légitimité dans cette démarche.

**Conclusion :** Cette problématique nécessitait une formation spécifique à destination de tou·tes les médecins : une meilleure connaissance de leur subjectivité, la reconnaissance de l'incertitude et de sa gestion. In fine, un meilleur apprentissage de la communication interprofessionnelle, de la gestion des désaccords et conflits, et le développement de la compétence d'assertivité, sont des éléments essentiels pour garantir aux patient-es l'accompagnement médical le plus pertinent.

**MOTS-CLES :** Médecine générale ; balance bénéfices-risques ; réévaluation d'ordonnance ; conflit ; désaccord professionnel ; légitimité ; soins premiers ; synthèse ; esprit critique.

**JURY :**  
Présidente : Madame la Professeure Sylvie Erpeldinger  
Membres : Monsieur le Professeur François Gueyffier.  
Monsieur le Professeur Christian Dupraz (Directeur de thèse)  
Madame la Professeure Christine Vinciguerra  
Monsieur le Docteur en philosophie Nicolas Lechopier

**DATE DE SOUTENANCE :** 21 novembre 2019

**ADRESSE DE L'AUTEUR :** Xxx

**E-MAIL :**