

Anne Vega, août 2011

Le partage des responsabilités en médecine
Une approche socio-anthropologique des pratiques soignantes

Rapport final

Cuisine et dépendance : les usages socioculturels du médicament chez les
médecins généralistes français

Sous la responsabilité scientifique de Sylvie Fainzang, directrice de recherche
INSERM au CERMES CNRS-Inserm-EHESS (laboratoire d'accueil du post-
doctorat).

Thème 1 : Les déterminants du jugement et de la décision médicale

Résumés

L'objectif de cette étude qualitative est de « tenter de comprendre les multiples influences autres que les seules connaissances médicales qui pèsent sur les orientations des pratiques et des décisions médicales ». En effet, en France les connaissances restent sur ce sujet « éparses et de portées peu opérationnelles » (Bungener 2007¹). Ceci concerne en particulier les études sur les facteurs non cliniques intervenants dans les motivations de prescriptions médicamenteuses : la plupart sont Anglo-saxonnes et sont publiées dans les revues médicales. Pourtant, parmi les pays européens, la France se distingue par des consommations et des prescriptions élevées de médicaments, dont l'efficacité n'a pas été démontrée (Rosman 2009/1).

Afin de combler ce retard dans les recherches dans l'Hexagone, cette étude s'est fondée sur une analyse de la littérature internationale, d'entretiens et d'observations du travail de médecins généralistes français, aux profils variés (dont des praticiens salariés). Les résultats permettent de remettre en cause un certain nombre d'idées reçues. Les patients observés participent peu aux logiques de sur prescription (dans cette étude, ils modèrent plutôt l'ensemble des ordonnances). Les médecins observés sont souvent à l'initiative des prescriptions de médicaments, qu'ils soient libéraux ou salariés. En effet, le système de paiement à l'acte ne fait que renforcer plusieurs tendances culturelles (dont les formations médicales et l'organisation des soins en France ne sont que le reflet). Ces tendances sont favorables à des cumuls de médicaments dans les ordonnances. Car la plupart des médecins français sont porteurs de croyances concernant l'efficacité et les effets bénéfiques des produits en général. Les firmes pharmaceutiques s'appuient sur ces croyances pour influencer les prescriptions grâce à leur présence auprès des étudiants en facultés et à tous les niveaux du système de santé. De plus, il n'existe pas de réelle coordination dans les soins entre les praticiens (suite à la hiérarchisation des soins et à la valorisation de l'autonomie dans le travail). On observe alors des logiques de prescription d'un produit par pathologie, d'où des abus notoires chez les personnes souffrant de polyopathologies. Ces abus sont renforcés par le fait que les médecins spécialistes délèguent le suivi de traitements aux médecins généralistes sans toujours les tenir informés. De leur côté, les médecins généralistes ajoutent des produits palliatifs contre les effets secondaires des traitements spécialisés, en sous estimant d'autres effets iatrogènes rapportés par les patients. *In fine*, des produits dont les causes initiales de prescription ont été oubliées sont maintenus dans les ordonnances.

Autrement dit, les médecins généralistes ne sont pas les seuls acteurs impliqués et responsables de surcoût dans les ordonnances. Cette étude souligne plutôt un paradoxe : les généralistes sont censés être l'un des « pivots » du système de santé français, mais sans en avoir ou s'en donner les moyens. D'une part, leurs compétences pharmacologiques sont limitées et ils sous estiment les effets délétères de médicaments (comme leur « pairs »). D'autre part, ils partagent peu leurs décisions. Ainsi, la plupart des enquêtés ont peu ou pas d'échanges directs avec d'autres médecins, et jugent inutiles les avis de professionnels non médicaux. Ils jugent également souvent problématique l'écoute des patients et/ou de leurs proches.

La plupart des enquêtés reproduisent en médecine générale des traditions culturelles dominantes (nationales, médicales et familiales). Ils utilisent le médicament de façon assez homogène : psychotropes ou pas, il s'agit de réduire rapidement tous les symptômes et de prévenir des risques organiques. Plus précisément, les prescriptions de médicament les plus « abusives » recensées concernent la médication des épidémies saisonnières bénignes (types

¹ Lettre de recommandation de la directrice du CERMES pour la Cnamts, en vue du financement de ce post-doctorat.

rhumes, gripes, gastro-entérites). Elles sont liées principalement à des sensibilités et à des peurs culturelles importantes concernant les infections respiratoires et à des logiques de prescription d'un médicament par symptôme perçu ou redouté (avec des passages directs des produits aux symptômes). Une majorité des médecins est convaincue de la nécessité de médicamenter les maux courants, dont « la dépression », qu'ils pensent maîtriser par des associations de produits psychotropes. Les « abus » sont également liés au renouvellement sans critique de produits initiés par d'autres médecins, et en particulier d'ordonnances déjà longues : comprenant des produits psychotropes, mais aussi d'autres produits dangereux, ou ayant des interactions entre eux (notamment chez des personnes âgées). Cependant, cette tendance à utiliser des produits inutiles, coûteux (« me too »²), ou toxiques s'explique surtout par le fait qu'au sortir des facultés, les médecins généralistes n'ont pas d'autres outils et pas de références adaptées à leur futur exercice (caractérisé par l'incertitude diagnostique, l'écoute répétitive de plaintes et la gestion du retour de patients dont les maux sont fréquemment liés à leurs conditions de vie). Faute de références en médecine générale, la plupart des enquêtés ont alors des recours privilégiés, voire exclusifs aux avis et aux médicaments spécialisés – ou vantés comme tels par les représentants des firmes que la plupart côtoient (ces derniers comme les médecins spécialistes font sinon « autorité », du moins ils restent les principales aides au travail). En l'absence de formation au doute et à sa gestion, des enquêtés ont également recours à l'ordonnance pour se rassurer et sont constamment à la recherche de « recettes ».

Cette étude montre encore d'autres usages socioculturels du médicament chez les médecins les plus prescripteurs. Ces derniers ont souvent des rapports problématiques à l'altérité et aux patients jugés négativement. En conséquence, ils imposent leurs prescriptions et médicalisent des différences et des problèmes sociaux. Ils utilisent également des médicaments pour pallier leurs limites relationnelles (pour ne pas revoir de suite des patients), et/ou pour maintenir ou élever leurs revenus. Dans ce sens, des surprescriptions font suite à des fatigues professionnelles (de nombreux médecins travaillent trop, et trop vite). Or, elles restent tabous, comme des surconsommations médicales de produits psychotropes et d'alcool « pour tenir », qui participeraient également à leur banalisation. Cette étude montre *in fine* l'existence d'autres non-dits : des « abus » de prescription sont liés à des « accidents » professionnels traumatisants. (Or, ni les initiateurs ni les médecins qui travaillent avec ces derniers ne remettent en cause ces abus *a priori* répandus³). Autrement dit, les motivations à prescrire « hors des bonnes pratiques » des médecins les plus prescripteurs de cette étude ne sont pas ou pas uniquement financières.

Sur tous ces points, les pratiques des « petits » prescripteurs de médicaments sont « l'exception qui confirme la règle ». En effet, ces médecins ne sont dégagés d'une double dépendance aux avis de médecins spécialités et de laboratoires pharmaceutiques. Plus précisément, leurs motivations soignantes (leurs cultures familiales) les ont poussé à se resocialiser auprès de patients variés avant de s'installer et/ou à se reformer. Ils ont alors pris conscience de la limite du « réflexe » médicament-ordonnance, et sont parvenus à pallier les problèmes d'assurance au travail : en partageant leurs décisions et leurs responsabilités, en développant des compétences et/ou des alternatives thérapeutiques. Cette recherche permet alors de soulever une problématique déterminante (qui seraient également à l'origine de la plupart des surprescriptions dans l'Hexagone) : le recrutement de praticiens ayant peu de motivation soignante. En effet, c'est le cas des médecins les plus prescripteurs de cette étude,

² Médicament qu'une firme développe uniquement pour prendre une part de marché, sans prétendre innover sur le plan thérapeutique : il s'agit de produits presque identiques aux précédents, mais plus coûteux.

³ Cette étude souligne alors les limites des « tris » des produits dans les ordonnances effectués par les médecins urgentistes suite à des hospitalisations de patients et dans une moindre mesure par des gériatres et les psychiatres (davantage sensibilisés aux effets délétère des médicaments, mais moins confrontés aux retours de patients).

qui cherchent avant tout le confort dans leur travail, c'est-à-dire à ne pas endosser certaines responsabilités dans les soins, à ne pas s'investir auprès des patients, et à ne prendre aucun risque : à se surprotéger *via* le recours aux médicaments.

Les niveaux de prescription dépendent des rapports des prescripteurs aux produits (et à l'ordonnance), de leur fréquentation des représentants des laboratoires. En France, ils sont également en lien direct avec une survalorisation des savoirs spécialisés et des expertises. Cependant, l'usage social des médicaments condense aussi le rapport à la maladie, au corps et surtout aux patients⁴. La mise à jour des profils des « petits », des « moyens » et des « gros » prescripteurs de médicaments permet *donc* de nuancer l'influence de l'âge, du genre, voire des strates religieuses des médecins prescripteurs : les résultats de cette étude soulignent plutôt les liens existant entre les motivations initiales, les orientations dans les soins, et les niveaux de prescription des médecins.

Les principaux résultats de cette étude montrent qu'il existe chez les médecins français une forte tradition positiviste et des visions « optimistes » des médicaments, confortées par les stratégies des firmes pharmaceutiques : la plupart des médecins sont persuadés des progrès constants des thérapeutiques et sous estiment les effets négatifs de produits qu'ils prescrivent. De plus, des ordonnances abusives sont renouvelées faute de relations équilibrées et directes entre les différents prescripteurs. Enfin, dans l'Hexagone, il n'existe ni culture de soins communautaires incluant le point de vue des usagers, ni références proprement « généralistes », d'où un recours privilégié voire exclusif aux savoirs et aux produits spécialisés en médecine générale. A cet égard les médecins peu prescripteurs de médicaments de cette étude font figure d'exception : ils ont créé des pratiques et des repères généralistes pour mieux prendre en charge leurs patients. Cette motivation soignante est un facteur déterminant pour expliquer les différents niveaux de prescriptions. En effet, les médecins dont les désirs initiaux n'étaient pas d'emblée tournés vers les patients ont plutôt des usages non strictement pharmacologiques des médicaments. A ce sujet, ce rapport permet notamment de généraliser les résultats des études menées sur les usages des produits psychotropes.

⁴ De même que du côté des soignés « l'usage social des médicaments condense à la fois le rapport à la maladie, au corps et à l'autorité médicale » (Fainzang, 2007, p. 571).

PLAN

PRESENTATION GENERALE DU RAPPORT

Cadre théorique et méthode : des pratiques de prescription socialement et culturellement construites

Une approche critique de la médecine
L'apport des ethnographies du travail

PREMIERE PARTIE

Des psychotropes aux autres médicaments : des médecins français plutôt initiateurs des traitements

Le rapport à l'ordonnance : les conséquences de représentations positives des médicaments

La mise à l'écart des effets iatrogènes des produits
La médicalisation de maux bénins
Des sur interprétation médicales : les lacunes des formations initiales

Des décisions médicales peu partagées : des prescriptions peu contrôlées en France

Des accumulations de produits spécialisés dans les ordonnances
Un pouvoir médical peu partagé : la reproduction des hiérarchies dominantes en médecine générale
Des perceptions des risques prononcées en médecine générale

Les laboratoires pharmaceutiques : une présence constante et peu « chronophage »

La valeur heuristique des recherches sur les produits psychotropes
Une omniprésence des commerciaux sur le terrain
Des logiques de don et de contre don

SECONDE PARTIE

Des analyses macro sociales aux approches micro sociales : les déclinaisons du « réflexe » médicament

L'influence des caractéristiques socioculturelles des prescripteurs sur l'ordonnance : des facteurs intriqués

L'impact des traditions religieuses et du genre du médecin à préciser
L'impact de l'âge du médecin : des confirmations
Des instrumentalisation des médicaments aux instrumentalisations de patients chez les médecins les plus prescripteurs

Des gros aux petits prescripteurs : une médecine adaptée au médecin/aux patients

Le choix des lieux d'installation : des rapports à l'altérité déjà déterminants
Des perceptions des risques différentes : des chocs plus ou moins dépassés
L'incidence première des motivations initiales à devenir soignant

Salariés versus libéraux : des oppositions à nuancer

Des motivations déconnectées des profils des patients soignés
Des socialisations favorables à la pratique de médecines adaptées aux besoins de chaque praticien
Des logiques de partage des patients entre praticiens relativement indépendantes des besoins des populations locales

TROISIEME PARTIE

Petits, moyens et gros prescripteurs de médicament

Les petits prescripteurs : altruisme, indépendance et courage

Une médecine diversifiée, des décisions partagées et une approche critique des médicaments
A l'origine de plus faibles prescriptions : des parcours et des patients « hors normes »
Des rapports aux spécialistes et aux patients équilibrés : le développement de stratégies soignantes

Les moyens prescripteurs : conformisme et modestie

La médicalisation des maux sans gravité, un recours marqué aux examens, la reconduction de traitements spécialisés
Facteurs déterminants : des visions toujours positives des médicaments
Des recours majorés aux spécialistes et aux examens : des besoins de réassurance

Les gros prescripteurs : confort et manipulation

Une médecine à la « carte » : la recherche d'une « *qualité de vie* », une personnalisation de l'ordonnance
Des perceptions de risques majorées, des peurs peu contrôlées et des usages palliatifs du médicament
Des usages de l'autorité et des non-dits pour maintenir l'illusion du savoir médical

Conclusion générale

Bibliographie

Annexe 1. Retombées de la recherche

Annexe 2. Grilles d'entretien et d'observation

Annexe 3 : Principaux enquêtés

Cadre théorique et méthode : des pratiques de prescription socialement et culturellement construites

Ce préambule vise à rappeler la méthode de recueil des données et les principaux travaux qui ont guidé nos analyses. Un résumé de l'état de la question devrait également permettre au lecteur de mieux comprendre en quoi notre approche se distingue de celle d'autres chercheurs en sciences humaines. En effet, ce travail combine à la fois une approche sociologique et anthropologique, et il s'inscrit plutôt dans une approche critique en sciences sociales.

A. Une approche critique de la médecine

"Certes la médecine est un riche terroir. Mais les moissons n'y lèvent pas toutes seules" (Knock, Jules Romains, Gallimard, 1924 : 30).

- Le médecin, un acteur profane et responsable

Cette étude s'appuie sur les nouvelles approches théoriques de l'anthropologie médicale (Good 1994 et 1998, Saillant et Gagnon 1999, Fainzang 2001 et 2005). L'anthropologue S. Fainzang invite ainsi à « considérer le système biomédical (son discours et ses pratiques) comme n'importe quelle pratique sociale profane ou comme n'importe quel objet exotique sans s'appuyer épistémologiquement parlant sur le paradigme médical » (2001, p. 8). En effet, les médecins évoluent au sein de cultures et sont issus de milieux sociaux qui véhiculent des représentations (des valeurs, des normes, des idéologies et des croyances) et des façons d'appréhender les « autres » (Cuhe 1996). Il s'agit de l'un des principaux apports de l'anthropologie critique des pratiques de soins : universellement, les façons de se soigner comme les façons de soigner sont traversées par des dimensions socioculturelles influençant les pratiques de soins. Ce travail s'inscrit donc dans ce cadre : il a visé à poursuivre l'étude de ces aspects profanes, symboliques des pratiques soignantes (déjà en partie mis à jour chez des professionnels hospitaliers : Vega 2000, Vega et Pouyalet 2010).

Cette approche des professions de santé est loin d'être reconnue dans le milieu médical, du fait de la prévalence d'un modèle dominant de « neutralité scientifique » (Vega 2003, 2007), particulièrement développé en France : les médecins sont supposés avoir des pratiques professionnelles « scientifiques » et des jugements « neutres » (souvent par opposition aux « profanes » placés du côté de l'émotion, de pratiques peu rationnelles et de croyances erronées). Ainsi, de nombreux ouvrages destinés aux étudiants en médecine - même lorsqu'ils cherchent à divulguer les sciences humaines⁵ -, privilégient les rationalisations scientifiques. Ils n'interrogent qu'une partie des facteurs influençant les jugements et participant aux décisions médicales : ils mettent l'accent sur les raisons « objectives » au dépend d'interrogations sur des problématiques sociales et sur l'existence d'interprétation et de jugement normatif en médecine. Autrement dit, l'hétérogénéité absolue entre la vocation théorique et universelle de la science et la perception de médecins - concrète et propre à une subjectivité - tend à être déniée (Froment 2001, p. 179)⁶. Or, de nombreux

⁵ Bagros et de Toffol 1993, Mouillé *et al.* 2007.

⁶ L'ouvrage de ce médecin cardiologue hospitalier a été très controversé car il montrait l'existence dans la profession de dimensions subjectives et de représentations professionnelles idéologiques, nuanciant fortement le modèle du « bon » soignant tourné vers les patients.

facteurs infléchissent et donnent un caractère subjectif à la position « scientifique » médicale : l'objectivité en matière de prescription n'est pas plus automatique que la neutralité du médecin est réelle car ce dernier a des opinions, il fait des choix qui ont leurs racines dans sa propre histoire (Audisio 1988), dans ses perceptions personnelles des risques (Desclaux 2001⁷).

On retrouve ces difficultés à dépasser le paradigme biomédical dans le champ des sciences humaines (Herzlich et Adam 1994). Ainsi, dans une partie des études françaises recensées, les représentations médicales sont peu étudiées⁸, en particulier celles concernant les médicaments, que nous avons donc cherché à mieux cerner. En effet, « d'un point de vue anthropologique, parler des médicaments et de leurs usages, c'est prendre acte de l'existence de rationalités différentes (...) dont les fondements sont en partie sociaux et culturels, et qui ne se réduisent pas à la rationalité médicale » (Fainzang 2007, p. 573). Dans ce sens, cette étude doit beaucoup aux travaux d'anthropologues, comme ceux de la chercheuse québécoise C. Johanne Collin (2003), qui rappelle la centralité et le rôle symbolique du médicament tant du côté des soignés que des soignants⁹.

Cependant, du fait du retard des études anthropologiques sur le médicament¹⁰, nous nous sommes surtout appuyés sur des travaux sociologiques, qui ont présenté un double, voire un triple intérêt. Premièrement, les chercheurs ont réalisé plus précocement et de façon plus systématique des analyses comparatives. A cet égard, les résultats des études de S. Rosman (2009 et 2009/1) nous ont permis de mieux appréhender « l'exception française » par comparaison aux Pays-Bas (où la consommation et les prescriptions sont les plus bas d'Europe¹¹). Cet auteur montre en France des logiques culturelles de « réparation instantanée » *via* le médicament chez les médecins (partagées avec les patients qui recourent plus vite aux médecins généralistes qu'aux Pays Bas). De plus, dans l'Hexagone, le médicament reste l'outil central, et l'ordonnance répond à d'autres fonctionnalités. Elle permet de valider la légitimité professionnelle : c'est la « preuve matérialisée de la capacité du médecin à poser un diagnostic et à « trouver » un traitement » (2009, p. 128).

Des sociologues ont également étudié les causes de (sur)prescriptions inadaptées et de dérives médicamenteuses Outre-Atlantique, en particulier en matière de psychotropes. La plupart ont un regard très critique (Cormack *et al.* 1992, Cohen 1994¹², Cohen et Karensty 1998¹³). Ils insistent davantage sur les inégalités de pouvoir entre soignants et soignés, sur des « dénis » médicaux concernant l'origine et les conséquences de leurs propres prescriptions. Ils se distinguent alors nettement de nombreuses publications françaises qui insistent plutôt sur les « abus » des consommateurs. En effet, « de nombreux travaux se penchant sur les raisons de la surconsommation médicamenteuse en France tendent parfois à occulter les pratiques de sur prescriptions » : elles font plutôt porter « sur les usagers la responsabilité de cette consommation » (Fainzang 2007, p. 570). Selon d'autres auteurs, l'aggravation des dépenses

⁷ A propos à propos du risque de transmission du VIH entre mère-enfant.

⁸ En revanche, les représentations des produits et leurs usages par les patients sont au centre des analyses.

⁹ L'auteur fait référence à des articles parus dans la revue *Social Science and Medicine* (1981, 1988, et 1992).

¹⁰ Tout particulièrement en France (retards explicités dans le premier rapport remis à la Cnamts, qui comprend des notes de lecture sur les principaux auteurs cités dans ce préambule).

¹¹ Il existe « un certain scepticisme » à l'égard du médicament, étudié également par S. Van der Geest (1996).

¹² Auteur d'une remarquable compulsion de 150 articles publiés sur les psychotropes (en Europe, aux Etats-Unis et au Canada), surtout en sociologie. En revanche, rien n'était vraiment dit sur les raisons qui poussaient les médecins français à prescrire de deux à trois plus de ces produits que leurs confrères européens ou américains (Cohen *op.cit.*). Les travaux plus récents que nous avons recensés n'expliquent toujours pas pourquoi les taux de prescriptions de psychotropes en France sont assez proches de ceux de la Belgique et de l'Angleterre (D'après les données OPEPS, 2006).

¹³ Menée par entretiens, dans une perspective de comparaison France-Québec sur les représentations médicales des produits anxiolytiques. Nous nous sommes fondés sur certaines des questions qu'ils avaient posées (*voir annexe 2*).

de santé ne serait même jamais analysée du côté des professionnels de santé dans l'Hexagone (Peneff 2005).

Quoi qu'il en soit, nous avons cherché à prendre le contre-pied des analyses ayant tendance à « déresponsabiliser » les prescripteurs. En effet, des chercheurs reprennent des rhétoriques médicales dominantes, sans critique : faute de recul suffisant, ou d'observations des pratiques (*cf. infra*). Par exemple, ils supposent que les prescriptions médicales sont directement le fait de demandes, de pressions de patients, dont les attentes influencent à leur insu les prescripteurs (Urfalino *et al.* 2001¹⁴, Haxaire *et al.* 2010¹⁵). Or, s'il existe « un jeu d'influence réciproque » entre soignants et soignés, la relation médecin-patient reste « largement fondée sur le déséquilibre des compétences et des responsabilités » (Johanne Collin 2003, p. 129)¹⁶. « La relation entre le médecin et le soigné reste une relation déséquilibrée et asymétrique », qu'il s'agisse de patients en médecine générale, comme de personnes atteintes du Sida (Langlois 2007, p.17) ou du cancer (Ménoret 1999). Dans tous les cas, les patients sont le plus souvent dans l'obligation de collaborer, voire de suivre des parcours de soins et des traitements imposés. D'ailleurs, on observe en France un retard dans la représentation des associations de patients et/ou d'usagers dans les instances de décisions médicales et sanitaires (Herlich et Adam, *op.cit.*, Ménoret 2007, Boissonat 2003).

Dans ce sens, cette étude se distingue également des travaux de chercheurs privilégiant des explications du type « contraintes de l'exercice médical » pour expliquer les prescriptions « hors normes » en médecine générale (Urfalino *et al.*, *op.cit.*, Le Moigne 2009). En effet, nos précédentes recherches montrent que les médecins sont loin d'être dénués de moyens d'action sur l'organisation et le contenu de leur travail (Vega 2003, 2007, Vega *et al.* 2008) : ils font des choix, notamment en termes de profil de patients soignés et de collaborations professionnelles. Le « libéralisme médical » reste d'ailleurs une réalité, critiquée par J. Peneff (maintien de l'autonomie et du monopole par le libre choix du lieu d'installation, des prix, des temps et modes des consultations, des volumes des prescriptions, etc.)

- Le colloque singulier : une notion à revisiter

Notre travail prend le contre pied d'une autre approche, encore dominante en sociologie. Centrée sur la notion du « colloque singulier » (Freidson 1984), elle tend généralement à effacer toutes les interactions ne relevant pas directement de la relation soignant-soigné. Or, concernant les prescriptions des médicaments, les stratégies commerciales des firmes pharmaceutiques influencent directement les ordonnances médicales, ce que les médecins dénie en France comme Outre-Atlantique (Dupuy et Karsenty 1974¹⁷, Cohen et Karensky 1998). Nous avons donc prêté toute notre attention à ces partenaires de travail en médecine, d'autant que la recension de travaux plus récents montrent combien l'augmentation des dépenses de santé s'articule toujours avec le poids de l'industrie pharmaceutique sur les

¹⁴ Sociologue et directeur d'étude à l'EHESS-Paris.

¹⁵ Cette tendance est d'autant plus marquée lorsque les études ont été réalisées par questionnaires interrogeant uniquement les points de vue des soignants, ou conjointement avec des soignants, comme dans cette étude (où la présence d'un tiers non médecin a été jugée problématique). Nous nous sommes néanmoins appuyés sur cette dernière (y compris sur plusieurs textes issue de cette étude, dont certains n'ont pas pu être publiés), intéressante à d'autres égards : par exemple, le contenu des courriers envoyés par les médecins généralistes aux urgences psychiatriques d'un CHU est analysé.

¹⁶ De plus, comme S. Fainzang (2006), l'anthropologue souligne que la distance sociale peut creuser des écarts entre soignants et soignés, d'où des stratégies de limitation des flux d'informations transmises de part et d'autre. Dans ce sens, les relations soignants-soignés s'apparentent à des relations socioculturelles (Lupton 1998).

¹⁷ Bien qu'ancienne, cette étude reste une référence sur le médicament et les firmes pharmaceutiques. Ce n'est sûrement pas un hasard qu'elle soit cependant peu divulguée dans les cursus de sociologie et d'anthropologie de la santé ou de la maladie (Jean-Pierre Dupuy est professeur de philosophie sociale et politique à l'école polytechnique et à l'université de Stanford. Serge Karsenty chargé de recherche CNRS à l'université de Nantes).

prescriptions (Pignarre 2003, Dalgalarondo 2004, Urfalino 2005, Horel *et al.* 2008, Keller 2009). Ce rapport se distingue donc également des travaux qui ne s'attachent pas toujours à « mettre en relief également les pressions exercées par l'industrie pharmaceutique sur les prescripteurs » (Fainzang *op.cit.*, p. 570).

En insistant sur « colloque singulier », des auteurs continuent également à sous estimer d'autres facteurs influençant les processus de décision et de jugement médicaux¹⁸. Or, les médecins généralistes français ont un recours privilégié aux avis des médecins spécialistes (Hemery-Bourgeois 2002, Sarradon et Vega 2004¹⁹, Castel 2005), que nous nous sommes donc efforcés de mieux comprendre. En effet, les « pairs » jouent un rôle central, voire déterminant dans les processus de décisions en médecine (Froment, *op.cit.*). De plus, en France, les médecins échangent peu sur leurs pratiques comme le rappelle Peneff (2005) qui a le mérite de rappeler d'autres tendances répandues, expliquant des prescriptions « hors normes », voire l'échec des réformes de la Sécurité sociale. En effet, la profession médicale reste divisée par blocs de spécialités hiérarchisées (Chauvenet 1972, Jaisson 2002, Hardy Dubernet et Faure 2005, Vega 2007, 2008, Vega 2011). A ces hiérarchies s'ajoutent des concurrences tous azimuts : entre généralistes, entre généralistes et spécialistes, entre secteur privé et public (elles-mêmes souvent liées à des compétitions entre les régions, les départements, les villes). Enfin, la profession médicale reste un « corps politique » encore très protégé (libre choix du lieu d'installation, des prix, des temps et modes des consultations, du volume des prescriptions, etc.), du fait notamment de sa surreprésentation à tous les échelons de la politique²⁰. En conséquence, la carte des installations libérales et hospitalières est superposable à la richesse moyenne par habitant. *In fine*, cet auteur dénonce la faiblesse des études statistiques sur la santé en France. Faute de contrôle, « tout semble se réduire à la somme de petits intérêts catégoriels et au maintien de privilèges de position et de pouvoir » (p. 336).

Ses publications continuent donc à susciter de nombreuses polémiques en France, et des critiques fondées. En effet, les pratiques (de prescriptions) médicales sont toujours en lien avec le contenu des formations des étudiants en médecine. Ainsi, le manque de familiarité du corps médical français avec les conditions de vie et les situations socio-économiques de populations issues des couches populaires - que l'auteur dénonce - s'explique surtout par le manque d'apports en sciences humaines dans les formations médicales. Dans ce sens, la majorité des études recensées soulignent d'autres lacunes : la médecine de « ville » reste peu enseignée, comme la relation soignant-soigné²¹. Nous nous sommes donc attachés à décrire leurs conséquences sur les pratiques de soins, à l'instar des analyses réalisées par l'équipe dirigée par l'anthropologue C. Haxaire (2005).

Notre approche de la profession médicale se situe donc plutôt à mi chemin entre celle dénonçant les abus de pouvoir médicaux (à l'instar d'auteurs comme J. Peneff, mais aussi de l'historien J. Léonard, 1981), et celle qui souligne que ces abus de pouvoir dépassent la

¹⁸ Par exemple, l'omniprésence des médecins spécialistes comme celle des représentants des laboratoires pharmaceutiques dans les consultations en médecine générale est presque totalement absente des contributions de l'ouvrage *Singuliers généralistes* (2009).

¹⁹ Enquête à laquelle nous avons participé et qui nous a permis de réaliser nos premières ethnographies (*cf infra*). Rétrospectivement, cette première étude nous a surtout aidé à nous familiariser avec le travail des praticiens, préalable pour développer des analyses (étude également synthétisée dans les revues *sociologie santé*, 27,3 2007 et la *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 3, 56, juillet 2008).

²⁰ Selon J. Peneff, la préservation de l'image médicale serait assurée en France par l'intervention de puissants syndicats médicaux, par le pouvoir du Conseil de l'Ordre et la présence sur tout le territoire de maires, sénateurs, députés et ministres hommes de l'art.

²¹ Contrairement aux pays Anglo-saxons, où sont également développés les soins de santé primaires (quasiment absents dans l'Hexagone). Autrement dit, les médecins français acquièrent souvent, au sortir des formations, sinon une conception réductionniste de la vie « qui la vide de tout ce qui en fait le prix », au moins peu de savoir être sur la crise existentielle créée par la maladie (A. Froment, *op.cit.*).

plupart des prescripteurs (à l'instar d'auteurs comme l'historien C. Chevandier, 2009, et le sociologue Y. Faure²²). En effet, les pratiques soignantes s'expliquent par des processus de socialisation en facultés. Elles s'inscrivent plus globalement dans une histoire, une culture nationale, dont l'organisation de chaque système de santé est le reflet. Autrement dit, les séries de retards hexagonaux - des réflexions quant à l'organisation de la santé, de la recherche en sciences humaines sur les pratiques (de prescription) médicales, de l'enseignement de ces sciences en facultés et de la recherche en médecine générale - nous semblent être autant de « symptômes » (les résultats, les conséquences) de tendances culturelles dominantes en France, que ce rapport s'est attaché à mieux décrire.

Cependant, les facteurs culturels n'expliquent pas toutes les pratiques de soins : elles sont traversées par de logiques politico-commerciales, plus ou moins contrôlées par les pouvoirs publics (Pignarre *op.cit*). Sous cet angle, il nous semble vain de faire reposer uniquement la responsabilité de dérives financières sur « les pressions des lobbies privés », ou sur des catégories de soignants en particulier : les responsabilités sont le plus souvent partagées²³. Autrement dit, ce rapport s'attache également à nuancer des analyses distinguant ou opposant systématiquement les médecins généralistes aux spécialistes ou les médecins salariés aux libéraux. En effet, ces oppositions n'ont pas ou peu de correspondances sur le « terrain » : elles sont souvent le reflet de catégories administratives (Vega 2007), et d'antagonismes, de désirs de distinction des professionnels (Aïch et Fassin, 1994)²⁴. De plus, faute de regard global sur les pratiques soignantes, des auteurs surspécifient les résultats de leurs recherches, alors qu'il existe des apprentissages et des difficultés partagées entre les différents professionnels (comme le montre par exemple la sociologue F. Bouchayer, 2009). Enfin, en travaillant sur un seul produit (généralement sur les prescriptions de médicaments psychotropes en médecine générale), des auteurs décrivent des logiques qui peuvent être en fait généralisées à d'autres produits. C'est aussi ce à quoi cette étude s'est attachée : ses résultats permettent de généraliser ceux d'autres études portant sur des médicaments spécifiques.

- Des médecins plus ou moins prescripteurs de médicaments : hypothèses de travail

Il existe un continuum dans les pratiques soignantes, mais aussi des disparités importantes au sein du corps médical (notamment en termes de revenus²⁵), en partie étudiées lors de nos précédentes recherches précitées. Ceci a motivé notre choix de mettre à jour et de mieux expliciter des « profils » de médecins plus ou moins prescripteurs de médicaments, en prêtant toute notre attention aux produits psychotropes. En effet, en France comme Outre Atlantique, les médecins généralistes les plus prescripteurs de ces produits sont également les plus prescripteurs d'autres médicaments en général (Cohen 1994).

Il s'agissait de pallier trois dernières tendances observées dans les publications recensées en France. En effet, des auteurs appréhendent « le médecin » (généraliste) sans distinction, de façon trop abstraite et trop homogène. Inversement, la variabilité des pratiques médicales, l'individualisation des prescriptions est constatée, en particulier en médecine générale. Mais

²² Groupe de recherche sur la socialisation, CNRS, Lyon-2, ENS-LSH.

²³ Par exemple, les travaux récents sur les prescriptions de produits psychotropes montrent que les médecins généralistes prescrivent ces médicaments, mais qu'ils n'en sont pas toujours les initiateurs. Il existe des sur prescription de ces produits, y compris chez des médecins psychiatres appartenant à des courants « biologistes » et collaborant avec les firmes (*voir chapitre 1*).

²⁴ Par exemple, les revendications communes de « proximité » avec les patients. Or, les idéologies professionnelles, voire les images « d'Epinal » des professions sont également à déconstruire (Vega 2011).

²⁵ Selon J. Peneff (*op.cit*), il existe des écarts de revenus de 1 à 7 entre les médecins généralistes, qui sont plus importants encore chez les spécialistes « dominants », et des fourchettes de salaires tout aussi contrastées chez les médecins salariés.

elles sont peu explicitées (ex. « fortes fluctuations des manières de travailler », « flous du métier »²⁶), ou uniquement rapportée à des facteurs individuels, « subjectifs » (opposés aux évolutions scientifiques et aux tentatives de rationalisation des connaissances en médecine). Dans ce sens, nous avons posé une première hypothèse de travail : les jugements et décisions médicales ne se résumaient ni à de simples différences individuelles, ni aux seuls effets d'interaction entre un soignant et un soigné. En effet, il s'agissait de visions restreintes de l'exercice soignant, renvoyant plutôt à des discours leitmotifs de médecins (notamment²⁷) valorisant leur autonomie dans les soins et généralement peu conscients de leurs propres bagages socioculturels. Au contraire, les pratiques (de prescription) étaient influencées par de nombreuses variables socioculturelles - nationales, professionnelles, individuelles - qu'il convenait de mieux mettre à jour, en tenant compte des travaux déjà réalisés sur les liens existants entre les caractéristiques sociales des prescripteurs et leurs traditions religieuses (Fainzang 2001/1, Rosman 2009). Autrement dit, nous voulions résister à la tentation de tout rapporter à l'individualisation des soins, car « ce n'est (...) pas parce que la vie humaine apparaît plus personnelle aujourd'hui qu'elle est pour autant moins sociale, moins politique, moins institutionnelle » (Ehrenberg 2006).

Nous avons voulu également combler un manque dans les études recensées. En effet, des typologies et des « idéaux types » médicaux avaient déjà été mis à jour par des sociologues (comme G. Bloy 2008), mais sans établir de lien avec les niveaux de prescriptions de médicaments. Ce sont ces liens entre des « profils », des orientations dans les soins et leurs conséquences dans les pratiques de prescriptions que cette étude s'est donc attachée à compléter²⁸, grâce à une analyse approfondie du travail de praticiens (*cf infra*).

En nous appuyant sur nos précédentes observations (Vega 2007, Lustman et Vega 2007), nous avons déjà posé une hypothèse secondaire : les « gros » prescripteurs de médicament en médecine générale, *a priori* des « techniciens » (Membrado 1993), transposaient des pratiques hospitalières, peu adaptées aux profils de leurs patients en « ville » (atteints d'affections chroniques, bénignes ou débutantes d'une extrême diversité, sans supports lésionnels et fréquemment liées à leurs conditions de vie).

Cependant, après le recensement de la littérature, une interrogation plus précise a émergé. Dans un contexte culturel favorable au « réflexe » médicament-ordonnance, comment et pourquoi des médecins étaient-ils (devenus) « malgré tout » peu prescripteurs de médicaments ? A ce sujet, les analyses du sociologue N. Dodier sur les différents profils de praticiens en médecine du travail (1993) nous ont guidé²⁹. En effet, l'auteur distingue les médecins selon leur écoute, leurs visions de la personne et des compétences du patient. Les médecins qui privilégient plutôt des symptômes cliniques observés (considérés comme « objectifs ») s'opposent à ceux qui s'appuient plutôt sur ce que dit le patient. De même, les enquêtés partagent plus ou moins leurs décisions (leurs responsabilités) avec ce dernier : ils font du patient un sujet plutôt passif, ou estiment ne pas pouvoir décider à sa place ou en lui laissant le choix.

Ces céures entre praticiens ont fait écho à d'autres études recensées dans les pays anglo-saxons³⁰ et à des pratiques déjà observées sur le terrain (*cf infra*). En effet, des médecins

²⁶ Bloy 2009 dans *Singuliers généralistes*.

²⁷ Ce type d'approche est également privilégié par des économistes, des gestionnaires et des ingénieurs en statistique publique.

²⁸ Plus précisément, nous nous étions donné comme objectif d' « étudier les ressorts des processus complexes des jugements et des décisions médicales, et en particulier les soubassements des variations quant aux choix médicamenteux ».

²⁹ Cet auteur soulignant aussi les limites de la notion d'expertise médicale (voir 1^{er} rapport remis à la Cnamts).

³⁰ Où par exemple, des soignants considèrent « comme rationnels les seuls comportements qui correspondent à leur interprétation de la réalité » (Thorne 1990, résumée par Cohen 1994, p.85) et non le point de vue des patients, jugés comme sachant et responsables (Froment *op.cit*).

généralistes enquêtés se posaient comme des « experts », voire comme des « juges » : ils se considéraient comme les seuls acteurs légitimes à juger ce qui était « bien » pour leurs patients, et s'appuyaient sur des paramètres biologiques. Par opposition, leurs confrères laissaient au patient son libre arbitre, ou cherchaient plutôt à comprendre ce qui était important pour ce dernier.

Il restait à mieux comprendre pourquoi (cette question étant également absente dans les études recensées), puis à voir dans quelle mesure ces degrés de reconnaissance des capacités des usagers avaient des répercussions en terme de niveaux de prescriptions. Toujours au regard de nos précédent travaux, nous nous sommes alors interrogés sur l'incidence des parcours professionnels. En effet, il nous semblait que des médecins déjà rencontrés et les plus « écoutants » - donc *a priori* peu prescripteurs de médicaments -, avaient bénéficié d'expériences professionnelles plus diversifiées que d'autres enquêtés plus « techniciens » (ils avaient exercé en milieu rural, aux urgences, en hôpitaux psychiatriques, en prison, dans le Tiers-monde, etc.). Si rétrospectivement, les explications qui suivaient cette hypothèse nous semblent désormais peu claires³¹, elle avait l'intérêt de soulever une question qui s'est avérée centrale : celle du regard posé sur les patients et de ses incidences dans les prescriptions, en lien avec des socialisations secondaires auprès de ces derniers.

B. L'apport des ethnographies du travail

Afin de mieux cerner les constantes et les différences de pratiques entre les soignants (les variations quant aux prescriptions de médicaments), nous sommes repartis des pratiques effectives (observées), en privilégiant l'analyse de la façon dont ils partageaient leurs responsabilités. Cette « entrée » nous avait semblé d'emblée pertinente. En effet, la question de la responsabilité est au cœur des discours des soignants et des pouvoirs publics : elle est en passe de devenir de plus en plus problématique dans un double contexte d'augmentation des dépenses de santé et de complexification du travail médical (extension du champ des interventions, nouveaux contrôles des activités par les pouvoirs publics, partage problématique des décisions avec les usagers, responsabilités diagnostiques et questions éthiques accrues particulièrement en fin de vie, augmentation du nombre de médicaments sur le marché). Or, tandis que les responsabilités des praticiens augmentent, leurs limites individuelles et celles de la biomédecine restent peu interrogées dans les facultés françaises³². De plus, cette « entrée » nous a semblé particulièrement justifiée pour étudier le travail médical. En effet, comme l'expriment de nombreux médecins, « *notre métier de base, c'est la décision* ». La prise de responsabilité est au fondement de l'identité médicale (Benaroyo 2006³³), c'est un motif récurrent de plaintes et de fierté (Vega 2007, 2008). Plus précisément, selon toutes les études menées par observations (comme celle de N. Dodier, *op.cit*), le passage de « repères »³⁴ à des symptômes implique une prise de responsabilité pour le médecin. Cette dernière est synonyme de pouvoir, mais oblige aussi le médecin « à prendre sur lui », à juger en son « âme et conscience ». En outre, le médecin est ensuite confronté au jugement du

³¹ Comme dans toutes les enquêtes qualitatives, les hypothèses de travail ont évolué au fur et mesure du recueil des données et du travail d'écriture de ce rapport (Paille et Mucchielli 2005).

³² La médecine française reste fondée sur des aspects curatifs, d'où un retard important en matière d'éducation, de prévention et de santé publique.

³³ Professeur d'éthique et philosophie médicale à la Faculté de Biologie et de Médecine de l'Université de Lausanne.

³⁴ Face au patient, le médecin navigue en fonction de « repères » tant objectifs que subjectifs, impliquant des processus complexes de jugement. Ainsi, au cours d'une première phase exploratoire, il interprète ce que dit le patient, en classant ce qui est de l'ordre de la médecine, de ses compétences et de son rôle, ou en dehors. De plus, son jugement se fonde aussi sur sa perception du patient (et/ou sur celle d'autres professionnels susceptibles de le prendre en charge).

patient : il est alors conduit à « assumer » les conséquences de ses actes (en termes de diagnostics et de traitements). Or, ces jugements, comme l'obligation ou la nécessité morale de remplir des engagements sont très variables dans les soins, comme nous l'avons déjà observé auprès de médecins généralistes (ex. « *je ne suis pas responsable de la misère humaine* », « *on est quand même responsables des patients* », « *je n'arrivais même pas à partir en vacances tellement je me sentais responsable* », etc.). La question de la responsabilité dans les activités quotidiennes est d'ailleurs au centre des nouvelles théories du « care » (2010³⁵).

Les résultats de cette étude sont donc en lien direct avec l'attention que nous avons portée à cette notion, mais aussi avec la méthode que nous avons choisie. Cette dernière a la particularité de combiner une approche plutôt sociologique (comparaisons en vue de mise à jour de groupes, de typologies) à une approche « globale » du travail en médecine générale (fondée sur les observations, une démarche plus « empirique » de tradition plutôt anthropologique).

- Les pré-requis d'une approche comparative

Ce rapport est l'aboutissement de plusieurs années d'enquêtes qualitatives. En effet, il s'agissait d'avoir suffisamment de matériel pour pouvoir prétendre distinguer les facteurs de sur prescription généraux (communs à tous les enquêtés) des facteurs spécifiques à certains (sous) groupes d'enquêtés. Dans ce sens, nous avons cherché à compléter notre précédent corpus (Vega 2003, 2007, 2008, Vega *et al.* 2008³⁶) : à avoir des médecins d'âge, de genre, mais aussi de lieux et de secteurs d'exercice variés³⁷. L'intérêt de cette étude est d'avoir suivi des médecins travaillant en centres de santé (salariés), à notre connaissance jamais investigués. Ce choix était pertinent au regard des dernières évolutions de la médecine générale : entre 1995 et 2005, le nombre des médecins généralistes a augmenté surtout dans le secteur salarié hospitaliers (+ 29%) et non hospitalier (+ 19, 6%)³⁸.

Au total, nous nous sommes appuyés sur une trentaine d'interviews approfondis ; une vingtaine de praticiens sont devenus des enquêtés privilégiés et une dizaine de médecins généralistes ont été suivis dans leur travail (de 3 jours à plus d'une semaine). En effet, une réalité ou une situation donnée n'a pas besoin d'être représentative pour être pertinente d'un point de vue anthropologique : quelques cas individuels, mais très approfondis (abordés dans toute leur complexité), peuvent apporter autant d'informations sur des processus que des cas multiples, moins fouillés (Fainzang 1994). Dans ce sens, les entretiens comme les consultations ont été enregistrés et intégralement retranscrits. Ce dispositif – qu'un seul enquêté a refusé de suivre – était nécessaire pour pouvoir étudier les pratiques de prescription sans risquer des erreurs dans le recueil et l'interprétation des données. Pour palier nos lacunes en matière de connaissances médicales et pharmacologiques, nous avons utilisé le concours de plusieurs médecins généralistes. Afin de laisser resurgir le point de vue de enquêtés, nous les avons laissé commenter librement leurs pratiques. Nous n'avons pas enregistré les visites à domicile et d'autres moments du suivi : soit parce que cela pouvait perturber le travail, soit parce qu'il s'agissait d'échanges informels (notamment pendant les pauses de travail) ou de « confidences » faites à l'enquêteur. Dans tous les cas, nous avons reconduit l'ensemble des

³⁵ Par opposition à des conceptions normatives de la morale jugées trop théoriques et abstraites.

³⁶ 10 monographies de cabinets de médecine générale avaient déjà été réalisées d'octobre 2002 à avril 2004 (en région PACA), soit 619 consultations et 148 visites à domicile observées.

³⁷ Nous manquons en particulier des (jeunes) femmes travaillant en milieu urbain, libérales ou salariées.

³⁸ D'après les données de l'ONDPS (observatoire national de la démographie des professionnels de santé), « La médecine générale », 2008.

dispositifs méthodologiques utilisés dans le cadre de notre première bourse post doctorale³⁹, c'est-à-dire veillé à respecter les désirs des enquêtés comme de leurs patients⁴⁰.

Notre travail comparatif a été réalisé par croisements (au moyen d'analyses verticales, horizontales et transversales des données) à différents niveaux : entre médecins généralistes et spécialistes⁴¹, et surtout entre les médecins généralistes enquêtés pour cette étude, en lien avec d'autres médecins précédemment interviewés ou suivis dans leur travail. Certains de ces enquêtés ont été recontactés pour prendre en compte des changements dans leurs pratiques et réactualiser leurs relevés professionnels d'activités. Les « nouveaux » médecins uniquement interviewés⁴² nous ont communiqué leurs relevés d'activité (ou une partie), comme l'ensemble des médecins suivis travaillant en libéral (ce support nous a permis de consolider nos observations, avec l'aide de représentants de la Cnamts). Parmi eux, des enquêtés ont été interviewés à plusieurs reprises, en particulier des « petits » prescripteurs (au centre de ce travail), mais aussi des médecins « récalcitrants » à être suivis. En effet, nous avons également cherché à travailler auprès de praticiens *a priori* peu partants pour être observés (pour ce faire, nous sommes passés par des réseaux d'interconnaissance⁴³). L'objectif était d'avoir accès à l'ensemble des pratiques soignantes, même *a priori* hors des « bonnes » normes, afin de ne pas « fausser » notre travail d'analyse comparative. Dans ce sens, nous avons évité d'enquêter des médecins travaillant à l'hôpital ou appartenant à des réseaux (ville/hôpital, ou formalisés). En effet, au regard des études recensées (en particulier dans l'ouvrage *Singuliers généralistes, op.cit*), leur profil et leurs caractéristiques restent très peu représentés en France (savoirs réactualisés, posture réflexive sur leurs pratiques et/ou regard critique sur le système de santé). De plus, ces médecins – *a priori* ou réellement petits à très petits prescripteurs - semblent avoir été souvent investigués par des chercheurs en sciences humaines, du moins en France (Bloy 2008, Bungener *et al.* 2009, Haxaire *et al.* 2010). Dans ce sens, les résultats de cette étude et de ces travaux sont complémentaires.

En vue d'homogénéiser les données, le suivi des « nouveaux » enquêtés s'est déroulé durant les mêmes périodes que lors de nos 1^{ères} observations (de septembre à novembre). De même, les médecins généralistes ont été interrogés à partir d'une grille d'entretien proche de celle utilisée lors de nos précédentes études⁴⁴). Enfin, la majorité des praticiens suivis ont des profils de patients communs : ces derniers appartiennent plutôt à des classes sociales moyennes et défavorisées. Nous avons tout particulièrement prêté attention aux discours tenus sur ces derniers. En effet, en parlant des soignés, les professionnels parlent beaucoup d'eux-mêmes : de leurs jugements et de leurs manières de définir leur responsabilité et celle

³⁹ Bourse de la fondation Fyssen.

⁴⁰ Procédures et lettres types présentées dans le rapport n°2 remis à la Cnamts.

⁴¹ Au regard des pratiques observées, quatre spécialités ont été finalement privilégiées : la cancérologie, les urgences, la gériatrie et la gynécologie.

⁴² Pour différentes raisons : ils nous ont plutôt servis d'informateurs privilégiés (de « consultants » : Olivier de Sardan 1995) ; ils nous ont mis en contact avec d'autres médecins ; l'un d'entre eux s'est rétracté après nous avoir proposé de le suivre dans son travail (suite à un avis défavorable du Conseil de l'Ordre local).

⁴³ Cette stratégie est répandue dans les enquêtes en sciences humaines (Sarradon et Vega 2004, Vega 2011). Par exemple, trois médecins salariés ont finalement accepté d'être suivis parce que nous avons déjà travaillé avec l'un de leur confrère lors d'une enquête précédente. Un médecin libéral a accepté d'être suivi car indirectement proche familial.

⁴⁴ En plus de questions relatives aux parcours, aux relations professionnelles et avec les patients, nous avons approfondis des questions ouvertes relatives au partage des responsabilités et aux choix des médicaments les plus prescrits (à ce sujet, les médecins ont été interrogés à partir d'une ébauche de classification des produits psychotropes, présentée dans le rapport n°2). Les grilles d'entretien et d'observation s'articulent sur trois axes : les rapports aux patients, les rapports aux autres professionnels (en particulier avec les médecins spécialistes) et les rapports à l'ordonnance (voir annexe n°2).

d'autrui, et de leurs propres limites (professionnelles et individuelles)⁴⁵. En conséquence, nous n'avons pas étudié les pratiques de médecins généralistes travaillant essentiellement auprès de populations favorisées, aisées (issues de catégories sociales supérieures).

Il existe d'autres limites à cette étude : nous n'avons pas pu suivre de médecins ruraux travaillant dans des zones désertifiées (alors qu'ils peuvent appartenir à des groupes de médecins peu prescripteurs⁴⁶). De même, nous avons peu d'enquêtés de tradition protestante, aucun médecin de traditions juive et musulmane (la plupart des enquêtés sont catholiques⁴⁷).

- L'intérêt d'une approche globale du travail

Le médicament est un thème d'étude « très exigeant » (Desclaux et Lévy 2003), car en lien avec des facteurs économiques, le système thérapeutique, l'organisation sanitaire de chaque pays et les individus qui les composent. Autrement dit, une approche de terrain et globale nous a semblé pertinente afin d'étudier ces multiples strates socioculturelles.

Nous avons ainsi privilégié les observations de consultation et de visite à domicile sans les restreindre à l'étude des prescriptions de produits (psychotropes) : c'est l'ensemble de l'exercice quotidien qui a été interrogé. En effet, dans les études qualitatives - et *a fortiori* en anthropologie -, il s'agit d'embrasser un champ sans le découper préalablement : de découvrir au fur à mesure de l'enquête les questions que l'on va se poser (Paille *et al.* 2005). Pour ce faire, l'enquêteur est au plus près des enquêtés, ce qui est intéressant à plusieurs égards. Premièrement, cette position permet de ne pas s'en tenir uniquement aux discours de ces derniers, ce qui présente un avantage par rapport aux études menées uniquement par entretien. Ainsi, nous avons pu étudier ce qui était réellement dit et proposé aux patients et les effets d'interactions avec ces derniers. De plus, cette position de « l'intérieur » permet à l'ethnographe de mieux appréhender les pratiques effectives et l'ensemble des facettes du travail qu'il prétend étudier : d'observer de façon concrète la manière dont les enquêtés vivent et rendent leur travail « vivable », notamment en suivant les moments de « hors travail » tels que les pauses⁴⁸. Dans ce sens, les enquêtés ont été suivis dans leur travail pendant plusieurs jours consécutifs, et certains nous ont hébergé à leur domicile⁴⁹. Ceci nous a permis de mieux comprendre les effets de lassitude, les conséquences sur l'ordonnance de consultations particulièrement déstabilisantes, mais aussi les incidences d'intrication entre les sphères privées et professionnels sur le travail⁵⁰. Ce positionnement a permis également d'assister à l'ensemble des échanges formels ou informels (ex. appels téléphoniques, lecture orale de courriers de spécialistes à des patients, réunions entre médecins au sein de cabinets de groupe), et en particulier d'être présente lors de visites de représentants de laboratoires pharmaceutiques. Troisièmement, ce type d'approche permet généralement de mieux cerner des discours et des pratiques complexes, difficiles à appréhender dans les enquêtes menées par questionnaire, ou par entretien : d'étudier des processus en partie inconscients,

⁴⁵ Dans ce sens, ils renseignent souvent directement sur les désirs et les appréhensions médicales : ils sont le reflet de difficultés et de positionnements socioculturels (Vega 2000, Vega *et al.* 2010).

⁴⁶ Dès lors qu'ils sont souvent des « omnipraticiens », qu'ils travaillent avec des proches des soignés et en partenariat avec des infirmières libérales notamment (voir chapitre 3). Dans ce sens, l'étude de C. Haxaire (2010) porte sur des praticiens ruraux, mais aussi sur des soignants exerçant dans des quartiers urbains difficiles, exercice que nous avons privilégié (voir annexe n°3). En effet, depuis l'étude marquante de P. Dupuy et S. Karsenty réalisée au début des années 70, les thérapeutiques d'attente et l'appel aux défenses naturelles des patients ne sont plus valorisés uniquement par les médecins ruraux ou par les praticiens ayant déjà une certaine notoriété.

⁴⁷ Dans ce sens, des comparaisons entre les niveaux et les contenus des ordonnances de médecins (généralistes) français et espagnols, italiens seraient encore à faire.

⁴⁸ Essentielles, voire « vitales » dans les professions de soins (Vega 2001).

⁴⁹ Notamment parce qu'ils habitaient ou exerçaient dans des villages ou de petites villes en province.

⁵⁰ Il s'agit de difficultés récurrentes dans toutes les professions de santé (Vega 2007/1).

intériorisés, ou habituellement cachés (Schwartz 1990) car jugés secondaires, évidents, ou gênants par les enquêtés⁵¹. Dans ce sens, nos observations ne se sont pas restreintes à l'étude du travail en cabinet : nous avons suivis ou participé à des formations médicales (initiales et continues⁵²) et à des congrès professionnels⁵³. En effet, ce sont des lieux d'échanges entre soi où la parole est libre (comme lors de réunions locales). De plus, des études peu communiquées en dehors du milieu médical y sont souvent présentées. Enfin, nous avons pu y rencontrer des médecins issus d'autres cultures médicales, ce qui nous permis de mieux comprendre les spécificités françaises.

En revanche, ce type d'approche a au moins trois « contreparties » inévitables. L'enquêteur doit « gagner » la confiance des enquêtés : garantir l'anonymat, demander l'accord d'autres acteurs concernés par l'enquête, et veiller à ne jamais perturber le travail. A ce sujet, nous n'avons pas mentionné être financé par la Cnamts pour éviter de susciter des méfiances inutiles, puisque cette étude s'est réalisée en toute indépendance. Nous nous sommes donc présentés aux médecins en qualité de chercheur travaillant dans un laboratoire de recherche spécialisé sur la médecine, intéressés par le travail quotidien en médecine générale (les rapports aux patients, aux autres professionnels, aux médicaments), et en particulier par les comparaisons du travail en secteur salarié et libéral. L'enquêteur doit ensuite faire preuve de souplesse dans la méthode de recueil des données (Abéles 1995, Olivier de Sardan 1995). Ainsi, nous nous sommes soumis aux conditions des enquêtés (ex. ne pas enregistrer, sortir de certaines consultations) tout en adoptant une posture « discrète » afin de nous « faire oublier »⁵⁴.

L'enquêteur doit enfin pouvoir analyser un matériel très abondant⁵⁵, ce qui complexifie les montées en généralisation (ceci explique également pourquoi le nombre d'enquêtés doit rester limité). Le travail d'analyse doit donc être particulièrement rigoureux (Paille *et al. op.cit*). Il s'agit de procéder par « triangulation » : d'interroger alternativement le regard de l'enquêteur, le point de vue des enquêtés et celui d'autres chercheurs (l'état de la question⁵⁶). Autrement dit, les analyses se construisent progressivement grâce à un va et vient entre la « description » (la proximité, l'implication avec les enquêtés) et un exercice de pensée critique (Fassin 2009/1).

- Présentation du plan du rapport

Ainsi, chronologiquement, nous nous sommes d'abord intéressés aux motivations des médecins généralistes à prescrire des médicaments psychotropes, à partir d'une recension de la littérature (inter)nationale en sciences humaines⁵⁷ (*rapport n°1*). En effet, ce sujet a été

⁵¹ Ce qui explique que les résultats de ce type d'enquête soient souvent difficiles à restituer, car ils dévoilent souvent ce qui doit rester caché (ex. limites de l'idéal du service au client, pratiques de défense professionnelle, antagonismes au sein de groupes présentés comme neutres et homogènes).

⁵² Dans le cadre de séminaires de recherche dédiés aux médecins (*voir annexe n°1*).

⁵³ Notamment au 49^{ème} congrès national des centres de santé (2009, Paris) et au 4^{ème} congrès de la médecine générale (2010, Nice).

⁵⁴ Nous ne sommes pas intervenus dans les interactions (observation non participante). Au bout de quelques jours, les médecins ont généralement oublié de nous présenter aux patients.

⁵⁵ A titre d'illustration, les 10 monographies de cabinets de médecine générale (réalisées à partir de 2002 en région PACA) représentaient déjà un total de 619 consultations et de 148 visites à domicile observées (Sarradon *et al. op.cit*).

⁵⁶ A ce sujet, notre approche a été aussi globale et comparative de ce travail : nous avons comparé les résultats avec des travaux émanant tant d'anthropologues que de sociologues (qualitatifs et quantitatifs), et travaillant dans différents organismes et/pays. En effet, la recherche en sciences humaines n'échappe pas à des « cloisonnements » favorables à l'éparpillement des résultats des études.

⁵⁷ Cette revue de la littérature a porté sur trois items : les médicaments (psychotropes), les firmes pharmaceutiques et la médecine générale.

particulièrement étudié chez les médecins généralistes, devenus de loin les principaux prescripteurs (en dehors des produits neuroleptiques). Nos premières études de cas - fondées sur une pré analyse des observations de consultations - ont permis de souligner l'existence de motivations similaires à prescrire ces produits et d'autres médicaments courants en médecine générale (*rapport n°2*). La comparaison de ces premiers résultats avec l'ensemble du matériel recueilli auprès d'autres enquêtés observés et/ou interviewés⁵⁸ a permis ensuite d'identifier au moins trois groupes de médecins plus ou moins prescripteurs (*rapport n°3*). Ce rapport final est l'aboutissement de cette démarche comparative et compréhensive : nous y interrogeons l'ensemble des résultats de nos ethnographies au regard de la littérature portant sur les pratiques médicales.

Il s'agit de répondre successivement aux questions suivantes :

- quels sont les principaux facteurs de surprescription du médicament ou de prescriptions mal adaptées chez les médecins généralistes enquêtés, réputés être les « pivots » du système de santé en France ? (Quelles sont les spécificités de l'exercice de la médecine générale et les difficultés liées à cet exercice ?). (*1^{ère} partie*).
- Quels sont les liens existant entre les niveaux de prescription des enquêtés et leurs profils socioculturels (âge, genre, tradition religieuse, lieu et secteur d'exercice, types de patientèle recrutée). (*2^{ème} partie*).
- Enfin, comment et pourquoi devient-on un « petit », un « moyen » ou un « gros » prescripteur de médicament ? (Qu'est-ce qui distinguent les enquêtés ? Quelles sont leurs différents usages des produits ?). (*3^{ème} partie*).

Autrement dit, nous partons des résultats les plus généraux de cette étude pour finir sur des résultats plus détaillés. Compte-tenu de leur richesse, le lecteur trouvera régulièrement dans ce rapport des synthèses (*résumé-transition, conclusion*), et des encadrés permettant au contraire d'approfondir des points précis, de présenter des extraits d'entretien et/ou d'observation longs (*encadré*). Nous présentons également, à la fin de la conclusion de ce rapport, quelques pistes de travail dont pourraient peut-être s'inspirer la Cnamts.

⁵⁸ Voir la méthodologie ci-dessous.

Première partie

Des psychotropes aux autres médicaments : des médecins français plutôt initiateurs des traitements

Cette première partie présente les principaux facteurs favorables à des surcoûts dans les ordonnances en France, ce dont la plupart des médecins généralistes enquêtés ont peu conscience. En effet, le « réflexe » ordonnance⁵⁹ est le plus souvent intériorisé : il est induit par des strates culturelles que l'on retrouve dans les formations initiales des médecins, sur lesquelles jouent les représentants des laboratoires pharmaceutiques. Dans ce sens, les médecins généralistes sont loin d'être les seuls responsables d'abus de prescription médicamenteuse. Cependant, l'analyse de leur pratique permet également de déconstruire les arguments médicaux faisant uniquement peser sur les patients la responsabilité de surcoûts dans les ordonnances.

Chapitre 1. Le rapport à l'ordonnance : les conséquences de représentations positives des médicaments

Cette étude montre l'existence d'au moins trois tendances culturelles expliquant le recours privilégié aux médicaments par les médecins français. A cet égard, les résultats des recherches portant sur les usages des produits psychotropes ont une valeur heuristique (les motivations à prescrire ces médicaments sont généralisables à l'ensemble des médicaments prescrits en médecine générale). En particulier, « l'ordonnance et la consommation des médicaments psychotropes demeurent à l'image de l'engouement suscité en France par le médicament en général » (Le Moigne *op.cit*, p. 259⁶⁰). La plupart des médecins enquêtés ont en effet des visions positives, à très positives des produits : ces derniers sont considérés comme « efficaces » et bénéfiques (ex. « ça ne peut faire que du bien »). Ces représentations ont des conséquences paradoxales dans les pratiques observées.

A. La mise à l'écart des effets iatrogènes des produits

Au regard des résultats de cette étude, il existe un premier facteur déterminant des pratiques de surprescription ou des prescriptions mal adaptées en France : la sous estimation des effets négatifs de produits (psychotropes) prescrits.

- L'imposition de traitement : une tendance dominante en médecine

Cette étude soulève un problème majeur de prise en charge et un premier paradoxe culturel. Les ethnographies montrent que les patients ont de nombreuses demandes en médecine générale suite à des problèmes liés aux médicaments prescrits par les médecins généralistes comme par des spécialistes. Les médecins généralistes français sont chargés implicitement du suivi des traitements initiés par des hospitaliers et des spécialistes de « ville » (leur rôle

⁵⁹ En moyenne, 8 consultations sur 10 se terminent par une ordonnance (Rosman 2009). De même, selon des approches quantitatives, 80% des consultations et des visites de médecins généralistes libéraux donnaient lieu à la prescription d'au moins 1 médicament en 2002 (Amar et Pereira 2005).

⁶⁰ Ce chercheur (CESAMES, université Paris 5 René Descartes) se fonde notamment sur l'étude réalisée à partir des données de la CPAM de Rouen, doublée d'interviews réalisées auprès de généralistes et d'usagers.

implicite est de « gérer » les effets des traitements spécialisés, notamment anti cancéreux⁶¹). Pourtant, les traitements (psychotropes) sont souvent imposés et/ou renouvelés, en dépit d'effets iatrogènes parfois importants éprouvés par des patients.

- En effet, la plupart des médecins (généralistes) sont convaincus des progrès continus de la biomédecine et de ses thérapeutiques⁶². Ces croyances sont en lien avec des valeurs positivistes, particulièrement affirmées en France, et au sein du corps médical. Plus précisément, les représentations des médicaments incluent leurs effets secondaires (ex. « *ça fait partie des traitements, ça peut arriver* », « *c'est normal* »). Ces derniers sont même parfois un signe de réussite du traitement (ex. « *Le bon médicament, c'est celui qui provoque des effets secondaires : il agit* »⁶³). A ce sujet, le principe d'action *via* la prescription médicamenteuse est souvent jugé préférable au fait de « *ne rien faire* » : l'absence de traitement est au contraire associée à des notions de risque et de perte (ex. « *c'est dommage, ils s'exposent à des risques importants* », « *les gens ont une moins bonne qualité de vie* », « *ça fait des années de vie en moins* »).

- La culture médicale est également fondée sur une hiérarchisation des risques. Ainsi, les effets « secondaires » portent bien leur nom : ils sont peu reconnus car ils n'entraînent pas de risques « vitaux », engageant la responsabilité du médecin. Aussi, tous les médecins de cette étude minimisent les effets secondaires (sans conséquences importantes) rapportés par leurs patients (ex. « *C'est pas grave* », « *c'est secondaire* », « *c'est fréquent* », « *c'est un peu l'inconvénient du traitement* », « *ce sont de petits troubles* » « *gênants* », « *il y a pire* »⁶⁴), même si certains en sont conscients. Les praticiens changent d'autant plus rarement de prescription qu'ils sont pour la plupart persuadés que les effets secondaires finissent par disparaître. Les effets secondaires sont de l'ordre de l'artefact par opposition à la notion d'effet indésirable - considéré comme plus complexe à gérer et plus dangereux - reste la référence, en lien avec la présentation des médicaments dans le Vidal, même si les enquêtés ont eu des difficultés à expliquer cette notion⁶⁵.

- Plus généralement, les médecins sont peu poussés à écouter les doléances des patients concernant l'ensemble des effets négatifs des médicaments. En effet, en France, l'écoute des plaintes des patients est plutôt pensée comme contrainte nécessaire à l'exercice médical (Haxaire *et al.* 2010) : elle revêt souvent un aspect contraignant, voire pesant, exprimé par les enquêtés de cette étude comme par d'autres généralistes interviewés⁶⁶. Il s'agit d'un facteur déterminant dans les surprescriptions en France (sur lequel nous reviendrons, voir chapitre 2). De plus, en médecine générale comme dans d'autres spécialités, il existe des suspicions, voire

⁶¹ En effet, en milieu hospitalier, il s'agit habituellement de traiter des effets secondaires « immédiats » et/ou graves en terme de pronostic, et beaucoup moins de prendre en compte les symptômes à plus long terme, d'où de fréquentes consultations auprès des médecins traitants « en cas d'effets secondaires délétères » (Bungener *et al.* 2009, p. 195).

⁶² Un optimisme thérapeutique, malgré la panne des innovations médicamenteuses (études résumées et référencées dans le premier rapport de cette étude), voir 1.3.

⁶³ Discours d'un psychiatre formateur lors du 49^{ème} congrès national des centres de santé (*op.cit.*), et qui n'a donné lieu à aucune remarque des participants, médecins généralistes.

⁶⁴ Argument très utilisé en cas de problèmes consécutifs aux prises de contraceptifs (motifs importants de venues de patientes observées). Ex : « *la pilule comme ça, ça ne donne pas de problèmes. Les problèmes que ça peut donner : on prend trop de poids, on a envie de vomir, des douleurs dans les seins, un arrêt des règles* ».

⁶⁵ « *C'est peut-être moins attendu* ». « *C'est un effet qu'on ne souhaite pas-que (bredouille) - ça veut pas dire que la constipation on la souhaite mais, elle fait partie du traitement. Un effet indésirable c'est un effet qui peut interrompre le traitement, qui pose problème quoi : une allergie c'est un effet indésirable. Par exemple, un antibiotique qui provoque la diarrhée, c'est un ES : ça arrive, bin c'est tout, ça fait pas interrompre le traitement pour autant, c'est pas un problème (...). Par exemple quelqu'un a mal à l'estomac, c'est embêtant, on est obligé d'arrêter, c'est un EI - on va pas donner un médicament ? - Si on peut donner un protecteur d'estomac, en même temps... Donc les frontières sont... ».*

⁶⁶ Les plaintes de devoir écouter celles des patients sont répandues dans les verbatim des études recensées, comme dans l'étude de G. Bloy par exemple (2008).

des défiances médicales quant à l'arrière plan de plaintes exprimées par les patients (Dodier *op.cit.*, Vega 2000, Cohen et Karensky, *op.cit.*). Enfin, ces tendances seraient renforcées en France par des représentations culturelles qui tendent à minorer des douleurs exprimées par les patients (Le Breton 2010). L'ensemble de ces tendances sont assez bien résumées par l'un des médecins de cette étude, qui s'est avérée être une « grosse » prescriptrice de médicaments (*voir encadré ci-dessous*).

Des médicaments qui finiront avec le temps par faire du bien aux patients

« *Je suis pas assez rigoureuse là-dessus, enfin je pense que je minimise énormément les histoires de tolérance –enfin d'intolérance, sauf vraiment pour des choses qui sont vraiment très caricaturales– et du coup j'essaye de convaincre les gens (rires brefs), en tout cas pour certains produits, que : si, en gros il faut vraiment qu'ils insistent (rires) et que ça pourra que lui faire du bien quand même à un moment donné (ton bas). Mais ça je pense que c'est peut-être un peu par excès. - Par excès vous dites ? (demande l'enquêteur). - Oui, je pense que heu j'écoute peut-être pas assez bien leurs plaintes vis-à-vis des effets secondaires, quoi, de leurs tolérances (...) Peut-être que c'est par conviction, enfin mes convictions pas forcément très rationnelles sur le fait que que : si, ça finira bien par leur faire du bien (rires bref, exclamation), et que ils finiront bien par le tolérer quand même quoi,... mais c'est très intime ».*

Et en effet, à l'observation, ce médecin n'hésite pas à augmenter les doses de médicaments ayant pourtant déjà induits des effets secondaires (ex. « *Je vais vous donner un peu plus fort, - le patient marmonne - mais normalement au fur et à mesure, les problèmes comme ça (diarrhées) ils vont s'améliorer – c'est-à-dire qu'en continuant le médicament, normalement, ça doit revenir plus normal après*»). Cette croyance s'avère être d'ailleurs un ressort majeur dans ses prescriptions de psychotropes. Par exemple, elle réimpose notamment du Xanax ® malgré un changement de personnalité éprouvée par une patiente, un autre psychotrope (Atarax ®) malgré des problèmes d'endormissement d'une mère de famille (qui a du mal à aller chercher ses enfants à l'école), le Lyxanxia ® malgré les réticences d'un patient et de sa femme, ou encore le Laroxyl ® alors que cela a déjà rendu « gaga » une patiente⁶⁷ (etc.).

En conséquence, les observations montrent que ce ne sont pas seulement les effets secondaires rapportés par les patients qui tendent à être peu reconnus. Ainsi, des enquêtés ont déclaré n'avoir jamais ou rarement eu de problèmes « majeurs » avec leurs patients (suite à des prescriptions de produits), argument pour ne « bannir » aucun médicament⁶⁸. Or, les situations observées ont montré au contraire de nombreux cas d'épisodes iatrogènes « graves », que ces enquêtés ont sitôt mis à distance (considérés simplement comme de l'ordre du possible, du Fatum⁶⁹), voire oublié⁷⁰.

Qu'il s'agisse de produits psychotropes ou d'autres produits problématiques du point de vue de patients, les enquêtés préfèrent généralement les maintenir dans l'ordonnance. Les produits sont maintenus car les médecins n'ont pas développé d'autres alternatives : ils n'envisagent pas d'autres recours thérapeutiques, *a fortiori* s'il n'existe pas d'autres traitements

⁶⁷ A visée antidouleur, alors que cette femme ne s'en plaint pas, et que cette dernière a un mal fou à convaincre le médecin de lui prescrire plutôt un examen de rééducation particulier. Ces études de cas ont été développées dans le second rapport remis à la Cnamts.

⁶⁸ La plupart des enquêtés déclarent utiliser tous les médicaments, hormis ceux relatifs à l'amaigrissement (demandés par de nombreux patients observés). Les autres produits les plus critiqués sont les génériques. Les observations tendent à montrer une sous estimation de risques, en particulier concernant les traitements au long court de patients sous produits psychotropes, sous corticoïdes (ex. diabète cortico-induit) et anti-cholestérol.

⁶⁹ Ils sont considérés comme des « aléas », des accidents inévitables, rapportés à des notions d' « intolérance » voire de malchance individuelles de patients, et le plus souvent aux profils psychologiques de ces derniers (*cf infra*).

⁷⁰ Référencés dans le second rapport remis à la Cnamts, dont des cas de comas.

médicamenteux possibles (à leur connaissance). Cependant, des produits sont également laissés dans les ordonnances pour ne pas circonvenir, interférer dans le travail d'autres prescripteurs⁷¹. Il s'agit d'un second facteur déterminant dans les sur prescriptions en France (sur lequel nous reviendrons, voir chapitre 2). En effet, la grande majorité des enquêtés a tendance à ne pas critiquer les prescriptions (y compris lorsqu'ils connaissent le caractère iatrogène de produits⁷²) et plus globalement les décisions d'autres médecins (*a fortiori* de spécialistes), alors qu'elles sont à l'origine de nombreux motifs de consultations en médecine générale.

- Des patients peu informés et toujours responsables

Les observations de consultations montrent que la plupart des médecins enquêtés informent peu les patients des effets secondaires des produits prescrits, et plus globalement de l'ensemble de leurs effets iatrogènes. Leurs principales motivations sont traditionnelles : il s'agit de ne pas inquiéter les patients et de favoriser l'observance aux traitements⁷³, jugés toujours légitimes. Plus précisément, la plupart poussent les patients à ne pas lire les notices des médicaments, susceptibles de favoriser des ressentis négatifs⁷⁴. Ils n'informent pas les patients du fait que des maux courants (rhumes, gripes) finissent par guérir. Les effets de produits antalgiques, comme de produits psychotropes sont minorés. En particulier, tous les enquêtés passent sous silence les effets de produits benzodiazépines (ex. « *c'est un petit anxiolytique* », « *ça, c'est pour aider à dormir* », « *plus un petit produit* »). Ils mettent en garde des patients peu consommateurs, ou informent après coup des patients devenus dépendants, le plus souvent lorsque les patients initient eux même des changements de molécules (*cf infra*). De plus, seule une minorité d'enquêtés mettent en garde les patients des risques d'associations psychotropes et alcool. Il s'agit d'une problématique culturelle, soulignée dans de nombreuses études : du fait du statut particulier de l'alcool en France, ses interactions avec les médicaments en général ne sont pas au centre des préoccupations des généralistes suivis. Autrement dit, les enquêtés posent rarement des questions relatives à ce type de consommation⁷⁵ : ils signalent plutôt à l'enquêteur des pathologies graves causées par l'excès d'alcool.

En effet, la plupart des enquêtés éprouvent des difficultés à envisager que les produits en eux-mêmes puissent être inutiles ou néfastes : ils ne cherchent pas de cause médicamenteuse à des altérations de santé (même chez des patients consommant de nombreux produits). Au mieux, ils préfèrent ajouter un produit palliant les effets secondaires rapportés par les patients plutôt que de changer le produit prescrit. A ce sujet, ils sont nombreux à penser que des

⁷¹ Ainsi, par exemple, une généraliste explique à une patiente atteinte d'un cancer métastaté qu'il ne peut changer un de ses médicaments source de nombreuses douleurs. Après avoir consulté le Vidal, l'enquêtée dit : « *essayez de tenir : y'a rien d'autre, les douleurs c'est un ES classique, mais en général ça disparaît, je pense* ». Il semble que ce soit également parce que le généraliste doit en référer au spécialiste cancérologue, difficilement joignable et en conflit avec la patiente peu observante.

⁷² Par exemple : « *le Champix donne des idées suicidaires : c'est n'importe quoi ce médicament* » dit ainsi un médecin en voyant une publicité pour ce produit dans le *Quotidien du médecin*. Cependant il ne dit rien lorsqu'une jeune fille exprime des malaises suite à la prescription de ce produit par l'un de ses associés.

⁷³ Il s'agit d'une logique dominante en médecine particulièrement étudiée en cancérologie (Fainzang 2006, Vega et Pouyalet 2010).

⁷⁴ Ceci renvoie à des tendances en médecine à faire porter sur le patient la responsabilité d'apparition d'effets négatifs, étudiés également en secteur hospitalier (ex. « *Dès l'instant où le malade n'accepte pas le traitement, ce sont des effets qui sont peut-être plus importants que le traitement ne le voudrait, et dans lequel on pense qu'il y a une part psychologique ou de refus du traitement* » Oncologue hospitalier, in Vega et Pouyalet, *op.cit*).

⁷⁵ Aussi, ils ont souvent tendance à supposer des pratiques d'alcoolisme (ils se fondent des stigmates physiques, les dires de l'entourage, etc.).

médicaments sont écartés du marché suite à des utilisations abusives des patients : jamais en raison de la composition des produits et/ou de prescriptions « abusives » par des médecins. Le recours aux médicaments leur paraît même particulièrement justifié dans le cadre de l'exercice de la médecine générale. Il s'agit d'une constante transnationale : les généralistes français, québécois et néerlandais sont convaincus ou déclarent être dans l'obligation de « satisfaire le patient ». Le recours au médicament leur permet de construire la relation avec ce dernier et de lui montrer que le médecin prend en compte la plainte du patient. A ces arguments courants s'ajoutent en France des justifications diverses, qui ne correspondent qu'en partie aux observations réalisées. Ainsi, les patients attendraient « qu'on soulage leurs symptômes » : les médecins devraient faire preuve de « compassion », ils seraient amenés à céder à « la pression » du patient (Rosman *op.cit*).

B. La médicalisation de maux bénins

Les résultats des ethnographies montrent l'existence d'au moins trois facteurs augmentant le nombre des prescriptions initiées par les médecins généralistes en France. Les deux premiers sont généralement sous estimés dans les études recensées, notamment parce que la plupart d'entre elles sont centrées sur les prescriptions de produits psychotropes. Or, ces produits sont loin d'être les plus couramment prescrits. Ainsi, ils représentent environ ¼ des prescriptions médicamenteuses des médecins observés les plus prescripteurs⁷⁶, de 10% à 12% des prescriptions des enquêtés moyennement prescripteurs, et seulement 4% de celles des moins prescripteurs de cette étude⁷⁷.

- Une hantise des affections respiratoires

En France, il existe des logiques culturelles de réparation instantanée (rapide) de la plupart des maux courants⁷⁸, et plus particulièrement des tendances en médecine générale à médicaliser l'ensemble des symptômes du rhume et apparentés (occasionnant de 3 jusqu'à 6 produits prescrits par les enquêtés observés). Ceci s'oppose à d'autres habitudes culturelles. Ainsi, au Québec, le suivi des patients ayant des maladies chroniques reste le « core business » des omnipraticiens⁷⁹. De même, aux Pays-Bas, les médecins généralistes néerlandais sont poussés à éduquer les patients à ne pas consulter pour des symptômes bénins : les généralistes font moins de « *bobologie* » grâce à des tris de patients réalisés par des assistantes et des soins délégués aux infirmières (Rosman 2009/1 et 2009). Au contraire, ce domaine est particulièrement investi par la plupart des enquêtés observés, et pas uniquement en raison de motifs financiers⁸⁰.

En effet, les désirs de stopper les symptômes, même bénins sont liés à une spécificité culturelle : il existe en France une sensibilité aux infections virales (Rosman 2009/1, p. 84), observée chez la plupart des praticiens. Plus précisément, ils appréhendent les complications possibles de « *gros rhumes* » et plus généralement « *les problèmes respiratoires un peu lourds* » (les sensations d'étouffement rapportés par les patients, les cas de bronchiolites, etc.⁸¹). Suite à ces hantises, des diagnostics et des traitements sont souvent renforcés (ex.

⁷⁶ Ce qui correspond à la moyenne nationale de prescriptions de psychotropes (CREDES, 2002).

⁷⁷ Contre 6, 34 % des généralistes enquêtés par l'équipe de C. Haxaire (*et al.* 2010).

⁷⁸ Logiques partagées avec les patients qui recourent plus vite aux praticiens qu'au Pays Bas (Rosman, *op.cit*).

⁷⁹ D'après des médecins généralistes québécois venus témoigner de leurs pratiques lors d'un des ateliers du 4^{ème} congrès de la médecine générale (*op.cit*).

⁸⁰ Même si « *la bobologie, c'est quand même notre pain quotidien* », comme l'explique une enquêtée peu prescriptrice de médicaments.

⁸¹ Ces appréhensions sont également présentes chez des patients, mais elles sont paradoxalement minorées, voire déconsidérées par les médecins.

sinusites, asthme réel ou supposés. *Voir encadré*⁸². Dans ce sens, l'étude montre également des tendances chez les médecins observés à anticiper, à prévenir des fièvres et des douleurs chez les patients. Dans les situations de rhumes, de gripes, mais aussi dans la plupart des maux, toutes les classes d'anti-inflammatoires sont très facilement prescrites (d'où des regrets de la disparition du Di-Antalvic ®) : en plus du Doliprane ®, des produits comme Ibuprofène, Ixprim ®, Myolastant ® sont souvent ajoutés dans les ordonnances. Ceci semble s'apparenter davantage à une logique de confort. Quoi qu'il en soit, ces produits sont alors ajoutés aux ordonnances : on observe des tendances à prescrire pour de simples rhumes des produits corticoïdes (Dérinox ®, Pivalone ®, Nasalide ®⁸³) ou du Celestène ® pour prévenir des maux de gorge. Des cumuls de produits ont été alors observés, *a fortiori* en cas de retour « *non guéris* » de patients (ex. médicaments symptomatiques contre le rhume + produits anti douleurs + prescription « *en cas de sinusites* » + « *antibiotique au cas où* »).

Au sujet de l'usage des antibiotiques, prescrits en très grande proportion par les médecins généralistes, nos résultats permettent de généraliser ceux de la sociologue Sophia Rosman (*op.cit*⁸⁴). Ces produits sont toujours prescrits pour des infections d'origine virales par l'ensemble des enquêtés. En effet, ils restent « faciles à prescrire » (comme les produits psychotropes) et associés à l'idée de « puissance ». Plus précisément, selon nos analyses, ces produits s'adaptent étroitement aux désirs de la plupart des prescripteurs. Les médecins prescrivent des antibiotiques en devançant des problèmes possibles (ex. « *si vous continuez à tousser* », « *c'est vraiment limite pour mettre un antibiotique, je vais quand même vous le mettre si jamais vous crachez jaune* »⁸⁵). Les observations montrent que les antibiotiques sont censés réduire rapidement tous les symptômes susceptibles d'entraîner des complications (respiratoires) (*voir encadré ci-dessous*). De plus, ils sont synonymes de guérison⁸⁶, ou sont conçus comme une protection des patients les plus fragiles en situation d'épidémie de grippe (femmes enceintes, bébés et enfants de patients sujets aux infections respiratoires, patients sous chimiothérapie). Enfin, les antibiotiques sont surtout prescrits en fin de semaine et le week-end, pas seulement parce des patients sont alors plus nombreux à exprimer le désir de ne pas s'arrêter de travailler⁸⁷.

Le rhume qui ne veut pas passer : un peur médicale souvent observée

- « *J'ai un rhume qui ne veut pas passer,*
- *qui commence à couler un peu vert ?*
- *Oui*
- *Ça fait des glush glush quand vous bougez la tête ?*
- *Non (...)*
- *Bon bin. C'est embêtant parce que ce n'est pas vraiment encore très grave... Mais ça dure depuis combien de jours là ?*

⁸² Ces peurs, centrées sur l'appareil respiratoire (association poumons-cœur) tranchent avec l'attention portée aux problèmes de tensions : ils sont plutôt sous estimés comme l'on déjà montré de nombreuses études, comme celle d'A. Sarradon 2007).

⁸³ Traitements des rhinites d'origine allergique ou inflammatoire, prescrit normalement pour les rhinites allergiques et sinusites aiguës adultes.

⁸⁴ Réalisée avant la campagne contre les antibiotiques en France. La France était alors parmi les pays européens où les taux de consommation d'antibiotiques étaient le plus élevés, avec des variations saisonnières fortes (à l'inverse des Pays-Bas).

⁸⁵ Bronchite sans gravité, le patient se plaignant de maux divers sans fièvre ni diagnostic posé.

⁸⁶ Ceci est peut être en lien avec la mémoire toujours vivante des guérisons spectaculaires des maladies infectieuses par ces produits dans les années 40 (soulignée par Rosman, *op.cit*, p. 84).

⁸⁷ Il y alors davantage d'hommes de tous âges dans les consultations de médecine générale (dont des ouvriers, routiers, étudiants, internes en médecine). Il s'agit souvent de patients qui ont attendu avant de consulter, ou qui ne peuvent venir en semaine.

- 15 jours

- 15 jours ! Pfff ! Alors ça, j'aime... Qu'est-ce qu'on va faire de ce truc ?... Ouais (le médecin tapote d'un air lugubre sur son clavier et sa cliente s'inquiète un peu de le voir si ennuyé)... Ouais, c'est une petite bactérie qui auto-entretient le mécanisme

- Ah ! Bin ça, je ne savais pas, je pensais le faire passer comme ça

- Bin oui, bin c'est tout à fait justifié, enfin c'est ce qu'il fallait faire : il fallait rien faire, enfin faire les petits trucs heu là... Non, ce qui est un peu embêtant, ce n'est que c'est pas une vraie sinusite aiguë : vous avez un truc abominable là ! Le visage de la patiente change, mais le médecin conclut plus sereinement... Mais c'est en train de, ce que j'ai peur si on le laisse comme ça, c'est que ça finisse vraiment heu... Bon, je vous mets pas un traitement hyper fort, on peut faire beaucoup plus fort, donc si ça tournait vraiment mal, on passerait à beaucoup plus fort, hein. Mais là, c'est pour bien fluidifier les sécrétions pour qu'elles puissent bien s'évacuer... Bon, on va essayer de bloquer ça ».

Après la consultation, le médecin expliqua la situation : « Les rhinos ? C'est facile, mais c'est très chiant : c'est un truc con, mais tu dois prendre ta décision au feeling, et ils ne sont pas contents après si cela devient une grosse crise d'asthme, une otite ou une rhino banale surinfectée ! ».

Dans tous les cas de surprescriptions observées (sans fièvre, ni signe clinique de sinusite), c'est l'absence de diagnostic précis et le fait que le rhume persiste qui a motivé les médecins⁸⁸.

- Un effet fatigue amplifié dans l'Hexagone

L'augmentation de la prescription des produits courants en fonction de la charge de travail du médecin s'observe dans différents pays. Ainsi, même aux Pays-Bas, le recours aux médicaments permet de gérer la fatigue de médecins : des consultations difficiles, fatigantes, à la vieille du week-end (Rosman 2009). En effet, les praticiens sont confrontés aux mêmes difficultés, c'est-à-dire une première spécificité de cet exercice : la difficulté à « gérer » le retour de patient⁸⁹. Plus précisément, la succession de patients et le suivi problématique de certains (« toujours pas guéris », « toujours à se plaindre ») sont souvent usants, donc autant de motifs de surprescription chez les médecins observés. Les observations montrent qu'elles sont amplifiées lors des épidémies de rhume, de grippe, de gastro-entérites (ex. « c'est une petite pharyngite, un virus, mais vu ce qui traîne en ce moment ... »)⁹⁰. A mesure que la journée avance et de même en fin de semaine, les médecins finissent par accélérer leurs consultations : ils écoutent moins les patients, ils deviennent moins attentifs, et ils ont tendance à reproduire les ordonnances de patients précédents (parfois en dépit « des bonnes pratiques » comme certains le reconnaissent), suite à des désirs d'en finir au plus vite.

Dans ce sens, les praticiens néerlandais les plus prescripteurs sont ceux qui sont dans des états de fatigue ou de « burn-out ». La surprescription est alors la conséquence du fait de ne plus avoir envie de gérer la relation avec le patient : d'écouter, de négocier, d'expliquer les décisions médicales (Rosman *op.cit.*, p. 139). Cependant, en France, ces situations semblent être plus courantes ; du moins, elles concernent la plupart des prescripteurs de cette étude. En effet, comme le souligne indirectement Sophia Rosman, les médecins français sont davantage pressés par le temps : en moyenne, le nombre de consultations par jour est de 30. Les

⁸⁸ D'autres exemples ont été détaillés dans le second rapport remis à la Cnamts.

⁸⁹ Ex. « Le plus dur, c'est de ne pas avoir envie de mettre les gens à la porte, - parfois tu ne les supportes plus ». « Qu'est-ce qu'il a encore ce patient !? Ça devient chronique de me voir... ». « Celui-là, je ne sais plus par quel bout le prendre ».

⁹⁰ Périodes où les médecins ont été observés.

praticiens ont donc peu de répit entre chaque patient ou des amplitudes horaires importantes, pour plusieurs raisons. Ils sont moins nombreux par habitant qu'aux Pays-Bas, et sont moins payés. De plus, les médecins libéraux sont conduits à beaucoup travailler et à travailler vite suite au système de paiement à l'acte, notamment (*cf infra*)⁹¹.

Des situations de fatigues accumulées – qui peuvent aboutir à des situations d'épuisements professionnels – sont liées à des surinvestissements au travail⁹². Ceci s'explique par plusieurs raisons, dont la plupart sont également sous estimées dans les études recensées (en dehors de celles publiées dans les revues médicales ou présentées à des médecins). Ainsi, la plupart des enquêtés acquièrent une endurance professionnelle comme internes, qu'ils reproduisent ensuite au sortir des facultés (Vega *et al.* 2008). D'autres tendances culturelles expliquent des tendances à se « dépasser ». La fatigue, qu'elle soit éprouvée par des soignants comme par des patients, fait encore peu l'objet de reconnaissances scientifiques et médicales, tout particulièrement en France (Trichard-Salembier 2010). Autrement dit, des enquêtés se plaignent d'être (constamment) fatigués, mais passent outre⁹³. Plus insidieusement, il existe encore dans l'Hexagone des « tabous » médicaux concernant le fait de se reconnaître comme malade (souvent perçu comme une déchéance opposée au devoir de rester « exemplaires »)⁹⁴. En conséquence, la plupart des médecins n'envisagent pas ou peu de ruptures de santé les concernant ; ils se font peu soigner, ou retardent des soins : ils ne se donnent pas, généralement, le droit d'être malades. De plus, des enquêtés éprouvent des difficultés « à lever le pied », d'autant plus qu'ils se réalisent dans un travail « prenant », mais qui reste gratifiant et enrichissant⁹⁵ (et parfois dans les deux sens du terme). On observe alors régulièrement l'installation d'un « effet drogue » au fur et à mesure de la pratique⁹⁶. En conséquence, de nombreux enquêtés sont non seulement fatigués, mais « tirent » sur leur santé et s'automédiquent « pour tenir ». Certains développent alors des pratiques d'addiction (consommation de produits excitants, d'alcool et de produits psychotropes), qui nous le verrons, ont des répercussions sur leurs pratiques de prescriptions⁹⁷. Enfin, comme dans les métiers de la santé et du social, on retrouve en médecine des tendances au « don de soi », au sacrifice, également à l'origine de situation de « burn out » (Galam 2007, Vega *et al. op.cit.*, Trichard-Salembier *op.cit.*).

Et quand bien même les médecins se sont préservés de l'ensemble de ces processus dominants, cette étude montre qu'ils restent toujours à la merci de surcharges de travail imprévues, favorables à des surprescriptions. Ces situations sont régulières, car elles sont causées par les mêmes facteurs précédemment décrits : des confrères arrêtent ou cessent d'exercer précocement suite à des situations d'épuisement et à des ruptures de santé⁹⁸.

- Une surmédicalisation des problèmes dépressifs

Chez les médecins observés, les sur prescriptions des produits psychotropes (en dehors des produits neuroleptiques) sont également liées à des fatigues médicales. Cependant, aux moins trois tendances culturelles conforterait leur usage en France.

⁹¹ Aux Pays-Bas, les rémunérations des praticiens sont mixtes.

⁹² Toutes générations confondues, et que les médecins travaillent seuls ou en groupe.

⁹³ Si des études en cours montrent que le régime d'assurance maladie des médecins libéraux les poussent aussi à ne pas se mettre en arrêt maladie, ce n'est pas seule raison : ces tendances touchent ici des enquêtés salariés.

⁹⁴ D'où également des retards en France dans les prises en charge des soignants à soigner (par comparaison par exemple aux Etats-Unis, au Québec et en Grande-Bretagne).

⁹⁵ Vega *et al.* 2008. Il s'agit d'un paradoxe souligné par I. Baszanger et Bungener (1995).

⁹⁶ En particulier chez les enquêtés masculins (*voir partie suivante*).

⁹⁷ Voir 1.3.

⁹⁸ Au regard des études précédemment citées, ces ruptures sont souvent brutales (ex. arrêt cardiaque, dépressions non anticipées, développement et installation de pathologies psychiatriques).

- Au regard des résultats de cette étude et de ceux d'autres recherches recensées, les motivations à prescrire des psychotropes sont exactement en phase avec les représentations culturelles des produits en général (ce que les auteurs recensés ne semblent pas avoir souligné). Ces médicaments permettent de stopper et de soulager les symptômes d'origine virale (Rosman 2009/1) comme « le symptôme psychique » (Keller 2009). Cette tendance est renforcée par un courant transnational de rebiologisation du trouble mental⁹⁹. Cependant, du fait de « la tradition organique de la médecine générale » en France (du primat donné aux problèmes somatiques), une part importante des médications de ces produits est également destinée à la prévention de risque organique et à l'accompagnement des plaintes « somatiques »¹⁰⁰. Les prescriptions de psychotropes s'apparentent « à une gestion de la douleur » (à une logique de « médicalisation de confort ou de soins palliatifs » chez les personnes âgées) selon Le Moigne (*op.cit*). Nous verrons que ces produits permettent aussi de palier à des difficultés sociales de patients (Haxaire 2005). Ils feraient donc figure de « panacée ».

- En France, les traitements par psychotropes l'emportent face à la psychothérapie¹⁰¹. Cette étude confirme également que la « dépression » est particulièrement investie par la plupart des médecins généralistes (Haxaire *et al.* 2010). Les enquêtés estiment être compétents pour la diagnostiquer, alors qu'ils ont plutôt tendance à la sur diagnostiquer (à supposer son existence). De plus, ils la médicalisent, pour plusieurs raisons. D'une part, les traitements contre la dépression sont jugés « efficaces » et « faciles à prescrire », en particulier les nouveaux antidépresseurs IRS qui sont « les plus facilement prescrits », donc jugés sans risque. D'autre part, chez la plupart des enquêtés, la dépression couvre un très large éventail de signes (*cf infra*), et elle est jugée courante, « pas grave », voire bénigne (elle est souvent présentée comme telle aux patients). C'est la principale raison pour laquelle tous les enquêtés, ou presque, n'ont pas recours d'emblée aux professionnels du « Psyché »¹⁰². Cette étude montre que ces derniers sont peu mobilisés, même lorsqu'ils sont disponibles, à proximité et accessibles financièrement¹⁰³. Ce résultat nuance donc les leitmotifs des enquêtés, comme de la plupart des médecins à propos de la « psychiatrie sinistrée » (du manque de places et de psychiatres), des surcoûts des consultations ou de difficultés à joindre des psychiatres. D'ailleurs, les enquêtés ont des recours après coup aux spécialistes du « Psyché » : en cas d'échec des traitements initiés et surtout de problèmes relationnels avec les patients (ex. « *J'en peux plus là !* »)¹⁰⁴.

- Enfin, selon P. Le Moigne (*op.cit*) - qui s'appuie sur la littérature internationale - en France, la « légitimité médicale » prend le dessus sur « les représentations souvent négatives » qui entourent l'usage des médicaments psychotropes, comme la dépendance (et la folie).

Plus précisément, cette étude souligne de nombreux « trous de mémoire » chez les enquêtés. Ainsi, ils oublient de citer les produits psychotropes parmi les médicaments qu'ils prescrivent. Comme d'autres médecins généralistes enquêtés en France, ils « font très peu

⁹⁹ On assiste à une focalisation sur les symptômes et sur les moyens pharmacologiques pour les « combattre » (Maturò 2009, p. 182). Face à des problèmes psycho sociaux, les médecins sont conduits à se comporter comme devant un symptôme corporel : ils ont pour objectif de « faire disparaître » le symptôme psychique, *via* le produit psychotrope (Keller 2009). Voir chapitre 2.

¹⁰⁰ Ainsi, en cas de persistance de douleurs, en particulier dorsales, les enquêtés ont tendance à prescrire rapidement des classes de produits antidouleurs les plus fortes, et également des produits psychotropes.

¹⁰¹ Alors qu'elle devrait être le traitement de base, particulièrement en cas de dépressions peu sévères (*La dépression en France*, 2005).

¹⁰² En particulier aux psychiatres des Centres Médicaux Psychologiques ou hospitaliers, aux psychiatres et aux psychothérapeutes libéraux.

¹⁰³ Par exemple, en faisant le tiers payant. Dans cette étude, seuls 2 enquêtés se sont avérés être réellement en difficultés suite à un manque local de psychiatres.

¹⁰⁴ Ils ont les mêmes arguments que ceux d'autres enquêtés : « *je n'y arrive plus* » (Haxaire *et al. op.cit*). Cependant, des médecins suivis évitent aussi d'orienter des patients vers des psychiatres assimilés à la folie.

mention de dépendance aux benzodiazépines », avec de simples mentions de patients « sous » tel ou tel médicament à l'enquêteur). En effet, « au regard de la nécessité des antidépresseurs, les benzodiazépines associées sont de peu de poids ; elles sont oubliées ou relativisées » (Haxaire *et al. op.cit*, p. 5, p. 14 et p.8).

Cependant, cette tendance à l'oubli se retrouve également dans des recherches en sciences humaines. En effet, des chercheurs se focalisent sur les usages des antidépresseurs en médecine générale : ils mettent alors peu l'accent sur les associations fréquentes des produits antidépresseurs avec des anxiolytiques (et/ou avec des hypnotiques)¹⁰⁵. Or, ces associations sont assez systématiques chez les enquêtés observés, car elles sont motivées par des peurs de suicide de patients (et d'en être tenus responsables)¹⁰⁶. De plus, en France, les anxiolytiques sont de loin les produits les plus prescrits¹⁰⁷, notamment parce qu'ils sont utilisés comme de « simples » somnifères par les plupart des enquêtés¹⁰⁸. Ceci est confirmé par une étude médicale récente¹⁰⁹. Or, ces produits sont également souvent renouvelés par les médecins généralistes. Ces pratiques, qui ont de nombreux effets sur la santé¹¹⁰, expliqueraient des usages chroniques de ces produits par des patients.

Malgré ces usages, la plupart de enquêtés continuent à ne pas se juger responsables d'effets de dépendance induits par le renouvellement de prescriptions de psychotropes, comme dans l'étude de D. Cohen et S. Karsenty (1998). Mieux : ils maintiennent des produits psychotropes « du moment que ça leur fait du bien », ou déclarent simplement ne pas vouloir « se battre » contre les « habitudes » des patients. Ce faisant, les praticiens semblent reporter après coup sur les patients la responsabilité de dépendances induites (ils constatent simplement que « certains patients ne peuvent plus s'en passer »). D'ailleurs, certains patients observés ont du rappeler à des enquêtés que ces derniers étaient des initiateurs de traitements devenus problématiques : les médecins semblaient avoir « oublié » ce détail, comme dans l'étude citée

¹⁰⁵ Par exemple : Le Moigne *op.cit*, Haxaire *et al. op.cit*.

¹⁰⁶ Les antidépresseurs « ont tendance à augmenter les facteurs anxieux, les angoisses, parfois on est obligé quand même de les associer ». « J'essaye toujours d'associer éventuellement avec un anxiolytique », car « donner un antidépresseur, ça libère ; comme l'angoisse c'est quand même lié à la déprime, ça permet au patient de passer à l'acte ». « Quand on a des patients moyens moyens, mais du ressort de l'urgence, tu es embêtée quand même, car risque de suicide ». « On sait que le risque de la dépression – de la même manière que le risque de l'hypercholestérolémie c'est l'infarctus, le risque de la dépression, c'est le suicide quand même », « des fois ça peut être plus grave que ce qu'on pense, et heu j'ai peur un jour de passer à côté de de ... enfin je sais pas : qu'il y ai un passage à l'acte ».

¹⁰⁷ Ils restent environ deux fois plus prescrits en France par rapport aux antidépresseurs, ce qui correspond aux consommations déclarées d'adultes de 18 à 75 ans, selon la dernière recension des données par l'Inpes (2000). Les antidépresseurs se placent devant les hypnotiques. Les neuroleptiques demeurent marginaux (CREDES, *op.cit* ; données de la CNAM de Rouen de 2001).

¹⁰⁸ Par exemple des médecins suivis expliquent aux patients : « le Xanax est un produit, comme d'autres, à visée décontractante, mais qui vont au-delà : c'est pas comme des somnifères, mais... peut-être qu'en restaurant le sommeil les choses suivront derrière », « pour essayer de mieux dormir, et vous dénouer un peu » (Ce médecin envisage également en seconde intention l'usage du Xanax ® contre des impatiences, « pour apporter une relaxation suffisante »).

¹⁰⁹ « Place des alternatives thérapeutiques aux psychotropes dans la prise en charge des insomnies en médecine générale » menée par entretiens semi directifs après un questionnaire (présentée par C. Sicot lors du 4^{ème} congrès de la médecine générale, *op.cit*). Ainsi, les « hypnotiques et leurs dérivés, c'est-à-dire des benzo » sont couramment prescrits pour des insomnies (en première ou en seconde intention), au dépend de conseils sur les modes de vie (réitérés uniquement avec des « gens vierges de tous traitements psychotropes, ou ouverts ») et d'autres alternatives non médicamenteuses (ex. psychothérapie, homéopathie, acupuncture, hypnoses couramment prescrites au Québec notamment). Plus intéressant : 47% des médecins interrogés se disaient satisfaits du recours médicaments benzodiazépines, en dépit de « problèmes de sevrage, et d'effets secondaires » (augmentant avec l'âge).

¹¹⁰ Les prescriptions de tranquillisants concerne essentiellement des produits benzodiazépines, ce qui n'est pas recommandé ni par l'HAS, ni par l'Afssaps, car ils ont des effets délétères. Par exemple, les médicaments de la classe benzodiazépine sont responsables d'accidents de la route (*Mise au point*, 2009).

¹¹¹. Et ces oublis ne concernent pas que les produits psychotropes. Ainsi, plusieurs enquêtés suivis s'étonnent régulièrement de leurs propres prescriptions, ce qui ne les empêche pas de les renouveler¹¹².

C. Des sur interprétations médicales : les lacunes des formations initiales

La plupart des enquêtés ont eu très peu d'apports en pharmacologie¹¹³, mais leurs lacunes ne leur pose pas problème : ils jugent légitime le fait de prescrire des produits et ont régulièrement des trous de mémoire concernant les effets iatrogènes des produits prescrits. Ils sont confortés dans ce sens par leurs formations. En effet, les jeunes médecins enquêtés n'ont pas appris à s'interroger sur les causes de prescription (ex. « *on nous dit : il faut le faire et c'est tout* »). De plus, l'absence de regard critique sur les médicaments prescrits va de pair avec une absence de réflexion sur les pratiques médicales. Dans ce sens, cette étude montre un dernier facteur de sur prescription ou de prescription inadaptée, également peu analysé dans des études recensées.

- Des interprétations et des jugements médicaux : la médicalisation de problèmes sociaux

Au regard de nos ethnographies, une partie importante des prescriptions semble liée à l'interprétation du médecin de l'attente des patients. Ainsi, « *les médicaments du symptôme* » (comprenant des produits dont l'efficacité n'a pas été démontrée et des « *me too* ») sont proposés aux patients par une majorité d'enquêtés, ou simplement inscrits dans les ordonnances : ces prescriptions vont de soi. La plupart des médecins observés ont également tendance à anticiper et à supposer l'existence de gênes et de douleurs chez des patients : ils prescrivent des produits antalgiques sans que des patients en aient exprimé le besoin. De même, les produits psychotropes sont le plus souvent proposés par les médecins (comme dans la recension des travaux réalisée par D. Cohen, *op.cit*), ce que des chercheurs français ne font que constater. Ainsi, P. Le Moigne cite simplement la recherche de Bauman *et al.* (2004) et des études anglo-saxonnes démontrant que les expressions féminines de plaintes psychiques sont largement anticipées par les prescripteurs eux-mêmes (*op.cit*, p. 255, p 247). Selon une autre étude européenne, 92% des médecins sollicités disent ressentir une attente de prescription de psychotrope(s) de la part du patient. Or, seulement 25% de ces patients interrogés déclarent vouloir un médicament, préférant être « *écoutés et conseillés* » (Unaformec, journal en ligne : www.unaformec.org).

Cette césure entre les attentes des patients et leurs interprétations par les médecins serait une fois de plus amplifiée dans l'Hexagone¹¹⁴ (autrement dit, les soignants déduisent ce que les patients veulent entendre, ou ce qu'ils sont capables d'entendre). En effet, les relations soignants-soignés sont peu enseignées (contrairement à ce qui se fait dans les pays Anglo-

¹¹¹ Les praticiens français ne mentionnent jamais les traitements longs comme initiés par eux : ils « *évoquent seulement l'incontournable prescription de renouvellement à des consommateurs au long cours* ». En effet, pour la plupart des enquêtés médicaux, la dépendance est l'autre face, « *la rançon de l'efficacité des produits* ». Ils expliquent avec des euphémismes qu'il ne s'agit pas d'un des effets secondaires de leur prescription : « *c'est une conséquence de l'effet du produit* » (Cohen et Karsenty *op.cit*, p. 94, p. 97, p. 110). En France comme au Québec, une fois les renouvellements devenus routiniers, il existe « *des attitudes fatalistes et impuissantes face aux patients dépendants* » (p. 114 et p. 258).

¹¹² Ex. - « *Le Célebrex, vous le prenez en ce moment ? - Oui bien sûr - Pff, putain ! Ça fait longtemps que vous avez ce truc là ?! - Depuis que vous me l'avez donné, répond la patiente d'un ton bas - Le Topalgic aussi ? (...)* ».

¹¹³ Le manque de formation et d'information sur les médicaments avait déjà été souligné par D. Cohen dès 1994.

¹¹⁴ Elle a été observée en milieu hospitalier, chez des médecins et des chirurgiens qui pensent connaître les désirs de patientes atteintes de cancer du sein, malgré des interactions souvent courtes avec ces dernières (Vega et Pouyalet 2010).

saxons) : les médecins (généralistes) ne se pensent pas comme issus eux-mêmes de milieux sociaux. En conséquence, ils projettent leurs propres cadres de références sur des patients, *a fortiori* lorsqu'il existe des écarts socioculturels importants avec leurs propres habitudes socioculturelles¹¹⁵. Du fait du recrutement social des médecins, on observe régulièrement des interprétations sociales, observés également en milieu hospitalier (Fainzang 2006, Vega et Pouyalet 2010). Par exemple, les enquêtés proposent souvent des arrêts de travail aux patients, lesquels les refusent la plupart de temps. Les stigmatisations de personnes issues de milieux « populaires », voire des stigmates culturels sont tout aussi courants (*voir encadré ci-dessous*). Enfin, certains enquêtés - parmi les plus prescripteurs de cette étude - ont des jugements sociaux, voire moraux de conduites dans la vie de patients. Nous reviendrons donc sur ces jugements médicaux, car ils semblent particulièrement répandus en France (il s'agirait même d'un autre facteur déterminant des surprescriptions¹¹⁶).

Des patients imaginaires, imaginés : des projections médicales renforcées en France

Les difficultés d'adaptation aux besoins et aux références de patients « différents » de ceux soignés en milieu hospitalier sont importantes en France du fait de la persistance d'enseignements peu tournés vers la médecine de « ville ». Plus précisément, la quasi absence de préparation des professionnels aux variables sociales et culturelles traversant le champ de la santé a une première conséquence. Au sortir de l'hôpital, de nombreux professionnels – tous âges et toutes générations confondus - découvrent d'autres mondes sociaux, c'est-à-dire le plus souvent des conditions et des habitudes de vie insoupçonnées (Vega 2007). Ces découvertes, voire ces chocs, sont importants chez l'ensemble des professionnels « de proximité » (Bouchayer 2009). En effet, les professions soignantes sont l'occasion au quotidien d'apprentissages complexes de relation à l'autre, qui se prolongent non seulement dans les rapports à la maladie, mais dans les rapports à l'altérité sociale et/ou culturelle. Mais faute d'apports conséquents et réguliers en sciences humaines, de nombreux soignants sont heurtés face à l'étrangeté. Ils ont alors recours à l'activité la plus répandue au monde : cataloguer, et souvent de façon négative les personnes dont les comportements s'éloignent des modèles culturels dominants du « bon malade », ou de « la bonne famille » (Vega 2007/1). Les médecins français ont en particulier des tendances à stigmatiser des patients issus de catégories populaires (« *pecquenots* », « *irrationnels* », « *pas corticalisés* »), mais également des patients souffrant d'addictions (« *toxico* », « *alcooliques* »), et des couples « *d'origine musulmane* » (Vega 2003). Comme en milieu hospitalier, des enquêtés ont tendance à croire que des patientes sont soumises aux hommes en général et ont des rapports « rétrogrades » à la fertilité et la grossesse (Langlois 2007 p. 47, Fassin 2002)¹¹⁷. Or, « la culture d'origine n'est pas *de facto* un obstacle à la compréhension d'un discours scientifique occidental par des patients immigrés, dont les conduites ne sont pas réductibles à celle d'une culture, de même que leur identité sociale ne se résume pas à leur identité ethnique » (Fainzang 2005, p. 167). De même, la précarité n'est pas homogène ni socialement, ni culturellement. Autrement dit, on retrouve en médecine générale des tendances au culturalisme (Fainzang 2001).

De nombreux soignants français appréhendent plutôt les patients en termes de « groupes à risque » (Lupton 1998, Peneff 2005¹¹⁸) et de « profil psychologique » (Vega 2001, Fainzang 2001/1, p.42-43, Vega et Pouyalet *op.cit*)¹¹⁹. C'est également le cas de la plupart des enquêtés de cette étude. En effet, au sortir des facultés, les jeunes médecins ont non seulement une

¹¹⁵ Ou s'ils n'ont pas été confrontés de façon précoce à l'altérité (*voir les chapitres suivants*).

¹¹⁶ Voir 1.3 et chapitre 2.2.

¹¹⁷ Ces deux chercheurs ont montré des stigmates de femmes étrangères, *a fortiori* atteintes du Sida, ayant des conséquences dans leurs prises en charge par les médecins.

¹¹⁸ Ce qui tend à positionner les membres de groupes sociaux comme étant « particulièrement vulnérables, passifs ou faibles », ou comme « particulièrement dangereux pour eux-mêmes et les autres » (p. 114).

¹¹⁹ Autrement dit, des médecins ont tendance à tout rapporter à des « *défauts de personnalité* », au « *tempérament* » de patients.

approche de la maladie plutôt restreinte¹²⁰, mais en France, ils ont également peu de références sur les dimensions sociales de la santé (Fassin 2009) : du fait du manque d'enseignements en santé publique, en épidémiologie et en sciences humaines (contrairement aux formations dans les pays Anglo-Saxons¹²¹). En conséquence, la plupart des enquêtés méconnaissent les influences des genres, des âges, des conditions et des parcours de vie sur les états de santé¹²². Il s'agit d'un second paradoxe. En effet, les médecins interviennent dans des domaines de plus en plus étendus de la vie. De plus, les observations montrent que la médecine générale est au cœur du quotidien et de nombreuses données sociales. Par exemple, en consultations ou à domicile, il est souvent question de problèmes de couple, et en particulier de la fatigue ontologique des femmes, de leurs régimes et d'alimentation des enfants. Concernant les patients, de nombreux hommes brisés par leur métier viennent consulter en médecine générale. Mais les échanges avec les praticiens portent également souvent sur les problèmes de prostate et de performances sportives. Derrière les bureaux des enquêtés, il y a enfin de nombreuses personnes âgées qui n'en finissent pas de vieillir, sans évoquer des personnes accidentées de la route « *en petits morceaux* ».

Autrement dit, comme le souligne notamment P. Le Moigne, une partie importante des patients qui s'adressent aux médecins généralistes sont confrontés « à des problèmes, qui de près ou de loin, pourraient être du ressort des politiques sociales, de la famille ou de l'emploi » (*op.cit*, p. 259). Plus précisément, les généralistes sont souvent confrontés à la persistance - voire à l'aggravation - d'inégalités sociales de santé et en particulier à de problèmes de santé liés au travail (Carricaburu et Ménoret 2004, Haxaire 2005). Cependant, contrairement aux médecins du travail, il s'agit de problèmes auxquels ils ne sont pas préparés. En conséquence, la plupart des enquêtés gèrent ces problèmes par les médicaments (ex. « *on répond à la demande du patient, on gère la souffrance sociale* ») : comme cela a été souligné dans d'autres études, ils diagnostiquent des dépressions qui s'avèrent être « souvent des souffrances sociales »¹²³ via le recours à des produits psychotropes. D'ailleurs, parmi les enquêtés, les recours aux professionnels du social sont rares et la plupart éprouve des difficultés à travailler avec des médecins du travail¹²⁴. Tout ceci pourrait expliquer, *in fine*, la longueur excessive des traitements psychotropes prescrits (autre spécificité française selon D. Cohen et S. Karsenty, *op.cit*). (*Voir encadré ci-dessous*).

Des prescriptions de psychotropes au long court

Les résultats de l'ensemble des études portant sur les prescriptions des produits sont troublants. Les produits psychotropes restent partout (sur) prescrits à des personnes âgées et à des femmes (ayant rarement des troubles mentaux caractérisés ou des tableaux dépressifs complets). Ils sont également prescrits à des populations moins éduquées et moins riches (contrairement aux autres médicaments). Les produits benzodiazépines sont ainsi surtout prescrits à des personnes-âgées de milieux populaires

¹²⁰ Peu favorable à l'écoute des soignés. L'étude confirme à ce sujet des manques de connaissances concernant la crise existentielle provoquée par la maladie, et une sous estimation des besoins de sens et d'attention aux problèmes concrets des patients.

¹²¹ Par exemple, au Québec, des recherches sur la démarche clinique, humaniste et des problèmes sociaux sont exposés aux étudiants dans un module dit « médecin, médecine et société ».

¹²² Autrement dit, les enquêtés méconnaissent les variables sociologiques en matière de morbidité et de mortalité, et de disparités de l'offre de soins sur le territoire. La plupart ne sont pas non plus informés des effets d'expositions professionnels à des produits toxiques, comme des effets délétères de certains managements et plus globalement de souffrances au travail (ex. conséquences sur la santé de la précarisation de certains métiers, etc.).

¹²³ Et ces diagnostics ne sont pas « toujours opportuns » (Haxaire *et al.* 2010).

¹²⁴ Malgré des passages « naturels » : des reconversions vers cette médecine (Vega *et al.* 2008). Ces médecins sont de « bons » témoins de surmédicalisation de problèmes sociaux par les médecins généralistes (d'après les échanges avec certains d'entre eux lors du Séminaire Santé, Travail, Ethique et Société réalisé dernièrement à l'université Lille 2. *Voir annexe n°1*).

(inactifs, anciens ouvriers, ou employés), avec des chronicités importantes *ce qui correspond à nos observations*. Autrement dit, ces prescriptions sont des moyens de pallier des difficultés sociales perçues par les médecins chez des patients, d'où le très large spectre d'indication observé.

Ces usages des médicaments semblent importants. En effet, les anxiolytiques sont prescrits suite à des invalidités, à des problèmes d'insomnies et dans des situations d'isolement social. C'est tout particulièrement le cas de personnes âgées, *comme nous l'avons également observé*. Plus précisément, « la chronicité du recours est étroitement liée à la prise en charge du vieillissement », c'est-à-dire que ces produits sont en fait prescrits pour pallier l'ensemble de ses conséquences, tant physiques que sociales.

Cependant, ces produits sont également prescrits au long cours, en cas d'insomnie chronique chez des personnes « anxieuses » (qui sont perçues ou se perçoivent comme telles) et personnes issues des classes moyennes suite à des ruptures dans l'existence (divorces, chômage), au moins pour une consommation ponctuelle... qui peut devenir chronique « lorsque la situation qui motive la souffrance du patient tend elle-même à s'installer dans le temps » (Le Moigne, 2009, p. 256). Les antidépresseurs (*souvent associés à des anxiolytiques et à des hypnotiques*) sont ainsi prescrits à des sujets plus jeunes (ayant en moyenne 50 ans) suite à des crises passagères dues à des événements de vie ou des accidents biographiques. De plus, *selon nos propres observations*, des médecins proposent et/ou imposent de plus en plus ces produits à de jeunes sujets, issus de classes défavorisées, en particulier lorsque ces derniers sont en situation de déscolarisation (*voir parties 2 et 3*). Autrement dit, en France, la prescription de produits psychotropes s'apparente plutôt à « une thérapeutique de la douleur ou de la souffrance - *en fait sociale* -, en marge des indications prévues par les recommandations de l'administration sanitaire ». (p. 259).

- Soigner des patients « hors normes » : des difficultés et des représentations négatives partagées avec d'autres médecins

Les phénomènes de médicalisation des problèmes sociaux sont particulièrement visibles en médecine générale. Cependant, ils sont également présents chez l'ensemble des médecins de « première ligne », comme les urgentistes. Du fait des lacunes des formations, ces derniers témoignent aussi de découvertes tardives ou de sous estimations de problèmes, comme les violences conjugales, par exemple (Vega 2007) ; ils ont également des tendances à étiqueter des patients comme « psy », « fonctionnels » (Peneff 2000). En effet, au regard d'autres recherches recensées, les médecins généralistes et les urgentistes partagent de nombreuses difficultés dans le travail¹²⁵.

Ils prennent en charge en continu¹²⁶ des patients hétérogènes, non triés, nécessitant de la polyvalence (Danet 2007) : le « *tout venant* », dont des personnes en détresse psychologique et sociale. Autrement dit, des personnes se présentent souvent avec des symptômes non organisés, des événements de vie, etc. (Gallay et Alby 2002). Ceci explique des plaintes de devoir « *gérer des problèmes médico-psychosociaux souvent intriqués* » exprimées surtout par les généralistes, car chargés des suivis de ces personnes (à la différence des urgentistes davantage confrontés à la précarité).

Cependant, la plupart de ces médecins se plaignent surtout de devoir composer ou d'être soumis à la « pression » directe de patients et/ou de leurs proches. Il s'agit d'une difficulté majeure du point de vue des enquêtés, dont témoignent également les infirmières libérales (Lustman et Vega 2007, Vega 2007/1). En effet, prendre le point de vue des usagers ne va

¹²⁵ D'ailleurs, de nombreux urgentistes ont été ou sont médecins généralistes. Cependant, ces points communs ne sont pas ou peu soulignés dans les études. En effet, soit elles sont centrées sur une seule profession, soit des auteurs reproduisent les discours médicaux (opposant le plus souvent les médecins généralistes à l'ensemble des médecins spécialistes).

¹²⁶ La gestion de « flux » importants de patients occasionne des fatigues, qui ont donc un impact important sur des pratiques de sur prescriptions.

toujours pas de soi, voire reste contraire aux habitudes acquises à l'hôpital par les professionnels de la santé. Plus précisément, le modèle culturel du « bon » patient correspond plutôt en milieu hospitalier à une personne « sous contrôle », voire inconsciente (Sainsaulieu 2009). Les professionnels attendent du patient qu'il s'en remette en toute confiance aux avis des professionnels, et qu'il « affronte » seul sa maladie : ses proches, sa famille sont plutôt exclus des soins (Vega 2001). Nous verrons que ce trait culturel a des répercussions directes sur les ordonnances (voir 1.2).

Dans ce sens, l'obligation de composer avec les usagers renforce l'image problématique de la médecine générale¹²⁷. En effet, « le problème est moins que le malade soit directement le payeur, mais bien plus que ce soit lui qui puisse, pour définir les tâches du généraliste, imposer quelques-uns de ses critères » (Baszanger 1981, p. 239). Plus précisément, cette étude confirme que les rapports réguliers avec des patients sont souvent associés à des risques de dépendance, voire à une hantise, présente également chez des médecins du travail (Dodier 1993) : « *se faire manipuler* » par ces derniers. Dans cette étude, de nombreux enquêtés redoutent en particulier de se faire manipuler par des patients « *psychiatriques* ». En effet, les étudiants en médecine ont également peu d'apports en psychiatrie, sauf lorsqu'ils ont choisi de faire des stages dans ce domaine. Ceci explique ensuite des difficultés de prise en charge ou des peurs à l'égard de ce type de patient (régulièrement observées, y compris chez des médecins spécialistes et des professionnels aguerris¹²⁸), qui peuvent avoir également des répercussions sur les ordonnances (voir 1.2).

Concernant les représentations médicales des patients, cette étude permet de souligner un autre paradoxe : la plupart des médecins généralistes intériorisent des représentations qui s'avèrent être peu en phase, voire peu adaptées aux profils des patients qu'ils prennent en charge. A cet égard, l'analyse de témoignages d'internes en médecine générale, rencontrés juste avant leurs premiers stages, atteste d'une surabondance de catégories de patients posant déjà *a priori* des problèmes de prise en charge (voir encadré ci-dessous). L'intérêt des ethnographies est de montrer que ces appréhensions négatives sont loin de s'atténuer une fois en exercice. Elles sont même particulièrement présentes chez les gros prescripteurs de médicaments de cette étude (voir parties 2 et 3).

La constance des visions des « mauvais » patients : résultats d'un « focus groupe »

En France, les cursus de formation en médecine (générale) ont peu évolué. On observe toujours une tendance à survaloriser la notion d'expertise médicale : à refouler l'incertitude et les limites de la biomédecine. Aussi, les visions dominantes d'étudiants en médecine interrogés sur leurs visions « des bons et des mauvais patients » correspondent à des représentations étudiées depuis 20 ans (Dupuy *et al. op.cit*), où une majorité des malades étaient déjà dits « *fonctionnels* » (ou « *faux malades* »). Ainsi, on a été cité d'emblée et spontanément deux contre modèles, qu'ils jugent être répandus : le patient « *hypocondriaque* » (ex. « *celui qui ne fait que se plaindre en inventant toujours quelque chose de nouveau* »), et « *ceux qui reviennent tout le temps (pour rien)* ». Ceci renvoie aux tendances (toujours actuelles selon le médecin généraliste A. Mercier¹²⁹) à « rejeter la responsabilité sur une origine psychique des troubles » lorsque les médecins ne parviennent pas à établir un diagnostic suffisamment différencié (p.195), au statut de la plainte des patients en médecine, et à la difficulté de gérer les « retours » de patients en médecine générale.

Ensuite, les étudiants ont cité le patient « *qui n'écoute pas* », ou « *qui ne comprend pas* » (le langage, les signes médicales) et qui « *ne hiérarchise pas ses problèmes* » (les présente mal). Ceci renvoie

¹²⁷ Perçue comme l'exercice « *le plus courageux* » dans l'ensemble de la communauté médicale en raison de la polyvalence des savoirs à mobiliser, mais aussi de ces rapports avec les usagers (Vega 2007).

¹²⁸ En France, comme dans d'autres pays (pour les mêmes raisons).

¹²⁹ Médecin généraliste, maître de conférences associé à la Faculté de médecine à Rouen, il a été un de nos informateurs privilégiés (voir annexe 3).

aux difficultés de communication entre soignants et soignés (au fait que ces relations ne soient pas l'objet de formation), voire aux difficultés médicales à « gérer » des problèmes intriqués. Le patient qui « *vient trop tôt ou trop tard* », « *avec sa liste* », « *nomade* », renvoie également à des jugements négatifs de l'autonomie des profanes.

Enfin, parmi ces catégories négatives sont venus s'ajouter des jugements d'anormalité sociale (ex. « *les chômeurs* »), en plus de contre modèles culturels (« *le patient qui ne lutte pas* », touchant physiquement le médecin, impoli, malodorant, etc.).

En revanche, les étudiants ont eu des difficultés à exposer à quoi correspondrait le « bon patient », sauf un étudiant qui a souligné à plusieurs reprises qu'il s'agissait de celui permettant de faire « *du chiffre d'affaire* » (provoquant les rires de l'ensemble de sa promotion).

Les résultats d'autres études – qui soulignent plutôt les aspects positifs des relations soignants-soignés – confortent en partie ces attentes médicales dominantes : les « bons » patients doivent avoir les moyens de se soigner, comprendre et faire ce qui leur est demandé (Visier 2007, p 471) ; ils ne doivent pas avoir d'angoisse particulière, ne pas cacher d'autres demandes derrière le motif apparent et unique de consultation (Bloy 2009, p. 195).

Résumé- transition

En France, les prescriptions médicamenteuses sont rarement l'objet d'interrogation médicale (en particulier, la possible inadaptation de produits psychotropes aux besoins réels des patients n'est pas pensée). En effet, les médecins sont plutôt porteurs des représentations culturelles positives à très positives des produits, utilisés pour stopper rapidement l'ensemble des symptômes perçus. L'observance aux traitements reste de mise : la plupart des praticiens observés taisent volontairement les effets secondaires des produits (autrement dit, les patients sous souvent sous informés) ; ils oublient et sous estiment les effets iatrogènes de médicaments, y compris lorsqu'ils sont éprouvés par les patients. En effet, le médicament en soit n'est pas considéré comme ambivalent (potentiellement toxique). Les « plaintes » des profanes restent peu reconnues dans l'Hexagone, où les médecins sont habitués à penser et à rechercher les « vraies » causes des maladies en dehors du patient (d'où également une disqualification de son discours), de la relation soignants-soignés et de la culture. D'autres traits de la culture médicale renforcent des pratiques de sur prescriptions. Les fatigues au travail des médecins ne sont pas non plus reconnues, alors que ces derniers travaillent beaucoup, et que le suivi des patients et leurs retours est souvent « usant » en médecine générale. Enfin, des médecins généralistes observés interprètent souvent les attentes et les besoins de patients. Ils ont tendance en particulier à projeter des *a priori* sociaux et des hantises, faute de formations aux relations soignants-soignés, en sciences humaines, en psychiatrie, en épidémiologie et en santé publique.

Autrement dit, une majorité d'enquêtés reproduit inconsciemment des tendances culturelles particulièrement marquées et transmises par les formations initiales. Ces dernières n'habituent pas les jeunes médecins à développer une vision critique sur les médicaments. Au contraire, les apports en pharmacologie semblent réduits. Les enseignements véhiculent en outre des modèles de « bons » et de « mauvais » patients particulièrement peu adaptés en médecine générale.

Plus précisément, les observations de consultations de médecine générale montrent que les praticiens français sur investissent au moins trois domaines dans les soins. Ils ont tendance à surmédiquer les maux bénins : la « bobologie » resterait ainsi l'un des principaux postes de surprescription, en lien avec une sensibilité culturelle aux infections respiratoires (déjà soulignée par S. Rosman 2009/1). De plus, cette dernière s'accompagne souvent d'autres anticipations médicales. Ainsi, la plupart des médecins observés utilisent tout aussi facilement

les produits antalgiques et psychotropes pour soulager toutes sortes de douleurs. Dans ce sens, une majorité des enquêtés ont des définitions de la « dépression » beaucoup plus larges que les indications prévues par les recommandations des agences sanitaires. En effet, leurs usages des médicaments psychotropes, associant souvent antidépresseurs et benzodiazépines, sont motivés par des logiques de prévention (prévenir des risques de suicide) et par des désirs de résoudre des souffrances sociales (des médecins médicalisent des problèmes sociaux). Ceci pourrait également expliquer pourquoi les médecins généralistes mettent à distance leur responsabilité quant aux effets de dépendance induits par des prescriptions de benzodiazépines.

On observe donc en médecine générale deux logiques dominantes dans les prescriptions du médicament : une médication de confort (pour gérer la fatigue du médecin, des douleurs ou des souffrances perçue par ce dernier), et une médication palliative (pour prévenir de risques et des problèmes organiques ou sociaux supposés chez les patients). Ces premiers résultats permettent d'ors et déjà de fortement nuancer les leitmotifs médicaux qui, en France, font peser uniquement sur « le patient » la responsabilité d'abus de prescriptions et de consommation des médicaments.

Dans le point suivant, nous montrerons que les peurs médicales de dépendre des patients et/ou de leurs proches (voire de se faire « *manipuler* » par ces derniers) sont également disproportionnées. Elles semblent surtout refléter un manque d'habitude de partager les décisions médicales avec des « profanes », notamment. En effet, au regard des observations, les dépendances en médecine générale se situent ailleurs.

Chapitre 2. Des décisions médicales peu partagées : des prescriptions peu contrôlées

Les pratiques de prescriptions sont également en lien avec les systèmes de santé de chaque pays (Rosman 2009). Ainsi, en France, la formation comme l'organisation du travail médical sont traversées par des traditions culturelles qui concourent à des cumuls de produits dans les ordonnances. Ce processus est particulièrement visible en médecine générale. Du fait de l'absence d'apprentissage à la complexité de cet exercice, les praticiens s'appuient sur les produits proposés par les laboratoires pharmaceutiques (*voir 1.3*). Mais il existe un recours privilégié, voire exclusif dans l'Hexagone, à un autre acteur « invisible » et omniprésent dans les consultations.

A. Des accumulations de produits spécialisés dans les ordonnances

Les ethnographies montrent l'importance des recours aux médecins spécialistes dans le travail quotidien en médecine générale. Ces acteurs sont trop souvent oubliés dans les publications en sciences humaines¹³⁰. Pourtant, certaines d'entre-elles, ainsi que de recherches médicales récentes sont particulièrement éclairantes au regard de nos analyses.

- Le renouvellement de produits inutiles, voire toxiques

Concernant les produits psychotropes, la grande majorité des enquêtés observés renouvelle automatiquement des ordonnances initiées par les psychiatres, jugés plus compétents. Or, d'une part ces ordonnances incluant des médicaments neuroleptiques peuvent être longues, voire être abusives (comme cela a été également évoqué par des généralistes lors de l'un des ateliers du 49^{ème} congrès national des centres de santé¹³¹). En effet, la psychiatrie est traversée par des courants organistes et des psychiatres collaborent directement avec les laboratoires pharmaceutiques (*voir 1.3*). D'autre part, des produits psychotropes sont renouvelés sans critique, car ils sont noyés dans l'ordonnance. Ces constats rejoignent les résultats de l'étude dirigée par C. Haxaire (2010). Le généraliste ne contrôle pas la prescription, il renouvelle des traitements « massifs » (qui ne sont pas détaillés à l'enquêteur), faute de compétences spécialisées. Plus précisément, selon P. Le Moigne, « 80% des ordonnances contenant des médicaments psychotropes mêlent cette spécialité à d'autres gammes de produits »¹³². C'est donc à des patients ayant d'autres pathologies que ces produits sont prescrits durablement en France (médication chronique). Autrement dit, « plus le consommateur (homme ou femme) est âgé et plus sa probabilité de consommer des produits anxiolytiques et d'hypnotiques de manière durable est élevée » (2009, p. 256, p. 248).

Au regard de nos observations, ces processus problématiques sont un facteur déterminant des surcoûts dans les ordonnances en France : ils concernent d'autres produits spécialisés, car ils sont la conséquence directe de l'organisation du travail médical. En effet, il existe un accord tacite pour ne pas remettre en cause les prescriptions de confrères, *a fortiori*

¹³⁰ Hormis des psychiatres, les spécialistes sont également absents des congrès et colloques en médecine générale.

¹³¹ A la question d'un des participants (« 3 neuroleptiques, est-ce licite ? » - et non dangereux), l'intervenant médecin psychiatre psychanalyste a convenu qu'il existait des abus de prescription, y compris par des psychiatres en France. Ce médecin a critiqué l'usage des produits benzodiazépines (entraînant des risques de sédation et qui se contentent « d'écraser le problème » : « ça sert à rien, mais c'est prescrit »).

¹³² Des traitements en cardiologie (les médicaments traitant de l'appareil cardio-vasculaire sont aussi les prescriptions les plus fréquentes en médecine générale d'après Amar *et al. op.cit*), contre des problèmes digestifs ou de rhumatismes.

des ordonnances de spécialistes par les médecins généralistes¹³³. La préservation de l'autonomie de chaque médecin et le partage des compétences entre praticiens favorisent le maintien de produits. De plus, on observe souvent des ajouts de produits par les différents prescripteurs. Ainsi, les généralistes observés préfèrent également ajouter des produits palliatifs d'effets secondaires provoqués par des produits initiés par les spécialistes, plutôt que de changer leurs traitements (comme des médecins spécialistes installés « en ville »¹³⁴). Lorsqu'ils prennent en charge des patients « psychiatriques », les enquêtés ont également tendance à ajouter des produits « somatiques » qu'ils jugent très importants et manquant dans les ordonnances des psychiatres¹³⁵. Enfin, nous verrons que les médecins généralistes ajoutent également au fil de leur professionnalisation des produits spécialisés à leurs propres ordonnances (*voir point suivant*).

Les observations montrent que ces processus d'ajouts, puis d'accumulation de produits dans les ordonnances font suite à une autre habitude culturelle médicale, très visible dans les ordonnances de personnes âgées. Il existe en effet une tendance générale en France à prescrire un produit pour chaque pathologie, donc une multiplication de produits chez les patients ayant des poly pathologies. Ceci a d'ailleurs été l'objet d'études récentes, en partie coordonnées par l'Inserm, mais qui restent peu divulguées en dehors du milieu médical. En particulier, les résultats de l'étude « polychrome »¹³⁶ (2009), la façon dont ils ont été présentés et les réactions qu'ils ont suscitées lors de l'un des ateliers du 4^{ème} congrès en médecine générale sont très révélatrices des rapports aux médicaments et des rapports entre médecins dans l'Hexagone. Ainsi, l'orateur a d'abord rappelé les définitions des interactions médicamenteuses (entre médicaments) et des contre indications (interaction entre un médicament et une pathologie), qui ne semblaient pas ou peu connues du public puisqu'il s'agit d'une culture généralement peu acquise en facultés de médecine. Le fait que 2/3 des patients étaient concernés par des problèmes d'interaction médicamenteuse a suscité l'étonnement de la salle. En revanche, la nette augmentation des surprescriptions chez les patients plus âgés n'a fait l'objet d'aucun commentaire (malgré des cas de prescription de 9 médicaments pour 9 pathologies, et le fait que les personnes âgées sont plus sensibles aux effets (secondaires) des médicaments en général). L'orateur s'est empressé d'ajouter qu'il n'y avait que « *très peu de CI absolues et d'associations déconseillées* », et que ceci touchait « *toutes les spécialités médicales* ». En fait, cela touche des prescriptions de médicaments en cardiologie, des psychotropes et des médicaments de l'appareil respiratoire, ainsi que d'antalgiques de niveau 2 (dont nous avons déjà souligné la tendance culturelle à les surprescrire), qui sont bien des classes thérapeutiques problématiques selon l'Afssaps (*Mise au point*, 2005)¹³⁷. Mais l'orateur et le public médical éprouvaient des difficultés à le reconnaître

¹³³ Cette habitude s'impose même comme un interdit chez les enquêtés « moyens » prescripteurs de cette étude.

¹³⁴ D'où de nombreuses difficultés observées chez des patients. En effet, il existe également un accord tacite pour que les initiateurs de traitements (ou d'opérations chirurgicales) « *finissent leur travail* » : ils amorcent les soins et donc doivent les poursuivre, *a fortiori* si ces derniers ont occasionné des problèmes chez « leur » patient. Seuls les urgentistes, des psychiatres et une partie des gériatres hospitaliers enquêtés ont le « droit » de faire « *le tri* » dans les ordonnances de confrères. Mais on verra qu'ils ôtent des produits « utiles » à des médecins pour gérer la relation avec des patients « difficiles » (*cet usage du médicament, qui concerne une partie des enquêtés les plus prescripteurs de cette étude, est présenté dans le chapitre suivant*).

¹³⁵ Ces points de vue différents sur ce qui est prioritaire à prendre en charge chez les patients « psychiatriques » ont d'ailleurs donné lieu à un débat sans fin dans l'atelier précédemment cité (49^{ème} congrès national des centres de santé, *op.cit*). Selon les médecins généralistes, il convient de résoudre les problèmes somatiques des patients psychiatriques, y compris ceux qui ne posent pas problème aux principaux intéressés ; selon le psychiatre, ces patients ont des perceptions de leurs corps et des résistances particulières à des problèmes organiques.

¹³⁶ Effectuée auprès de généralistes volontaires et informatisés concernant leurs prescriptions de médicaments à des patients âgés en moyenne de 78 à 79 ans (étude présentée par Julien Le Breton et par P. Clerc au 4^{ème} congrès de la médecine générale, *op.cit*).

¹³⁷ Qui cite les médicaments du système cardio-vasculaire, les psychotropes (qu'il convient d'éviter d'associer), -

(voir encadré ci-dessous).

Des médecins toujours excusés ?

En France, des chercheurs travaillant sur la médecine générale reprennent les arguments médicaux dans leurs publications en sciences humaines, en particulier concernant des prescriptions en dehors des indications prévues par les recommandations des agences sanitaires. Ainsi, dans la plupart des cas, les médecins sont présentés comme contraints, obligés de prescrire : pour établir et maintenir la relation avec le patient, pour répondre à ses demandes (Urfalino *et al. op.cit.*, Le Moigne *op.cit.*). Ou bien, des chercheurs s'arrêtent à des constats de surprescription, sans en expliquer les origines : ils se contentent souvent de simples recommandations difficilement applicables sur le terrain (par exemple « la complexité des états de santé rencontrés inclut une médication importante, pour lesquelles tous changements supposent une vigilance importante pour la surveillance des effets induits »).

D'autres auteurs interrogent davantage les perceptions médicales. Par exemple, ils soulignent la constance dans les discours médicaux d'arguments justifiant le non respect des « bonnes pratiques ». Ainsi, les « situations de polypathologie contraignent les médecins généralistes à enfreindre les normes établies », « mais la transgression de ces normes leur paraît légitime dans la mesure où ils se perçoivent comme des acteurs de terrain devant répondre avant tout aux besoins du patient ». (*Singuliers généralistes, op.cit.*, chapitre 11, p. 211 et p. 233).

- L'oubli de causes initiales de prescription

Notre étude permet d'aller plus loin dans les explications de ces pratiques courantes (ex. oublis des indications, « manque de temps », « prescriptions routinières », « mal écrites »). Les ethnographies montrent en effet que ces habitudes de prescription sont renforcées en France par une habitude récurrente et dominante, à l'origine selon nous de tous les « abus » : les médecins français continuent à peu échanger sur leurs pratiques (de prescription), comme cela a été souligné par le sociologue J. Peneff (2005)¹³⁸.

Ainsi, tous les médecins contactés pour cette étude ont des idées approximatives sur les manières de travailler de leurs « adressants » (spécialistes), comme de confrères généralistes (y compris associés¹³⁹) : ils sont appréhendés avant tout *via* des échanges épistolaires, *via* leurs ordonnances et *via* les retours de patients (comme le soulignaient déjà nos précédentes enquêtes¹⁴⁰). Plus précisément, les enquêtés ont peu d'échanges directs avec les autres médecins à l'initiative de traitements, sauf en cas de difficultés à prendre des décisions dont les conséquences sont jugées trop importantes sur la santé du patient. Dans la majorité des situations observées, les enquêtés se contentent de reproduire les ordonnances d'autres médecins, parce qu'il n'existe pas ou peu de dossiers réellement partagés et de réunions de synthèse en France (en particulier entre les médecins spécialistes et généralistes). Autrement dit, le problème central reste l'absence de culture de coordination médicale en France. Ainsi, même lorsque ce support existe, des enquêtés comme d'autres médecins écoutés lors de congrès médicaux ont témoigné du caractère peu lisible d'ordonnances, mais

au même titre que les anticoagulants, les anti-inflammatoires non stéroïdiens, les antidiabétiques, les antibiotiques, les statines.

¹³⁸ Il existe un manque de réflexion sur les pratiques (de prescription) médicales, malgré l'existence des groupes Balint (Herlich 1984) ou des « groupes de pairs » : ils restent des pratiques très minoritaires en France (d'après les témoignages de représentants médicaux lors du 4^{ème} congrès de la médecine générale, *op.cit.*).

¹³⁹ Comme dans nos études précédentes, des enquêtés ont demandé à l'enquêteur comment travaillaient leurs associés ou des confrères installés à proximité de leur lieu de travail.

¹⁴⁰ Seule enquêtée de cette étude a des connaissances plus précises, suite au remplacement de ses futurs associés. C'est notamment sur ce type d'expériences que nous nous sommes basées pour appréhender les pratiques de médecins « gros » prescripteurs (*voir partie 3, chapitre 3*).

aussi du manque de données sur les causes des traitements initiés y compris après l'informatisation des dossiers¹⁴¹.

En effet, ces rapports médicaux restreints ont une conséquence majeure : des produits devenus inutiles, inadaptés ou toxiques (entre eux) - voire sans fondement - sont renouvelés, suite à des oublis des causes initiales de traitements initiés (peu communiqués aux patients). Le fait de ne pas ou de ne plus savoir ce qui avait motivé au départ la prescription est rarement réinterrogé de façon volontaire ou contrainte. Ainsi, des généralistes enquêtés ne parviennent pas à comprendre les décisions de spécialistes car ils n'ont jamais eu de contacts privilégiés (individuels) avec ces derniers, ou le spécialiste initiateur du traitement a changé d'adresse, il est parti à la retraite, il est décédé. Comme cela a été souligné lors de congrès suivis pour cette étude, ceci est valable en « ville », comme en milieu salarié, en médecine générale comme dans d'autres spécialités : « *On accumule car on manque : combien de fois on se demande pourquoi le malade est sous anticoagulant* » (accord de la salle). C'est le problème « *des médecins qui se succèdent, et alors les traitements se sédimentent* » ; « *on a de nombreux cas de patients avec trop de médicaments* », « *même de psychiatres* » ou « *d'internes qui passent* »¹⁴².

Et quand bien même les enquêtés ont gardé des contacts médicaux (caractéristique des médecins les moins prescripteurs de cette étude), des médicaments « problématiques » sont maintenus dans les ordonnances. En effet, suite à l'accumulation de nombreux produits, les médecins - généralistes et hospitaliers - ne savent plus au final quel est celui ou ceux qui pose(nt) problèmes¹⁴³.

A ce sujet, cette étude montre un dernier facteur participant à des cumuls de produits non justifiés dans les ordonnances et aux surcoûts de ces dernières. La très grande majorité des généralistes enquêtés travaillent indifféremment avec des spécialistes du secteur public, comme du secteur privé (cliniques, libéraux installés en « ville »)¹⁴⁴. De plus, la plupart des enquêtés maintiennent des relations avec des spécialistes, y compris quand ils savent que ces derniers « abusent » (ces praticiens sont connus pour multiplier les prescriptions¹⁴⁵). En effet, les logiques de proximité géographique, de « disponibilité » (y compris pour leurs patients) et/ou d'interconnaissance (passées) priment sur des logiques médicales. Les enquêtés sont ainsi nombreux à reconduire simplement des habitudes de collaboration héritées de leur prédécesseur. A cet égard, avoir des « adressants » travaillant dans les grands hôpitaux publics ne les protège pas d'abus de prescriptions, dès lors que ce sont dans ces lieux que le recrutement des « leaders d'opinions » se réalise (voir 1.3), notamment¹⁴⁶. Ceci explique d'ailleurs en partie des stratégies de patients observés : ils consultent des médecins généralistes afin de vérifier si les « *grands professeurs* » n'ont pas majorés leurs traitements¹⁴⁷.

¹⁴¹ Nous reviendrons sur cette problématique majeure dans la 3^{ème} partie, chapitre 2.

¹⁴² Echanges reconstitués lors de l'atelier précité (animé par un médecin psychiatre travaillant en secteur salarié).

¹⁴³ Ex. « *on ne peut pas vous le stopper, car on ne sait pas ce qui cause ces allergies : bon, c'est gênant, hein, même à l'hôpital ils savent pas si ça vient du premier ou de l'autre médicament* » (explique un généraliste à son patient). « *On ne sait plus quel médicament pose problème, car... les interactions médicamenteuses ne sont pas très bien connues* » (explique un psychiatre, intervenant dans un congrès médical).

¹⁴⁴ Certains n'adressent plus des patients dans des hôpitaux publics faute de présence de certains spécialistes.

¹⁴⁵ Le fait que certains « adressants », en particulier des cardiologues et des gastro-entérologues dans cette étude, « *poussent à la roue* » est simplement constaté, voire admis par plusieurs enquêtés.

¹⁴⁶ Car les firmes pharmaceutiques influencent également les pharmaciens des hôpitaux, d'après les témoignages de plusieurs enquêtés et de consultants travaillant pour les laboratoires (cette problématique a été soulignée dans le premier rapport remis à la Cnamts).

¹⁴⁷ En fait, les surprescriptions sembleraient être le fait d'internes, d'où actuellement une recherche de « *seniorisation des prescriptions* » (contrôlées par les médecins Séniors des équipes hospitalières).

Tant que l'ensemble des médecins français ne seront pas convaincus de l'importance des concertations et du partage de leurs décisions, les niveaux de prescription resteront élevés en France. Or, cette étude nous conduit à penser que des échanges restent difficiles à envisager pour la plupart des médecins.

Ainsi, un travail de collaboration entre généralistes et spécialistes a permis de faire baisser notablement des sur prescriptions mis à jour par l'étude « polychrome »¹⁴⁸. L'orateur a conclu qu'il fallait notamment développer « *les groupe de pairs* », mais d'une part il les a jugé « *chronophages* ». D'autre part, il s'est étonné que des médecins généralistes puissent faire « *presque aussi bien* » que des médecins spécialistes : qu'ils aient finalement une compétence pour déprescrire des médicaments (qui, nous le verrons sont l'une des autres caractéristiques des médecins les moins prescripteurs de cette étude). Ce type de remarque est en effet assez symptomatique d'une tendance chez les médecins généralistes français à sous estimer leurs savoirs (observée chez de nombreux enquêtés). Or, elle est à l'origine de restriction des échanges tant avec les médecins spécialistes qu'entre généralistes, qui explique également des sur prescriptions.

- Les multiples causes des échanges restreints entre généralistes et spécialistes

Cette étude souligne donc un quatrième paradoxe français : les médecins généralistes sont chargés de la coordination des soins et des traitements, alors qu'ils ont des échanges restreints avec les médecins spécialistes¹⁴⁹. Les ethnographies montrent que les rapports restreints entre médecins s'expliquent par de nombreuses raisons, complexes à démêler. Sur ce sujet, nos analyses enrichissent celles de chercheurs, dont la plupart expliquent des « abus » de prescriptions en France suite à la pression des usagers et/ou par un contexte de travail ou par des hiérarchisations des soins défavorables aux médecins généralistes (et seulement à ces derniers).

Il existe bien une segmentation de l'offre de soins en France, une « déconnexion de la médecine générale à l'égard des autres agents dispensateurs de soins », favorisant l'« isolement » professionnel des praticiens (Le Moigne *op.cit*). Plus précisément, des enquêtés éprouvent de réelles difficultés à coordonner les dossiers de patients : faute de retours de courriers, d'indisponibilités de spécialistes et de difficultés de plus en plus importantes à joindre des secrétariats hospitaliers¹⁵⁰, *a fortiori* lorsque des patients sont sous des traitements palliatifs¹⁵¹. Dans ce sens, cette étude confirme l'existence de déséquilibres dans les échanges entre l'hôpital et la ville en France : du fait de hiérarchisations entre médecins, des enquêtés n'ont pas toujours l'information sur les traitements initiés en milieu hospitalier pour pouvoir suivre convenablement des patients atteints de maladies graves, chroniques (comme cela a été déjà souligné par l'équipe de sociologues dirigés par M.

¹⁴⁸ La moitié des interactions et 2/3 des CI ont été annulées (en moyenne 2 médicaments ont été arrêtés, 1 médicament par ordonnance n'a pas été remplacé).

¹⁴⁹ Et qu'ils sous estiment les effets secondaires et des effets iatrogènes même graves de traitements, *voir I.1*)

¹⁵⁰ En lien avec la dégradation des conditions de travail dans les grandes structures hospitalières (en particulier publiques (Rapport de la mission parlementaire sur l'organisation de l'hôpital, 19 mars 2003). De plus, les nouveaux contrôles des activités de soins par les pouvoirs publics vont de pair avec des injonctions de « rentabilités » et avec des politiques de regroupements d'établissements, dont les conséquences sociales sont à questionner (Chevandier 2010, Vega 2011).

¹⁵¹ Plus précisément, cette étude montre qu'il existe aussi à ce sujet une répartition « tacite » du travail entre généralistes et spécialistes. Les premiers ont tendance à reporter sur les seconds « l'annonce de la mauvaise nouvelle » aux patients. Les spécialistes ont tendance à reporter sur les généralistes la « gestion de la fin de vie », finalement reportée vers les paramédicaux et l'ensemble des aidants à domicile, en raison du double tabou culturel et médical autour de la mort en France (Vega 2003, Vega et Pouyalet 2010).

Bungener, *op.cit.*, à propos des traitements sur le cancer)¹⁵². Cependant, ces difficultés sont partagées par d'autres médecins : des isolements professionnels sont présents chez des spécialistes, suite à leurs éloignements géographiques de grands centres hospitaliers¹⁵³. De plus, les situations de solitude sont surtout observées chez les médecins (généralistes ou spécialistes) qui n'ont pas gardé des contacts privilégiés avec des hospitaliers. Autrement dit, les interconnaissances entre médecins sont les meilleurs gages de disponibilité : d'accès à l'information (comme nous l'avons déjà souligné, Vega 2007). D'ailleurs, cette étude montre que les médecins généralistes qui ont préservé et entretenu des liens directs avec l'hôpital sont généralement peu prescripteurs (*voir 3^{ème} partie, chapitre 1*). Enfin, les ethnographies permettent de rappeler que les médecins généralistes ne cherchent pas toujours à contacter les médecins spécialistes.

Déjà, la plupart des praticiens enquêtés collaborent peu avec les psychiatres¹⁵⁴, mais aussi avec les pédiatres, gynécologues, gériatres (et inversement) avec lesquels ils sont en concurrence directe. Inversement, ces logiques de captation de clientèles au sein d'environnements locaux expliquent des recours importants par les enquêtés aux urgences, utilisées comme moyen de s'assurer du retour de patients en médecine générale (Sarradon et Vega 2004, Lustman et Vega 2007)¹⁵⁵.

Ensuite, il existe des limites aux recours spécialisés en médecine générale, comme cela a été souligné par G. Bloy (2008). En effet, les enquêtés ne peuvent pas toujours bénéficier, loin s'en faut, du soutien de confrères spécialisés : ces derniers n'ont pas forcément de solutions, voire pas plus de savoirs qu'eux quant à la résolution de maux en médecine générale. Ceci explique de nombreuses « *désillusions* » exprimées par des enquêtés, et participe à renforcer des sentiments de solitude professionnelle¹⁵⁶.

Troisièmement, des enquêtés – et parfois les mêmes médecins se plaignant de solitude - recherchent volontairement l'isolement. En effet, comme l'expliquent également d'autres professionnels (para)médicaux, « *savoir se débrouiller seul* » a toute son importance en milieu rural ou semi-rural. De plus, la recherche de l'autonomie professionnelle motive souvent le fait de travailler en médecine libérale, tous âges, genres et lieux d'exercice confondus¹⁵⁷.

- Des discours aux pratiques : des recours majoritaires aux spécialistes et aux produits spécialisés en France

Au regard de nos observations, l'autonomie dans le travail revendiquée par des médecins généralistes est à nuancer fortement. En effet, comme nous l'avons déjà en partie souligné, on observe plutôt dans cet exercice une logique dominante de reproduction « en

¹⁵² Il s'agit d'un autre paradoxe, car ces patients témoignent du rôle déterminant dans leurs parcours de soins de leurs proches, de praticiens hétérodoxes, mais aussi de leur médecin traitant, souvent généraliste (Vega et Pouyalet *op.cit.*).

¹⁵³ Il s'agit d'un des résultats de nos précédentes études (2007, 2008) : des spécialistes libéraux ou salariés sont moins l'objet d'attention pour un retour systématique d'information, *a fortiori* s'ils exercent dans des lieux et dans des domaines peu prestigieux (ex. petits hôpitaux locaux de province, services de rééducation).

¹⁵⁴ Outre l'investissement de la « dépression » par les médecins généralistes (1.1), leurs logiques de soins sont parfois contradictoires, voire opposées, comme nous l'avons déjà souligné.

¹⁵⁵ Ces logiques de captation de clientèle s'exercent aussi entre médecins spécialistes et renvoient plus globalement à des compétitions à tous les niveaux locaux (Peneff, *op.cit.*).

¹⁵⁶ Comme dans notre étude précédente (2008), il s'agit d'un motif de retour vers des exercices hospitaliers chez une minorité d'enquêtés. En effet, à l'hôpital le travail en équipe - au moins entre médecins - est plus développé (le poids des décisions « à prendre seul » existe, mais plutôt chez des séniors) et le partage des décisions et des responsabilités est plus clairement défini.

¹⁵⁷ Il s'agit alors de « *faire face* », d'assumer « *en solo* » des décisions (ex. « *on a la responsabilité qui nous revient* »), ou d'accompagner en solitaire des patients parce que l'on se juge les plus compétents à le faire (Sarradon et Vega, *op.cit.*, Lustman et Vega *op.cit.*, Vega 2007).

aveugle » des ordonnances spécialisées. Même lorsqu'ils ne sont pas en situation de concurrence, les médecins spécialistes ne sont pas contactés pour au moins deux raisons (souvent liées, et souvent omises dans les études recensées).

-La plupart des enquêtés accordent toute leur confiance aux médecins spécialistes et à leurs ordonnances. Ce trait est renforcé en France car les généralistes français sont encore formés principalement à l'hôpital et par des spécialistes¹⁵⁸ dont les savoirs sont synonymes d'expertise et de scientificité. Une fois en exercice, la plupart des enquêtés continuent à demander et à suivre les avis de ces derniers (le plus souvent par écrit). Ils s'en remettent ensuite généralement à leurs prescriptions : les produits spécialisés sont simplement renouvelés, bien qu'ils ne soient pas toujours adaptés à la médecine de ville, voire à l'origine de sur cout dans les ordonnances.

Ces habitudes de travail semblent aller de soit, contrairement à d'autres traditions médicales. Ainsi, en Belgique ou au Québec, les regroupements de professionnels visent au contraire à exclure les médecins spécialistes, ou les médecins généralistes sont davantage conduits à remplacer ces derniers. Dans tous les cas, les revendications des généralistes tranchent avec celles des français : le rôle de l'omnipraticien est de « *faire du rapatriement de la 2^{ème} vers la 1^{ère} ligne* », « *à qualité égale ou meilleure* », voire à des coûts moindres en raison d' « *approche plus globale des problèmes du patient*¹⁵⁹ ». En effet, les médecins français intériorisent les hiérarchisations importantes des soins et des soignants en médecine. Or, à ce sujet, toutes les études s'accordent à dire qu'en France la médecine hospitalière, (le « CHU ») et les savoirs « spécialisés » font encore figure de modèle professionnel. Par opposition à la triade prestigieuse des spécialités jugées « vitales » (techniques et salvatrices) que sont la cardiologie¹⁶⁰, la gastro-entérologie et la pneumologie, la médecine générale était plutôt dévalorisée comme la médecine du travail, de PMI, notamment (Vega 2007, Hardy Duberney et al, *op.cit*, Jaisson *op.cit*, Sarradon et Vega, *op.cit*)¹⁶¹. L'incertitude, les effets conjugués de clientélisme et du paiement à l'acte (propres à la médecine libérale) conduisent le généraliste à rester « structurellement une sorte de mauvais élève » au regard des spécialistes et des normes hospitalières (Urfalino *et al.* 2001, Bachimont *et al.* 2006, Membrado *op.cit*, Sarradon 2007). Ainsi, la plupart des enquêtés sur estiment les savoirs spécialisés, et inversement (ils sous estiment leurs propres savoirs). Autrement dit, ce n'est pas seulement le manque de compétences qui les poussent à peu intervenir dans les prescriptions de spécialistes. Dans ce sens, cette étude montre que des enquêtés restreignent leur échange avec les spécialistes suite à des sentiments de s'écarter des « bonnes pratiques »¹⁶². Plus précisément, ils sont nombreux à penser avoir sinon des pratiques « irrationnelles », au moins faire de « l'approximatif », « *pas du scientifique* ». Il s'agit d'une clé d'analyse centrale en médecine : ces perceptions, communes en France, expliquent également des restrictions dans les échanges avec leurs propres confrères et avec les patients (*cf infra*).

-Sur le terrain, des enquêtés semblent se disqualifier, voire développer des sentiments

¹⁵⁸ Contrairement aux cursus universitaire québécois (notamment), peu de formateurs généralistes interviennent encore dans les facultés françaises, comme cela a été souligné dans l'un des ateliers franco-québécois du 4^{ème} congrès de médecine général, *op.cit*.

¹⁵⁹ D'ailleurs, ces orateurs intervenus lors de congrès suivis ont suscité des réactions très contrastées parmi les médecins français. Aucune question n'a été posée à l'orateur belge bien qu'il ait cité des études dans ce sens (qui montrent également que les médecins spécialistes ont tendance à sur évaluer des risques de santé). Quant au rôle de quasi spécialistes des omnipraticiens québécois, il a été vivement critiqué parmi le public.

¹⁶⁰ « *La cardiologie au moins, c'est du concret : des tuyaux, de la micro chirurgie. Il paraît qu'ils peuvent faire ce qu'ils veulent : y'a tous les types de traitements que ça soit les médicaments, les imageries, tout! Tandis que nous... Pff!* ».

¹⁶¹ Elle est actuellement plutôt bien placée dans les choix des étudiants (Faure 2009).

¹⁶² Voir la partie 3, chapitre 2.

d'infériorité l'égard du savoir des spécialistes¹⁶³. Mais on observe finalement de nombreuses délégations de soins aux médecins spécialistes, en raison de l'absence de savoirs généralistes reconnus et développés en France (toutes les études s'accordent également sur le fait que la médecine de ville et *in fine* la médecine générale sont toujours peu enseignées en France). Autrement dit « *la médecine générale reste le petit poucet des universités* », contrairement à d'autres traditions¹⁶⁴ : les savoirs des médecins spécialistes restent donc le plus souvent les principales références en médecine générale.

Ceci est particulièrement visible chez les jeunes médecins enquêtés. Ainsi, la plupart d'entre eux ont été difficiles à suivre dans leur travail, car ils estiment ne « *rien savoir* », même après plusieurs années d'exercice¹⁶⁵. Ces sentiments ont des conséquences directes sur leurs ordonnances. Ces jeunes médecins recherchent non seulement à avoir les avis de spécialistes, mais ils prennent pour modèles leurs ordonnances : ils ajoutent des produits spécialisés - ou présentés comme tels par les laboratoires pharmaceutiques - à leur liste habituelle de médicaments. Car ces recours sont les seuls gages d'assurance et de prestige dont ils disposent (dans ce sens, des enquêtés valorisent des sites spécialisés, au dépend des généralistes, jugés moins dignes de confiance)¹⁶⁶. Mais nous avons également observé ces processus de maintien et d'ajout de médicaments « spécialisés » chez la plupart de leurs aînés. En effet, ces médecins qui s'avèrent être des moyens et gros prescripteurs dans cette étude, n'ont pas développé de compétences en médecine générale (*voir parties suivantes*).

Cette étude souligne *in fine* un « cercle vicieux » : les enquêtés ont également des échanges restreints avec leurs confrères généralistes (y compris en cabinet de groupe). Leurs ordonnances ne sont donc pas non plus « contrôlées » par des pairs, malgré les efforts d'enquêtés pour organiser justement des « *groupes de pairs* » : ces derniers restent encore peu développés en France, du fait du surinvestissement des médecins dans leur consultation (tout autre temps est considéré comme chronophage, en particulier les investissements au sein de formations continues). Ce faisant, les praticiens ne se donnent pas la possibilité de formaliser et de faire reconnaître des savoirs généralistes (ni d'ailleurs de connaître les stratégies des laboratoires pharmaceutiques *voir 1.3*). Autrement dit, ce manque de partage des décisions participe aussi du retard des recherches en médecine générale dans l'Hexagone (souligné notamment par G. Bloy 2009).

Ces tendances semblent d'autant plus difficiles à transformer que la restriction des échanges entre généralistes est motivée par des causes assez identiques à celles qui prévalent entre les médecins généralistes et spécialistes. Elles font suite :

- à des concurrences entre confrères pour le partage des patients, d'où la fragilité des associations ou du travail en groupe (ces situations sont à l'origine de cessations d'activité ou de changement de lieux d'exercice présents aussi chez d'autres soignants libéraux, comme les kinésithérapeutes par exemple¹⁶⁷) ;
- à des peurs de dévoiler à des confrères des pratiques « hors des bonnes normes ». Plus précisément, les déclinaisons individuelles des soins sont plutôt une entrave aux échanges sur les pratiques de prescription (*voir encadré ci-dessus*). Des médecins pensent « mal » travailler, et d'autres savent qu'ils abusent : ils ont des choses « à cacher », dont des intérêts

¹⁶³ C'est le cas des médecins moyens prescripteurs de cette étude, *voir aussi la partie 3, chapitre 2*.

¹⁶⁴ Par exemple, dans tout le Canada, des ateliers sont dédiés à cet exercice. Au Québec, les formateurs généralistes sont présents durant tout le parcours d'externat, dès le 2^{ème} cycle, y compris dans des spécialités pointues. L'exposition des étudiants à la médecine générale est renforcé par un stage obligatoire d'un mois de la première année de formation depuis 1985.

¹⁶⁵ Lorsqu'ils travaillent de façon indépendante depuis un an, ont déjà fait des stages et/ou des remplacements de confrères en « ville ».

¹⁶⁶ Cette analyse n'est pas généralisable à tous les jeunes médecins. Ainsi d'autres enquêtés sont très critiques à l'égard des recours systématiques aux médicaments par leurs aînés (Schweyer *et al.* 2006).

¹⁶⁷ Vega 2003.

centrés sur des logiques commerciales. Cette étude montre que ceci ne concerne pas seulement des médecins qualifiés de « *véniaux* » par leurs confrères. En effet, les médecins libéraux doivent assurer la pérennité financière de leur cabinet (Urfalino *et al*, *op.cit*). Mais des enquêtés travaillent également davantage pour rembourser des crédits et suite à des divorces (deux situations répandues en médecine générale¹⁶⁸).

Une personnification des soins encore « taboue » en médecine

La construction « personnalisée » du métier - c'est-à-dire qui convienne à titre personnel – est l'une des caractéristiques des métiers du soin (Bourgueil 2002, Bouchayer 2009). Les adaptations individuelles aux impératifs du soin, les apprentissages de la « bonne distance » à l'égard des patients se réalisent sur le terrain (« *sur le tas* »), après de nombreux tâtonnements, en médecine générale comme en milieu hospitalier (Vega 2000, Vega et Pouyalet 2010). Cependant, ces processus ont été surtout étudiés en « ville », car ils sont plus visibles dans le cadre d'exercice en cabinet (où il y a moins de regards extérieurs, de contrôles sur les pratiques), et en particulier en médecine générale : les nombreuses (sous) spécialisations des professionnels, plus ou moins officielles reflètent à la fois l'étendue de cet exercice et leurs centres d'intérêts personnels (Lustman et Vega 2007, Bloy 2009). Cette étude souligne des limitations des échanges entre professionnels suite à des sentiments d'écarter des « bonnes » normes (à l'origine également de réticence à être suivis par l'enquêteur). En effet, de gré ou de force, les praticiens sont dans des relations de proximité avec des patients (tutoiement, amitié, etc.), eux-mêmes déjà plutôt « hors normes » (*voir partie I, chapitre I*). Plus précisément, des enquêtés jugent les relations nouées avec des patients trop éloignées de l'idéal d'objectivité, de distanciation et de neutralité, toujours enseigné à l'hôpital. Comme d'autres enquêtés interrogés (Bloy 2008), ils qualifient souvent leurs pratiques de « *pas rationnelles* », et se sentent démunis face au côté « irrationnel qui participe inévitablement et malgré eux à leurs activités courantes » (Membrado 1993). En effet, ce couple d'opposition (rationalité/irrationnalité) est courant en médecine, à commencer chez des représentants du conseil de l'Ordre. Ainsi, questionné sur la validité des enquêtes incluant des observations du travail de médecins généralistes, un médecin représentant ce conseil au niveau national avait souligné de façon soutenue leurs risques : dévoiler le caractère « *peu scientifique* » des pratiques médicales (Vega 2003)¹⁶⁹. Cependant, ces oppositions participent d'un trait répandu en France. On les retrouve par exemple dans le milieu de la recherche en sciences humaines, où l'on a tendance à sur valoriser l'intelligence intellectuelle - la part « des sciences pures » -, au dépend d'une intelligence existentielle, des sens. En conséquence, les modèles du « bon » professionnel dépassent les métiers : le chercheur, comme le soignant se doit de taire ses émotions, de gommer les aspects individuels « subjectifs » dans son travail (Vega 2000 et 2011, Mercadier 2002, Pouchelle 2003, etc.) *In fine*, ces hiérarchisations renforcent les difficultés à reconnaître ces aspects, pourtant particulièrement présents dans les soins dans toutes les cultures : chez les soignés, comme chez les thérapeutes et les (para)médicaux. Autrement dit, ces derniers, et tout particulièrement les médecins et les chirurgiens sont amenés à refouler une grande partie ce qui fonde leurs professions (Vega *et al*. 2010). En effet, les relations soignants-soignés sont également des rencontres uniques, où

¹⁶⁸ Ces besoins financiers ont déjà été en partie soulignés dans notre dernière étude pour la DREES (Vega *et al*. 2008). Ils ont été exprimés également dans les congrès suivis : « *les médecins généralistes sont englués dans le soin et dans des remboursements de prêts d'installation et de maison* » (accord des médecins de la salle). Les sur investissements au travail s'accompagnent souvent de divorces, c'est-à-dire également d'obligation à payer des pensions alimentaires chez les hommes.

¹⁶⁹ Tout en estimant ne pas pouvoir interdire ce type d'enquêtes (« *Le fonctionnement des généralistes est très informel, il n'y a pas de lignes de conduite. Il y a des médecins qui mettent la main à l'épaule, d'autres qui embrassent leurs patients, enfin le non verbal ne peut être l'objet d'études... parce que c'est au-delà de la relation médecin-patient. Et si vous dites qu'ils ne sont pas neutres, - bon c'est le cas -, mais il faut préserver le secret de la relation, c'est sacré ... C'est étudier l'intimité dans la relation qui nous paraît très gênante* » (représentant du Conseil de l'Ordre). Depuis, une minorité de généralistes a refusé d'être suivi par l'enquêteur (bien que certains aient spontanément invité ce dernier à le faire) après avoir demandé et reçu un avis négatif de représentants locaux du conseil de l'Ordre. Une enquêtée, également chercheur, a également exprimé des peurs que ce type d'enquêtes désacralise sa profession.

transparaissent de part et d'autre des désirs et des émotions (Lupton 1998). Inévitablement, ces rencontres induisent des réactions : en termes d'attirance comme de rejet et de dégoût (Le Grand Sébille 2007). Nous verrons d'ailleurs que ces sentiments, même contrôlés, sont de bons indicateurs des niveaux de prescription de médicaments (*voir parties suivantes*).

B. Un pouvoir médical peu partagé : la reproduction des hiérarchies dominantes en médecine générale

Les visions positives des médicaments par les praticiens, des hantises culturelles et les échanges médicaux restreints participent à augmenter le nombre des produits prescrits en France. Ce processus est encore amplifié par des tendances à exclure des décisions médicales les acteurs non médicaux, rarement considérés comme de véritables partenaires de travail. En effet, les jeunes médecins français sont plutôt habitués à l'hôpital à partager leurs décisions entre eux (Froment 2001), et moins à collaborer avec d'autres professionnels¹⁷⁰. Ceci se répercute ensuite dans l'organisation du travail. Ainsi, dans l'Hexagone, il existe peu d'échanges et de regroupements interprofessionnels de « ville » - en dehors de ceux associant des médecins spécialistes à des médecins généralistes -, toujours par comparaison avec des traditions belges ou néerlandaises, où ces derniers collaborent plus étroitement avec des infirmières et/ou des pharmaciens, notamment¹⁷¹. Or, si les collaborations avec les médecins spécialistes participent plutôt à augmenter les coûts des ordonnances, inversement les collaborations avec des infirmières et/ou des pharmaciens tendent plutôt à les faire diminuer : les premières concourent souvent à faire baisser les posologies de prescriptions médicales, les seconds ont un rôle central de « contrôleur » des ordonnances médicales en France¹⁷². En effet, ces professionnels ont souvent des visions plus critiques des médicaments allopathiques, ou des savoirs pharmacologiques nettement plus importants que les médecins généralistes.

Mais dans l'Hexagone, ces professionnels sont souvent jugés peu utiles, voire peu dignes de confiance par ces derniers (ils sont plutôt déconsidérés par une partie des enquêtés), comme les kinésithérapeutes. Ces pratiques et jugements dominants expliquent d'ailleurs les « résistances » médicales à des transferts de compétences, opérés dans la plupart des pays en Europe comme Outre-Atlantique¹⁷³.

Plus précisément, on observe sur le terrain des pratiques de délégations, voire de « relégations » de « petits » soins aux professionnels non médicaux, plutôt appréhendés comme de simples exécutants (Vilbrod et Douguet 2006, Lustman et Vega 2007) : au mieux, ils facilitent l'observance aux traitements et permettent de « *responsabiliser le patient* ». En conséquence, une partie enquêtés suivis sont souvent en conflit avec des infirmières, des pharmaciens, avec des kinésithérapeutes, mais aussi avec des directeurs de structures (centres de santé, hôpitaux locaux, maisons de retraite), dès lors que ces derniers ont des velléités d'intervenir dans les soins et dans les ordonnances médicales. « *Ils s'immiscent dans nos*

¹⁷⁰ A l'exclusion notamment des médecins du travail, ne serait-ce que parce qu'ils doivent décrire des cas et à les argumenter auprès d'autres médecins et/ou d'employeurs (Dodier 1993).

¹⁷¹ Ainsi par exemple, contrairement à ses confrères français, un médecin généraliste belge (lors du 49^{ème} congrès des centres de santé, *op.cit*) a affirmé à plusieurs un principe de « *transdisciplinarité* » : l'importance de travailler avec des professionnels non médicaux divers, dont des infirmières « *ayant des capacités d'analyses et de décisions* » (de prendre des décisions « *horizontales* »), incluant en outre les patients.

¹⁷² Y compris en milieu hospitalier (Vega 2000, 2001). Cette étude confirme que les pharmaciens d'officine (même s'ils sont également soumis aux pressions des laboratoires pharmaceutiques) appellent directement les médecins prescripteurs pour leur signaler des erreurs dans leurs ordonnances, ou mettent en garde des patients de risques de toxicité de produit(s) (Vega 2003).

¹⁷³ *Enjeux des coopérations...* 2007. A cet égard, les tentatives de transposer en France les modèles de « *disease management* » anglo-saxons nous semblent assez vaines.

pieds (sic) de bande » : ils outrepassent, du point de vue des médecins leurs prérogatives¹⁷⁴. On observe alors plutôt une succession de professionnels au chevet du patient, comme nous l'avons déjà souligné (Lustman et Vega, *op.cit.*).

En France, ce sont pourtant les collaborations avec les principaux concernés que sont les patients qui sont jugées les plus problématiques. La nécessité de prendre davantage en compte de la « voix » du patient, comme de ses proches¹⁷⁵ est plutôt l'objet de plaintes par l'ensemble des professionnels de la santé travaillant en « ville » (et pas seulement suite à des appréhensions de risques de « manipulation », voir *I.I*). Car à l'hôpital, les futurs soignants sont encore moins préparés à collaborer avec de simples usagers de la médecine (à l'exclusion des futurs psychiatres). Plus précisément, on retrouve en médecine générale des tendances à peu considérer, voire déconsidérer les savoirs, les expériences des patients et de leurs proches, opposés à l'expertise des professionnels. Ainsi, la plupart des enquêtés présupposent plutôt des incapacités de patients à comprendre les logiques médicales, et plus globalement à se prendre en charge¹⁷⁶. Ces présupposés touchent en particulier des personnes pas ou peu diplômées, comme dans l'ensemble du milieu médical (des médecins hospitaliers ont également tendance à supposer chez ce type de patients des capacités d'entendement et de jugement limitées, comme nous l'avons déjà souligné). Parce que la patientèle des médecins généralistes libéraux est plutôt socialement plus diversifiée que celle des médecins spécialistes, les enquêtés sont donc nombreux à penser pallier, *via* des prescriptions de médicaments, des lacunes et des incompétences de profanes, susceptibles de « mal » se soigner, ou de ne pas assez se soigner. Non seulement la plupart des enquêtés éprouvent des difficultés à laisser des patients s'automédiquer, mais une partie d'entre eux ont tendance à penser savoir ce qui est bien pour eux (il s'agirait aussi de perceptions répandues, car « faire le bien d'autrui » est au fondement des motivations soignantes). Autrement dit, ces perceptions participent à augmenter des pratiques d'imposition d'ordonnances déconnectées des besoins des patients : des enquêtés sont plutôt conduits à faire des choix thérapeutiques à leur place¹⁷⁷. D'ailleurs, une des plaintes les plus répandues en médecine générale est de travailler «*seul* » : sans les patients, malgré le fait de valoriser par ailleurs la notion du « colloque singulier ». De plus, nous verrons que ce statut du malade et de ses proches - considérés en France plutôt comme peu sachants, voire souffrants d'incapacités intellectuelles, cognitives - est l'un des facteurs déterminants des pratiques de sur prescription. En effet, ces jugements sont répandus chez les médecins généralistes les plus prescripteurs de cette étude (*voir parties suivantes*).

En médecine générale, la reproduction des traits de la culture médicale dominante semble donc avoir, une fois de plus, des conséquences paradoxales. Car « la part des soins profanes, le travail domestique de santé est sous estimé dans la gestion des maladies chroniques et du vieillissement » (Schweyer 2009, p. 302). Alors qu'on assiste à l'augmentation de ces pathologies et des délégations de soins de plus en plus importantes vers les aidants à domicile (professionnels ou proches familiaux¹⁷⁸), ces derniers sont également peu écoutés par les médecins observés. Concernant les patients atteints de maladie chroniques, cette étude renvoie aux constats des chercheurs travaillant en milieu hospitalier. En dépit de discours répétés visant à intégrer les patients et leurs proches aux décisions

¹⁷⁴ Par exemple, ces professionnels conseillent à des patients d'autres alternatives thérapeutiques (médecines douces, hétérodoxes) ; ils collaborent directement avec des médecins spécialistes (sans tenir compte des ordonnances des généralistes) ; ils donnent aux patients des produits génériques ; ils hospitalisent des patients sans prévenir les médecins traitants, etc.

¹⁷⁵ Mischler 1984.

¹⁷⁶ Même si les praticiens enquêtés font du patient un sujet plus ou moins passif, comme les enquêtés médecins du travail suivis par N. Dodier, *op.cit.*

¹⁷⁷ Problématique étudiée surtout en milieu hospitalier (Froment *op.cit.*, Fainzang 2006).

¹⁷⁸ Comme au Québec (voir les nombreux travaux de l'anthropologue F. Saillant)

médicales, leur écoute et leur représentation dans les différentes instances sanitaires restent très partiels¹⁷⁹.

In fine, les spécificités françaises relatives aux recommandations en médecine générale nous semble parfaitement illustrer l'ensemble de ces traits (*voir encadré ci-dessous*).

Les limites des recommandations professionnelles en France : le reflet de la culture médicale dominante

On retrouve dans les recommandations et dans les guides de « bonnes pratique » un des traits culturels les plus prononcé dans l'Hexagone : les hiérarchisations des différents acteurs intervenants dans les soins.

Ainsi, en France les recommandations sont mises en pratique lorsque les médecins généralistes suivent des formations permanentes et échangent entre « pairs » (confrères) : à défaut, les praticiens sont sous la dépendance des représentants des laboratoires (Rosman 2009/1). Cependant, au regard de cette étude et de l'ensemble des travaux recensés, les premiers restent minoritaires, et les second majoritaires. De plus, les médecins généralistes participent encore peu à l'élaboration des recommandations, contrairement à ce qui se fait aux Pays-Bas (les généralistes néerlandais et des pharmaciens d'officine participent à des groupes de réflexion). Ces dernières sont d'autant plus suivies qu'elles sont élaborées par des collègues médecins généralistes : elles couvrent toutes les pathologies traitées en médecine de ville et comprennent des précisions utiles par rapport à des demandes des patients. De plus, l'ensemble des recommandations sont vécues positivement : elles sont considérées comme des « garde fous » aidant les praticiens à gérer des limites de leurs connaissances et l'incertitude. Et les praticiens aspirent à harmoniser leurs prescriptions, dans une logique de restriction (Rosman 2009)¹⁸⁰.

Par opposition, les recommandations sont vécues plutôt négativement par les médecins généralistes français. En effet, la plupart des enquêtés valorisent plutôt le fait d'avoir des pratiques différenciées et indépendantes, du fait de la revendication d'un idéal d'autonomie¹⁸¹. De plus, les limites des connaissances médicales sont peu reconnues et l'incertitude dans les soins sont toutes deux palliées par le recours aux médicaments (*voir point suivant*). Enfin, d'une part les consignes de bonnes pratiques sont surtout le fait de médecins spécialistes. Ces dernières sont donc souvent critiquées : elles traitent peu des pathologies associées et restent plus globalement encore peu adaptées à la pratique de « ville »¹⁸². D'autre part, elles sont parfois jugées suspectes, pour au moins deux raisons. Il existe des suspicions à l'égard de manipulations économiques¹⁸³ et de logiques d'économie dans le secteur de la santé, qui expliquent également des choix de continuer à prescrire certains produits ou à faire plus d'examen que recommandés¹⁸⁴. Les recommandations seraient influencées par les intérêts de médecins spécialistes et par des laboratoires pharmaceutiques par le truchement d'experts peu indépendants. Autrement dit, les recommandations des agences sanitaires seraient orientées par des

¹⁷⁹ En dehors de quelques belles réussites en secteur salarié comme en secteur libéral, sur lesquelles nous reviendrons dans le chapitre suivant.

¹⁸⁰ Plus précisément, la culture calviniste dominante va de pair avec deux principes et croyances partagés : la nécessaire maîtrise des dépenses de santé, et l'inutilité de la plupart des médicaments, considérés comme des produits nocifs pour le corps (ce qui correspond aussi aux travaux de S. Fainzang, 2001/1).

¹⁸¹ Scandé par les enquêtés et par d'autres médecins durant les nombreux colloques auxquels nous avons participé. Par exemple, à propos des résultats d'une étude montrant la variation des réponses médicamenteuses face à des cas identiques, un orateur a conclu que cela était « *plutôt positif, rassurant même* ». Inversement, l'ensemble des médecins français a jugé négativement le fait que des confrères québécois soient obligés d'aller là où il manque des médecins (c'est-à-dire là où il existe des besoins de santé).

¹⁸² « *Quand on suit les bonnes pratiques, y'a plus de chances de prescrire des médicaments... à peu près corrects* (ton très bas, peu affirmatif) (...) : *pas mal de recommandations ne sont pas adaptées à la pratique en ville* ».

¹⁸³ Soulignées par exemple dans *Singuliers généralistes*, p. 271.

¹⁸⁴ Par exemple de faire plus de frottis que recommandés. Ces tendances ont déjà été soulignées dans notre précédente étude pour la DREES (Vega 2007, comprenant des médecins de toutes spécialités). Il montrait des préférences pour l'examen ou le produit le plus cher, jugés plus efficaces (à noter qu'il s'agit encore d'une tendance plutôt prêtée aux usagers).

enjeux qui ne sont pas uniquement « scientifiques » (Sarradon 2007).

A cet égard, le témoignage du médecin le moins prescripteur de cette étude est éclairant. « *Vous imaginez, l'intérêt que ça peut avoir pour un fabricant, un commerçant – un fabricant de médicament – de pouvoir influencer sur ces recommandations là, dans lesquelles : qui sont émises par une autorité haute (...). Les médecins n'attendent que ça : la soumission à une autorité haute, - les êtres humains en général -, les médecins encore plus dans leurs pratiques (...). Déjà, il agit là-dessus : ça, y'a pas mal d'études qui le montrent. Mais si, en plus, il peut agir sur la fabrication des recommandations qui sont le produit fini des, des données scientifiques, c'est un régal !... Bin c'est exactement ce qui se passe partout dans le monde, et en particulier à l'HAS¹⁸⁵ (...). Le problème, c'est que plus vous avancez dans la connaissance de ces machins là, et plus vous vous apercevez que tout doit être remis en question – et en particulier ce sur quoi on vous fait croire qu'il faut se fonder, donc c'est-à-dire les recommandations professionnelles (...). Or, la responsabilité des autorités sanitaires est de fournir des informations fiables, transparentes, étayées sur les données de la science* ».

Quoi qu'il en soit, en France, les points de vue des patients sont quasiment absents des recommandations professionnelles : les publications recensées soulignent plutôt, voire uniquement les « abus » de ces derniers¹⁸⁶.

C. Des perceptions des risques prononcées en médecine générale

Cette étude souligne des tendances importantes chez les médecins généralistes à conformer aux normes et aux hiérarchies médicales dominantes (ces dernières sont intériorisées en facultés, puis reproduites en « ville »). Or, elles s'avèrent finalement inadaptées à la médecine générale, ce dont peu d'enquêtés ont conscience. Ces derniers ne semblent pas non plus avoir conscience de pallier *via* l'ordonnance l'ensemble des écarts entre leurs apprentissages et ce à quoi ils sont quotidiennement confrontés (en qualité de médecin, mais aussi de consommateur de médicaments).

- Un recours à l'ordonnance également pour se rassurer

Les représentations répandues de patients peu capables, susceptibles de mal se soigner ont d'autres conséquences. Elles tendent à amplifier des sentiments de devoir assumer d'importantes responsabilités chez de nombreux enquêtés (les patients courent de nombreux risques, qui sont donc endossés également par les médecins). Trois autres processus, spécifiques à l'exercice de la médecine générale, participent encore à amplifier des hantises, dont des enquêtés d'autres études témoignent¹⁸⁷.

-Premièrement, le suivi et le retour régulier des patients sont associés à une peur répandue : « *à force de voir toujours les mêmes tronches, on fait moins attention* », « *on a peur de passer à côté de quelque chose de grave* », « *j'ai peu qu'un jour il est vraiment un problème... Paf ! Le pépin ! C'est le souci, surtout avec les patients hypocondriaques !* ».

-Deuxièmement, le médicament reste chez les généralistes français l'outil central (en l'absence d'autres options reconnues¹⁸⁸), et l'ordonnance permet de valider la légitimité du médecin. Elle est la « preuve matérialisée de la capacité du médecin à poser un diagnostic et à trouver un traitement » (Rosman 2009, p. 128). Le médicament signifie donc toujours la capacité d'intervention du médecin : il est un moyen d'affirmer sa compétence et sa puissance,

¹⁸⁵ Depuis la réalisation de cette étude, ces conflits d'intérêts ont été prouvés. Ceci a permis de remettre en cause des recommandations de l'HAS (concernant le Diabète 2 et récemment les traitements de patients parkinsoniens).

¹⁸⁶ Cette particularité n'a été soulignée par aucun des médecins enquêtés (même les plus critiques) et par aucun des chercheurs dont nous avons recensés les travaux.

¹⁸⁷ Bloy 2008, Vega et al. 2007, Haxaire *et al. op.cit*

¹⁸⁸ Tels que le conseil et l'éducation thérapeutique.

signe de prise en charge du malade (Dupuy et Karsenty 1974). Or, l'incertitude diagnostique est une dimension centrale du travail en médecine générale (Bloy 2008)¹⁸⁹, mais les médecins français ne sont pas formés à gérer le doute. Ils sont en fait souvent dans l'incertitude, mais pensent qu'ils ne peuvent pas se permettre de le dire (ce qui renvoie à la difficulté d'assumer et de reconnaître les limites de la biomédecine en général¹⁹⁰). Il s'agit d'un énième paradoxe français, et selon nous un facteur déterminant de sur prescriptions. En effet, la plupart des enquêtés se plaignent de devoir résoudre des « *symptômes à la noix* », « *des trucs pas clairs* », « *bâtards* »¹⁹¹. Ils gèrent alors des peurs et ces incertitudes *via* l'ordonnance, et tout particulièrement en prescrivant des examens. Ceci explique également des recours aux urgences : ils sont un moyen de voir revenir à soi le patient, mais aussi « *de faire le tour* » de problèmes¹⁹².

- Finalement, cette étude montre que le recours à l'ordonnance est motivé par l'ensemble des difficultés éprouvées dans le travail (*décrites dans cette partie*). Ainsi, des besoins de réassurance passent par des prescriptions « *à l'aveugle* », « *par prévention* », « *pour éviter le pépin* », « *pour se couvrir* », « *au cas où* », et/ou « *pour ne pas perdre un client* »¹⁹³. Plus précisément, dès lors qu'ils sont suivis dans leur travail quotidien, ces enquêtés passent facilement d'explications du type : « *c'est pour rassurer le patient* », au constat que de nombreuses prescriptions visent également, voir uniquement à les rassurer. Les ethnographies permettent donc de souligner des pratiques de sur protection *a priori* importantes, que les études recensées semblent souvent sous estimer. Autrement dit, de nombreuses prescriptions visent à préserver les médecins de risques potentiels, redoutés (ces risques seront détaillés dans les parties suivantes. En effet, les praticiens les plus prescripteurs de cette étude sont aussi ceux qui ont des perceptions des risques de santé les plus importantes).

- Des soignants soignés : une surconsommation de médicaments chez les médecins les plus prescripteurs ?

En France, le peu de contrôle des ordonnances par d'autres médecins comme par les acteurs non médicaux favorise des projections socioculturelles (*partie 1, chapitre 1*) mais aussi des projections propres à chaque médecin. En effet, comme les patients, les soignants sont confrontés à titre personnel à des ruptures de santé (à la maladie ou à l'accident, et souvent au cancer), ce qui influence leur perception des risques, leur prise en charge et le contenu d'ordonnances (il s'agit de processus étudiés chez des médecins hospitaliers : Vega 2000 et Vega et Pouyalet 2010). Cette étude montre ainsi des liens existant entre les prescriptions et les propres expériences de santé d'enquêtés. Certains projettent sur des patients des problèmes de santé personnels¹⁹⁴ ; des changements de leur état de santé ou de ceux de leurs proches induisent des changements de pratiques¹⁹⁵.

¹⁸⁹ Même si cette dimension est présente dans d'autres spécialités comme la cancérologie, la neurologie (Vega 2000, Vega *et al.* 2010). Plus globalement, la médecine soigne avec des médicaments et des actes dont elle ne maîtrise pas toujours les ressorts (Urfalino 2005).

¹⁹⁰ Autrement dit, se placer dans une position d'informateur imprécis ou incertain ne correspond pas aux valeurs de la prestation clinique (Freidson *op.cit.*), centrée sur l'expertise.

¹⁹¹ En effet, environ 2/3 des consultations en médecine générale ne se terminent pas par un diagnostic au sens strict, et dans la majorité des cas, ces troubles, sans étiquette diagnostic en fin de consultation n'en recevra pas davantage à l'issue de consultations ou d'examens ultérieurs, selon la Société française de médecine générale (citée par G. Bloy, *op.cit.*, note 6, p.71).

¹⁹² Ces usages sont observés surtout chez les moyens prescripteurs de cette étude, voir *chapitre 3.2*.

¹⁹³ On observe à ce sujet une remarquable constante. Ainsi, dès 1974 J.P Dupuy et S. Karsenty soulignaient déjà que nombre de pratiques « témoignent d'un fort sentiment d'insécurité et de fragilité des rapports avec la clientèle » : « le spectre de la perte d'un client agit comme un véritable aiguillon pour donner satisfaction aux malades » (*op.cit.*, p. 134).

¹⁹⁴ Par exemple, les soucis gastriques d'une enquêtée l'amène régulièrement à subodorer leur existence chez ses

Dans ce sens, de nombreuses recherches attestent de l'importance des situations de stress, de burn-out et des problèmes psychiatriques chez les médecins généralistes (comme parmi l'ensemble des professionnels de la santé et du secteur social : Vega *et al.* 2008). Ces états sont souvent synonymes de consommation de produits psychotropes et d'autres pratiques d'addiction (alcool, tabac) sont loin d'être rares, comme cela a été souligné lors de la réunion plénière du 4^{ème} congrès de médecine générale (*op.cit*) et lors de séminaires dédiés aux médecins du travail à l'université Lille 2 en 2010¹⁹⁶. Ceci nous amène à poser une autre hypothèse de travail.

Les médecins seraient souvent intimement familiers avec des produits psychotropes. Ceci participerait à leur banalisation - en particulier les médicaments antidépresseurs-anxiolytiques¹⁹⁷. Si l'usage du conditionnel s'impose - car les pratiques d'autoconsommation et les non-dits médicaux rendent les études difficiles -, cette piste d'analyse est en phase avec l'un des constats de P. Le Moigne (2009, p : 243-263) à propos des écarts entre la règle et l'usage par les médecins des produits psychotropes. En s'appuyant sur la littérature nationale et internationale¹⁹⁸, ce chercheur souligne le fait suivant : les niveaux de prescriptions de produits psychotropes sont très différents selon les généralistes et indépendants des caractéristiques des patients qu'ils reçoivent, de leurs spécialités et de leurs affiliations universitaires (le genre du médecin est moins pertinent que son âge, avec des pics de prescriptions à 60 ans¹⁹⁹). Dans ce sens, des études montrent que les prescriptions de psychotrope sont multipliées par 1,4 lorsque le médecin prend lui-même ces produits²⁰⁰.

Au regard de nos observations, ces processus seraient généralisables à l'ensemble des produits prescrits. En effet, les enquêtés sont nombreux à avoir personnellement « testés » les produits qu'ils prescrivent, dont également les médicaments palliant les symptômes du rhume et des antalgiques. S'ils portent alors plus d'attention aux effets secondaires rapportés par les patients, ils seraient surtout davantage poussés à prescrire ces produits à leurs patients. D'ailleurs, ce processus est bien connu des laboratoires pharmaceutiques (leurs commerciaux proposent également des produits pour la consommation des médecins et de leurs familles, voir 1.3).

- Des patients modérateurs des ordonnances

A la fin de cette partie, on comprend mieux pourquoi les médecins généralistes français sont nombreux à recourir à des « me too », à s'écarter des règles de « bonnes pratiques » et à appliquer des « recettes » plutôt que de « savoirs » (Haxaire *et al.*, 2010²⁰¹). A cet égard, deux métaphores sont couramment utilisées pour qualifier leur travail par la plupart des enquêtés de

patients, et à réfuter d'autres maux éprouvés par ses derniers.

¹⁹⁵ Ainsi par exemple, un enquêté a baissé ses prescriptions d'examen : suite à un accident, il a pris conscience du « parcours du combattant » des soignés en milieu hospitalier (en effet, la plupart des médecins évitent pour eux comme pour leurs proches des hospitalisations). Inversement, des cas de cancers dans leurs familles ont poussé des enquêtés à faire faire plus d'investigations à leurs patients (y compris des médecins « petits » prescripteurs). L'ensemble de ces liens ont été détaillé dans le second rapport remis à la Cnamts.

¹⁹⁶ Par un représentant du Conseil de l'Ordre et de la Caisse Autonome de retraite des médecins en France (Y. Léopold), et par le docteur A. Trichard-Salebier lors du séminaire GIP CERESTE.

¹⁹⁷ Une partie importante des enquêtés de cette étude en ont consommé, notamment suite à des dépressions.

¹⁹⁸ Dont une étude quantitative Québécoise (Tamblun *et al.*, 1996, citée page 250).

¹⁹⁹ Selon nous, ces sur prescriptions seraient peut-être en lien avec des fatigues accumulées, dont on a vu précédemment qu'ils étaient importantes chez les médecins généralistes en France (en plus du fait que ces médecins ont des patients plus âgés).

²⁰⁰ Parmi ces études, présentées lors de la plénière du 4^{ème} congrès de médecine générale, *op.cit* (par Y. Léopold), une recherche finlandaise conclut sur l'intérêt de faire arrêter le tabac à un médecin plutôt que de lui faire suivre des formations pour que ses patients arrêtent de fumer.

²⁰¹ Comme le souligne également la sociologue I. Hémyer Bourgeois (*op.cit*).

cette étude. Egalement présentes parmi les témoignages d'enquêtés d'autres études recensées en France, elles traduisent très exactement ces usages de l'ordonnance :

- « *Je regarde les ordonnances (de spécialistes hospitaliers) pour trouver des petites recettes*²⁰² », « *on fait sa médecine, sa cuisine* », « *moi c'est toujours 4 (médicaments), chacun fait sa sauce* », « *on a chacun ses petites recettes, on ajoute au fur et à mesure des produits, comme de la mayonnaise* » (ces verbatim témoignent des pratiques d'individualisation et de cumuls de médicaments) ;

- « *la plupart du temps, nos ordonnance, c'est du bricolage* », « *on passe notre temps à bricoler tout seul*²⁰³ », « *là, c'est juste une béquille : c'est pas rassurant, hein : on colmate, on colmate en priant pour ne pas se retrouver un jour avec 'the pépin'* », « *franchement, on fait parfois n'importe quoi, c'est de la bouillabaisse* », « *c'est de la merde !* ». Ces verbatim témoignent de peurs et indirectement des limites du recours aux médicaments (exprimées surtout par de gros prescripteurs de cette étude, voir partie 3, chapitre 3), c'est-à-dire de l'inadaptation des formations initiales :

- « *quand vous allez dans les formations médicales de médecins, c'est hallucinant (...) de voir comment les médecins dans les formations ne sont que dans l'attente de recettes (...). Tous les gens attendent qu'on leur donne une réponse... Alors que tout ce qu'on peut faire, c'est simplement d'apprendre à gérer un doute et une situation incertaine* ».

Le principal résultat de cette étude est donc de montrer que les médecins, bon gré mal gré, sont souvent à l'initiative de traitements et d'une multiplication de produits dans les ordonnances. D'ailleurs, les patients observés - appartenant dans cette étude à des classes moyennes à défavorisées - ont plutôt modéré l'ensemble des prescriptions médicales (initiées par des généralistes comme par des spécialistes). Ce résultat est assez logique au regard des études quantitatives (comme celles de Peneff 2000, 2005 et de Carricaburu et Ménoret 2004). En effet, en France, ce sont plutôt les classes sociales les plus favorisées de la population qui bénéficient du système de santé, et en particulier des patients très âgés et très argentés qui sont transformés depuis des années en gros consommateurs (même si on observe de nouveaux recours médicaux précoces de familles populaires, ils n'atteignent pas le niveau des classes moyennes et supérieures).

- Plus précisément, concernant les produits de « confort », couramment prescrits en médecine générale, nos observations confirment les résultats d'études médicales et les analyses de Sophia Rosman (à propos des demandes de produits antibiotiques, 2009/1, p. 82 et p. 86), en les généralisant.

Ainsi, selon le médecin généraliste A. Mercier, les études médicales portant sur la prescription de produits antibiotiques dans les angines ont bien montré que le médecin prescrit parce qu'il imagine la réponse du patient. Or, dans la majorité des cas, le patient n'attend pas ce produit ». Si « pression » de patients il y a, elle reste cantonnée à des situations spécifiques et limitées. Ces produits sont demandés lorsque les patients anticipent des départs en vacances, des anniversaires, des voyages (il s'agit d'« *avoir tout sous la main, au cas où* ») ; ou lorsque des personnes ont eu des expériences pénibles passées avec les mêmes symptômes (un médicament en particulier les avait déjà soulagés qu'ils redemandent²⁰⁴).

²⁰² Ceci renvoie à d'autres témoignages, notamment aux difficultés éprouvées par des médecins enquêtés formateurs : « *ils (les étudiants) cherchent uniquement à appliquer des recettes, des protocoles donnés d'avance* » ; « *on peut rien leur dire : les médecins sont toujours là pour qu'on leur file des recettes, des choses à appliquer, bien claires, alors que la médecine générale, c'est tout sauf clair, hein ! Mais ça on leur dit pas en facultés de médecine, le modèle c'est la spécialité, heu les spécialistes : tel problème, tel traitement.* ».

²⁰³ Ces sentiments de bricoler et de travailler « *en aveugle* » peuvent également motiver des retours à l'hôpital (comme nous l'avons souligné dans une précédente étude : Vega et al. 2008).

²⁰⁴ Dans cette étude, seuls deux cas de pression pour obtenir un antibiotique ont été observés : le premier a été refusé et le second a été accepté par les généralistes (appartenant au groupe de « gros » prescripteurs).

De plus, dans la plupart des cas observés, les patients ont relu attentivement les ordonnances : ils ont alors critiqué directement les prescriptions, ou ils ont marqué des silences dans ce sens. Des patients ont également interrogé les médecins concernant l'origine médicamenteuse de leurs troubles et concernant de possibles interactions médicamenteuses (en particulier les patients habitués aux longues ordonnances). Plusieurs personnes ont informé les prescripteurs de médicaments retirés du marché (à ne plus prescrire, en particulier en pédiatrie).

- Les patients observés ont été plutôt d'emblée réticents, voire réfractaires ou très opposés aux produits psychotropes proposés par les médecins (en particulier des hommes ouvriers, au chômage), d'où des négociations avec les prescripteurs²⁰⁵. Sur ce point, nos résultats diffèrent donc de ceux de P. Le Moigne pour qui en France « les difficultés liées aux séparations ou à la perte d'emploi paraissent motiver des usages (de psychotropes) plus conjoncturels d'une part, et le plus souvent attribuables aux classes moyennes d'autre part » (*op.cit*, p. 254). En effet, les patients observés expriment plutôt des refus de consommer ces produits et/ou des désirs d'arrêter de les consommer : suite à des mises en garde de proches et suite à leurs effets secondaires²⁰⁶. Ceci est confirmé dans la plupart des études (inter)nationales. Cependant, des auteurs en sciences humaines tendent à peu insister sur les limites des bénéfices de ces traitements (ex. le recours à la chimie apporte à l'utilisateur « un effet stabilisateur », mais il aspire dans l'idéal à abandonner toute thérapeutique²⁰⁷).

Cette étude souligne un autre processus, logique : ce sont finalement les patients qui prennent l'initiative d'arrêter d'eux-mêmes leurs traitements, en particulier leur consommation de produits psychotropes, puisque les médecins sont plutôt réticents à le faire, en dépit d'effets négatifs rapportés. Les enquêtés prennent alors simplement acte des décisions de patients (d'arrêt, ou de changement de médicament). Les praticiens ne contestent pas le choix des patients, mais ne reconnaissent pas non plus le fait que les traitements étaient inadaptés aux patients (ils deviennent des acteurs passifs).

Plus globalement, cette étude confirme que ce sont plutôt les patients qui centralisent et « gèrent » leur dossier (Lustman et Vega 2007)²⁰⁸. Faute de liens entre les différents prescripteurs, ils sont souvent amenés à jouer les intermédiaires entre les médecins (Castel 2005, Pennec 2009). Les observations montrent qu'il s'agit d'un véritable travail (de mémorisation, de traduction, voire de déduction et de négociation pour être écouté de part et d'autre). Or ceci n'est pas donné à tous les patients notamment âgés, fragilisés, peu familiers des termes médicaux. De plus, les patients sont souvent confrontés aux limites des interventions des généralistes : du fait de représentations positives dominantes des médicaments et de sentiment d'infériorité répandus en médecine générale, ils se voient souvent refuser des changements de traitements (malgré leurs effets secondaires). Ceci explique également pourquoi ils les stoppent ou les changent d'eux même.

²⁰⁵ Qui sont néanmoins plus âpres et plus longues dans le domaine de la gynécologie (les impositions de traitements sont plus discutées, car en lien avec des domaines particulièrement sensibles, *voire rapport n°2*).

²⁰⁶ Nos observations confirment l'existence de réticentes « culturelles » aux psychotropes, analysées par S. Fainzang (2007, p.572), notamment suite des états de somnolence chez des femmes musulmanes (d'autant plus que ces états se heurtent aux exigences sociales attachées à leur statut).

²⁰⁷ P. Le Moigne, en référence aux travaux de North *et al.* (1995), cités page 257. Cet auteur a tendance à insister sur les responsabilités des consommateurs, alors qu'il rappelle par ailleurs que les produits psychotropes sont faciles à délivrer par les médecins, d'autant plus qu'ils ont un taux de remboursement toujours élevé en France.

²⁰⁸ Ce qui a été également souligné par un gastro-entérologue parmi le public du 49^{ème} congrès des centres de santé (*op.cit*) : c'est le malade « *qui essaye de coordonner* » l'ensemble des décisions médicales, et moins les médecins généralistes : « *c'est le patient qui assure la cohésion dans les démarches successives, gère en fait les dossiers* ».

Résumé-transition

L'analyse des échanges professionnels, comme du contenu des formations médicales permet de mieux cerner les rôles attribués aux différents acteurs dans le système de santé. Or, contrairement aux traditions néerlandaises, québécoises et belges, les habitudes de travail en France favorisent plutôt des associations et des cumuls de produits dans les ordonnances.

- En effet, les médecins français valorisent leur autonomie : ils sont peu portés à remettre en cause les prescriptions initiées par des confrères – *a fortiori* par des spécialistes en médecine générale -, dont les produits sont maintenus dans les ordonnances. Les différents médecins ont également tendance à ajouter des produits de leur propre spécialité et/ou des produits palliatifs aux effets secondaires de traitements initiés par les spécialistes en médecine générale (à quoi s'ajoutent les habitudes de chaque prescripteur).

- De plus, les médecins français travaillent peu ensemble.

Ces rapports médicaux restreints ont une conséquence majeure : des traitements dont les causes initiales de prescription ne sont plus connues sont néanmoins renouvelés.

- En France, les rapports entre les médecins généralistes et les médecins spécialistes restent particulièrement déséquilibrés. La surreprésentation des médecins spécialistes dans les cursus universitaires en médecine générale explique qu'une majorité d'enquêtés renouvelle sans critique leurs ordonnances. Or, il existe également des tendances à dédier un médicament par pathologie (d'où des abus de prescriptions chez les personnes-âgées). De plus, les médecins généralistes cherchent plutôt à reproduire des ordonnances de spécialistes et ajoutent souvent des produits spécialisés, ou vantés comme tels par les laboratoires pharmaceutiques à leurs propres ordonnances. En effet, ces pratiques sont considérées comme des gages d'expertise et de prestige.

Enfin, le choix d'« adressants » spécialistes (comme de « correspondants » en ville), est motivé par d'autres motifs que strictement médicaux.

La plupart des généralistes enquêtés intériorisent et reproduisent des hiérarchisations dans les soins, particulièrement importantes en France, d'où de nombreux paradoxes. Ainsi, les médecins généralistes sont censés coordonner les soins. Or, ils ne bénéficient pas toujours de l'information sur les traitements initiés en milieu hospitalier et ils réduisent souvent leurs contacts professionnels directs avec l'ensemble des médecins : parce qu'ils jugent leurs savoirs suffisants ou insuffisamment « normés », par rapport à un idéal de rationalité « scientifique » (Vega 2007, Vega et Pouyalet 2010). De même, ils partagent peu leur décision avec d'autres acteurs centraux dans les soins (qui modèrent plutôt le « réflexe » ordonnances-médicaments). Ainsi, les recours aux compétences des professionnels du « Psyché » et du secteur social, des soignants non médicaux sont jugés plutôt peu utiles. Les savoirs des patients, de leurs proches et des aidants sont également peu mobilisés, car souvent déconsidérés en particulier lorsque ces personnes sont peu diplômées : elles sont jugées peu capables de prendre des décisions (comme les infirmières), peu compétentes ou souffrant d'incapacités, voire peu responsables et peu rationnels.

Faute de confiance accordée aux patients et faute d'assurance dans leurs propres pratiques (d'apprentissage, de reconnaissance et de développement de compétences, de références et d'outils généralistes), les médecins enquêtés s'en réfèrent souvent, voire exclusivement aux savoirs spécialisés. Il s'agit d'un autre paradoxe. La plupart des enquêtés délèguent de nombreux soins aux médecins spécialistes : ils se réfèrent à un modèle de prise en charge souvent plus coûteux et loin d'être toujours adapté aux maux des patients « de ville ». Enfin, cette étude souligne un cercle « vicieux » : l'ordonnance est souvent le seul moyen de soigner dont disposent les médecins généralistes. Or, elle leur permet de pallier les décalages existant entre l'exercice quotidien et les apprentissages en facultés, en particulier l'absence d'apprentissage du doute. Autrement dit, des besoins de réassurance importants motivent

également de nombreux recours à l'ordonnance (elles expliquent des surprescriptions de médicaments, mais aussi d'examen et de consultations spécialisées). Elle permet de répondre à un ensemble d'appréhensions : tant culturelles, qu'individuelles. A ce sujet, les ethnographies soulignent des processus de projections personnelles de chaque médecin dans l'ordonnance (autrement dit, prescrire reviendrait souvent à « *bricoler* » et faire « *sa cuisine* »), sur lesquels nous reviendrons. En effet, l'individualisation de soins est l'une des caractéristiques des médecins gros prescripteurs de médicament de cette étude (caractérisés aussi par leurs jugements négatifs des patients et par des perceptions de risques de santé importants).

Les représentations dominantes des médicaments, les valeurs professionnelles (l'autonomie et la « rationalité ») et les habitudes de travail (le manque d'échanges sur les pratiques, la répartition hiérarchisée des soins) sont favorables à des abus de prescriptions en France. A défaut d'être contrôlée, l'ordonnance reflèterait souvent des projections du ou des prescripteurs. Les appréhensions de risques potentiels ou redoutés par le(s) prescripteur(s) primeraient également souvent sur le point de vue du patient. Les prescriptions de la plupart des médecins (généralistes) français seraient alors souvent inadaptées au besoin de ce dernier.

Quoi qu'il en soit, les résultats généraux de cette étude permettent de nuancer les discours leitmotivs (médicaux) tenus en général sur les patients²⁰⁹. En effet, les observations montrent que ces derniers sont souvent mal informés par les médecins, et loin d'être tous des consommateurs abusifs, « *attachés* » à leurs traitements ou mal influencés par leurs proches, par les médias et les ouvrages de divulgations de la médecine (poussés à surconsommer des médicaments). La plupart des prescripteurs enquêtés semblent plutôt reporter leurs responsabilités vers les patients : ils construisent le patient comme « demandeur », incitant les médecins à prescrire, alors qu'ils proposent et/ou imposent de nombreux médicaments aux patients (sans toujours en être conscients, sans prendre leurs avis et en dépit d'effets iatrogènes rapportés). Cette tendance expliquerait pourquoi les patients observés - appartenant majoritairement à des classes sociales moyennes et défavorisées - soient souvent des modérateurs des ordonnances, et quasiment toujours à l'initiative d'arrêt de traitements psychotropes. Les habitudes médicales de minorer les effets négatifs des traitements en général pourraient également expliquer pourquoi des patients ne prennent pas ou plus des produits prescrits (les écarts existants entre les prescriptions et les consommations effectives de produits²¹⁰) et soient plutôt conduits à puiser dans les pharmacies familiales. Enfin, le fait que les généralistes français investissent la « bobologie », informent peu leurs patients (sur l'inutilité de consulter pour ces maux) et les jugent plutôt peu capables de « bien » se soigner expliquerait également le succès relatif de la vente libre de produits en pharmacie²¹¹ : peu de médecins laisseraient les patients s'automédiquer.

Si les pressions des patients sur l'ordonnance sont à nuancer fortement, en revanche, cette étude confirme l'importance de celle des firmes pharmaceutiques sur l'ordonnance. Les résultats généraux cette étude vont donc encore à l'inverse des discours d'une majorité de prescripteurs, qui continuent à dénier leurs influences.

²⁰⁹ En effet, la tendance à faire porter d'abord la responsabilité des dépenses de santé aux patients est présente dans l'ensemble des publications émanant des organismes sanitaires en France (ex. HAS, Inpes). Il s'agit d'un *a priori* répandu, que cette recherche tend à remettre en question.

²¹⁰ Étudiés notamment par S. Fainzang (2001/1).

²¹¹ Voir à ce sujet le numéro spécial de la revue *Sociologie et santé* (n° 30, 2009) et le récent article de S. Fainzang, paru dans la revue *Anthropologie et sociétés*, vol 34, n°1.

Chapitre 3. Les laboratoires pharmaceutiques : une présence constante et peu « chronophage »

L'influence des laboratoires pharmaceutiques sur les prescriptions médicales n'est plus à démontrer, en France comme Outre Atlantique, et en particulier en médecine générale (ex. Dupuy et Karensky 1974). Cependant, cette étude montre que leurs représentants s'adaptent aux strates culturelles de chaque pays. Ainsi, ils entretiennent précocement chez les généralistes français des croyances et des peurs culturelles (*décrites en partie 1.1*). Ils viennent palier le décalage entre les formations et les réalités « du terrain » (*1.2*). Enfin, tout en répondant directement aux besoins de chaque prescripteur, ils jouent sur une corde particulièrement sensible en France : la gastronomie.

A. La valeur heuristique des recherches sur les produits psychotropes

Les résultats des études recensées concernant l'influence des firmes industrielles sur la prescription de produits psychotropes²¹² peuvent être généralisés à l'ensemble des produits prescrits en médecine générale.

- Des patients sous informés... par des médecins sous informés

Les résultats de cette étude permettent de généraliser en particulier les analyses de B. Chamak (2009)²¹³. Ainsi, en France comme Outre-Atlantique, les stratégies des différents représentants des laboratoires (que nous appellerons « commerciaux ») visent à alimenter la croyance chez les médecins que l'activité du « nouveau » psychotique est supérieure ou égale aux premières générations, qu'il est mieux toléré et présente moins d'effets secondaires que son ou ses prédécesseur(s). Ces arguments, qui consistent à critiquer le produit précédent pour mieux vanter le nouveau, restent au centre des discours développés par les commerciaux observés lors de cette étude, et ils sont crus par la plupart des enquêtés (du fait de leurs visions « optimistes » des médicaments et de croyances positivistes *1.1*). L'auteur souligne que ce n'est pas le cas : 78% des « nouveaux » médicaments homologués présentent des innovations modestes par rapport aux anciens, avec des prix multipliés par 2. Il s'appuie en particulier sur l'étude de J. Dana et Loewenstein (2003) et sur celle menée en France par la revue indépendante *Prescrire* (en janvier 2008)²¹⁴. Or, l'augmentation des coûts des produits et inversement la panne d'innovation sont des tendances dominantes pour tous les médicaments (Ehrenberg 1998, Pignarre 2003, etc.).

Des laboratoires vantent des produits psychotropes qui ont au contraire des effets « non négligeables » sur la santé, en minimisant leurs effets secondaires, comme nous l'avons également observé (en particulier, les commerciaux passent sous silence le fait que des produits soient des benzodiazépines). Pour ce faire, les laboratoires développent différentes stratégies marketing. Elles visent à sous informer les médecins *via* l'organisation de conférences et la publication d'articles réalisés par des « leaders d'opinions » (majoritairement des médecins spécialistes de renom) omettant des données défavorables aux

²¹² Notes de lecture développées dans le rapport n°1.

²¹³ Suite à l'augmentation des prescriptions de psychotropes aux enfants et aux adolescents aux Etats-Unis et suite à des conflits d'intérêts largement médiatisés depuis une enquête au Congrès américain l'été 2008, cette chercheuse (au Cesames) s'intéresse aux stratégies des laboratoires, à partir d'exemple américains (dont plusieurs études de David Healy, 2004).

²¹⁴ 5 années d'études sur les médicaments psychotropes montrent également une panne d'innovation et un dérapage des prix (p. 279).

produits. Les laboratoires s'assurent de ces omissions en finançant directement en amont des journaux médicaux²¹⁵ et des « recherches ». Encore plus en amont, il existe des pressions exercées conjointement avec des médecins, en l'occurrence des psychiatres appartenant à des courants « biologisants » (*voir encadré ci-dessous*), pour redéfinir les classifications des pathologies²¹⁶. Également à grand renfort de publicité, ces redéfinitions ont abouti en particulier à un élargissement des diagnostics de la dépression, du syndrome bipolaire (désormais au centre des nouveaux discours de commerciaux observés), de phobies sociales, et de l'hyperactivité²¹⁷. Ces redéfinitions sont à l'origine de recours à des produits psychotropes, prescrits désormais chez des enfants et des adolescents, chez des enquêtés les plus prescripteurs de cette étude (*comme nous l'avons souligné en 1.1*).

Enfin, au niveau de chaque médecin, des prescriptions sont favorisées par la multiplication des incitations : repas, invitations à des colloques, dons d'échantillons gratuits, dont cette étude confirme toujours l'existence et l'efficacité (*cf. infra*), comme celles des plaquettes commerciales laissées aux médecins. Ainsi, en matière de produits psychotropes, la plupart d'entre elles décrivent le cerveau comme un système régulé par des molécules, en insistant sur l'action des neurotransmetteurs²¹⁸. Or, une partie des médecins les plus prescripteurs de cette étude ont également intériorisé ces représentations : ils sont persuadés de l'origine biologique de certaines dépressions²¹⁹. Parmi eux, certains enquêtés répètent textuellement les discours des commerciaux sur les produits à leurs patients pour favoriser l'observance aux traitements. En effet, qu'il s'agisse de produits psychotropes ou d'autres médicaments, les stratégies des laboratoires visent à conforter leurs usages culturels (en insistant sur le caractère bénéfique de l'action médicamenteuse, sur la capacité des produits à stopper rapidement tous les symptômes) et à « *impacter la mémoire des futurs prescripteurs* »²²⁰. Ainsi, les commerciaux suivis répètent toujours les mêmes mots pour qualifier tous les produits (ex. « *progrès* », « *force* », « *agir* », « *puissance* » « *efficacité* »²²¹), également scandés dans les plaquettes. *In fine*, la question des « *me too* » est totalement mise à distance. D'ailleurs, des médecins enquêtés ne connaissent pas leur existence, et sur l'ensemble des colloques que nous avons suivi, un seul intervenant a soulevé ce problème : il a invité à « *faire le ménage* » dans les ordonnances, sans que d'autres médecins ne réagissent (dans la salle et parmi les autres intervenants²²²).

La biologisation de la dépression : la mise à l'écart des étiologies sociales

Malgré la modestie des développements de la pharmacothérapie depuis les années 70, des campagnes promotionnelles permettent de susciter sans cesse de nouveaux espoirs au sein du corps médical (Zarifian 1996). Tout particulièrement en France, la biomédecine reste fondée sur « l'illusion d'un

²¹⁵ D'où par exemple la quasi absence de réactions et de positionnements critiques dans la plupart des revues médicales en France suite à la récente affaire du « Médiator ». Cette mainmise a été critiquée également par Cohen D., & McCubbin M. (1990).

²¹⁶ L'élargissement de la définition du trouble dépressif (DSM), les pressions des laboratoires et leurs liens avec une psychiatrie académique centrée sur les facteurs biologiques ont été analysés par d'autres auteurs présentés dans le premier rapport remis à la Cnamts, en partie cités par A. Mauro et par P-H Keller (*op.cit*), *voir encadré ci-dessus*.

²¹⁷ Qui reflète plutôt les attentes d'enseignants, de directeurs d'établissements scolaires et de parents.

²¹⁸ En jouant inversement sur l'image d'un cerveau bloqué par un cadenas, par exemple.

²¹⁹ D'autant plus facilement qu'ils appartenaient déjà à des traditions organisées en médecine (*voir chapitre 3.3*).

²²⁰ Enquêtée travaillant comme consultante pour des laboratoires pharmaceutiques.

²²¹ Ex. Le Seroplex ® (escitalopram) : « la force d'agir ». Ces qualificatifs sont également répétés dans les colloques suivis, en particulier lorsqu'il est question de maladies chroniques (ex. « *bataille* », « *nouveaux médicaments* » « *guérison* », « *engagement* », etc.).

²²² Lors du 49^{ème} congrès national des centres de santé (*op.cit*). Il s'agit du sénateur Autain, ancien médecin libéral, et parmi les premiers médecins français à avoir travaillé en maison groupe (en secteur libéral).

progrès permanent » (Pignarre *op.cit*). Il s'agit également d'une croyance fondamentale pour comprendre les pratiques de sur prescriptions selon J-P Dupuy et S. Karensky (*op.cit*). En effet, la force des firmes est de parvenir à entretenir chez toute une partie des acteurs (médecins, usagers, décideurs politiques, chercheurs) des illusions concernant la toute-puissance de la biomédecine. Ainsi, l'énergie promise par les nouveaux médicaments antidépresseurs ayant peu d'effets gênants sur la qualité de vie quotidienne (Ehrenberg, *op.cit* p. 201) continue à pousser des enquêtés à les prescrire²²³. Ces recours ont été également favorisés par la perte du prestige de la psychanalyse, dès la fin des années 70. Cette dernière semble même être remise en cause par la plupart des médecins généralistes observés. En effet, parallèlement, la réforme du concours de l'internat en 1982 a supprimé l'internat spécialisé en psychiatrie : la culture des psychiatres devient plus médicale, avec une tendance à la rebiologisation du trouble mental. Cette tendance, particulièrement développée dans les pays Anglo-saxons, se diffuse nettement dans la psychiatrie universitaire française²²⁴. Ainsi, l'augmentation de la consommation française de psychotropes est en rapport avec le rôle majeur de l'industrie pharmaceutique et ses liens avec une psychiatrie académique centrée sur les facteurs biologiques (Keller 2009)²²⁵.

Cette tendance a été ensuite confortée par le développement de la « biologie de l'humeur »²²⁶ et des neurosciences : c'est l'émergence d'une « biologie de l'esprit » qui associe « les fonctions mentales les plus élevées au fonctionnement de circuits de cellules nerveuses ». Même si aucune anomalie biologique ne constitue un marqueur de la dépression²²⁷, la recherche biochimique montre que les médicaments psychotropes stimulent à des degrés divers la transmission d'information dans les neurones. Ceci marque des générations de prescripteurs, d'autant que les produits sont présentés comme ayant des effets sur une large gamme de symptômes : ils ne rendent plus nécessaire un diagnostic fondé sur l'étiologie (Ehrenberg, *op.cit*, p. 223).

Depuis, la définition psychiatrique revisitée du trouble dépressif (DSM) permet de classer la tristesse comme maladie. On observe une séparation entre le symptôme et le contexte qui l'a produit (entraînant une perte de vue des causes possibles). Ainsi, ce dernier tend à disparaître dans les médias aux Etats-Unis (malgré l'évidence des liens entre statut ou conditions socio-économique et santé, stress et dépression), qui affirment de façon sournoise que certains types de mal être légers sont plutôt l'effet d'un déséquilibre biologique situé dans le cerveau (Maturò 2009, p. 181²²⁸). Autrement dit, comme dans d'autres domaines, on assiste à une conception de la maladie comme fait individuel, caractérisé par la prééminence des facteurs biologiques²²⁹. En conséquence, le meilleur remède est le médicament (*l'effet supposé des molécules chez les enquêtés de cette étude*), et non l'amélioration des conditions matérielles de vie.

- Des responsabilités partagées ?

²²³ Pour une approche historique : Rasmussen 2006. Pour une synthèse, voir le premier rapport remis à la Cnamts.

²²⁴ C'est essentiellement chez les psychiatres du service public non universitaire qu'un pluralisme des approches reste la règle (Zarifian, *op.cit*).

²²⁵ Selon cet auteur (professeur de psychopathologie clinique à l'université de Poitiers), les critères de fonctionnement corporel sont appliqués au fonctionnement psychique, en termes de normalité ou d'anormalité (en dépit de la complexité du fonctionnement psychique). Il cite abondamment les travaux de P. Pignarre (*op.cit*) et d'E. Zarifian (*op. cit*), et souligne alors le manque d'études pharmacologiques indépendantes sur les médicaments antidépresseurs IRS (dit psycho stimulants).

²²⁶ Toujours développée par les firmes. Par exemple, des commerciaux observés mettent en avant de la notion « d'humeur dépressive » pour vanter le psychotrope Stresam © (dit étifoxine).

²²⁷ Des années 80 à nos jours, la tentative de relier un marqueur biologique à une entité clinique est un échec (Ehrenberg *op.cit*, p. 208).

²²⁸ L'auteur (enseignant chercheur à l'université de Bologne en Italie) étudie la médicalisation de la vie quotidienne, y compris dans la sphère des émotions.

²²⁹ Les prescriptions de Ritaline ®, considérées comme une véritable épidémie Outre Atlantique, reflètent cette tendance à imputer des troubles les plus divers à des facteurs biologiques.

Dans son article, B. Chamak analyse d'autres processus expliquant la bonne santé des firmes et la difficulté de contrer leurs stratégies. En effet, des médecins trouvent des intérêts dans les rétributions de ces dernières, en tant qu'auteurs d'articles, participants ou intervenants lors de colloques²³⁰ ou en tant que « conseillers » des laboratoires. Comme cette étude le confirme, ceci leur procure notamment une meilleure « visibilité médiatique » et une « reconnaissance institutionnelle », *a fortiori* lorsqu'ils sont « à la base que des petits médecins généralistes » (ou des « urgentistes de province oubliés »). Cependant, d'autres données, soulignées également par l'ensemble des auteurs des études recensées, relativisent encore la seule responsabilité des médecins généralistes en matière de sur prescriptions des produits (psychotropes) : le financement d'essais cliniques par les laboratoires et la pénétration par ces derniers des agences nationales des gouvernements (p. 273). Comme une partie des auteurs les plus critiques recensés pour cette étude, B. Chamak conclut sur le manque de moyens des agences gouvernementales pour vérifier les résultats produits par les entreprises souvent d'envergures internationales et pour réaliser des essais cliniques qui ne concernent pas seulement les molécules avec brevet (p. 278).

Les abus de prescriptions médicamenteuses renvoient donc partout au problème central du financement de chercheurs « experts », plutôt des médecins spécialistes, ayant des conflits d'intérêts (p. 276, voir encadré ci-dessous). Le « réflexe médicament » serait renforcé par tout un ensemble d'acteurs ayant des intérêts communs : depuis les Etats, en passant par les firmes pharmaceutiques, jusqu'à des médecins prescripteurs. Autrement dit, au regard des études recensées, les tendances à la déresponsabilisation de ces derniers sont liées à des collusions existant entre les secteurs scientifique, industriel et financier, dénoncées par des auteurs comme P. Pignarre²³¹. En France, ces collusions sont également décrites par des auteurs comme S. Dalgarrondo dans le domaine du Sida, même si l'auteur dit ne pas prendre position dans le débat (2004) ; elles sont déniées par des auteurs plus libéraux comme P. Urfalino (2005)²³².

La neutralité des « experts » du médicament en question

En France, comme à « l'international » les laboratoires pharmaceutiques recrutent les « leaders d'opinions » parmi les élites médicales. Ainsi, S. Dalgarrondo (*op.cit*) montre qu'ils sont choisis parmi une minorité de spécialistes travaillant au sein de CHU dans les grandes métropoles « pour jouer le jeu », « respecter les règles du jeu » en faveur des firmes²³³. Car d'une part, ces médecins peuvent les aider à développer, voire à créer un marché : « implanter des essais, c'est aussi un moyen de rentrer dans les services autrement qu'avec nos gros sabots. Les visiteurs médicaux ne sont pas tout. Avoir ses cahiers d'observation partout dans le service, diffuser un grand nombre d'information sur le produit, c'est bon pour nous et la molécule. Bref on occupe le terrain et c'est mieux que d'y voir les concurrents » (représentant des firmes cité p : 145²³⁴). D'autre part, ces médecins ont une notoriété dans les lieux de pouvoir tels que l'Agence du médicament ou les groupes de travail chargés de l'élaboration des recommandations nationales. « L'investigateur, en acceptant de jouer le rôle de

²³⁰ D'ailleurs, lors des ouvertures de ceux que nous avons suivis, les médecins les remercient (ex. « *Nous remercions les partenaires industriels sans qui ce congrès n'existerait pas* »).

²³¹ Il dénonce la passivité des autorités publiques face à des dossiers fournis par les industriels. En effet, selon l'auteur, « il n'y a pas un marché naturel sur lequel évolueraient les médicaments, et qui serait menacé par l'intervention de l'Etat. Il n'y a un marché que parce qu'il y a des règles dont les Etats ont la responsabilité ».

²³² Dans ce sens, on peut supposer que des chercheurs en sciences humaines sont poussés à avoir des discours positifs, ou à nuancer l'impact des stratégies de ces derniers, parce qu'également financés par des laboratoires pharmaceutiques.

²³³ Il s'agit de ne pas faire des présentations « trop incisives » sous peine de n'être plus financé.

²³⁴ L'auteur cite les travaux de N. Oudshoorn N. (*Beyond the Natural body : an Archeology of Sex hormones*, NY, London, Routledge, 1994) et trois ouvrages de I. Löwy qui décrivent les essais comme outils indispensables à la création d'un marché.

héraut académique apporte sa respectabilité scientifique et neutralise en partie la dimension commerciale de l'essai » (p. 146). Autrement dit, des cliniciens choisis pour faire des essais sont sollicités pour leur importante file active, leur rayonnement local, leur position institutionnelle et non pas pour leur aptitude à faire de la recherche (dans ce sens, les performances oratoires des cliniciens sont également recherchées. Note 13, chapitre 3).

Les conclusions de ce sociologue peuvent être généralisées à la plupart des médicaments : la science thérapeutique « avance aussi et surtout au rythme des divulgations partielles de résultats lors des nombreuses conférences internationales » (p.186). Elles renvoient à de nombreux travaux soulignant les problèmes d'indépendance des « experts » (Moynihan 2008), et aux critiques des médecins enquêtés les moins prescripteurs de cette étude : « *la plupart de ces experts – et en particulier en France, mais dans le monde entier -, sont effectivement experts pour ce médicament là, donc ils sont démarchés par l'industrie pharmaceutique : ils travaillent pour l'industrie pharmaceutique, au point que le discours classique qui est tenu, c'est de dire : 'bah les liens avec l'industrie pharmaceutique sont un gage d'expertise' – c'est que disent les autorités de santé, là y'a eu le film les médicamenteurs qui est sorti* ». Ces critiques rejoignent une problématique désormais d'actualité, en effet particulièrement bien décrite dans le documentaire de S. Horel *et al.* (2008). Elles renvoient l'existence de collusions d'intérêts peu contrôlés par les pouvoirs publics, mais aussi par la communauté médicale (en particulier par le Conseil de l'Ordre).

D'ailleurs, ce sujet n'a jamais été abordé par les intervenants des congrès médicaux suivis. Néanmoins, interpellés directement à ce sujet par des participants, ils ont semblé plutôt embarrassés. En effet, les critiques sur les conflits d'intérêt s'étaient déjà accélérées suite à la gestion de la dernière campagne sur la grippe A. De plus, des associations de professionnels de la santé comme le *Formindep* ont participé à dénoncer leur existence au plus haut niveau du système de santé en France. Cette association cherche également à rendre publique des intérêts de carrière répandus en médecine, y compris chez des médecins travaillant au sein d'organismes tels que l'HAS, l'Afssaps et la Sécurité Sociale (selon un de ses représentants). Ces collusions d'intérêts ont été également étudiées en France par des auteurs comme P. Pignarre, et tout particulièrement par des sociologues comme J.P Dupuy et S. Karsenty depuis plus de 20 ans²³⁵.

B. Une omniprésence des commerciaux sur le terrain

Si les prescriptions excessives de médicaments en France semblent relever d'un écheveau complexe, voire d'un système en partie bloqué, cette étude ethnographique permet de mieux cerner les stratégies des commerciaux au niveau des médecins généralistes prescripteurs, en particulier l'induction d'habitudes précoces. Ce faisant, nos résultats, bien que modestes, confirment tout en les enrichissant les résultats des études recensées.

- Etre perçu d'emblée comme une aide

Les dires d'enquêtés interviewés ont été confirmés : les commerciaux sont bien présents aux côtés des étudiants dès leurs formations à l'hôpital²³⁶. Les commerciaux s'imposent d'autant plus naturellement que les médecins plus âgés travaillent déjà avec des laboratoires (Rosman, *op.cit*) et ne mettent pas en garde les étudiants contre leurs stratégies. Les laboratoires deviennent même très vite des partenaires dans le travail ou dans la carrière à venir. Ainsi, la présence des représentants de l'industrie semble être perçue d'emblée comme une ressource importante par les internes rencontrés en faculté (comme par la plupart de leurs aînés enquêtés) : « *ça permet d'avoir des rabiots en terme de matériel* », « *ils financent des locaux*

²³⁵ Ces travaux ont été présentés dans notre premier rapport et dans une note de lecture (*voir annexe I*).

²³⁶ En France, dès le milieu des années 70, « l'industrie pharmaceutique est largement stimulée par le dynamisme de l'hôpital qui se révèle à la fois client, acteur de premier plan dans la recherche et formateur de prescripteurs » (Chevandier 2009, p.346-347).

de réunion », « *des études, des recherches* », « *ça chauffe- prépare des carrières* », « *c'est utile pour ne pas louper des opportunités* »). Dans ce sens, des étudiants croisés lors du 4^{ème} congrès national de médecine générale cherchaient plutôt à contacter les laboratoires *via* leurs commerciaux présents dans de très nombreux stands. Au retour de ce congrès, de jeunes généralistes (déjà en exercice) interrogés sur le fait d'être financés par les laboratoires jugeait cela plutôt inopportun (ex. « *c'est mal, on ne devrait pas* »). Mais ils ne voyaient guère d'autres moyens de faire valoir leur travail de thèse ou de recherche auprès « *de l'élite des généralistes* ».

Ces aides précoces ont ensuite de nombreuses conséquences dans les pratiques médicales. En particulier, la venue des commerciaux dans les cabinets de médecine (générale) est peu remise en cause. Ainsi, des enquêtés ont affirmé être « *honteux* » de recevoir les commerciaux (à ce sujet, tous les médecins observés, sauf deux, ont déclaré recevoir moins de commerciaux que nous l'avons ensuite observé). Mais ils utilisent les mêmes arguments que leurs confrères collaborant plus activement avec les laboratoires : « *c'est notre métier de recevoir, mais pas d'écouter tout le laïus* » ; « *c'est leur job de vouloir qu'on prescrive les médicaments (...)* Pourquoi pas une nouvelle molécule ? ». De plus, les observations montrent que des enquêtés plutôt réticents voient davantage de commerciaux souhaités lorsqu'ils travaillent aux côtés de collègues plus prescripteurs au sein de cabinet de groupe. Ces enquêtés finissent par accepter des entretiens avec des commerciaux, lesquels parviennent souvent à toucher l'ensemble des médecins associés, en jouant d'arguments dans ce sens (ex. « *Votre collègue m'a dit que cela lui facilitait le travail. Lui, il utilise plutôt (tel produit).* »).

In fine, les visions critiques des laboratoires restent limitées, y compris chez des médecins déclarant ne plus recevoir leurs représentants commerciaux. C'est le cas de la plus jeune enquêtée de cette étude qui ne veut plus « *recevoir de cadeaux* » (ex. stylos, calepins). De plus, elle garde des habitudes acquises tant à l'hôpital que lors de remplacements de confrères libéraux habitués à leur présence. Par exemple, elle continue à avoir, malgré elle, des « *petits arrangements* » avec les laboratoires²³⁷. Enfin, comme d'autres jeunes médecins interviewés, elle se rend dans les conférences médicales et ponctuellement sur Internet, sans envisager pouvoir être influencée. En effet, la très grande majorité des enquêtés de cette étude dénie être influencés par les stratégies des laboratoires (comme dans les études de Cohen et Karensky, *op.cit* en France et au Québec, ou celle de Healy aux Etats-Unis, 2004). Parmi eux, les médecins les plus convaincus sont ceux qui suivent les consensus médicaux, les recommandations de bonnes pratiques et les avis de spécialistes « *experts* ». Le fait que ces derniers travaillent en fait souvent pour l'industrie ne semble pas (re)connu²³⁸, ou ne suffit pas à changer des habitudes (ex. « *il faut savoir lire entre les lignes, ... bon j'ai du me faire avoir des fois* »).

- Diversifier et brouiller les canaux d'informations

Cette étude montre que les enquêtés sont influencés par d'autres biais, sous estimés dans les recherches recensées. Ainsi, les enquêtés les plus prescripteurs ont un point commun : non seulement ils voient davantage de commerciaux hebdomadairement que leurs confrères, mais ils participent régulièrement aux réunions d'amicales de médecins (rassemblant les médecins localement et très développées en France). En effet, elles permettent d'organiser les gardes, de

²³⁷ Par exemple, elle leur demande des vaccins gratuits pour ses vacances.

²³⁸ Il s'agirait d'une tendance générale : en dehors des généralistes enquêtés, aucun médecin rencontré lors de nos interventions en faculté (au sein de cursus en sciences humaines) ont vu des documentaires critiques sur les médicaments. Ils ne connaissent pas les résultats d'études comme celles de Dupuy et Karensky *op.cit*. Cependant, en France, ce type de travaux reste également peu divulgué auprès des étudiants en sciences humaines spécialisés sur la maladie ou la santé (comme nous l'avons déjà souligné).

« *se retrouver* », de se « former ». De plus, de nombreux médecins enquêtés aspirent à participer à ces réunions, en particulier en début d'exercice, car elles favorisent « *des mises en contacts* » entre professionnels de la santé (elles permettent de se faire connaître, voire d'établir des réseaux d'entraide au travail). Or, ces réunions sont particulièrement investies par les commerciaux des laboratoires : au minimum, ces derniers financent les « pots » et les repas des médecins, de la même manière qu'ils prennent gracieusement en charge l'ensemble des frais de bouche lors des colloques, ce qui induit également des habitudes (*cf. infra*). De plus, les observations montrent que les enquêtés ne fréquentant pas ces réunions sont influencés indirectement par les retours de collègues de travail y participant. Dans ce sens, l'intérêt de cette étude est de montrer que l'on retrouve chez une très grande majorité des enquêtés des représentations des médicaments (psychotropes) véhiculées par les laboratoires, même chez ceux et celles qui ne les fréquentent peu ou plus.

Depuis l'apprentissage en passant la professionnalisation, les commerciaux sont donc toujours présents, d'autant qu'ils ne contrôlent pas uniquement l'information divulguée dans la plupart de la presse, des colloques et dans certains logiciels médicaux²³⁹. Ils ont désormais investi *Internet* et plus généralement les Médias (*via* des émissions télévisées autour de la santé et les publicités télévisées, *cf. infra*). En conséquence, tous les enquêtés - sauf le médecin le moins prescripteur de cette étude - ont fini par « *entendre parler* » positivement de telle ou telle « innovation » technique ou médicamenteuse (par des collègues comme par des patients). Mieux : des bribes d'« informations » ont été intériorisées par les prescripteurs enquêtés, sans qu'ils puissent se souvenir de leur provenance. Ainsi, la plupart des médecins interrogés ont éprouvé des difficultés à préciser par qui, quand et où ils avaient reçu les informations portant sur les produits couramment prescrits. Ces processus d'oubli prononcé de l'origine d'information ont été particulièrement observés à propos du vaccin Gardasil®, lequel a bénéficié d'une campagne de promotion assez inédite en France (elle a été relayée par l'ensemble des responsables sanitaires et par des personnalités du show-bisness²⁴⁰). Dans ce sens, les enquêtés les moins prescripteurs de cette étude estiment qu'il faudrait mener de véritables enquêtes pour retrouver l'origine de certaines informations et pouvoir en démontrer le caractère commercial (*voir partie 3, chapitre 1*).

- Pallier les besoins collectifs et individuels

La stratégie des laboratoires ne se cantonne pas seulement à contrôler et à divulguer des informations favorables à leurs produits, mais elle vise à rester au plus près des médecins. Ce faisant, les commerciaux restent les premiers à connaître leurs besoins (et à pouvoir les anticiper).

D'après nos observations, les représentants des laboratoires viennent d'abord répondre au principal leitmotiv des médecins généralistes en France : la « chronophagie ». Il s'agit d'un ressenti central, généralement sous estimé dans les études recensées. Or, suite à l'investissement important des praticiens dans leurs consultations, « *tout prend du temps, on s'en sort plus* » : tous les enquêtés en manque et se plaignent de difficultés à en trouver. La stratégie des firmes vise alors à se substituer aux médecins. En effet, les généralistes doivent mobiliser des savoirs étendus importants (polyvalents) : la plupart des enquêtés éprouvent des difficultés à intégrer les informations multiples sur les médicaments (déjà soulignées dans une précédente enquête : Lustman *et al.* 2009). Ce problème est renforcé par l'arrivée constante de

²³⁹ Des fonds d'écran, des menus déroulants pré programmés incitent les médecins à privilégier certains produits. Ces influences ont été soulignées à plusieurs reprises par des médecins parmi le public des colloques et des congrès suivis.

²⁴⁰ Les différentes campagnes d'incitation à prescrire ce vaccin semble être un cas d'école : ce produit mériterait à lui seul la conduite d'une enquête indépendante approfondie (*voir conclusion générale*).

« nouveaux » médicaments sur le marché. Or, les praticiens estiment déjà manquer de temps pour pouvoir se rendre en formation continue et se consacrer à la lecture. Ceci explique leur faible investissement dans les FMC, leur préférence pour les informations résumées²⁴¹, et pour les échanges oraux brefs dans leurs bureaux. C'est un exercice auquel les commerciaux sont tout particulièrement entraînés : la plupart se présentent comme palliant ces difficultés de mémorisation (ex. « *je vous présente le nouveau produit* », « *je ne sais pas si vous avez entendu parler de* »). Leur présence *in situ* conforte le fait que la plupart des médecins s'en tiennent généralement à l'information donnée par les laboratoires pharmaceutiques : les enquêtés ne cherchent pas ou peu d'informations supplémentaires sur les produits, comme la plupart de leurs confrères. Ainsi, lors du 4^{ème} congrès de médecine générale (*op.cit*), le stand de l'HAS a été très peu fréquenté (contrairement aux stands organisés par des firmes). De même, les représentants des firmes sont rompus à l'organisation de colloques et de formations « *qui prennent du temps* », d'où *in fine* des réactions positives d'enquêtés (ex. Les laboratoires « *c'est important pour ne pas être largué* », « *sans eux, on n'arriverait pas ici à organiser quoi que ce soit* »).

Les laboratoires simplifient également une autre difficulté du travail en médecine générale : la quasi absence de diagnostics fiables. Les produits proposés par les commerciaux aident les prescripteurs à passer directement des symptômes perçus à la prescription de médicaments qui agissent sur eux, en reportant le travail d'analyse étiologique sur « l'efficacité » des produits prescrits (Dupuy et Karsenty *op.cit*)²⁴². Dans ce sens, les commerciaux observés proposent de plus en plus de « nouveaux » médicaments à la fois antidépresseurs et anxiolytiques avec une multitude d'étiologies sociales (confortant des tendances déjà décrites en 1.1).

Enfin, les commerciaux sont souvent les seules personnes à écouter les prescripteurs. Comme le souligne notamment P. Urfalino (2005), l'écoute en tête à tête participe à revaloriser l'image de médecins (ex. « *les labos, ce sont ceux qui me parlent bien* »²⁴³, « *les médecins de première ligne en prennent plein la figure à longueur de journée : ils ont besoin d'être rassurés, soutenus, et pris en considération* », commerciale) ; sauf que cette écoute n'est jamais neutre : elle vise en fait à mieux connaître les besoins de chaque médecin (*voir encadré ci-dessous*). Dans ce sens, il n'existe pas assez de personnes dédiées à l'écoute « *du stress* » et souvent des plaintes des soignants à propos des plaintes des patients (c'est d'ailleurs un rôle que de l'enquêteur a joué pendant plusieurs années, auprès de généralistes, comme d'autres médecins interviewés).

Apprendre à connaître chaque médecin individuellement

Lors des colloques, des réunions locales, des pauses de travail et des entretiens en face à face avec les médecins, les stratégies commerciales observées sont toujours les mêmes : il s'agit d'écouter les doléances des praticiens, puis de les faire parler et réagir individuellement.

Ainsi, lorsque le médecin n'est pas encore totalement « *harponné* », les commerciaux usent de relances (ex. « *je sais pas qu'elle idée vous avez de l'efficacité des S.* », « *vous adhérez au concept ?* », « *je ne sais pas comment vous voyez nos produits* ») à la fois pour cerner leur opinion, mais aussi pour pouvoir rebondir. Dans ce sens, la participation aux pauses de travail est idéale : c'est un moment de

²⁴¹ Expliquant aussi des plaintes générales concernant les articles « *trop longs* » de la revue *Prescrire*.

²⁴² Plus précisément selon ces auteurs, les firmes ont apporté au médecin généraliste une forme de compensation du travail par le raffinement de plus en plus grand des effets attendus de médicaments permettant de faire face à toutes les situations. Progressivement, le généraliste a alors appris à passer directement des symptômes aux médicaments qui agissent sur eux : ce « mécanisme de substitution », lui permet en outre gagner du temps (ce faisant, il aurait abdiqué également son propre savoir au profit de savoirs étrangers peu maîtrisés).

²⁴³ Urgentiste travaillant en province.

détente libre²⁴⁴, qui permet à des commerciaux de pouvoir discuter de tout, *a priori* sans plan préconçu. Or, ces derniers animent la discussion et appuient sur différents leviers identitaires (ex. « *vous avez vu comment les généralistes ont été encore exclus par le gouvernement avec le vaccin de la grippe ?* », « *en fait le CAPI achète les généralistes* »²⁴⁵, « *il y a beaucoup d'abus chez les gens, consommateurs* »). Les discussions, parfois volontairement provocatrices et longues, visent à connaître les valeurs et les façons de penser de chaque médecin : la force des commerciaux est de s'adapter « *au profil psychologique de chaque futur prescripteur* »²⁴⁶.

La présence aux réunions locales est également très stratégique, car il s'y dit tout sur les « petites » histoires entre praticiens. Les commerciaux, souvent très au courant des pratiques des uns et autres, jouent alors souvent sur les rivalités. Par exemple, ils vendent leurs produits en insistant sur ce qu'on déjà acquit d'autres confrères. Ils insistent également sur les risques encourus par les médecins (ex. « *vous êtes tous confrontés un jour à cela* », « *comme vous savez, chez ces patients il y a des risques de suicide* »).

C. Des logiques de don et de contre don²⁴⁷

Une majorité d'enquêtés semble être manipulé par les laboratoires, des lors qu'ils dénie être influencés par ces derniers. Les observations de commerciaux en médecine générale permettent de souligner d'autres constantes et de nouvelles stratégies des laboratoires.

- L'efficacité des dons de médicaments

Les laboratoires sont des « facilitateurs » du travail quotidien à d'autres titres, d'où des positions de neutralité ou de bienveillance chez les plupart des enquêtés, y compris lorsqu'ils dénigrent les commerciaux²⁴⁸. En effet, non seulement ces derniers proposent des produits directement en phase avec les trois domaines surinvestis en médecine générale (des médicaments de la « dépression », du « confort » et de la douleur), mais ils font des dons de produits adaptés aux orientations de soins de chaque prescripteur²⁴⁹. Ces échanges réguliers induisent également des habitudes : les médecins finissent par les demander directement aux commerciaux ; ils sont déçus lorsque les laboratoires ne les leur fournissent pas (y compris des petits prescripteurs observés). Tous les commerciaux observés jouent d'ailleurs sur le fait que ces échanges soient désormais interdits (ex. « *je vous le donne à vous, mais j'ai plus le droit* »²⁵⁰). De plus, les commerciaux proposent souvent aux médecins de goûter à leurs produits de confort, tant pour les patients que pour eux-mêmes et leur proches, afin d'amplifier leur force de vente.

²⁴⁴ Un moment souvent vital dans toutes les professions de la santé (Vega 2001).

²⁴⁵ Au sujet des jugements relatifs au contrat d'amélioration des pratiques, voir la 3^{ème} partie du rapport.

²⁴⁶ Consultante qui a travaillé pour les firmes pharmaceutiques.

²⁴⁷ Processus abordé par Dupuy et Karsenty (*op.cit.*).

²⁴⁸ Ex. « *Elle, c'est BEP force de vente, elle harcèle la secrétaire jusqu'à qu'on la reçoive* ».

²⁴⁹ « *Je vous laisserai quelques pansements (dit un commercial) – ah je veux bien ! - si vous avez été sage - ouais je suis super sage – mais vous savez que les échantillons je vous les envoie avec plaisir, - je veux bien oui -... Vous me faites une ordonnance (...) L'idée c'est que vous en avez 1 ou 2 sous la main – exactement (...) - c'est la vocation des échantillons* » (adaptés au profil « urgentiste » du médecin).

²⁵⁰ Par exemple, une commerciale commence son entretien par : - « *Je vais d'abord vous donner...* », et elle sort 4 produits. En cours de consultation, elle ajoute : « *ne vous gênez pas parce que j'ai la chance de donner encore un peu des boîtes, y compris pour vos enfants* ». Elle reviendra en redonner 4 autres à l'enquêteur, pensant qu'il s'agit d'un médecin stagiaire. Il s'agit d'une stratégie généralisée (ex. « *Sinon c'est dommage, mais j'avais une magnifique méta analyse, si ça vous, si vous insistez je vous la sors, mais bon normalement j'ai plus le droit de vous la montrer (...), j'ai pas d'éléments pour vous en parler, puisque j'ai pas le droit, c'est pas moi* », explique un autre commercial).

Les dons de produits sont également adaptés à la période de soins. Par exemple, en pleine période d'épidémies, une commerciale vient à point nommé vanter un sirop « *toux sèche et toux grasse* » (il s'agit alors de la question centrale de la plupart des consultations). Elle propose ensuite un produit « *mieux que la vitamine C aux patients fragiles renforçant l'immunité (...). Ils consultent, ça peut être une grippe mais ça peut être un rhume une gastro* » (en pleine période de grippe A ou C, le diagnostic est également le principal problème des enquêtés suivis).

Enfin, les commerciaux donnent souvent des produits permettant aux médecins de répondre aux demandes de patients « *jamais contents* », « *un peu psy, un peu hypocondriaque, vous savez ceux qui reviennent tout le temps* » ; par exemple, des produits phytothérapeutiques « *très à la mode en ce moment* ». Ceci est apprécié par les enquêtés suivis (ex. « *non c'est bien, pour les gens qui veulent absolument quelque chose, au lieu des gros trucs allopathiques* »).

Quoi qu'il en soit, ces entrevues, même brèves, sont toujours efficaces : à l'observation, les dons d'échantillons ont été (presque) immédiatement utilisés par les médecins, ou redonnés aux patients.

- « En échange, on a des bénéfices »

Chez les médecins partisans des laboratoires²⁵¹, la notion de service rendu et les logiques de don et de contre don sont encore plus affirmés. Clairement, les firmes sont conçues comme des partenaires financiers jugés essentiels, voire indispensables : pour « *financer l'organisation de colloques* », « *aller gratuitement dans des congrès intéressants* », « *mettre du beurre dans les épinars* », même s'il s'agit de faire de « *fausses études pour arrondir les fins de mois* ». Dans ce cas, les explications médicales sont souvent empruntées de mauvaise foi. Plus précisément, les arguments des enquêtés consistent toujours à nuancer le mal (ex. « *Les sponsors ça a toujours existé, partout* », « *ils font des expérimentations dans le Tiers-monde, c'est horrible mais ensuite on peut vous prescrire des produits sans effets secondaires* », « *il y a pire dans la vie : le trafic d'armes par exemple !* »²⁵²). De même, des enquêtés sont peu regardant sur les effets de leur collaboration avec des laboratoires, dès lors que ces derniers leur permettent de faire carrière. Le prestige tiré du fait d'avoir pu publier des articles dans des revues médicales prend le pas sur toutes méfiances (ce sont généralement les médecins les plus en manque de reconnaissance qui dénie également le plus être influencés). Enfin, chez de nombreux médecins enquêtés, le discours sur le manque de temps se mêle à celui sur le manque de moyens financiers, considérés comme un « *juste retour des choses* », voire comme un dû (comme nous l'avons déjà souligné, 2007). Autrement dit, le minimum est que les médecins soient payés de leur investissement, voire de leur sacrifice au quotidien auprès des patients : que ces rétributions viennent des laboratoires ou de l'Etat, cela n'a guère d'importance (ex. « *C'est bien : c'est donnant-donnant, on fait des efforts, ils nous payent...* »²⁵³).

Les collaborations « en échange de » restent donc répandues. Chez l'ensemble des enquêtés, les contre dons sont toujours amorcés et/ou entretenus par une autre stratégie très adaptée à la culture française : les laboratoires cherchent à toucher la mémoire affective, à donner du plaisir aux futurs prescripteurs. Ainsi, par exemple, les soirées en bord de mer organisées pour les jeunes praticiens lors du 4^{ème} congrès de médecine général ont laissé « *de très bons souvenirs* » (ex. « *on est vendu mais c'est agréable* »). De même, à l'observation, le

²⁵¹ Qui collaborent avec ces derniers, qu'ils soient généralistes ou spécialistes, libéraux et salariés.

²⁵² Les médecins ont souvent des arguments défensifs importants. Soit la responsabilité d'abus incombe aux patients ou aux médias qui les manipulent, soit lorsqu'ils sont « pris » eux même en flagrant délit d'abus, ils trouvent des exemples d'acteurs agissant de façon encore moins « morale »...

²⁵³ A cet égard les discours tenus sur le nouveau dispositif du CAPI sont assez éclairants (voir 3^{ème} partie).

charme opéré par des commerciaux a été renforcé lorsque ces derniers ont joué sur la gourmandise de médecins : par exemple, lorsque les conversations « à bâtons rompus » se sont réalisées autour des meilleures pâtisseries locales lors des pauses de travail mensuelles dans un cabinet de groupe. Il s'agit de pratiques généralisées : des médecins croisés ont parlé « d'agapes » financées par les laboratoires lors de simples réunions locales ; des généralistes suivis se souviennent encore avec volupté de dîners répétés dans « les meilleurs restos du coin »²⁵⁴, ou avec nostalgie de « vacances de bombance » ou de caves de « vins divins » financés entièrement par des firmes.

Quoi qu'il en soit, ces plaisirs passés ont (eu) des effets, dont des médecins enquêtés sont conscients : ils sont conduits à privilégier tel ou tel produit, d'autant plus que d'autres dons, *a priori* plus anodins, les aident à mémoriser leurs noms (en évidence sur les multiples instruments de bureau très largement distribués aux médecins). De plus, ces grands et petits plaisirs deviennent des habitudes, toujours favorables aux firmes. Ainsi, des enquêtés peu prescripteurs ont témoigné de refus de la plupart de leurs confrères de « payer de leur poche » les pots et repas dans le cadre de réunions entre collègues : de la difficulté à ne pas « inviter » des représentants des laboratoires.

- Des manipulations traditionnelles aux nouveaux services rendus

Depuis au moins 6 ans²⁵⁵, les commerciaux tiennent le même discours afin d'être reçus en consultations. Ils font croire aux médecins que leur laboratoire est en crise, au bord de la faillite : qu'ils risquent donc personnellement le chômage (ex. « *Mais ce qui est terrible c'est qu'elle a quand même un sacré métier !* », « *on est obligé de les recevoir, ce sont des précaires* »). A cet égard, la mise en place du CAPI offre à des commerciaux la possibilité d'insister plus encore sur « *la fin programmée de l'industrie pharmaceutique* »²⁵⁶. Depuis cette étude, avec l'affaire du « Mediator », ce type d'argumentation faisant des firmes des « victimes » semble avoir été amplifié.

Quoi qu'il en soit, lors des face à face avec les médecins, les commerciaux adoptent ensuite volontiers un profil modeste : ils se laissent « mettre en boîte », quitte à se rabaisser et à s'auto-dénigrer (ex. « *ça a eu l'air intéressant ?* », « *quelle ânerie j'étais entrain de dire ?* »). Il s'agit de donner l'illusion aux médecins que ces derniers sont dans une position de force (supérieurs²⁵⁷). A cet égard, le recours à la flatterie reste important (voir encadré ci-dessous). Mais les méthodes les plus utilisées consistent encore à s'appuyer sur d'autres traits dominants dans les facultés de médecine. Ainsi, les commerciaux en réfèrent toujours à une multitude d'études soient disant « *scientifiques* », « *randomisées* », en égrenant des références prestigieuses (ex. « *Les meilleures spécialistes ont choisi (tel produit)* », « *Vous savez, je suis très prudent avec les études, (mais) la belle étude que j'avais à vous montrer elle est versus T. : les molécules sont déjà commercialisées aux USA (...). Alors les études, c'est comme la télévision, il faut pas en abuser (mais) elle s'appuie aussi sur l'ANAES* »²⁵⁸).

²⁵⁴ Cela permet aux dires d'un des enquêtés « *de signer les meilleurs contrats* ». Il s'agit de stratégies utilisées au plus haut niveau de la diplomatie française (Vega, 2003/1).

²⁵⁵ Date de nos premières observations de consultations (Vega 2003).

²⁵⁶ « *On ne peut plus avoir notre rôle d'information car jeunes médecins vont sur Internet... (...) Les laboratoires ne sont plus en concurrence entre eux, non mais : on est vraiment mais menacés par la Sécu !* » (Ce commercial, d'abord très souriant et attentionné avec l'enquêteur a cessé de le regarder, ne lui a ni serré la main ni même salué après la « réunion », dès lors qu'il a su qu'il n'était pas médecin).

²⁵⁷ C'est souvent le contraire : des médecins font mine de suivre des exposés souvent pointus en pharmacologie. Il est d'ailleurs bien connu dans les entreprises de consulting qui travaillent pour des laboratoires que la plupart des généralistes « *sont ignares en matière de médicaments* ».

²⁵⁸ Concernant ce produit T., ce commercial tait d'autres études plus défavorables (ex. HAS), et globalement tout ce qui est ASMR : il argumente plutôt sur le prix et la forme du « nouveau » produit (toujours par rapport au

L'usage de la flatterie : une stratégie souvent gagnante

Le médecin était a priori très critique : « *elle, elle est payée au pourcentage, à l'abattage, heu des clopinettes. Et on lui a bourré le chou en formation. C'est pour cela qu'il faut persister à mal recevoir les laboratoires, les expédier en deux minutes, critiquer le goût et la grosseur du dernier Doliprane, ou les noms à dormir dehors du dernier produit générique, suspecter l'existence d'excipients allergisants.... Enfin, leur balancer tout ce qu'on a sous la main* ».

Pourtant, à la sortie de l'entrevue avec la commerciale, le médecin avait un sourire aux lèvres : « *non mais, ils sont vraiment insupportables ces visiteurs qui tannent à longueur d'année, ils vont pas nous dire ce qu'on doit prescrire quand même ! On est vraiment fliqués !* ». Puis il ajouta tout bas : « *Ils aimeraient bien m'avoir ses vautours ! Ils arrivent ici en sachant tout, par exemple que je suis un gros prescripteur de... Et puis ma file active de clients... jusqu'à 15 malades dans la demi-journée ! (ton de fierté).*

- ... Tant que cela

- *Enfin, nous encore, on n'est pas dans les cadences d'usine quand même... Il paraît qu'à B., les médecins se vantent de faire entre 45 et 70 actes... Ce sont ceux qui roulent en Porche²⁵⁹. J'en ai rencontré un en formation : tu aurais vu la bagnole ! Mais ils ne font que des renouvellements d'ordonnances, sans auscultation pour que ça aille plus vite, et ils s'arrangent avec les secrétaires pour que les patients arrivent avec tout de préparés... précisa encore le médecin avec un air rêveur.*

Cependant, dans la société civile, les laboratoires tendent à être de plus en plus critiqués (d'ailleurs, des médecins enquêtés il a 6 ans ont déclaré avoir diminué ou totalement arrêté de recevoir des commerciaux). Ce changement a été largement anticipé par les firmes, lesquelles continuent à transformer leur image auprès des médecins. Ainsi, les commerciaux ne se présentent plus comme des « *visiteurs* », mais comme des « *délégués médicaux* » (« *des DM* », désignation reprise par la plupart des enquêtés de cette étude). Dans ce sens, des commerciaux observés soulignent le fait qu'ils représentent plusieurs laboratoires : ils se targuent d'être « *neutre(s)* ». Certains d'entre eux, *a priori* les plus expérimentés²⁶⁰, laissent (ou font mine de laisser) des plaquettes de produits et des échantillons dans leurs sacoches. Désormais, ils se présentent non plus comme « *certaines commerciaux uniquement motivés par leurs fixes* », mais comme des organisateurs de « *formations* » au titre de « *conseiller thérapeutique* ».

Les laboratoires se présentent désormais comme pourvoyeurs de savoirs, en particulier en psychiatrie suite à l'ouverture de nouveaux marchés (soulignée notamment par Chamak *op.cit*). Selon nos observations, cet exercice semble déjà très maîtrisé. En effet, il est aisé de convaincre les médecins généralistes de venir à des « *formations* » en s'appuyant sur les leitmotifs médicaux (le manque de psychiatres), en insistant sur les difficultés à prendre en charge les patients « *psychotiques* » (au même titre que les patients toxicomanes, ils sont déjà l'objet de peurs importantes) et en « *vendant* » aux praticiens de « *nouvelles* » maladies (ex. la dépression, le syndrome bipolaire, l'hyperactivité, etc.), comme cela a été souligné par D. Healy aux États-Unis (*op.cit*). L'accueil des généralistes observés est positif, car la plupart d'entre eux ne savent ni comment se comporter avec ces patients (ex. « *ces formations, ça*

précédent).

²⁵⁹ Ce symbole de réussite sociale serait utilisé aussi chez des formateurs spécialistes pour « *appâter* » les étudiants selon les omnipraticiens québécois intervenus au 4^{ème} congrès national de médecine générale (*op.cit*).

²⁶⁰ Ils connaissent localement et individuellement plusieurs médecins « *gros* » prescripteurs, qu'ils fréquentent depuis de longues années.

permet d'avoir des informations utiles pour prendre en charge des psychiatriques »), ni prescrire les « nouveaux » médicaments²⁶¹. Enfin, les commerciaux insistent sur le fait qu'ils se chargent de tout organiser : ils pallient ainsi le manque de temps, mais aussi le manque d'échanges entre médecins. Ces « formations » proposées sont ensuite autant d'occasion pour les firmes de « replacer » leurs produits.

Parallèlement à l'investissement des sites Internet et de formations en psychiatrie, les laboratoires se sont attaqués à une dernière « cible » : les usagers, comme Etats-Unis (Chamak *op.cit*). Ainsi, des budgets importants semblent être consacrés à la publicité vers ces derniers. Il s'agit d'exercer des pressions sur les prescripteurs *via* les Média, mais aussi de renforcer des collaborations étroites avec des associations de patients, en particulier atteints de pathologies chroniques et de maladies « rares ». En effet, leurs représentants n'hésitent pas à témoigner de l'aide apportée par les laboratoires. Ils sont de plus en plus invités dans les colloques organisés par les firmes, où ces dernières insistent sur leur « engagement » aux côtés de patients, sur leur « vocation à aider les plus démunis », sur leur attachements à faire disparaître « l'insupportable », voire sur leur « responsabilité humanitaire »²⁶². Dans ce sens, les firmes financent de plus en plus de recherches en sciences humaines dès lors qu'elles peuvent participer à entretenir ces nouvelles images.

Résumé-transition

Faire croire et faire plaisir sont les principales stratégies développées par les firmes pharmaceutiques pour susciter, puis pour conforter des dépendances médicales. Or, il semble difficile pour les médecins généralistes d'échapper aux pratiques de désinformation orchestrées par les firmes (qui taisent tout ce qui peut nuire à l'image de leurs produits). En effet, au plus près des praticiens dès la faculté, les firmes s'invitent discrètement dans tous les lieux de travail. Leurs représentants deviennent alors une présence habituelle : généralement tacite et oubliée. Or, cette présence leur permet d'induire des habitudes (de prescription), de s'adapter et de répondre aux besoins des prescripteurs. Tout en contrôlant la majorité des informations sur les médicaments, les commerciaux sont des partenaires aidant dans le quotidien à plusieurs titres : ils écoutent les écoutants (s'ajustent intimement aux orientations dans les soins de chaque prescripteur) ; ils proposent et distribuent des médicaments facilitant le travail de diagnostic ; ils viennent combler des désirs de faire carrière, des besoins financiers et de reconnaissance (importants en médecine générale). Enfin, les firmes prennent en charge l'ensemble des démarches jugées « chronophages » (organisation de colloques, de formations) : elles pallient le manque de temps et d'échanges entre médecins.

En revanche, le travail des firmes semble être facilité en France. Ces dernières s'appuient sur :

- les représentations déjà culturellement favorables aux médicaments (allant de pair avec des méconnaissances pharmacologiques en médecine générale) ;
- une culture de la reproduction en médecine (au dépend de la réflexion sur les pratiques).

Ainsi, si certains médecins enquêtés semblent influencés par les firmes par « des biais inconscients » (soulignés par Dana *et al*, *op.cit*), la plupart reproduisent en toute confiance des habitudes acquises à l'hôpital puis lors de remplacements d'aînés : en termes de collaboration, et aussi de confiance quasi-totale accordée aux études quantitatives et aux « experts »²⁶³. Dans

²⁶¹ Ce qui explique aussi pourquoi peu de médecins généralistes initient des prescriptions de neuroleptiques : la plupart des enquêtés estiment que ces prises en charge ne relèvent pas de leurs compétences, et ils ne désirent pas prendre en charge le suivi de patients psychiatriques.

²⁶² Extraits de discours tenus lors des derniers congrès suivis, centrés sur la maladie chronique (voir annexe 1).

²⁶³ Que les sociétés savantes de médecins généralistes recrutent également lorsqu'elles se voient confier des

ce sens, les firmes profitent aussi largement du manque d'échanges directs entre praticiens (allant de pair avec des méconnaissances de leurs stratégies chez la plupart des enquêtés de cette étude).

- Enfin, les firmes développent leur marché en s'appuyant sur des sensibilités culturelles : à certains risques, mais aussi aux plaisirs gustatifs, très valorisés en France.

Dans tous les cas, le principal atout des firmes est de rester en contact direct avec les prescripteurs de terrain, ce qui leur permet également d'anticiper des changements sociaux dans la société. Ainsi, elles transforment actuellement leur image pour en atténuer le caractère commercial, alors qu'elles semblent plutôt renforcer leurs emprises en diversifiant leurs services (« formation » et « éducation » des médecins notamment en psychiatrie, « informations » auprès des usagers, aides aux associations de patients, financement de recherches en sciences humaines, etc.).

Dans ce sens, le recensement des études portant sur les firmes, comme nos observations permettent de relativiser les tendances à faire peser uniquement sur les médecins généralistes des abus de prescriptions médicamenteuses, notamment de produits psychotropes. En effet, les laboratoires s'allient avec, ou aliènent - selon les auteurs - des médecins « experts » (dont des psychiatres de plus en plus nombreux à être partisans d'approche « biologisante » des troubles psychiatriques). Conjointement, ils agissent en amont des prescriptions : *via* la production de nouvelles classifications des maladies, d'essais cliniques, de publications et de conférences orientées. Enfin, la neutralité des experts du médicament, en grande majorité des spécialistes en France, est de plus en plus remise en cause (Horel *et al*, Moynihan *op.cit*).

L'omniprésence des firmes à tous les niveaux du système de soins reste, de notre point de vue, la principale limite pour faire baisser les niveaux de prescriptions, voire de consommation des médicaments en France. D'ailleurs seule une minorité des praticiens enquêtés parviennent à se dégager de ce système, et non sans mal (*voir partie 3, chapitre 1*). En conséquence, les solutions généralement proposées, visant à augmenter les moyens financiers des agences du médicament ou les rémunérations des médecins²⁶⁴ nous semblent insuffisantes (y compris *via* des dispositifs individuels comme le CAPI). En effet, le problème central restera celui de l'indépendance de la médecine. Tant que l'ensemble des liens et des conflits d'intérêts unissant des médecins chercheurs ou « experts » à des laboratoires ne seront pas mieux contrôlés et rendus visibles dans la société, le système de santé restera à la merci d'intérêts commerciaux et de logiques de carrière personnelle à court ou à moyen terme.

Conclusion de la première partie

La reproduction de pratiques médicales peu adaptées à la « ville » : les limites du modèle « scientifique » d'organisation pyramidale des soins en France

1. Les résultats généraux des ethnographies comparés à ceux des études recensées montrent l'existence de trois principaux facteurs de surprescription du médicament dans l'Hexagone. Il s'agit de tendances dominantes qui s'opposent à d'autres traditions culturelles ; elles concernent tous les produits et dépassent la seule responsabilité des médecins généralistes.

- * Des représentations positives à très positives des produits des enquêtés sont en lien avec

études par les responsables sanitaires.

²⁶⁴ Emanant d'enquêtés, comme d'auteurs des principales études recensées (même lorsqu'ils sont très critiques).

une culture « positiviste » très prononcée en France. La croyance aux progrès continus de la médecine et de ses techniques oriente donc le contenu de la plupart des enseignements en facultés de médecine, lesquelles confortent généralement des visions déjà culturellement « optimistes » des médicaments. Ainsi, les jeunes médecins ont peu d'apports en pharmacologie ; ils ne sont ni habitués à développer leur esprit critique sur les médicaments, ni à s'interroger sur les pratiques (de prescription) médicales. De plus, les apprentissages restent plutôt fondés sur la reproduction des pratiques de leurs aînés. Enfin, ils sont confrontés très tôt aux stratégies des laboratoires pharmaceutiques. Ces socialisations et ces représentations ont de nombreuses répercussions une fois les médecins installés. Ainsi, la plupart des enquêtés n'ont pas développé d'autres alternatives thérapeutiques et accordent leur confiance à l'ensemble des médicaments déjà les plus prescrits dans la communauté médicale : ils s'en remettent aux choix de confrères - *a fortiori* plus spécialisés - comme aux décisions d'« experts » des organismes chargés de la mise sur le marché des médicaments. Ils ne cherchent pas ou peu d'informations supplémentaires sur les produits : ils continuent à s'en tenir à celles données par les laboratoires pharmaceutiques. Enfin, ils cherchent plutôt à faire observer les traitements aux patients : ils prescrivent des médicaments en supposant souvent qu'il s'agit de l'attente de ces derniers et en sous estimant les effets iatrogènes des produits. En effet, la légitimité des produits va de soi : elle prend souvent le dessus sur les besoins exprimés par les patients. Ce processus renvoie notamment au statut des profanes, encore rarement considérés comme des partenaires de travail en France (*cf infra*)²⁶⁵.

* La méconnaissance ou le manque de reconnaissance des effets négatifs des produits prescrits est entretenue par les représentants des laboratoires pharmaceutiques, ayant des intérêts purement commerciaux. Mais d'une part leur présence est peu contrôlée par les pouvoirs publics, d'autre part les étudiants en médecine sont peu mis en garde par leurs aînés contre leurs stratégies. Or, dès les facultés, leurs représentants entretiennent chez les jeunes praticiens la croyance en « l'efficacité » des « nouveaux » médicaments, et financent de nombreux projets afin de devenir des partenaires « naturels » des futurs prescripteurs. En restant ensuite au plus près des médecins - en s'entretenant avec eux dans leurs cabinets, en organisant leurs colloques et en participant à leurs réunions professionnelles locales -, ils connaissent et continuent de répondre à l'ensemble de leurs besoins, de leurs hantises et de leurs aspirations. Les collaborations avec les laboratoires pharmaceutiques restent donc importantes, car ces derniers viennent répondre à point nommé à toutes sortes de difficultés dans le travail quotidien. De plus, les firmes diversifient actuellement leurs influences. Elles proposent des assistances en matière de « formations » (en psychiatrie), et cherchent à toucher les usagers : les médecins « entendent parler » favorablement de produits non plus seulement *via* leurs collègues de travail, mais aussi *via* les médias et/ou les patients. Cette omniprésence des firmes dans la société est donc un second facteur de surprescription (largement étudié Outre-atlantique). En effet, les firmes contrôlent la plupart des essais cliniques, les principaux vecteurs de l'information sur les médicaments et sous informent les médecins afin de favoriser notamment la circulation de produits « me too ». Leur emprise serait facilitée en France où la plupart des enquêtés sont peu conscients d'être porteurs de visions positives du médicament et échangent peu sur leurs pratiques : ils continuent alors à méconnaître (donc à dénier) l'influence des représentants des industries pharmaceutiques sur leurs prescriptions.

* En France, les échanges professionnels directs sont restreints entre les médecins (les enquêtés ont peu de contacts directs et méconnaissent également pour la plupart le travail de leurs collègues généralistes et de leurs « adressants » spécialistes). Suite à la quasi absence de décisions partagées et/ou rediscutées, chaque prescripteur ajoute « ses » produits en fonction

²⁶⁵ Ce processus serait renforcé en France par d'autres strates culturelles : il existe des suspicions, voire des défiances quant à l'arrière plan de plaintes et des tendances à minorer la douleur (Dodier *op.cit*, Le Breton *op.cit*).

de « sa » spécialisation (d'où des abus chez les patients âgés souffrant de poly pathologies et des maintiens de produits dont les causes initiales de prescription ont été oubliées). Un autre processus favorise des cumuls de médicaments (psychotropes) dans les ordonnances en France. Suite aux aspirations à l'autonomie dans le travail, chaque médecin est responsable des traitements qu'il initie et ces derniers ne sont pas remis en cause *a fortiori* devant les patients : la règle générale revient à ne pas remettre en cause les prescriptions initiées par chaque médecin. Autrement dit, il existe peu de contrôle de l'ordonnance dans laquelle des produits inutiles ou toxiques sont maintenus.

2. Cet étude montre que l'usage du médicament par les médecins généralistes enquêtés relève de logiques de prescription répandues en médecine. En effet, les enquêtés partagent avec d'autres soignants des représentations culturelles et des habitudes de travail (suite à des socialisations et à des apprentissages communs à l'hôpital), dont des logiques de prescription d'un produit par symptôme et par pathologie. Cependant, les pratiques de sur prescriptions de médicaments sont particulièrement visibles en médecine générale. Pour au moins trois raisons que cette étude tend à montrer.

* Premièrement, concernant les prescriptions dont les généralistes prennent l'initiative, on observe une tendance dominante à surmédicaliser les maux bénins et courants tels que le rhume, des douleurs (en lien avec des sensibilités culturelles) et des « dépressions » supposés. Les produits de confort sont prescrits car ils atténuent au plus vite tous les symptômes, conformément à des usages culturels dominants du médicament en France. Quant aux dépressions, elles sont également jugées répandues, bénignes, voire d'origine biologique donc à la portée des médecins généralistes. Ces derniers ont tendance à associer les produits antidépresseurs à des produits anxiolytiques pour prévenir des risques de suicide, sans avoir recours aux experts du « Psyché » (y compris lorsque ces derniers sont disponibles et sont accessibles financièrement). De plus, les médecins interprètent souvent les attentes et les besoins des patients. Du fait des lacunes de leurs formations initiales, la plupart des jeunes médecins découvrent et sont confrontés à des réalités socioculturelles insoupçonnées au sortir des facultés. Ils doivent ensuite « se débrouiller » avec des problèmes psycho-sociaux et relatifs à la vieillesse. Faute d'apports sur les liens existants entre la santé et les strates socioculturelles, les praticiens ont alors tendance à médicaliser des problèmes sociaux *via* le recours aux produits psychotropes. Enfin, les abus de prescriptions de l'ensemble des médicaments courants (initiés en médecine générale) font également suite à des fatigues accumulées par les prescripteurs. Ces dernières sont causées par le nombre élevé de leur consultation par jour, et par le fait que la fatigue des soignants soit encore peu reconnue en médecine²⁶⁶.

* Deuxièmement, les échanges interprofessionnels et le travail en équipe pluridisciplinaire sont peu développés en France (contrairement à des traditions de soins plus « communautaires »). Parce qu'ils sont habitués en faculté à des prises de décisions entre médecins, les enquêtés ont peu développé de soins coordonnés et transversaux permettant généralement de modérer les prescriptions. Or, la plupart des généralistes suivis ne mobilisent pas les savoirs des pharmaciens, des infirmières et des aidants à domicile, dont les compétences sont jugées peu utiles²⁶⁷. Cette étude montre plus globalement qu'ils reproduisent des hiérarchisations dans les soins, fonctions du niveau des diplômes et gage de « scientificité ».

²⁶⁶ Il s'agit d'un trait culturel dont les laboratoires pharmaceutiques profitent amplement : ils se substituent à des médecins qui manquent chroniquement de temps, et se les attachent en leurs proposant des pauses de travail agréables (restaurations, hébergement hôteliers, etc.).

²⁶⁷ Ces jugements plutôt négatifs, cumulés à un surinvestissement de la « bobologie » expliquent des difficultés en France à déléguer des soins de base aux paramédicaux.

En effet, les patients sont également plutôt exclus des décisions médicales et sont souvent sous informés, d'autant plus s'ils appartiennent à des catégories sociales moyennes à défavorisées. Il s'agit alors, *via* l'ordonnance, de palier des incapacités de patients à comprendre les logiques médicales et à bien se soigner), voire de faire « le bien » des patients à leur place (caractéristique des médecins les plus prescripteurs de cette étude, qui imposent leur ordonnance, *voir parties suivantes*). Autrement dit, les praticiens éprouvent des difficultés à laisser les patients s'automédiquer, ce qui expliquerait en partie le faible développement des produits en vente libre en France. De plus, la plupart des enquêtés supposent avoir la capacité de savoir ce qui est bien pour le patient et ce qu'il désire : ils continuent à faire observer les traitements et à « *responsabiliser le patient* », sans s'interroger sur leurs propres pratiques (de prescription). Or, les médecins généralistes français s'en remettent plutôt aux avis de médecins spécialistes, considérés comme des gages d'expertise et de prestige. Du fait de l'absence de références généralistes enseignées et (re)connues dans l'Hexagone, les jeunes enquêtés ont le sentiment de « *ne rien savoir* », même après plusieurs d'année d'exercice. Ils ont alors tendance à reproduire sans critique les ordonnances de médecins spécialistes : ces dernières sont encore moins contrôlées et sont systématiquement renouvelées (y compris lorsqu'elles sont déjà importantes et comprennent des produits psychotropes qui sont également initiés par des psychiatres). Les enquêtés ont également tendance à ajouter dans leurs propres ordonnances des produits spécialisés, ou vantés comme tels par les laboratoires pharmaceutiques, et des produits palliatifs aux effets secondaires de traitements prescrits par des spécialistes : faute d'informations, de compétences, mais aussi suite à des interdits tacites d'intervenir dans les traitements initiés par des spécialistes, et suite des processus d'infériorisation de leurs propres savoirs (qu'ils ont intériorisé en faculté). Et quand bien même des praticiens délèguent moins leurs soins aux médecins spécialistes, tous les enquêtés de cette étude adressent leurs patients indifféremment à des médecins spécialistes travaillant en secteur public comme en secteur « privé ». En effet, la proximité géographique, la disponibilité du spécialiste et l'interconnaissance priment sur les logiques « purement » médicales (et même sur la connaissance d'abus de médecins spécialistes, qui ne sont pas non plus remis en cause). Dans tous les cas, les patients ont donc plutôt intérêt à « gérer » et à contrôler leurs « dossiers », en faisant les liens entre les différents intervenants. Dans cette étude, ils sont d'ailleurs des modérateurs des ordonnances médicales.

* Cette étude montre que les médecins généralistes ont tendance à reproduire des normes, des modèles de prise en charge et d'organisation du travail dominants (acquis et valorisés en facultés) qui s'avèrent souvent inadaptés aux besoins des patients qui viennent consulter en médecine générale. Il s'agit donc du troisième facteur à l'origine de prescriptions abusives ou mal adaptées dans cet exercice. Plus précisément, la plupart des enquêtés tentent d'appliquer en « ville » le modèle ontologie de la médecine occidentale - la recherche de maladie organique, l'identification rapide de l'agent pathogène, l'objectivation du malade (Laplantine 1998). Or, les médecins généralistes reçoivent le tout venant (des patients non « triés »), des patients plus autonomes qu'à l'hôpital et souvent peu médicalisables (l'origine organique de leurs maux est souvent difficile à diagnostiquer et la plupart des maux d'origine psychosociale ne peuvent être « guéris »). De plus, en médecine générale, les praticiens sont particulièrement conduits à nouer des relations de proximité avec des patients, et à individualiser leurs soins : à soigner avec ce qu'ils sont (dans ce sens, cette étude rappelle que les perceptions des risques de chaque enquêté sont influencées par l'état de leur propre santé et/ou celles de leurs proches, ce qui a une incidence dans leur ordonnance. De même, les enquêtés prescrivent préférentiellement des produits qu'ils ont consommé, notamment des médicaments psychotropes ce qui expliquerait également leur banalisation). Cependant, les processus de personnalisation de soins, importants en médecine générale, restent méconnus,

ou sont peu assumés car contraire au modèle de « scientificité » particulièrement scandés en médecine (Vega et Pouyalet 2010). Ce modèle a des effets pervers : des médecins pensent s'écarter des « bonnes normes », avoir des pratiques « *irrationnelles* » (à l'instar de leurs patients), ce qui les conduit également à restreindre leurs échanges avec l'ensemble des autres médecins (spécialistes et généralistes). Ils sont alors conduits, bon gré mal gré à travailler seuls, sans pouvoir remettre en cause leurs pratiques.

Enfin, l'inadaptation des références utilisées par les médecins généralistes en France explique le fait que les ordonnances soient utilisées pour palier un ensemble d'incertitudes et d'appréhensions (causées par les décalages existants entre l'exercice et les apprentissages en faculté). Cette étude montre alors des besoins de réassurance importants, qui passent par des surprescriptions de produits (expliquant également la facilité avec laquelle les firmes peuvent influencer les praticiens).

En effet, non seulement les médecins généralistes sont peu préparés à l'écoute et éprouvent des incompréhensions face aux demandes et aux logiques de « profanes » peu connues (voire peu reconnues), mais ils sont rapidement confrontés aux limites des recours spécialisés. De plus, leurs formations ne les préparent pas à la gestion du doute, alors que l'incertitude est au cœur de leur exercice (ce qui amplifie des hantises, en particulier la peur « *de passer à côté de quelque chose de grave* »). Face à cette complexité, la plupart des enquêtés sont plutôt dans l'attente de « *recettes* » pour se rassurer, ce que les métaphores pour qualifier leur travail illustrent parfaitement. De la peur du « *pépin* », en passant par des mets plus ou moins digestes, le bricolage reste souvent de mise (il s'agit de « *colmater* », de « *faire sa petite cuisine* »). Leurs témoignages parlent alors indirectement des limites des réflexes « ordonnances et médicaments » en France. Mais ils sont peu nombreux à pouvoir remettre en cause des habitudes tant nationales que médicales.

3. *In fine*, cette première partie permet de mieux cerner les spécificités de l'exercice de la médecine générale, et donc de nuancer certaines analyses et de poser une nouvelle hypothèse de travail.

* Les médecins généralistes cumulent plutôt des difficultés de prise en charge. Par comparaison avec d'autres professionnels de la santé, ils doivent prendre en charge des patients « hors normes » et écouter des plaintes sans avoir d'outils adaptés pour se faire, ou plutôt avec des repères inadaptés. Contrairement aux spécialistes, ils doivent suivre et assumer en particulier le retour de patients « *difficiles* » et/ou « *toujours pas guéris* » (situation également favorable à des pratiques de surprescription, sur laquelle nous revenons dans la partie suivante). Du fait de l'étendue des savoirs qu'ils sont censés mobiliser, ils ont également moins de moyens pour « *négoier* » avec les laboratoires pharmaceutiques²⁶⁸. Néanmoins, il existe des limites à opposer systématiquement les médecins généralistes aux médecins spécialistes. En effet, comme nous venons de le montrer, la médecine générale est traversée par des traits dominants de la culture médicale et les ordonnances des médecins généralistes reflètent plutôt un point de vue médical spécialisé²⁶⁹. A cet égard, les tendances à faire peser uniquement sur les médecins généralistes des abus de prescriptions de produits (psychotropes) sont également à nuancer. En effet, en dehors du traitement des « dépressions », ces derniers ne sont pas toujours à l'initiative de traitements. De plus, une partie des psychiatres et de nombreux spécialistes « experts » collaborent avec les firmes : ils favorisent des pratiques de surprescription en aval (en participant à la mise sur le marché de produits, à des redéfinitions de pathologies, en donnant des avis favorables). Pire : il semble exister à tous les niveaux du système de santé des « conflits d'intérêts ». Autrement dit, des

²⁶⁸ Pratique courante chez les spécialistes, du fait de leur meilleure maîtrise de connaissances en pharmacologie car portant sur des domaines délimités.

²⁶⁹ Et des projections individuelles.

collusions d'intérêts politico-économiques dépassent largement les enquêtés, y compris les petits prescripteurs de cette étude.

* Il nous semble difficile d'incriminer de « simples » praticiens de terrain de ne pas faire des soins de qualité, réellement adaptés aux besoins des populations. En revanche, les discours dominants en France sur la dépendance médicale aux patients (à leur demande, à leur pression) doivent être fortement nuancés. En effet, des chercheurs en sciences sociales comme des représentants d'institutions sanitaires reprennent des arguments médicaux qui tendent à déresponsabiliser les prescripteurs²⁷⁰, sans interroger les strates socioculturelles des pratiques médicales. Or, comme nous venons de le souligner, elles s'avèrent déterminantes pour expliquer les surprescriptions de médicaments. Plus précisément, cette étude souligne des paradoxes dans le système de santé en France, qui sont sous estimés dans des études. Car pour résumer cette partie, les médecins généralistes sont chargés des soins de premier recours et de la coordination des soins et des traitements. Or, comme les autres médecins, ils sous estiment leurs effets secondaires et des effets iatrogènes même graves, et ils ne reconnaissent guère les plaintes et les douleurs exprimées par les patients. Ils ont également tendance à dévaloriser les expériences des non médecins. Enfin, ils ont des échanges directs restreints, de gré ou de force, avec les médecins spécialistes qui sont pourtant leurs principaux partenaires de travail. Autrement dit, on retrouve en médecine générale un modèle d'organisation pyramidale des soins (favorable à des prises en charge spécialisées, peu adaptées en « ville » et plus coûteuses). Mais les médecins généralistes n'ont pas d'autres repères, du fait de la quasi absence d'apprentissage d'une « autre » médecine²⁷¹ : recentrées sur les relations soignants soignés, les conseils et l'éducation thérapeutique, les sciences humaines, les soins de santé primaires, les médecines alternatives, etc.

* Cette première partie nous amène à conclure sur une nouvelle hypothèse de travail. La focalisation des discours sur les « demandes », « les abus » du patient (émanant de médecins mais repris par des chercheurs en sciences humaines et par de nombreux représentants des agences sanitaires) cacherait en fait la suprématie de deux acteurs dans les soins, dont le pouvoir est tel en France qu'il n'est pas remis en cause, intériorisé. Ainsi, les jugements et les décisions d'une majorité de médecins seraient influencés par les représentants de laboratoires pharmaceutiques et subordonnés à ceux de médecins « experts » (spécialistes de renom qui travaillent souvent en collusion avec ces derniers). Quoi qu'il en soit, la présence de ces deux acteurs « invisibles » dans les consultations permettrait de redéfinir le travail des médecins généralistes en France. D'une part, le colloque singulier ne serait qu'un leurre : les médecins généralistes travailleraient souvent avec des références spécialisées et avec l'aide des représentants de laboratoires pharmaceutiques. D'autre part, la médecine générale pourrait être redéfinie par ces manques²⁷² (d'assurance et de références adaptées à leurs patients) auxquels le médicament est souvent le moyen de faire face.

L'intérêt de cette étude est d'avoir analysé comment et pourquoi une minorité d'enquêtés parviennent néanmoins à inverser ce processus inflationniste (qui consiste à maintenir, à renouveler, à ajouter de produits dans l'ordonnance). Dans les parties suivantes, il s'agit de mieux cerner le profil de ces médecins « petits » prescripteurs, qui ont pour caractéristique d'avoir rompu les dépendances avec les trois partenaires « naturels » des médecins

²⁷⁰ Par exemple, une des représentantes de l'HAS lors du 4^{ème} congrès de médecine générale a souligné « les contraintes de temps », les conditions pratiques de la médecine générale défavorables à la prise de décisions partagées et les difficultés des praticiens « à résister aux pressions consuméristes des patients » (Plénière sur la prise de décision partagée, vendredi 25 juin 2010).

²⁷¹ Terme le plus souvent employé dans l'ensemble de la communauté médicale pour définir la médecine de ville (Vega 2007).

²⁷² Comme l'avait déjà souligné M. Arliaud (1987).

généralistes français (comme nous le verrons, ils accordent moins leur confiance aux médicaments, aux laboratoires pharmaceutiques et aux spécialistes, et davantage aux autres professionnels - dont les psychiatres - et aux patients).

Seconde partie

Des analyses macro sociales aux approches micro sociales : les déclinaisons du « réflexe » médicament

Cette seconde partie présente les résultats généraux de cette étude concernant l'origine des différents niveaux de prescription. Ils confirment l'importance des caractéristiques socioculturelles des prescripteurs, tout en les précisant. L'analyse comparée de travail de médecins généralistes libéraux et salariés souligne les limites de l'influence du mode de paiement à l'acte en France (ce facteur est souvent avancé pour expliquer les niveaux importants de prescriptions. Or les motivations financières n'expliquent pas tous les « abus », loin s'en faut). Dans ce sens, la mise à jour des profils de médecins plus ou moins prescripteurs permet *in fine* d'enrichir les résultats des études recensées.

Chapitre 1. L'influence des caractéristiques socioculturelles des prescripteurs sur l'ordonnance : des facteurs intriqués

Les résultats de cette étude rejoignent ceux de plusieurs recherches socio anthropologiques recensées. Ils permettent de dépasser une tendance en France à appréhender les médecins généralistes à partir de l'extrême diversité de leurs pratiques (de prescriptions) uniquement rapportée à des facteurs individuels.

- L'impact des traditions religieuses et du genre du médecin à préciser

Les ethnographies confirment les liens existant entre les niveaux de prescription et plusieurs caractéristiques socioculturelles des prescripteurs, en particulier leurs traditions religieuses. En effet, ces dernières induisent des rapports différents à l'ordonnance (Fainzang 2001/1). Plus précisément, des enquêtés de tradition protestante mettent davantage l'accent sur la « responsabilité de la personne » et sur la « frugalité » comme cela a été souligné par des chercheurs²⁷³. D'une part, ils cherchent plutôt à autonomiser le patient (poussé à se prendre en charge, à moins dépendre du médecin). D'autre part, des enquêtés ne médicalisent pas les rhumes et apparentés, suite à des représentations du corps et de la maladie particulières (la plupart des infections respiratoires guérissent toutes seules, le corps à des capacités à l'auto guérison, cela nécessite un temps de récupération. Rosman 2009/1, p. 82²⁷⁴). Par opposition, les enquêtés de tradition catholique ont souvent des visions plus positives de l'ensemble des médicaments : ils ont tendance à proposer et/ou à imposer en les associant les produits du rhume, les médicaments anti-douleurs²⁷⁵ et des psychotropes. Or, dans cette étude, la prescription de ces médicaments inutiles, peu efficaces ou toxiques est un bon indicateur de l'appartenance des enquêtés aux groupes des « moyens » et des « gros » prescripteurs. Néanmoins, tous les « petits » prescripteurs ne sont pas de tradition protestante (certains

²⁷³ Ces phénomènes étant en lien avec « l'éthique protestante » (Fainzang 2001/1, Rosman 2009).

²⁷⁴ Dans ce sens, les médecins néerlandais ont pris l'habitude depuis 20 ans à pousser les patients à ne pas consulter pour des symptômes bénins.

²⁷⁵ En effet, l'utilisation des calmants et des antalgiques dans la pratique courante, avec la caution de l'autorité médicale, est plus répandue que chez les protestants (d'après Fainzang 2007). Plus globalement, chez les patients d'origine catholique (les plus gros consommateurs de médicaments), les tendances à remettre son sort dans les mains des médecins vont de pair avec la tendance de ces derniers « à s'arroger le privilège de la connaissance sur le corps du malade, et à ne pas lui permettre de faire les choix qui lui incombent devant la réalité de son état » (Fainzang, 2001/1, p. 125).

d'entre eux font même partie du groupe des « gros » prescripteurs), et *vice et versa* : des médecins de tradition catholique, dont des praticiens pratiquant, font partie des « petits » prescripteurs. En effet, plusieurs autres facteurs influencent parallèlement les recours à l'ordonnance.

Ainsi, il existe également des liens entre les niveaux de prescription et des rythmes de consultations importants, ce qui explique qu'en France le nombre de prescriptions soit élevé. En effet, plus le médecin reçoit de patients quotidiennement et plus il prescrit de médicament en général (et plus il prescrit de psychotropes en particulier. Cohen 1994).

A ce sujet, cette étude confirme que les femmes médecins, de plus en plus nombreuses dans la profession, sont plutôt portées à exercer « une médecine lente »²⁷⁶. Cette orientation du travail, souvent synonyme d'écoute et de moindres prescriptions (Cohen *op.cit*, p. 11), reste paradoxalement défavorisée financièrement par le système du paiement à l'acte en France : ce dernier favorise la brièveté des consultations. Aussi, dans cette étude, des enquêtées libérales, exerçant en cabinet groupe, disent subir des « pressions » de la part d'associés gros prescripteurs (des hommes), car ces derniers sont désireux de « tenir la cadence » pour maintenir ou augmenter le chiffre d'affaire. Ces derniers se plaignent également régulièrement de collègues femmes. En effet, l'ensemble des femmes enquêtées travaillent moins hebdomadairement que leurs confrères masculins et sont moins disponibles, principalement suite aux répartitions traditionnelles des tâches avec leurs conjoints. Plus précisément, les enquêtées sont plutôt moins intéressées financièrement que leurs confrères masculins. D'une part, elles sont nombreuses à s'appuyer sur le salaire plus élevé de leurs conjoints²⁷⁷. D'autre part, elles sont plus investies dans la sphère familiale, d'où le choix privilégié du salariat d'enquêtées mères de jeunes enfants (synonyme de salaires et de temps de travail plus régulier)²⁷⁸. Cependant, les observations montrent que quels que soient leur secteur d'exercice, ces enquêtées sont alors souvent fatiguées et interrompues dans leur travail (suite à la gestion depuis leur cabinet de problèmes de garde et de santé d'enfants²⁷⁹), ce qui favorise au contraire des fatigues et des surprescriptions (observées chez plusieurs d'entre-elles). De plus, du fait de leur exercice d'une médecine « lente », toutes les femmes enquêtées sont souvent en retard dans leurs planning, ce qui est la source de stress importants (d'agacements de confrères, de patients dans les salles d'attente et de sentiment de culpabilité de praticiennes²⁸⁰). Enfin, des femmes médecins suivies éprouvent des difficultés « à dire non » à des patients jugés « difficiles »²⁸¹ : elles finissent souvent par les accueillir et les prendre en charge, malgré les surcharges de travail que cela occasionne.

Dans ce sens, toutes les femmes enquêtées ne sont pas des petites prescriptrices, y compris lorsqu'elles travaillent en secteur salarié (*voir* 2.3), et inversement : des hommes travaillent en secteur libéral sont de petits prescripteurs, pratiquant une médecine « lente » ou sociale. Du fait la permanence des rôles sociaux sexués et du système de paiement à l'acte, c'est même parmi ces derniers que nous avons recueilli le plus de souffrances (en effet, ils cumulent des

²⁷⁶ Tendances référencées dans notre précédente étude (Vega *et al.* 2008, *en ligne*) et développée dans le premier rapport remis à la Cnamts.

²⁷⁷ *Idem.*

²⁷⁸ Les enquêtés salariés de cette étude exercent en centres de santé. Cette dernière confirme d'autres processus sociologiques qui dépassent les métiers de la santé, tels que le « sacrifice » des femmes au regard des carrières de leurs conjoints (très bien mis en perspective dans l'ouvrage *Singuliers généralistes, op.cit*).

²⁷⁹ Nous avons déjà souligné ces difficultés, à l'origine de cessation d'activité chez des mères de famille travaillant en secteur libéral. Ces dernières sont également amplifiées chez les femmes qui prennent davantage en charge le secrétariat et les aspects administratifs du travail (au contraire des hommes qui les délèguent à leurs conjoints).

²⁸⁰ Ex. « j'ai encore pris du retard », « je vais jamais y arriver », « la salle d'attente va exploser là », « j'ai honte alors je les prends encore plus longtemps », etc.

²⁸¹ Ces difficultés ont été formulées également exactement dans ces termes lors du 4^{ème} congrès de médecine générale (*op.cit*).

difficultés à « *assurer financièrement* » leur famille, ils sont démotivés par la non reconnaissance de leurs orientations professionnelles par des collègues comme par les pouvoirs publics, *voir partie 3.1*).

Les ethnographies permettent également de préciser les liens entre les niveaux de prescription et le rythme des consultations, tous genres confondus. En effet, les enquêtés les moins prescripteurs sont des hommes ou des femmes qui consacrent en moyenne plus de 15 minutes par patient. Cependant, des temps importants de consultation se sont pas forcément synonymes de temps réellement consacrés à l'écoute de chaque patient : des médecins observés sont lents, certains restent silencieux et oublient régulièrement des données qu'ils font répéter aux usagers (dont des médecins masculins gros prescripteurs). De plus, ce qui caractérise les médecins les moins prescripteurs, c'est plutôt de moduler leur temps de consultation en fonction des besoins de chaque patient. Autrement dit, les médecins qui prescrivent le plus sont ceux qui ont des « *timings* » de consultation rigides (leurs consultations sont de même durée, quels que soient les besoins des patients). En effet, ces organisations du travail facilitent le recours à l'ordonnance, utilisée pour mettre fin aux entrevues, nécessairement « *cadrées* »²⁸². C'est d'ailleurs la raison pour laquelle des enquêtés petits prescripteurs nuancent les avantages du système anglo-saxons (où les médecins « *ont quand même une pression pour voir les gens en 5 minutes, c'est – enfin en 5 ou 10 minutes* »). De même, l'obligation de recevoir les patients toutes les 15 minutes est à l'origine de difficultés exprimées par les enquêtées salariées²⁸³.

Malgré ces nuances, les ethnographies confirment les résultats des études macro sociales. La plupart des hommes enquêtés - dont des médecins d'origine protestante - travaillent plutôt davantage et plus vite (avec des cadences de 5 à 3 minutes chez les plus gros prescripteurs). Plus précisément, ils s'investissent plus dans la sphère professionnelle en s'appuyant davantage sur des femmes (épouses, secrétaires, consœurs) pour tout ce qui concerne la partie non strictement médicale de leur travail (accueil, administration, gestion). Ils ont également tendance à chercher la maîtrise de savoirs et/ou de techniques²⁸⁴ (à se spécialiser) en médecine générale, et inversement à diversifier leurs activités professionnelles. Ainsi, la plupart des enquêtés masculins ont endossé des responsabilités officielles en plus de leur travail en cabinet, que certains cumulent (ex. postes en hôpital local, en maisons de retraite, études en sciences humaines, pour les laboratoires ; activités en mairie, au sein d'associations locales, etc.)²⁸⁵.

Ces strates identitaires les conduisent généralement à davantage prescrire que les femmes enquêtées. En effet, la plupart des enquêtés éprouvent plus de difficultés à s'aménager des répités dans le travail, en associant plus souvent l'image du médecin à celle de l'héroïsme : du « *surhomme* », voire du « *sauveur du monde* » (Daneault 2006). Ces associations, toujours véhiculées dans certaines facultés selon plusieurs jeunes enquêtés, poussent des médecins à taire leur fatigue, voire à auto déprécier des souffrances²⁸⁶. De plus, les observations montrent que les hommes entrent facilement dans des jeux de compétition avec des associés, avec des concurrents locaux : ils recherchent des émulations qui vont de pair avec des surenchères (ex. voir le plus grand nombre de patients par jour, avoir le plus de matériel, etc.). Enfin, la plupart des enquêtés cherchent à être « *reconnus* » : parce qu'ils sont plus sensibles à leur renommées locales et/ou à leur carrière, ils sont plus facilement instrumentalisés par les laboratoires

²⁸² En France comme au Pays Bas, prescrire est un mécanisme efficace pour clore rapidement l'interaction médecin/patient (Rosman *op.cit*).

²⁸³ Ces difficultés sont palliées par un absentéisme important des patients dans le centre investigué.

²⁸⁴ Comme dans l'ensemble des professions de soins (Picot 2009).

²⁸⁵ Tendances déjà soulignées chez des médecins généralistes (Vega *op.cit*).

²⁸⁶ Cette tendance a été d'ailleurs surtout observée chez des hommes généralistes d'orientation urgentiste et chez des urgentistes interviewés.

pharmaceutiques. Dans ce sens, les très gros prescripteurs de cette étude sont uniquement des hommes, qui sont particulièrement sous informés, car souvent formés essentiellement par les firmes pharmaceutiques (*voir partie 3, chapitre 3*).

Concernant les rapports entre le genre du médecin et ses liens avec les laboratoires, les résultats de cette étude apportent des précisions. L'étude confirme le fait que plus le médecin prescrit, et plus il intéresse et reçoit de commerciaux. Or, dès que les médecins reçoivent un visiteur par semaine, ils ont davantage tendance à prescrire de « nouvelles » molécules selon B. Chamak (2009²⁸⁷). Mais il s'agit encore de tendances à ne pas systématiser. Ainsi, des enquêtés « petits » prescripteurs reçoivent des commerciaux et collaborent avec des firmes²⁸⁸. Par contre, dans tous les groupes, les médecins les moins prescripteurs, quel que soit leur genre, sont ceux qui font l'effort d'aller rechercher des informations diversifiées et/ou indépendantes (cet effort est lié à de nombreux facteurs, mais qui peuvent être rapportés à leurs visions du rôle du médecin généralistes, *voir partie 3*). Autrement dit, la présence des commerciaux dans les consultations est plutôt un signe d'un niveau de prescriptions élevé : une bonne indication de l'appartenance des enquêtés aux groupes des moyens et des gros prescripteurs (qui sont donc à la fois des hommes et des femmes dans cette étude).

- L'impact de l'âge du médecin : des confirmations

Concernant l'influence de l'âge des prescripteurs, cette étude confirme et éclaire au moins quatre tendances soulignées dans les recherches recensées.

- Les jeunes généralistes sont rarement d'emblée des « petits » prescripteurs. En effet, comme nous l'avons déjà souligné, au sortir des facultés, ils ont souvent le sentiment de ne « rien savoir », d'où des recours importants aux médicaments, *a fortiori* spécialisés. De plus, ils ne travaillent pas moins que leurs aînés, voire davantage (*Singuliers généralistes, op.cit*, p. 392, Vega *et al.* 2008), notamment en secteur libéral : pour développer leur clientèle et pour rembourser des emprunts (ex. achat de maison, de local). Les jeunes générations de soignants (hospitaliers compris) pratiquent également une médecine plus « défensive », en lien avec des peurs du procès : ils ont des perceptions de ce type de risque plus importantes que leurs aînés, entraînant des sur prescriptions (*voir encadré ci-dessous*). Enfin, durant les premières années d'exercice, un dernier facteur nous semble important : les réseaux professionnels, le profil de patientèle et les habitudes de prescription du médecin prédécesseur. En effet, ces derniers influencent le contenu et le niveau de l'ordonnance du successeur, au moins durant plusieurs années (selon tous les enquêtés).

Nous n'avons pas pu étudier le phénomène de hausse de l'ensemble des prescriptions pharmaceutiques après 10 ans d'exercice, qui font suite à l'augmentation de la clientèle du médecin selon P. Le Moigne (*op.cit*). Cependant, d'après nos observations, ce processus ne touche pas tous les médecins. En effet, des enquêtés ont racheté ou ont hérité directement de patientèle, parfois d'emblée importante : en particulier les enfants ou les petits-enfants de médecins (qui sont nombreux dans les facultés de médecine), ou de jeunes généralistes disposant d'un capital financier important.

Concernant la hausse des consultations avec l'âge et plus précisément des prescriptions, cette étude apporte d'autres pistes d'explications, déjà abordées dans la partie précédente et en partie étudiées chez d'autres enquêtés généralistes (Vega *op.cit*).

²⁸⁷ Qui s'appuie notamment sur l'étude de R. Moynihan, réalisée en Angleterre (*op.cit*).

²⁸⁸ Soit parce que leurs associés plus prescripteurs les reçoivent (*partie 1, chapitre 3*), soit pour des motifs financiers. Cependant, ils semblent être relativement prémunis de l'influence des commerciaux : du fait de leurs représentations des médicaments (*voir partie 3, chapitre 1*), ou parce qu'ils usent de feintes (par exemple, ils disent « bidonner » des études réalisées pour ces derniers, à qui ils communiquent des fausses données concernant leurs prescriptions).

- En effet, les enquêtés plus âgés développent généralement leurs réseaux « d'adressants » : ils ont tendance à renouveler de plus en plus d'ordonnances spécialisées, d'autant qu'ils soignent des patients de plus en plus âgés (en effet, il existe des liens directs entre le genre et l'âge des prescripteurs et ceux de leur patientèle, comme le rappelle notamment F. Bouchayer, 2009).

- De plus, passée la quarantaine, les enquêtés commencent à éprouver des fatigues au travail importantes - notamment à faire autant des gardes qu'auparavant-, d'où des irritations et des mouvements d'humeur moins contrôlés observés à l'égard de patients (à partir d'un certain âge, les médecins aspirent désormais à faire « leur » médecine²⁸⁹). Ils peuvent se retrouver dans des situations d'épuisement s'ils n'aménagent pas progressivement leurs pratiques. Or, avec l'âge, les enquêtés éprouvent de plus en plus de difficultés à en changer, et plus précisément à reconsidérer leurs propres habitudes de prescriptions. Il leur est pénible, il leur paraît même souvent injustifié de mettre de côté des produits qu'ils ont couramment prescrits pendant des années, même lorsque ces derniers sont jugés désormais inutiles ou nocifs²⁹⁰. En effet, les annonces d'exclusion de produits du marché sont souvent violentes, car elles remettent directement en cause leur image de soignants. Non seulement la plupart des médecins enquêtés restent fidèles à d'anciens produits, mais ils en ajoutent souvent progressivement de nouveaux, auxquels ils s'habituent également. Ce phénomène d'accumulation de médicaments se renforcerait avec le temps, au fur et à mesure des visites des commerciaux. Plus précisément, il semblerait que ces derniers jouent sur ces attachements pour proposer aux prescripteurs des produits ressemblants « encore plus performants » donc plus coûteux²⁹¹. Ces processus ont été analysés depuis les années 70 en France comme Outre Atlantique²⁹².

- Enfin, les médecins aguerris prescriraient plus volontiers des médicaments hors indications. Ainsi, des prescriptions hors AMM semblent être une pratique courante en médecine (générale) à la vue de travaux présentés dans l'un des ateliers du 4^{ème} colloque de médecine générale, *op.cit.*²⁹³. De plus, avec l'âge, des médecins enquêtés sont conduits à expérimenter sur une longue période des produits et souvent à en découvrir d'autres fonctions, suite aux retours de patients.

Derrière la peur du procès

²⁸⁹ Les médecins plus âgés (à partir d'environ 55 ans) ont souvent tendance à davantage sélectionner leurs patients. Inversement, le fait de voir revenir vers soi des patients non désirés devient un motif de cessation précoce d'activité : les médecins éprouvent généralement des difficultés à s'adapter à l'arrivée de nouveaux patients, ayant souvent d'autres habitudes de prise en charge (Vega 2007).

²⁹⁰ Il s'agit cependant d'une tendance que l'on trouve chez de nombreux enquêtés de cette étude, indépendamment de leur âge. En effet, le médicament en lui-même est difficilement pensé comme nocifs en France (voir chapitre 1.1).

²⁹¹ Ce qui confirmerait la pertinence des mises en garde du sénateur Autain (précédemment cité) contre la circulation des produits « me too » en médecine générale.

²⁹² Dès le début des années 70, des auteurs ont montré que des praticiens restent fidèles aux médicaments antérieurs, tout en s'intéressant aux derniers sortis (ex. Serraf 1969, pp 147-170). Cette tendance s'est approfondie par la suite. Selon Orłowski *et al.* 1992 (*cité* par Cohen, *op.cit.*, p. 124), les nouveaux produits promus ne remplaçaient pas des alternatives plus anciennes : ils fonctionnaient plutôt comme des appâts encourageant une prescription additionnelle et probablement excessive. En effet, selon P. Dupuy et S. Karsenty (*op.cit.*), le nouveau produit est symbole d'appartenance à la médecine technicienne et scientifique. Pour sa clientèle comme pour le médecin généraliste, la « nouveauté » est signe d'efficacité, de progrès, mais aussi trop récente pour avoir infirmé ses promesses (dans une société qui privilégie l'usage des techniques les plus visibles et l'idéologie du progrès, au dépend des actes banalisés).

²⁹³ Dont ceux présentés par une jeune médecin généraliste (M. Geffroy-Plasqui). Ce travail a suscité des réactions dans la salle : « on ne doit pas le dire ». Nous avons observé ces pratiques à deux reprises lors de visites à domicile, dans le cadre de relation de confiance entre soignant et soigné : des produits non autorisés ont été prescrit au fils d'une patiente en compétition sportive et dans le cadre d'une fin de vie (ce type de prescriptions mériterait de faire des études plus poussées).

Dés les années 2000, les études attestent des peurs croissantes du procès dans le milieu médical. En particulier, le cardiologue A. Froment (*op.cit*) dénonçait la tentation de « fuite en avant », de dérives vers une médecine défensive multipliant des investigations désagréables ou des interventions non dénuées de risques (pouvant s'avérer désavantageuses pour le patient), mais qui permettent aux médecins « de se rassurer ». Depuis, la « judiciarisation de la médecine » est une hantise récurrente chez les praticiens, même si toutes les études attestent du nombre réduit de procès et de sanctions judiciaires dans la réalité²⁹⁴.

-En effet, elle symbolise la fin de tradition d'organisation purement médicale du travail et le fait que des non-médecins puissent désormais avoir un regard sur les pratiques médicales : « *C'est un stress permanent de se dire non seulement : est-ce que je soigne bien - ça c'est quelque chose que mes prédécesseurs avaient déjà - mais est-ce que je fais passer au patient et à sa famille que je soigne bien ? Puis encore, heu : est-ce que je soigne en fonction des règles de bonnes pratiques édictées par les sociétés savantes et le ministère ?* » (Médecin sénior salarié du public, cité dans Vega 2007). Ainsi, chez les enquêtés les plus âgés de cette étude, la menace de poursuites judiciaires est toujours souvent vécue comme un véritable choc identitaire (« *ingratitude* », « *perte de confiance* », « *traumatisme* ») : elle est davantage intériorisée chez les quaranténaires. C'est parmi les médecins déjà les plus prescripteurs de médicaments qu'on observe des tendances à surprescrire des examens et des médicaments pour pallier des risques de procès. En effet, ces praticiens cherchent généralement à ne prendre aucun risque (*voir 3^{ème} partie*).

- Quels que soient les caractéristiques sociologiques des enquêtés, cette étude confirme d'autres processus. Dans la plupart des cas de procès, des non dits médicaux sont souvent à l'origine de procès (Vega *et al.* 2008), particulièrement en fin de vie. En effet, en France, la mort reste un double tabou médical et culturel (Lalande *et al.* 2009, Vega *et al.* 2010). D'ailleurs, comme en milieu hospitalier, des difficultés médicales à annoncer « la mauvaise nouvelle » ou le passage à des soins palliatifs ont été de nouveau observées chez des enquêtés généralistes (indépendamment de leurs niveaux de prescription).

- En pratique, on retrouve chez des généralistes des procédures courantes en milieu hospitaliers. Il s'agit de toujours « *maintenir l'espoir* ». Par exemple, un enquêté fait venir un neurologue au chevet d'un malade condamné. Cela ne sert plus à rien, mais « *ça évite de leur faire penser (à la famille) qu'on a baissé les bras, et cela n'empêche pas de faire venir l'équipe de soins palliatifs* ». Un autre évite de prononcer les mots qui font peurs et donc reporter indéfiniment la mauvaise nouvelle, selon des argumentaires maintes fois entendus²⁹⁵. Exemple : « ... Et c'est facile de lui parler de son cancer ? - *Alors ça ! Autant te le dire de suite, il n'a pas cheminé du tout. Preuve : il ne fait toujours pas le lien entre ses maux et son cancer de la prostate ! ...D'ailleurs, il ne me parle jamais de son cancer, alors moi non plus... Alors forcément, c'est un peu difficile de parler, en général (...)* Un cancer dépassé, c'est toujours dramatique, surtout à 68 ans... Bon là, avec Mr. E. on est encore en curatif, mais c'est pour rire ... Enfin, ça ne trompe personne : Mr. E., il est foutu de tout foutu, il a des métastases au foie ». (...). *En fait, c'est assez compliqué : il faut donner l'espoir tout en..., c'est une espèce de double langage qu'on a, parce qu'on ne peut pas dire non plus : 'ne faites plus rien !', ou pire : 'Vous êtes foutus !'... Et puis, il suffit que les gens lisent entre les lignes.... Enfin, c'est l'histoire de savoir sans savoir : le malade sait que le médecin sait que le malade sait. C'est pas clair, mais il faut cheminer avec les gens, ce qu'ils peuvent supporter... Mais pas avec des mots qui tuent. Alors on leur fait sentir, et eux aussi font des allusions... Donc le métier consiste à jouer avec les mots. Ce n'est pas facile ! - Non...- ... Et même, j'ai perdu des clients pour avoir diagnostiqué un cancer ! - C'est fréquent ? - Non ».*

- Des instrumentalisations des médicaments aux instrumentalisations de patients chez les médecins les plus prescripteurs

²⁹⁴ *Sciences Sociales et Santé*, 2006. Certains problèmes relationnels sont réels, mais ne concerneraient toujours qu'une minorité d'usagers, principalement des patients et/ou de proches très argentés, ou très pauvres, et dans les maisons de retraite (Vega 2007).

²⁹⁵ Y compris en milieu hospitaliers par ne pas annoncer des cas de Sida (Vega 2000).

A propos des prescriptions hors indications, cette étude confirme aussi des usages très particuliers des médicaments psychotropes. Ils renvoient aux facteurs non cliniques intervenants dans les motivations de prescription médicamenteuses. Or, ces surprescriptions ne sont ni en lien avec les caractéristiques socioculturelles des prescripteurs, ni avec le système du paiement à l'acte (elles sont présentes dans d'autres pays où les médecins ne sont pas rémunérés à l'acte et/ou sont globalement moins prescripteurs). Les logiques qui les sous-tendent sont donc, selon nous, des pistes importantes de travail.

Premièrement, comme nous l'avons en partie souligné, les prescriptions de médicaments en général permettent de « gérer » la fatigue du médecin. Ces recours sont donc généralisés chez tous les enquêtés de cette étude, en dehors des petits prescripteurs. Plus précisément, l'antibiotique comme le produit psychotrope permettent de mettre fin au énième retour de patients non guéris : des enquêtés préfèrent « *tout donner au patient* » pour éviter d'autres consultations jugés « *compliquées* » (en termes de diagnostic comme de relation avec des soignés). Dans ce sens, chez une partie des « gros » prescripteurs de cette étude, le médicament psychotrope permet de « gérer » des gênes, des rapports problématiques avec des patients : de ne pas les revoir de suite. Par exemple, des enquêtés suivis ont expliqué rétrospectivement à l'enquêteur des choix de produits psychotropes ou des recours à des posologies importantes pour ne pas perdre du temps à négocier, *a fortiori* avec des patientèles « *difficiles* » et peu désirées. Autrement dit, des renouvellements abusifs de produits psychotropes permettent d'écourter des face à face avec des patients jugés pénible, « *usants* », gênants, voire devenus insupportables. Par exemple, un médecin explique : « *les hypnotiques on n'a pas le droit de les prescrire, - enfin les patients ne peuvent se les faire délivrer que pour 4 semaines non renouvelables, donc tous les mois ils sont obligés de revenir, sauf que - alors que les anxiolytiques (rires) ils sont en tout cas pour la plupart renouvelables jusqu'à 3 mois ... donc nous on les voit moins souvent (rires) : sachant que je cours pas spécialement après - enfin j'ai pas envie de les voir tous les mois, bin ça m'arrange... (...) Il y a des gens qu'on sent bien, d'autres pas et avec qui on est gêné (...), je sais pas comment ils font (les autres médecins), moi j'ai pas envie de les voir tous les mois*».

Ceci confirme la piste d'analyse selon laquelle, en médecine générale, les grands prescripteurs de psychotropes sont moins outillés « face à la détresse psychologique de leurs patients » (Cohen *op.cit*, p. 39). De plus, les ethnographies montrent que ces médecins éprouvent aussi des sentiments de dégoût et de révolte à l'égard de personnes en particulier²⁹⁶ (étudiés également en milieu hospitalier par C. Le Grand Sébille *op.cit*). La surprescription permet alors de ne pas trop s'investir dans la relation, voire de compenser des difficultés relationnelles (*voir partie 3.3*).

Chez les mêmes médecins enquêtés, on observe d'autres logiques de surprescriptions, presque opposées. Les médicaments psychotropes permettent de régler des problèmes de société. Les ethnographies confirment ainsi des prescriptions par « compassion » (déjà étudiées par C. Johanne Collin au Québec, où le médicament psychotrope est pensé par des médecins comme une aide à mieux vivre, 2003). Ces désirs compassionnels s'expriment surtout auprès de personnes âgées chez qui les médecins cherchent à atténuer des solitudes (observés surtout chez des femmes très âgées, lors de visites à domicile). Cependant, ces désirs s'expriment désormais aussi auprès de jeunes patients, comme nous l'avons déjà souligné. Ainsi, des prescriptions de produits associés (antidépresseur + anxiolytique) permettent de résoudre des difficultés scolaires jugées déviantes, et qui donc « normalisées » par des traitements (*voir partie 3.3*). En effet, ces médecins projettent, *via* les médicaments,

²⁹⁶ Mal réprimés pendant les consultations, et exprimés souvent de suite à l'enquêteur dès la porte du bureau refermée (à l'observation, il s'agit la plupart du temps de patients toxicomanes, ou devenus très dépendants à des produits psychotropes, *voir partie 3.3*).

des idéaux salvateurs. Il s'agit d'un facteur de surprescription *a priori* importants, car ces idéaux sont également très répandus dans les motivations à devenir médecin²⁹⁷.

Chez une partie de ces médecins enquêtés, et plus généralement chez leurs confrères encore plus prescripteurs, on trouve encore d'autres motifs de surprescriptions : des instrumentalisation de produits psychotropes décrites chez les gros prescripteurs de benzodiazépines par C. Cormack et E. Howells (1992)²⁹⁸, et par P. Le Moigne (*op.cit*). La prescription de ces produits permet de gagner du temps de consultation, tout en fidélisant les patients. En secteur libéral, ces médicaments permettent alors de produire de l'activité professionnelle (p. 252), puis d'améliorer la productivité de l'exercice en s'assurant du retour de patients fidélisés, voire rendus dépendants.

A ce sujet, les résultats de nos analyses comparatives sont troublants. En effet, l'ensemble des enquêtés les plus prescripteurs de cette étude (qu'ils soient libéraux ou salariés) ont des profils de patients identiques, en phase avec ces usages plus ou moins conscients du médicament. Ils prennent en charge plutôt des personnes âgées et des femmes au-delà de 40 ans (même lorsqu'ils sont respectivement plus jeunes que leurs patients et/ou sont des hommes médecins). Il s'agit souvent de personnes « captives », suite à leurs consommations de produits psychotropes (décrites également aux urgences en France par J. Peneff, 2000). Dans ce sens, ces enquêtés ont d'autres caractéristiques communes, comme des préférences pour les patients d'origine populaires et âgés, car jugés plus « malléables » (*voir partie 3.3*).

²⁹⁷ Comme les désirs de « faire le bien » (Baszanger *op.cit*, Froment *op.cit*, Vega 2007).

²⁹⁸ Réalisée par méthode de questionnaire et d'entrevues de 25 médecins généralistes libéraux et internes hospitaliers en Grande Bretagne (citée aussi par Cohen dans sa recension, *op.cit*).

Chapitre 2. Des gros aux petits prescripteurs : une médecine adaptée au médecin/aux patients

L'incidence des traditions religieuses, du genre et de l'âge des médecins sur l'ordonnance est donc plus complexe qu'il n'y paraît. L'analyse plus fine des différents groupes de médecins enquêtés permet d'avancer d'autres facteurs plus déterminants pour expliquer les différences de niveaux de prescriptions de médicaments. Ce faisant, les ethnographies permettent de mieux cerner, d'explicitier et/ou de dépasser les oppositions habituellement avancées (ex. médecins relationnels/techniciens²⁹⁹, urgentistes/d'orientations psychanalytiques, médecins salariés/libéraux³⁰⁰).

- Le choix des lieux d'installation : des rapports à l'altérité déjà déterminants

Les choix des lieux d'installation des enquêtés n'échappent pas à des logiques désormais bien étudiées : la carte des installations libérales et hospitalières fait non seulement apparaître des régions surmédicalisées et peu médicalisées, mais elle est superposable à la richesse moyenne par habitant (Peneff 2005). Comme les autres professionnels de la santé, les généralistes ont tendance à s'orienter dès la fin de leurs formations plutôt vers des lieux d'exercice synonymes de « *qualité de vie* », si possible rentables - voire lucratifs -, et rassurants. La plupart choisissent de travailler auprès de patients plutôt triés et médicalisables, même cela amplifie des isolements, des charges de travail (des fatigues) de confrères exerçant dans des zones moins favorisées (Vega 2007, Vega *et al.* 2008³⁰¹). Il existe donc en France « des contrastes entre des poches de privilégiés extrêmement protégés et inattaquables, et des zones de fragilités et de précarités accrues » (Hardy Dubernet et Faure *op.cit.*). Autrement dit, la première césure entre les médecins généralistes est l'existence de disparités importantes existant en termes de type de patients pris en charge et de conditions de travail.

Ainsi, nos précédentes études (*op.cit.*) avaient déjà montré des risques de burn-out plus importants chez les médecins généralistes exerçant en milieu rural désertifié et dans des banlieues urbaines défavorisées. Ces épuisements avaient été favorisés par deux facteurs, en partie de la responsabilité des praticiens. D'une part, ces derniers n'avaient pas développé de réseaux d'aide au travail. D'autre part, ils s'étaient retrouvés pour la plupart « *submergés* », « *dépassés* » par leur patientèle cumulant d'importantes difficultés sociales et de santé. Suite à ces confrontations d'autant plus brutales qu'elles n'avaient pas été choisies, certains de ces enquêtés avaient alors développé des sentiments de déclassement social et des visions très négatives des patients (ingratitude, incivilités, violences)³⁰². Inversement, les médecins épanouis au travail - en l'occurrence des retraités tardifs - avaient développé des réseaux de soutien et des échappatoires à leur exercice. Pour parer aux épuisements, tous avaient aménagé leurs pratiques, notamment en triant d'emblée leur clientèle.

²⁹⁹ Pour les médecins « techniciens », le corps est l'émetteur de symptômes qui attend une réponse technique ; pour les médecins « relationnels », le corps est l'expression d'un malaise qui a son origine ailleurs (Membrado *op.cit.*).

³⁰⁰ Cette étude ne confirme qu'en partie les idéaux types décrits par G. Bloy 2008 (présentés dans le premier rapport remis à la Cnamts). Le dernier point est traité en 2.3

³⁰¹ Autrement dit, en France, la recherche individuelle de la qualité de vie pose des problèmes de répartition médicale, à la fois territoriale et par spécialité (*Singuliers généralistes, op.cit.*, p. 381). Cette problématique de fond, liée au libre choix de leurs lieux d'exercice par les médecins, est peu remise en cause politiquement (contrairement à ce qui a été mis en place, par exemple au Québec, pour mieux répondre aux besoins des populations).

³⁰² Ces dernières sont en fait un bon indice de burn-out dans l'ensemble des professions de soins et de service (Davezies 2004).

Cette recherche confirme et enrichit l'ensemble de ces processus. En effet, les choix de lieu d'exercice des enquêtés « gros » prescripteurs sont également motivés par la recherche d'« *une qualité de vie* » pour eux mêmes et les leurs. Ils recherchent avant tout « *le confort* » dans leur travail : ils évitent les situations pénibles ou difficiles en aménageant leur temps de consultations (rigides, comme nous l'avons souligné), en restreignant leur écoute et en mettant sous contrôle des patients (captés, fidélisés, voire rendus dépendants). Plus précisément, les enquêtés suivis cherchent à éviter les consultations « *chronophages* » (ils s'investissent peu dans les soins de pédiatrie et de gynécologie, voir encadré ci-dessous) et gèrent des retours de patients « gênants » via des pratiques de surprescriptions. Les enquêtés très gros prescripteurs ont paré à ces difficultés : ils écartent, ne prennent pas en charge les patients difficiles à « *cadrer* », objet de stigmatisation sociale ou trop accaparants, en particulier les patients « *psychiatriques* » et les « *toxicomanes* » (ou suspectés de l'être). Parce qu'ils cherchent à cumuler des gains de temps et d'argent, ils travaillent essentiellement auprès de patients « rapides », dont ils renouvellent les traitements de pathologies chroniques, ou à qui ils se contentent de distribuer des médicaments de confort (voir partie 3.3)³⁰³.

L'ensemble de ces médecins partage également une autre caractéristique : à l'inverse des autres enquêtés, tous ont des visions négatives à très négatives des patients. Autrement dit, ces praticiens leur imposent le plus souvent des prescriptions (inadaptées), car ils jugent ces derniers peu capables, voire incapables de comprendre les logiques médicales et de se soigner convenablement (comme nous l'avons déjà souligné partie 1.3).

Cette recherche du confort au travail, ces représentations négatives et ces jugements erronés³⁰⁴ ont plusieurs origines. Ils sont d'autant plus marqués que les médecins sont tous issus de milieux socioculturels plus favorisés que ceux de la plupart de leurs patients, et qu'ils ont eu peu d'apports en sciences humaines ou en épidémiologie (comme nous l'avons souligné). Cependant, cette étude montre que dans ce groupe, des préjugés et des défiances à l'égard des patients ont été souvent transmis via les milieux familiaux d'origine des enquêtés. Ils ont été ensuite entretenus. Logiquement, ces médecins ont choisi des orientations de soins défavorables à l'écoute et à la négociation avec les patients. De plus, ils continuent à éprouver des sentiments de supériorité à l'égard des logiques « profanes ». Ils tiennent à s'en distinguer d'autant plus que ces enquêtés ont une dernière caractéristique commune. En effet, aucun d'entre eux a cherché à se confronter à d'autres habitudes socioculturelles (qui restent méconnues), contrairement aux enquêtés les moins prescripteurs de cette étude (cf *Infra*).

- Des perceptions des risques différentes : des chocs plus ou moins dépassés

L'analyse comparative entre les groupes des gros, des moyens et des petits prescripteurs de cette étude permet de cerner une seconde césure importante entre les enquêtés. Les médecins des deux premiers cherchent une sécurité dans le travail suite à des perceptions des risques plus importantes que les médecins les moins les prescripteurs. Ces perceptions ont plusieurs origines.

Comme nous l'avons déjà souligné, ces enquêtés surprescrivent suite à des peurs d'insuffisance respiratoire et de tentatives de suicide chez leurs patients (pour les produits psychotropes), et faute d'assurance dans leurs compétences généralistes. C'est également faute d'expériences diversifiées après la faculté qu'ils continuent à éprouver des sentiments d'étrangeté et souvent des peurs face à l'inconnu : leur rapport à l'altérité reste problématique,

³⁰³ C'est uniquement chez ces médecins que nous avons observé des attentes dans ce sens de patients.

³⁰⁴ En effet, en France comme en Suisse, la promotion de la santé est plus fréquente dans le haut de l'échelle sociale, notamment via le recours aux professionnels de la santé. Cependant, il est réducteur d'associer systématiquement pratiques néfastes, comportements à risque et milieux sociaux défavorisés, en les expliquant par l'ignorance ou par le fatalisme (Burton-Jeangros 2004).

a fortiori lorsqu'ils sont persuadés que les patients ont des pratiques de soins néfastes, des comportements à risque.

Chez les gros prescripteurs, on observe également des pratiques recentrées sur la recherche de problèmes organiques graves. Alors qu'il existe déjà en médecine générale une tradition organique marquée (Le Moigne *op.cit*), des enquêtés ont des perceptions de risques potentiels, redoutés, amplifiées par leurs filiations à des écoles de pensée, dont la physiopathologie. Parmi eux, certains sont persuadés de l'existence de causes biologiques à des dépressions (comme nous l'avons déjà souligné). Cependant, l'apport de cette étude est de montrer l'existence dans ce groupe des pratiques de sur protection causées par des expériences professionnelles traumatisantes.

Des abus dans les prescriptions font ainsi suite à des situations passées durant lesquelles les enquêtés se jugent responsables de problèmes vitaux, voire de décès chez leurs patients. Par peur de risquer de se retrouver de nouveau dans de telles situations, ils les anticipent (ex. prescription d'antibiotique donnée systématiquement en cas de rhume). Autrement, plusieurs médecins observés ou croisés ne parviennent pas à dépasser leurs peurs, d'autant plus qu'ils échangent peu sur leurs pratiques avec leurs confrères de travail. Aussi, des traumatismes sont parfois renvoyés parfois brutalement vers les usagers³⁰⁵. Ils font plutôt l'objet de discussions privées entre médecins, qui peuvent également faire naître de nouvelles peurs (dont ont témoigné plusieurs enquêtés suivis, poussés à prendre leurs « précautions »). Il s'agirait donc en France d'un facteur de surprescription important (du fait du manque d'échanges directs entre praticiens et d'un double tabou médical et culturel autour de la mort). D'ailleurs, plusieurs autres cas similaires, mais touchant des médecins spécialistes, ont été recensés dans cette étude.

L'ensemble de ces appréhensions sont quasiment absentes chez les enquêtés les moins prescripteurs. En effet, tous ont pour première caractéristique de s'être confrontés précocement à des patients « difficiles » (peu médicalisables, objets de stigmatisation). Plus précisément, tous les petits prescripteurs ont eu des expériences professionnelles marquantes en planning familial, dans des dispensaires, en PMI, en médecine scolaire, en soins palliatifs, aux urgences, en prisons, en psychiatrie, dans des pays étrangers (etc.), avant de choisir leur lieu d'exercice, et le plus souvent dès la fin des études³⁰⁶. Ces parcours professionnels et ces prises en charge de patients « hors normes » (par rapport aux autres enquêtés) ont été le plus souvent choisis, voire désirés (*voir point suivant*). Ils ont eu de nombreuses répercussions, déterminantes sur leurs futures pratiques de prescription.

En effet, ces confrontations ont souvent engendré des chocs, mais elles ont permis aux praticiens de relativiser certains risques de santé (à l'origine de sur prescriptions de confrères, précédemment citées). Elles ont aussi permis aux médecins de prendre conscience de l'importance des conditions d'existence des patients - c'est-à-dire de problèmes de santé intriqués (de ne pas se concentrer uniquement sur des problèmes organiques) -, de se familiariser et de mieux connaître l'existence de problèmes socioculturels (souvent médicalisés chez leurs confrères). Lors de ces expériences, les médecins, encore jeunes, ont sinon appris à relativiser la suprématie du savoir médical, du moins compris l'importance d'écouter et de prendre en compte le point de vue des usagers³⁰⁷, et celle de travailler au sein d'équipes pluridisciplinaires. En effet, la plupart des enquêtés a travaillé auprès de patients

³⁰⁵ Ex. « Madame je refuse de donner un certificat pour ça, ... un gamin s'est noyé dernièrement – non mais vous vous rendez pas compte ! Franchement, vous devriez, non. Moi, je fais pas ça » (discours tenus devant un enfant de moins de 12 ans dont la mère demandait simplement un certificat pour une sortie en piscine organisée par un centre aéré. La mère est sortie en cours de consultation).

³⁰⁶ Ceci confirme notre première hypothèse secondaire (présentée en introduction de ce rapport et dans notre dossier de candidature).

³⁰⁷ « Sinon, les patients ne suivent pas ce que tu leur racontes, hein. Il faut s'adapter, enfin : à leurs conditions de vie ». « C'est ce qu'ils jugent prioritaire, eux, ce qui leur convient le mieux ».

toxicomanes en participant le plus souvent à des réseaux incluant différents professionnels, dont des non médecins et des psychiatres (souvent exclus des décisions de leurs confrères). Cela leur a permis en outre d'acquérir une meilleure connaissance des drogues en général (incluant les dépendances à l'alcool et aux médicaments, dont les benzodiazépines).

Suite à ces expériences, la plupart de ces médecins ont pris la mesure des limites du recours systématique et/ou exclusif aux médicaments allopathiques. Dans ce sens, tous ont pour seconde caractéristique d'avoir des visions critiques des recours systématiques aux produits. En pratique, tous ces praticiens cherchent à modérer leur prescription (y compris de psychotropes en travaillant davantage avec les professionnels du « Psyché »); ils mettent davantage en garde leurs patients contre les effets de médicaments et/ou recherchent des informations diversifiées et indépendantes sur les produits. La plupart ont pris leur distance à l'égard des laboratoires pharmaceutiques, et développé des alternatives thérapeutiques. Enfin, la majorité des enquêtés petits prescripteurs sont allés se reformer (non seulement en s'investissant dans des FMC, mais en repassant des DU, des certificats médicaux).

Autrement dit, leurs expériences diversifiées ont aidé les médecins à pallier les lacunes des formations initiales, et en particulier à acquérir une assurance dans leurs pratiques de soins. En effet, tous les enquêtés ont une troisième caractéristique commune : tous ont développé de compétences élargies en médecine générale, y compris des compétences traditionnellement dévolues aux médecins spécialistes en France (*voir point suivant et partie 3.1*). Ces dernières leur permettent de prendre en charge sans crainte tous les patients, quels que soient leurs problèmes, y compris avec des patients « psychiatriques » ou « toxicomanes », avec lesquels ils ont des contacts faciles (ces patients sont accueillis comme d'autres). Leurs rapports plus équilibrés aux risques expliquent aussi leurs recours plus réfléchis aux urgences, et plus globalement aux médecins spécialistes (car ils prennent eux-mêmes en charge des soins spécialisés).

In fine, leurs ordonnances sont moins coûteuses et mieux adaptées aux besoins des patients, car ces derniers sont au centre de leurs pratiques (il s'agit d'une avant dernière caractéristique des enquêtés les moins prescripteurs de cette étude). D'une part, ils partagent davantage leur décision avec ces derniers (plus actifs dans les consultations observés). D'autre part, ces médecins ont gardé et développé des contacts hospitaliers directs (s'appuyant sur des connaissances personnelles) pour mieux prendre en charge leurs patients (*voir partie 3.1*). Autrement dit, leurs ordonnances sont mieux contrôlées que les autres enquêtés : par les patients et par d'autres médecins choisis pour des motifs thérapeutiques.

L'apport de cette étude est donc de montrer que les petits prescripteurs généralistes ne se contentent pas de reproduire les pratiques médicales dominantes. Ils adaptent ces pratiques aux patients de ville, et le plus souvent créent de nouveaux repères mieux adaptés. Autrement dit, ces médecins seraient les seuls en France à mettre réellement en pratique « *une autre médecine* » : dégagés de l'emprise des laboratoires pharmaceutiques et du recours privilégié aux ordonnances de médecins spécialistes, ces médecins développent des approches globales du soin et travaillent en équipe (y compris avec les patients).

- L'incidence première des motivations initiales à devenir soignant

Les orientations dans les soins observées chez enquêtés petits prescripteurs s'apparentent à des approches soignantes développées par des médecins français – généralistes ou spécialistes hospitaliers - issus de courants en marge de la médecine (ex. Froment *op.cit*, Carpentier 2008³⁰⁸). Dans les publications de ces auteurs, l'accent est mis sur

³⁰⁸ Lecteur émérite de la revue *Prescrire*, ses écrits sont directement en lien avec un parcours militant dans le monde médical (dans le domaine de la contraception, du contrôle des naissances, des soins aux toxicomanes et de la formation médicale).

l'écoute des problèmes des patients (quels que soient leurs origines socioculturelles et leurs pathologies), mais aussi sur l'attention à porter sur les désirs, les jugements et sur les préjugés médicaux. Les pratiques observées sont également proches d'orientations dominantes dans d'autres cultures nationales. Ainsi, les enquêtés ont des pratiques d'éducation thérapeutique des patients, refusent souvent de médicaliser des maux bénins, et partagent des décisions avec d'autres professionnels, comme aux Pays-Bas (Rosman 2009). De plus, les généralistes suivis ont développé des compétences spécialisées, des contacts et pour certains gardé « *un pied à l'hôpital* », comme leurs confrères omnipraticiens québécois. Enfin, certains des enquêtés petits prescripteurs sont enseignants en faculté ou en formation continue³⁰⁹ comme dans ces deux pays, où ces profils sont plus répandus. En effet, en France l'ensemble de ces orientations dans les soins restent très minoritaires, car elles reviennent à remettre en cause plusieurs fondements culturels hexagonaux : la confiance accordée aux médicaments et la valorisation de réponses techniques ; la suprématie des savoirs spécialisés et donc les frontières entre les médecins généralistes et spécialistes ; l'absence de reconnaissance des médecines alternatives (que certains enquêtés peu prescripteurs ont développé, voir partie 3.1).

A cet égard, l'appartenance de la plupart des enquêtés peu prescripteurs de médicaments à des réseaux de santé transversaux (centrés sur l'addiction et sur la prévention) signent leur positionnement contestataire. En effet, le sociologue F-X Schweyer les reconsidère comme « l'élément d'un processus beaucoup plus large de transformation des pratiques professionnelles ». Malgré leur succès relatif - les médecins français engagés dans ces réseaux restent peu nombreux -, ceux qui y participent sont caractérisés par le souci du changement, une vue réformatrice du travail et de ses effets, en plus d'avoir un souci de répondre à des besoins de santé et à des dysfonctionnements (2009, p. 302 et p. 288).

Dans ce sens, le médecin le moins prescripteur de cette étude a été militant et poursuit une forme de combat associatif – y compris *via* Internet –, ce qui l'amène actuellement à remettre en cause la plupart de ses certitudes initiales, dont le contenu des recommandations. Cependant, le principal intérêt de ce travail est de montrer que ce médecin partage avec les autres enquêtés peu prescripteurs de cette étude une dernière caractéristique. Elle semble être au fondement des orientations de soins prises par ces médecins. Ainsi, au regard de l'ensemble des interviews réalisés, ces médecins étaient déjà tous porteurs de motivations et d'idéaux marqués avant d'entrer en faculté de médecine (« *vocation* », médecine humanitaire, médecine « *de famille* », soins « *de santé primaires* », etc.). Et ce sont bien ces aspirations qui les ont poussés plus ou moins consciemment à multiplier des expériences professionnelles (à se « coller » à situations difficiles, à des patients divers). De même, s'ils ont développé des compétences adaptées aux patients et gardé des visions positives de ces derniers, c'est en raison d'appétences et d'intérêts initiaux dans ce sens, lesquels sont également en lien avec l'histoire et les trajectoires de leurs propres familles (voir partie 3.1).

A l'inverse, les médecins les plus prescripteurs de cette étude avaient des motivations plus floues au départ : centrées sur la recherche du confort, ou uniquement sur des désirs de maintien ou d'élévation sociale (autrement dit, chez certains enquêtés, les motivations soignantes étaient donc déjà quasiment inexistantes, ou ont fait place à des motivations purement financières). Autrement dit, des enquêtés suivis avaient déjà d'emblée peu d'empathie et d'envie de s'investir auprès des patients (même si certains l'ont découvert sur le tard). Or, ces désirs initiaux sont aussi à l'origine d'appréhensions à l'égard des usagers, puis de moindre investissement au côté de leurs patients et de recours privilégiés à des réponses techniques rapides (médicamenteuses).

Plus précisément, cette étude montre que tous les enquêtés gros prescripteurs en exercice ont

³⁰⁹ Ce qui les apparente davantage au profil des médecins généralistes enquêtés par l'équipe de C. Haxaire *et al. op.cit* (qui sont pour la plupart des petits prescripteurs).

des intérêts et des priorités dans la vie tournés vers des domaines autres que la médecine (*voir partie 3.3*). Aussi, la plupart ont exprimé des désirs de finir au plus vite possible leurs consultations, pour plusieurs raisons, dont plusieurs semblent être récurrentes. Ces médecins ont des capacités d'écoute limitées (tous éprouvent des difficultés à cet exercice jugés « *lourd* », « *fatigant* »), ou plutôt ils jugent les discours des patients peu intéressants, voire sans fondements. Ils jugent également souvent les problèmes des patients trop compliqués à résoudre. Ceci explique des désirs de simplification des prises en charge : l'appétence d'enquêtés pour des explications biologisantes réifiant les maux, et pour le médicament « *panacée* » et « *palliatifs* » (leur permettant en outre d'écourter des faces à face avec des patients « *difficiles* »).

Les investissements médicaux en gynécologie : un bon signe d'appartenance aux différents sous groupes de médecins prescripteurs.

Nos observations font échos à plusieurs études recensées, en particulier à celle d'A Giami³¹⁰ (2003) menée par entretiens semi-dirigés. L'auteur dégage quatre sous-groupes de praticiens. Les premiers ont des postures d'évitement et des réticences à l'égard de la sexualité ; ils considèrent que cette dernière n'entre pas dans le champ d'activité de la médecine générale. Derrière les arguments du manque de temps et l'absence de formation, d'autres réalités apparaissent. Les enquêtés appréhendent des risques d'érotisation de la relation au travers de certains actes cliniques (déjà soulignées par Membabo, *op.cit*), ou ils ne sont pas intéressés par les questions relevant de la sexualité. Ils n'abordent ces sujets que lorsque les patients le font, car ils considèrent que ces questions, relevant de l'intimité (violation, gêne, pudeur), font obstacle à la prise en charge. Il s'agit de pratiques déjà étudiées en milieu hospitalier³¹¹.

Un second groupe adopte une posture intermédiaire : les enquêtés s'en tiennent à une approche médicalisée de la sexualité (sans explorer la vie sexuelle de leurs patients) et/ou les adressent vers les professionnels plus spécialisés.

In fine, seule une minorité des enquêtés ont déclaré avoir un fort intérêt pour ces questions. Ils développent une écoute soutenue (cette dernière est d'1/2 heure chez les enquêtés du quatrième groupe comprenant des médecins sous spécialisés en sexologie) ; ils réalisent des examens somatiques et posent des questions sans que la barrière des sexes entre patient et professionnels soient problématiques (y compris sur des domaines sensibles tels que les « *pannes* » masculines). Ils considèrent en effet que leur rôle consiste à prendre en compte l'ensemble des dimensions psychologiques et relationnelles. Cette posture va de pair avec une prise de conscience des difficultés de communications soignants-soignants sur ces domaines et avec des attitudes réflexives et/ou une expérience en planning familial, en matière de lutte pour la libération de l'avortement et/ou contre le Sida.

Autrement dit, il existe des liens directs entre l'investissement des praticiens en gynécologie et leurs trajectoires professionnelles et privées (Guyart 2002, Lustman *et al.* 2009). De plus, le profil des enquêtés minoritaires correspond plutôt des médecins les moins prescripteurs de cette étude (*voir partie 3.3*). En effet, l'intérêt pour les questions de la sexualité est souvent lié à des approches plus globales de la médecine générale : elles recourent souvent une tendance à pratiquer des médecines davantage tournées vers les patients et leurs proches.

Résumé-transition

Les résultats de cette étude montrent plusieurs césures entre les médecins généralistes enquêtés, qui dépassent leurs caractéristiques socioculturelles. En effet, les usages du médicament par les médecins condensent à la fois des rapports différents à la maladie, au

³¹⁰ Directeur de recherche à l'INSERM.

³¹¹ Stead *et coll.*, 2001.

corps, mais aussi aux patients. Les façons dont ces derniers sont perçus et considérés départagent les généralistes entre eux.

-Les enquêtés petits et moyens prescripteurs de médicaments ont des visions plutôt favorables de leurs patients, au contraire des gros prescripteurs. Avant d'entrer en faculté de médecine, ces derniers avaient déjà des rapports problématiques avec l'altérité (des *a priori* et des jugements d'anormalité sociale), des capacités d'écoute et pour certains une empathie limitées, voire des difficultés relationnelles importantes. Ces médecins ont alors maintenu une distance à l'égard des logiques profanes, ce qui les conduit à davantage médicaliser des problèmes sociaux chez leurs patients et à leur imposer des traitements. Leur manque de familiarisation avec certains risques de santé, mais aussi des expériences professionnelles malheureuses non dépassées renforcent leurs pratiques de sur prescription (autrement dit, ces dernières ne sont pas uniquement motivées par intérêts financiers).

-A l'inverse, les médecins petits prescripteurs avaient d'emblée des motivations et des vocations soignantes marquées. Ces dernières les ont amenés à se (re)socialiser précocement auprès de patients « hors normes ». Ces expériences post universitaires leur ont permis de relativiser certains risques de santé, de prendre leur distance à l'égard du « réflexe » médicament ordonnance et de partager leurs décisions avec d'autres professionnels (dont des psychiatres) comme avec leurs patients. Parce qu'ils ont développé de nombreuses compétences non apprises en facultés (y compris en se reformant), ces enquêtés sont en capacité de prendre en charge de tous les patients (y compris « psychiatriques », « toxicomanes », etc.), considérés comme des acteurs actifs dans les soins.

Dans cette étude, les motivations à devenir médecin semblent donc plus déterminantes que les différences d'âge, de genre, voire de traditions religieuses des prescripteurs. Il y aurait surtout des médecins, minoritaires en France, qui du fait d'intérêts centrés sur les patients, cherchent à pallier les apprentissages en faculté : ils créent d'autres repères pour mieux répondre aux besoins des patients en ville (*voir partie suivante*). Par opposition, une majorité de médecins s'en tiennent aux enseignements universitaires et cherchent avant tout leur confort au travail et/ou à maintenir ou élever leur statut social. Cette hypothèse n'est pas démentie par les analyses comparatives entre les profils des médecins salariés et libéraux (*voir chapitre suivant*). Dans tous ces cas, les choix du lieu (comme du secteur) d'exercice, ainsi que les profils de patientèle des médecins sont une bonne indication de leur orientation professionnelle (ainsi, les gros prescripteurs de cette étude prennent surtout en charge des personnes âgées, des femmes au-delà de 40 ans, et toutes les personnes jugées « malléables »).

Chapitre 3. Salariés versus libéraux : des oppositions à nuancer

Dans cette étude, tous les généralistes salariés rencontrés - des hommes et surtout des femmes, d'âges variés - appartiennent soit au groupe des moyens, soit au groupe de gros prescripteurs (autrement dit, tous les petits prescripteurs sont des médecins libéraux malgré le fait qu'ils soient soumis au système de paiement à l'acte). Si ces résultats ne sont pas à généraliser³¹², plusieurs explications peuvent être avancées. Elles permettent de résumer les principaux facteurs de sur prescriptions déjà exposés dans la première partie de ce rapport. De plus, les analyses du travail d'enquêtés salariés permettent de mettre à jour d'autres facteurs de surprescription, tout en poursuivant la caractérisation des différents profils de médecins.

- Des motivations déconnectées des profils des patients soignés

Les pratiques (de prescription) des enquêtés salariés se sont révélées être proches de celles observées en secteur libéral, contrairement à nos suppositions. En effet, nous avons choisi de travailler en centres de santé car ces derniers sont souvent synonymes d'approches pluridisciplinaires des soins - comme cela a été souligné lors 49^{ème} congrès national des centres de santé³¹³ -, incluant parfois la participation des usagers à des programmes de prévention³¹⁴. Plus précisément, les centres de santé s'inscrivent dans une mouvance sociale de la médecine, historiquement marquée à gauche politiquement³¹⁵. Or, contrairement aux valeurs exprimées par des intervenants lors de ce congrès (ex. « *solidarité* », « *humanisme social* »), le choix des enquêtés de travailler en centres de santé n'a peu eu de rapport avec des engagements « militants »³¹⁶. Il s'est fondé sur d'autres critères : sur des motivations médicales traditionnelles.

- Ainsi, les enquêtés interrogés sur leurs motivations ont surtout valorisé les atouts du salariat. Outre le fait d'être dégagés de la « *paperasserie* » (de ne pas avoir de « *charges administratives* »³¹⁷), l'exercice salarié leur permet de dégager du temps pour eux-mêmes : de s'investir auprès de leurs proches, de la famille, « *de sortir* » (de se consacrer à des activités culturelles) et de faire des carrières parallèles chez les hommes médecins. Comme en secteur libéral, ces derniers sont davantage spécialisés (ex. santé publique, médecine du sport), et semblent même davantage investis dans des « études » (pour des firmes pharmaceutiques, en sciences humaines³¹⁸). Il s'agit le plus souvent de compenser « *le manque de prestige* », « *l'absence de reconnaissance du médecin généraliste* », *a fortiori* en centre de santé (l'absence de reconnaissance de cet exercice par les pouvoirs publics et en particulier par la Cnamts a été un des leitmotifs des discours médicaux lors du congrès suivi). Travailler en

³¹² Nous n'avons investigué qu'un centre de santé, en région parisienne (ancien dispensaire, ce centre municipal est en outre organisé en 5 sous structures), et seule une partie des médecins généralistes ont été interviewés et/ou suivis dans leur travail.

³¹³ Deux expérimentations, réalisées en Franche-Comté, ont été désignées comme des modèles d'organisation du travail lors du congrès : les médecins généralistes travaillent avec des kinésithérapeutes et des infirmiers.

³¹⁴ En effet, les patients ont été les grands absents du congrès national suivi (ce qui renvoie à la difficulté en France de leur faire une véritable place dans les soins, voir la première partie du rapport).

³¹⁵ Ils sont affiliés historiquement au syndicat national de médecine sociale (créé dès la 3^{ème} république par P. Reclus) et créés suite à l'influence de parlementaires comme Léon Bourgeois (appartenant au mouvement ouvrier et socialiste, il inaugure les dispensaires municipaux modernes, et il est l'un des précurseurs d'une politique de prévention et de planning familial). Les dispensaires seront ensuite organisés par le parti communiste (Chevandier *op.cit*).

³¹⁶ Exprimés par seulement 2 médecins sur 7.

³¹⁷ La très grande majorité des enquêtés de cette étude aspire à un exercice sans contrainte administrative (« *vrai soins* », « *la médecine pure* », sur le modèle Anglais).

³¹⁸ *Le nec plus ultra* est comme partout de publier et de faire des doubles carrières (activité de « recherche », poste en faculté de médecine).

centre de santé permet à des enquêtés masculins de multiplier des activités (d'organiser des formations, des réunions, de s'investir dans des groupes de travail, dans des collaborations avec les directions, de faire des gardes), qui sont également des moyens d'augmenter des salaires se situant dans des tranches basses des rémunérations en médecine générale³¹⁹. Ces investissements professionnels sont plutôt critiqués par leurs consœurs car jugés « *chronophages* » (elles refusent ou rechignent à faire des gardes et des visites à domicile³²⁰). En effet, les femmes médecins enquêtées valorisent plutôt le fait de pouvoir « *peu travailler* ». Plus précisément, les enquêtées ont choisi d'être salariées le plus souvent par opposition « *aux mauvaises conditions de travail en libéral pour les femmes* ». ³²¹.

- Il existe une autre constante dans les motivations analysées : pouvoir travailler comme à l'hôpital³²². Plus précisément, la plupart des médecins ont cherché à retrouver en centre de santé un mode de travail facilitant les recours professionnels (« *c'est un peu comme en milieu hospitalier* », « *ici, c'est un mini hôpital : on peut demander et avoir une radio de suite, demander des avis à un collègue : on n'est pas seul en centre de santé* », « *c'est plus facile* », il y a « *la dermato, le machin, la radio* », « *on a tout sous la main* »). A y regarder de plus près, ces recours assurent également « *un confort* » dans la pratique quotidienne, et sont surtout synonymes de « *protection* » : d'un meilleur partage des responsabilités et d'assurance dans le travail, en particulier les avis des spécialistes (comme en secteur libéral). Les observations montrent que les médecins ont alors tendance à majorer leurs ordonnances. En effet, la présence de tous ces professionnels facilite en fait des recours aux examens (comme dans les services des urgences). De plus, les choix des médecins « adressants » se fondent essentiellement sur des critères de proximité géographique, et les médecins généralistes suivis adressent également davantage leurs patients vers les spécialistes du centre. Enfin, l'abondance des médecins localement favorise des compétitions entre les différentes structures, c'est-à-dire des logiques de surenchère dans les soins (*voir encadré ci-dessous*).

Des concurrences entre secteur privé et public plutôt favorables à des recours majorés à l'ordonnance

Selon les enquêtés et l'ensemble des médecins présent lors du 49^{ème} congrès des centres de santé (*op.cit*), les centres de santé sont jugés « *pas assez lucratifs* » et pâtissent de problèmes de financement récurrents (assurés en grande partie par les municipalités qui gardent un contrôle important sur leur gestion et par les conseils généraux dont les charges se sont accrues). De plus, ils sont actuellement directement en concurrence avec des centres privés, qui proposent pratiquement les mêmes « *services à leurs clients* » : ils offrent le tiers payant et des prises en charge également centrées sur des binômes entre médecins généralistes et spécialistes. Or, dans le public comme dans le privé, ce binôme est un facteur majorant les ordonnances. De plus, dans cette étude, des enquêtés salariés ont renforcé ces collaborations dans le désir de défendre leur structure (menacée de fermeture). Ainsi, une praticienne en particulier a nettement majoré ses ordonnances : au cours des observations, elle conseillait assez systématiquement à ses patients d'aller consulter des médecins spécialistes du centre de santé, au motif qu'il s'agissait de recours « *gratuits* ». En effet, selon plusieurs autres enquêtés, les consultations spécialisées assuraient sa viabilité financière³²³. Paradoxalement, elle était alors conduite à faire ce

³¹⁹ Aux alentours de 2000 euros par mois (sur les rémunérations, voir Peneff 2005, Vega *et al.* 2008).

³²⁰ Qui semblent peu importantes dans ce centre.

³²¹ Par exemple, chez l'une des enquêtées suivies, ce choix a été motivé notamment par « l'usure » observée chez des médecins remplacés, « *même* (lorsqu'ils travaillent) *en groupe* ». En particulier, le cas d'une femme médecin travaillant seule avec des remplaçants après de populations « *un peu défavorisées – comme ici* » lui a servi de contre modèle. Cette dernière a été jugée trop impliquée auprès de sa patientèle (ce médecin allant en outre en formation une fois par semaine), en défaveur du temps consacré à ses enfants. Cette praticienne remplacée était par ailleurs divorcée et avait des problèmes financiers (il s'agit probablement d'un médecin peu prescripteur de médicaments).

³²² Ce qui reste un idéal d'exercice dans la communauté médicale (Vega 2007).

³²³ Ils seraient les garants de l'équilibre financier de la plupart des centres de santé.

qu'elle dénonçait chez ses confrères des centres de santé privés : pousser les patients « à la consommation », et en particulier à faire le tour des spécialistes³²⁴. Dans ce sens, cette étude confirme que des médecins peuvent avoir des doubles, voire des triples exercices (des enquêtés travaillent en centre de santé, en clinique et hôpital). Ceci participe à simplifier les échanges entre la ville et l'hôpital, mais semblent aussi faciliter des abus de prescriptions (*voir partie 3.3*).

Les situations de mise en concurrence entre les secteurs privés et publics en France sont problématiques à d'autres titres : les activités « rentables » se concentrent au sein de structures privées peu contrôlées (Gervais *et al.* 2010). Ces dernières participeraient également à « tirer » les prescriptions vers le « haut », avec des abus particulièrement visibles auprès de personnes âgées (dont ont également témoigné des enquêtés de cette étude).

- Les autres motivations des enquêtés sont également répandues en médecine. Ces derniers sont venus travailler en centre de santé suite à une « opportunité » (Vega 2007), ou par défaut de pouvoir exercer en secteur libéral. Par exemple, le remplacement de confrères libéraux pendant les vacances scolaires est devenu problématique pour une mère de famille ; le coût d'installation en ville a été jugé prohibitif ; le secteur libéral a été délaissé suite à la fin des possibilités d'exercer en secteur 2 sans spécialisation, etc.

Au final, ce secteur est plutôt valorisé. Ainsi, des enquêtés envisagent de « passer » en cabinet libéral afin d'être « plus indépendants »³²⁵ et/ou de gagner plus. La plupart d'entre eux ne critiquent pas le système du paiement à l'acte. Au contraire, certains prennent la défense de confrères libéraux « poussés à plus prescrire à cause du paiement à l'acte », ou à ne pas faire le tiers payant « à cause de la Sécu qui (le) ne facilite pas » (ce système est même conçu comme une « aide » par l'un des médecins suivis, au même titre que celle apportée par les laboratoires pharmaceutiques). Autrement dit, les choix des enquêtés semblent avant tout motivés par leurs propres trajectoires personnelles : les médecins exercent assez indifféremment en secteur privé ou public, successivement (et/ou simultanément), comme nous l'avions déjà souligné (Vega, *op.cit.*).

- Enfin, la plupart des enquêtés salariés de cette étude n'avaient pas non plus de motivations tournées spécifiquement vers l'exercice de la médecine générale. Ou plutôt, ils avaient plutôt d'emblée une vision restreinte du rôle du médecin généraliste, qui a été confortée par leurs formations en faculté³²⁶. Or, comme en secteur libéral, il s'agit d'une des caractéristiques des praticiens moyens prescripteurs (*voir partie 3.2*). Aussi, la majorité d'entre eux se sont cantonnés à exercer dans des domaines traditionnels (comme la « bobologie », la « petite » pédiatrie, le suivi des vaccinations). Plusieurs femmes médecins ont dû se reformer en gynécologie (qu'elles n'avaient pas choisie lors de leurs stages hospitaliers, pas ou peu pratiquée lors de remplacement en cabinet libéral), domaine écarté par plusieurs de leurs confrères masculins (en dépit d'une forte demande des populations soignées, *voir point suivant*).

Quoi qu'il en soit, les motivations exprimées par l'ensemble des enquêtés salariés n'ont jamais concerné le profil spécifique des patients soignés en centres de santé, en banlieue de capitale urbaine. Ainsi, dans celui investigué en région parisienne, les populations sont plutôt démunies, à très démunies (les soignant prennent en charge des SDF, de nombreux patients sans emploi, sous RMI, CMU, AME, etc.). Cette situation touche en particulier de nombreuses personnes d'origine étrangère³²⁷, dont des migrants et des « sans papiers »³²⁸. Or,

³²⁴ Cependant, comme toujours, ce médecin a utilisé des termes ne mettant pas directement en cause la responsabilité de ces médecins des centres privés : ils sont « encouragés » à, « poussés » à.

³²⁵ Le manque d'autonomie s'avère être également le principal motif pour ne pas travailler en centres de santé des petits prescripteurs libéraux de cette étude (interviewés à ce sujet).

³²⁶ Les enquêtés sont globalement peu de critiques à l'égard de leurs formations initiales.

³²⁷ Ils représentent plus d'1/3 à plus de 2/3 des personnes dans les consultations des enquêtés suivis. Des

cette spécificité est peu reconnue par les médecins³²⁹, ou de façon négative par plusieurs enquêtés (« *les pauvres sont là car c'est gratuit* », « *il y en a qui en profitent, en abusent : y'a des abus* », « *les populations étrangères sont plus consommateurs (de consultations)* » -, « *il y a de gros problèmes avec les femmes musulmanes* », « *le problème ici l'absentéisme, le peu de respect* »)³³⁰. A ce sujet, tous les enquêtés suivis ont exprimé des incompréhensions à l'égard de différences réelles (ex. multiplication de plaintes diffuses, refus de se laver en cas de fièvre supposées³³¹), mais sans pour autant éprouver des besoins de traducteurs³³² ou de formations dans ce sens. En effet, d'une part ils (ré)affirment avoir les mêmes types de prises en charge pour tous les soignés, ce qui correspond à nos observations. D'autre part, les enquêtés n'avaient pas choisi de prendre en charge ce type de populations : ils éprouvent encore moins le besoin de suivre de formations continues. Plus préoccupant, les enquêtés ne sont pas conscients de l'inadaptation de certaines de leurs ordonnances aux besoins des populations prises en charge.

- Des socialisations favorables à la pratique de médecines adaptées aux besoins de chaque praticien

Nous avons retrouvé chez les enquêtés salariés au moins cinq autres tendances répandues en médecine (*déjà décrites dans la partie précédente*).

- Les enquêtés ont des représentations positives des médicaments (tous sont de tradition catholique). Comme en secteur salarié, le médicament allopathique est souvent le seul outil thérapeutique légitime à leur disposition : les enquêtés pensent que c'est la seule réponse attendue par les patients (d'ailleurs des médecins suivis ne comprennent pas la venue de ces derniers pour avoir de simple conseils, notamment). De plus, dans le centre de santé investigué, les généralistes ont des temps de consultations fixes imposés (favorables à des pratiques de surprescription).

- Les difficultés éprouvées avec des patients « différents » et les visions contrastées de ces derniers s'expliquent par un manque de familiarisation à leurs conditions d'existence, ce que les traditions familiales, les motivations et les contenus des formations initiales des enquêtés n'ont pas pallié. En particulier, avant de venir travailler dans ce centre de santé, les enquêtés ont peu ou pas eu d'expériences professionnelles précoces auprès de patients démunis, « psychiatriques », etc. En conséquence, ils n'ont jamais été conduits à remettre en question la confiance accordée aux produits (ils n'ont pas ou peu développé d'autres recours thérapeutiques). De plus, les enquêtés suivis ont gardé des appréhensions (en particulier à l'égard « *de cas sociaux* » et de patients « *psychotiques* »), des perceptions de risque de santé

personnes âgées font la navette entre leur pays d'origine et la France.

³²⁸ D'où la venue de représentants d'ONG lors du 49^{ème} congrès national des centres de santé, *op.cit* (intervention programmée en fin de matinée, devant une salle plutôt désertée).

³²⁹ Les enquêtés sont peu sensibilisés aux discriminations dans les prises en charge de patients sous AME (aide médicale d'Etat) pourtant attestées par la HALDE dans le même département où ils exercent (elles sont surtout le fait de médecins spécialistes, de kinésithérapeutes et de pharmaciens). De même, aucun enquêté nous a parlé des problèmes de couverture sociale de patients, et en particulier des nouveaux problèmes qui se posent actuellement pour les travailleurs étrangers malades (2^{ème} rencontres annuelles de la maladie chronique, 17 mai 2011, Paris).

³³⁰ En effet, du fait des lacunes des formations initiales, les soignants ont tendance à minorer les différences sociales et à confondre ces dernières avec des différences « culturelles » perçues (*voir 1^{ère} partie*).

³³¹ Liés à des peurs d'attraper froid chez des patients vivant dans des domiciles précaires. Le fait que la plupart des patients ne prennent pas leur température avec des thermomètres, ou expriment d'autres visions du corps (ex. échauffement) est également source d'incompréhension et/ou de tensions avec les médecins (qui ne sont pas d'origine étrangère, sauf un).

³³² Lorsqu'ils ne maîtrisent pas l'usage du français, ce sont toujours les patients qui font venir des proches parents.

importants et/ou des jugements moraux de comportements de patients. Autrement dit, tous les médecins suivis surmédicalisent des problèmes sociaux et imposent leurs (sur)prescriptions à leurs patients. Comme en secteur libéral, c'est la praticienne salariée ayant le moins de considération et d'empathie pour les patients qui s'avère être la plus prescriptrice de produits (psychotropes).

En effet, ces enquêtés ne connaissent toujours pas ou peu des données sociologiques de base (contrairement aux enquêtés petits prescripteurs de cette étude), tels que les liens existant entre des revenus et des dépenses, des consommations de santé plus faibles (notamment chez des populations immigrées et chez des migrants). En particulier, ils dénie le fait que des patients puissent reporter des consultations suite à des difficultés économiques, suite à la gestion d'autres problèmes jugés plus prioritaires dans leurs vies³³³. Peu d'enquêtés établissent également des liens entre les difficultés éprouvées au travail et l'état de santé de patients (alors que les observations montrent une surreprésentation de situations de précarité et d'accidents professionnels). Ces méconnaissances semblent être aussi entretenues par l'organisation du travail du centre investigué : les généralistes ont peu de plages horaires sans rendez-vous, ce qui est défavorable à la prise en charge des patients les plus démunis³³⁴.

- Ces enquêtés, une fois sortie des facultés, ont plutôt poursuivi leur socialisation auprès d'autres médecins, qui s'avèrent être de moyens et de gros prescripteurs de médicaments, et dont ils ont reproduit les pratiques. Ainsi, des enquêtés ont travaillé en cabinets libéraux ou au sein des structures semi privées auprès de médecins habitués à surprescrire des produits du rhume et de la dépression, à renouveler des ordonnances de spécialistes, et à collaborer avec des commerciaux (certains enquêtés travaillent avec des laboratoires pharmaceutiques³³⁵). De plus, plusieurs enquêtés ont poursuivi leurs apprentissages auprès de médecins spécialistes (voir partie 3.3).

- Les prescriptions inadaptées et/ou des abus de prescriptions s'expliquent également par les rapports professionnels entretenus par les enquêtés. Ainsi, la praticienne salariée la plus prescriptrice de médicaments est aussi celle qui travaille le moins avec d'autres professionnels (il s'agit d'une autre caractéristique des médecins libéraux gros prescripteurs de cette étude). Elle partage également avec l'une de ses consœurs - le second médecin le plus prescripteur parmi les enquêtés salariés - des habitudes plus marquées à déléguer des soins aux médecins spécialistes. (Comme nous l'avons déjà souligné, ces reports s'expliquent parce que les médecins sont effectivement surchargés de travail, mais aussi parce qu'ils n'ont pas envie de s'investir auprès de patients en particulier).

Cette tendance à orienter les patients est présente chez les autres médecins salariés suivis : dans le centre investigué, les recours aux médecins spécialistes restent très nombreux et sont recherchés (autrement dit, les enquêtés ont les mêmes pratiques de délégations de soins et de renouvellement sans critique d'ordonnances que celles précédemment décrites). De plus, les enquêtés ne connaissent pas non plus les pratiques (de prescriptions) de leur confrères généralistes³³⁶, voire plutôt moins qu'en secteur libéral du fait de l'absence de relevés d'activité³³⁷. Enfin, aucun des médecins suivis ne travaille avec d'autres professionnels, pourtant présents dans leur centre et réalisant le tiers payant. Les psychiatres sont contactés après coup, en cas de difficultés (une fois les patients mis sous traitements). En cas de

³³³ Carricaburu et Ménoret, *op.cit.*

³³⁴ Ces dernières ont été progressivement réduites à des portions congrues, suite à des difficultés d'organisation du travail.

³³⁵ 3 enquêtés sur 7.

³³⁶ Autrement dit, les décisions de prescription ne sont pas partagées, sauf avec des gynécologues médicales, lesquelles sont dans ce centre « en voie de disparition », comme dans l'ensemble du territoire (voir point suivant).

³³⁷ Du fait de l'absence de RIAP, certains enquêtés ont également davantage de difficultés à situer leur propre orientation dans les soins (ils semblent donc particulièrement travailler « en aveugle »).

persistance de problèmes sociaux graves, un médecin a recours à des assistantes sociales³³⁸ ; les autres médecins s'adressent plutôt à des conseillères conjugales, mais le plus souvent faute de temps et d'envie d'écouter les problèmes de patients. De même, les enquêtés suivis ont peu d'approche globale dans les soins : ils ne travaillent pas non plus avec les dentistes et les kinésithérapeutes du centre³³⁹. Les échanges avec les infirmières semblent réduits et/ou plutôt tendus dès lors que ces dernières ont des velléités d'entraver l'autonomie des médecins, comme les directions administratives du centre³⁴⁰. Autrement dit, nous avons retrouvé les mêmes difficultés à partager des (visions sur les) soins et des patients qu'en secteur libéral.

- Dans ce sens, l'ensemble des enquêtés salariés suivis valorise des idéologies libérales³⁴¹. Ainsi, dans le centre de santé investigué, on observe plutôt une juxtaposition de médecins ayant des orientations diverses (et une organisation individualisée de leur travail en termes d'horaires, de jours travaillés et de lieux de travail³⁴²). Comme dans la plupart des cabinets de groupe libéraux, des médecins enquêtés ont choisi d'approfondir une ou plusieurs sous spécialisation(s)³⁴³, tandis que d'autres prennent davantage en charge « le tout venant ». Parmi ces derniers, certains valorisent un rôle de « coordinateur des soins » (ils suivent le dossier des patients, non sans difficultés³⁴⁴), tandis que d'autres valorisent un rôle « d'orientateur » des patients (ces deux rôles du médecin généraliste sont également présents en secteur libéral, et correspondent respectivement à des pratiques de prescriptions moyennes, et importantes. *Voir partie suivante*). De même, certains médecins valorisent et collaborent avec des firmes (dans le cadre de colloques, d'études, *via* leurs logiciels), tandis que d'autres refusent de recevoir les commerciaux.

Cependant, aucun des médecins n'a exprimé de jugement négatif concernant le fait de prescrire de nombreux produits « me too », dont l'existence était même inconnue par la seconde praticienne la plus prescriptrice de produits dans ce centre (suite à ses collaborations avec des firmes, elle s'avère bien être sous informée par ces dernières). De plus, la diversité des orientations dans les soins a été toujours jugée légitime au nom de l'indépendance dans le travail de chaque médecin (ex. « *on ne peut pas obliger un médecin à faire ce qu'il ne sait pas faire, ce qu'il n'a pas envie de faire* », « *on fait une médecine plus ou moins sociale* »). Cette autonomie est revendiquée, même si elle entraîne des déséquilibres entre les médecins généralistes (en particulier des surcharges de travail chez des praticiennes), et même si elle ne répond pas aux besoins des patients soignés (*voir point suivant*).

Pour toutes ces raisons, les observations des consultations des enquêtés dans ce centre de santé ont particulièrement montré que ce sont plutôt les patients et leurs proches qui ont joué

³³⁸ Pour les problèmes d'obésité, cette praticienne a recours à des diététiciennes du centre. Mais ces dernières semblent avoir pour certaines des recours importants aux médicaments (motifs de refus de les revoir par des patientes observées).

³³⁹ Il s'agit d'une constante quels que soient les secteurs d'exercice. Le manque de renvois de patients a été signalé par un kinésithérapeute intervenant lors du 49^{ème} congrès des centres de santé (*op.cit*). Comme en libéral, il travaille davantage avec des infirmières et des médecins spécialistes (Lustman et Vega 2007).

³⁴⁰ Les mêmes problèmes de gouvernance ont été observés dans les petits hôpitaux locaux en province ou dans des maisons de retraites sur l'ensemble du territoire (Vega 2003).

³⁴¹ Définies dans une précédente étude (Vega 2007), qui soulignait déjà leur existence en secteur salarié.

³⁴² Ces répartitions sont ici fonctions de l'ancienneté : seuls les médecins généralistes les plus anciens dans le centre disposent de bureaux attitrés (les autres en changent régulièrement, et travaillent dans les structures où leurs confrères plus âgés ne se sont pas ou plus investis).

³⁴³ Ils sont devenus de quasi spécialistes et sont considérés comme tels par des enquêtés.

³⁴⁴ Si les dossiers sont partagés, il n'y a pas de réunions de synthèse entre les médecins (comme en secteur libéral). De plus, les prescriptions de confrères (spécialistes et généralistes) sont difficiles à comprendre, car il manque souvent des explications concernant les motivations à prescrire des produits (et plus globalement l'historique des prises en charge successives dans le cas de patient « chroniques » et/ou âgés, *voir partie 1*). Dans ce centre, en outre, les dossiers ne sont pas informatisés, ce qui donne lieu à des pertes régulières de données, occasionnant de nombreux malentendus (les patients sont souvent suspectés à tort de conséquences de dysfonctionnements liés à l'organisation du centre, ou liés aux habitudes propres à chaque médecin prescripteur).

un rôle de modérateurs des ordonnances, peu contrôlées entre les différents médecins prescripteurs. Dans ce sens, les revendications « *de soins de qualité* » émanant de médecins comme de directions (« *on a une prise en charge globale* », « *il y a une offre globale et coordonnée de soins très marginale dans le secteur libéral* ») n'ont pas correspondu aux pratiques observées. Les acteurs rencontrés ne semblent pas en être conscients, même si beaucoup, dont le directeur du centre en question, ont éprouvé des difficultés à définir plus précisément la spécificité du travail en centre de santé. Quoi qu'il en soit, dans la structure investiguée et chez les médecins suivis, la notion et la culture de soins de santé primaires, *a priori* la mieux adaptée aux profils des patients pris en charge, est absente³⁴⁵.

- Des logiques de partage des patients entre praticiens relativement indépendantes des besoins des populations locales

Cette absence de culture de soins primaires s'expliquerait par les mêmes processus généraux, décrits en secteur libéral. Dans ce sens, les médecins pensent réellement devoir prescrire : suite aux incapacités de « bien » se soigner des patients, pour répondre aux besoins et aux demandes de ces derniers jugées parfois abusives (« *les patients sont souvent demandeurs* », « *on doit faire face aux demandes exagérées* »). Or, la réalité semble être tout autre : comme en secteur libéral, les médecins proposent et/ou imposent des médicaments, et des besoins importants de populations ne sont pas couverts localement, notamment parce que des médecins s'en désintéressent. Autrement dit, les besoins des médecins semblent passer devant ceux des populations, ce qui confirmerait les critiques du sociologue J. Peneff à l'égard du corps médical, tous secteurs confondus (2005)³⁴⁶.

Ainsi, dans le centre de santé investigué, l'analyse des témoignages et les observations ont montré en particulier l'existence de difficultés à répondre à des besoins importants de femmes en gynécologie. En effet, localement, la plupart d'entre elles sont issues de couches sociales « populaires » à démunies, avec chez certaines une précocité des rapports sexuels, des difficultés à utiliser certaines méthodes contraceptives et des difficultés sexuelles au sein de couples (observées lors des consultations). Ceci explique notamment de nombreux IVG (qui restent l'une des priorités de santé publique en France³⁴⁷). Or, il manquerait localement des gynécologues libéraux selon des enquêtes du centre, lesquelles ne semblent pas travailler avec des sages-femmes. De plus, une partie de leurs confrères masculins (travaillant dans le même centre) « avouent » n'être pas ou peu enclins à s'investir dans ce type de prise en charge. Le recrutement d'une jeune femme généraliste dans le centre ne parvient pas à juguler ce problème. En effet, encore néophyte, elle délègue des soins de gynécologie à ses consœurs généralistes et aux gynécologues médicales travaillant en planning familial qui s'avèrent être également « *surbookées* ». En effet, l'une d'entre elle, partie à la retraite, n'a pas été remplacée suite à la fin du recrutement en France des gynécologues médicales. Enfin, ce centre de santé pallie également un désinvestissement de gynécologues obstétricaux hospitaliers : les gynécologues médicales et les généralistes prennent désormais en charge des patientes dont ces derniers ne veulent plus s'occuper³⁴⁸. Or, ces désinvestissements et ces

³⁴⁵ Encore une fois, ces analyses se restreignent aux observations réalisées. Cette notion est peut-être présente chez d'autres médecins non rencontrés dans ce centre ; elle existe dans d'autres centres et parmi les plus petits prescripteurs de cette étude (travaillant en secteur libéral).

³⁴⁶ Il souligne certaines aberrations, comme par exemple la présence de gynécologues et de pédiatres là où la natalité est faible.

³⁴⁷ Où le nombre important des IVG est resté inchangé depuis plusieurs décennies.

³⁴⁸ Les médecins généralistes du centre « récupèrent » des patients « exclus » des hôpitaux (voir le 2^{ème} rapport remis à la Cnamts), dont des femmes enceintes sous CMU (qui ont témoigné dans ce sens lors de consultations suivies). Ces refus de soins sont attestés par de nombreuses études (dont des enquêtes réalisées dans le même

reports du travail en gynécologie ont été observés récemment sur toute la France : ils occasionnent également des surcharges de travail chez des médecins généralistes (libéraux) plutôt de genre féminin, et des difficultés pour des patientes à être suivies (Lustman *et al.* 2009).

Cependant, les conséquences de ces répartitions du travail entre les praticiens locaux – tant en termes de surcharge de travail que de non réponse aux besoins des populations – ne sont pas remises en question par les enquêtés de cette étude (salariés et libéraux). Ils semblent plutôt s’en accommoder, peut-être parce que ces délégations des soins entre soignants reflètent un des traits les plus marquants de la culture médicale en France : la revendication de l’autonomie au travail de chaque praticien. Quoi qu’il en soit, le partage inégal des patients selon les niveaux de diplômes des professionnels, la captation par une partie des médecins les plus diplômés de patients les plus prestigieux, rentables et rassurants expliquent aussi pourquoi le centre investigué absorbe également, bon gré mal gré, « *les petits soins* » de pédiatrie et les « *petites urgences* » d’hôpitaux à proximité. La répartition tacite et inégalitaire du travail entre les médecins serait donc de mise dans tous les secteurs³⁴⁹.

Résumé

Les analyses des pratiques et des discours d’enquêtés salariés (travaillant en centre de santé en région parisienne) conduisent de nouveau à nuancer l’influence du genre et de l’âge des prescripteurs, mais aussi les différences de pratiques selon leur secteur d’activité.

- Les ordonnances des enquêtés salariés suivis dans leur travail comprennent également des produits « *me too* », des médicaments inadaptés, inutiles ou toxiques.

En effet, comme la plupart de leurs confrères libéraux enquêtés, ces médecins ont des rapports positifs aux médicaments.

- Ils se sont surtout socialisés auprès de confrères ayant des habitudes de travail répandues en France.

Ainsi, les médecins suivis travaillent peu en équipe pluridisciplinaires (ils ne partagent pas ou peu leurs décisions avec les autres médecins, avec les professionnels non médicaux et avec les patients) et/ou collaborent avec des laboratoires pharmaceutiques.

Dans le centre investigué, non seulement les enquêtés reproduisent et renouvellent sans contrôle les ordonnances des spécialistes, mais ils délèguent davantage leurs soins à ces derniers (en dehors des psychiatres) qu’en secteur libéral. Dans ce sens, le fait de travailler dans un environnement où ces derniers sont présents et déjà pourvu de nombreuses structures de soins (centres d’examens, hôpitaux publics, cliniques et maisons médicales privées, cabinets libéraux) participe également à des surcoûts dans les ordonnances.

- Enfin, dans cette étude, les motivations des médecins à travailler en centre de santé sont peu tournées vers les patients (elles sont fonctions des trajectoires professionnelles, des centres d’intérêts et des « choix de vie » de chaque praticien). En outre, certains médecins ont des visions négatives de ces derniers.

Les enquêtés salariés de cette étude semblent surtout reproduire en centre de santé des habitudes de travail et des valeurs libérales dominantes en France. Or, la revendication du libre choix des orientations de soins prises par chaque praticien, couplée à des répartitions inégales des patients entre les médecins localement se font souvent au dépend de réels besoins des populations.

département).

³⁴⁹ Ces tendances sont présentes hors de l’Hexagone. Ainsi, au Québec, les omnipraticiens se sont tournés vers la 2^{ème} ligne suite aux délégations des problèmes « courants » par des médecins hospitaliers, ou suite à des manques de spécialistes localement.

Ces facteurs intriqués sembleraient donc être plus déterminants que l'influence du système à l'acte, dès lors que ces médecins salariés n'y sont pas soumis. En effet, les niveaux de prescriptions des médecins (quels que soient leur genre, leur âge et leurs secteurs d'exercice) sont également, voire plutôt fonctions :

- * de leurs environnements médicaux, eux-mêmes influencés par des orientations politiques locales et nationales (ex. investissements des municipalités, fin du recrutement des gynécologues médicaux) ;

- * des motivations des médecins et de leur socialisation.

Ces trois facteurs sont indépendants des secteurs d'activité des praticiens. Ceci nous amène à avancer une nouvelle hypothèse de travail.

L'augmentation du salariat en médecine générale, comme le passage à des systèmes de capitation ne changeront pas notablement les niveaux de prescription en France, à moins d'un travail de réflexion des médecins sur leurs « réflexes » ordonnance et médicament, et sur les conséquences de leur idéologie « libérale ». En effet, en France, tous les médecins (généralistes) ou presque rejettent toute forme de contrôle sur leurs pratiques, et en particulier ce qui entrave leur propre logique de travail (Vega 2007).

Conclusion de la seconde partie

Des constantes aux différences socioculturelles : des oppositions traditionnelles entre médecins à nuancer

Les ethnographies confirment l'influence majeure des strates culturelles, et en particulier des traditions religieuses des médecins sur leurs ordonnances. Ainsi, les enquêtés de tradition catholique ont tendance à surinvestir ce qui relève de la « bobologie » en médecine générale, contrairement aux enquêtés de tradition protestante. Cependant, cette opposition n'explique pas l'ensemble des pratiques de (sur)prescription observées. De même, l'analyse comparée du travail de médecins généralistes libéraux et salariés permet de nuancer (et de préciser) les influences de l'âge et du genre des prescripteurs sur leurs ordonnances.

Ainsi, en France, quels que soient leurs secteurs d'exercice, les jeunes médecins ont plutôt des recours privilégiés aux médicaments (spécialisés), faute d'autres logiques thérapeutiques apprises en facultés. Avec le temps, ils sont amenés à prendre en charge de plus en plus de patients âgés, c'est-à-dire souvent à renouveler des ordonnances comprenant de nombreux produits (du fait de prescriptions autonomes d'un médicament par pathologie, voir partie précédente).

Concernant le genre du médecin, cette étude confirme que les femmes travaillent moins, mais parce qu'elles doivent souvent concilier leur travail avec des charges de famille. Elles sont davantage tournées vers l'écoute des patients (autre facteur favorable à des prescriptions modérées). Cependant, cette pratique d'une médecine lente est source de stress et/ou de tensions car elle occasionne des retards dans les consultations, d'une part. D'autre part, des fatigues au travail ont été observées chez des mères de famille, du fait de la gestion depuis leur bureau de problèmes « privés ». Enfin, des praticiennes ont des surcharges de travail suite à des refus de prise en charge par des praticiens masculins de patients (notamment en gynécologie). Dans ce sens, cette étude montre des niveaux de prescription moyens à importants chez des femmes médecins, y compris chez des salariées travaillant en centre de santé (pourtant habituellement synonyme de médecine sociale ou « globale »). Et inversement : non seulement des hommes sont des petits prescripteurs, mais tous les petits prescripteurs de cette étude (qui sont de traditions protestante et catholique) sont des médecins libéraux.

Le système de paiement à l'acte n'est donc pas l'unique cause des surprescriptions. Il viendrait plutôt renforcer au moins trois tendances « lourdes » dans l'Hexagone.

- Ainsi, dans tous les secteurs d'exercice et quel que soit le genre du médecin, le recours au médicament est une réponse culturelle dominante, une réponse technique valorisante, facilitée par les stratégies des laboratoires pharmaceutiques (présents également en centres de santé). Autrement dit, en France les prescriptions et les renouvellements des produits (psychotropes) sont bien facilités par le système du paiement à l'acte, moyen de « faire face à la cadence des visites » (Le Moigne 2009). Cependant, cette étude montre que ce sont les médicaments, qui, plus généralement permettent de faire face à des fatigues, à des retours de patients non guéris et/ou à des gênes éprouvées à leurs égards. Le médicament permet alors de mettre fin, d'écourter des consultations problématiques.

A ce sujet, l'étude montre l'existence d'autres césures plus déterminantes en termes de niveaux de prescription (dont les origines dépassent les caractéristiques socioculturelles et les secteurs d'exercice des enquêtés).

- Cette étude confirme ainsi les liens existants entre des prescriptions moyennes à importantes et des collaborations avec les laboratoires pharmaceutiques (plus les enquêtés ont fréquenté durablement les commerciaux, et plus ils prescrivent des « me too »). Néanmoins, les niveaux

de prescription des enquêtés dépendent de deux autres facteurs. Ils sont liés aux habitudes de soins des médecins qui ont formés les enquêtés en facultés, de celles des praticiens qu'ils ont remplacé, et auxquels ils ont succédé (au moins pendant quelques années) d'une part. En effet, l'ensemble des médecins apprend son métier « sur le terrain » en reproduisant les pratiques de leurs aînés. D'autre part, les niveaux de prescription sont fonctions de la présence médicale locale. Ainsi, des surcoûts dans les ordonnances d'enquêtés sont liés à la présence sur place ou à proximité de médecins spécialistes (vers qui les généralistes adressent plus facilement leurs patients) et à une surreprésentation de médecins généralistes (favorisant des compétitions entre praticiens).

- Cependant, les niveaux de prescription de l'ensemble des enquêtés de cette étude varient avant tout selon les orientations dans les soins qu'ils ont choisies, et plus précisément : selon leurs degrés d'investissement auprès des soignés, leurs rapports à l'altérité et leurs perceptions des risques de santé. Or, sur ces trois points, la motivation initiale à devenir médecin est finalement essentielle.

Ainsi, comme nous le détaillerons dans la dernière partie de ce rapport, les « petits » prescripteurs enquêtés se différencient des autres médecins parce qu'ils avaient d'emblée de fortes motivations tournées vers les patients, qui les ont poussé à pallier les enseignements en facultés. En se confrontant précocement à des patients « hors normes » après leurs études, ils ont pris conscience des limites des « réflexes » ordonnance et médicament, et dépassé des peurs dominantes chez leurs confrères, notamment.

Au contraire, les médecins les plus prescripteurs de cette étude ont comme caractéristique commune d'être venus en faculté de médecine avec des motivations soignantes floues et/ou avec des désirs de maintien ou d'élévation sociale. En conséquence, ils n'ont pas recherché à multiplier les contacts avec les patients. Ils recherchent plutôt le confort dans le travail, en reproduisant des habitudes acquises en faculté, et en cherchant *via* le médicament des gains de temps et/ou financiers. De plus, les « gros » prescripteurs de cette étude ont des représentations plutôt négatives des patients et/ou de leurs proches. Ces derniers sont considérés comme facilement « malléables », mais aussi comme peu responsables, voire irresponsables : ayant des conduites à risque. Aussi, ces enquêtés leur imposent souvent leurs prescriptions. Ils ont, en outre, des usages particuliers des produits psychotropes. Ces produits sont surprescrits suite à des jugements d'anormalité sociale (ce qui permet à certains enquêtés d'exprimer des idéaux salvateurs³⁵⁰), ou pour ne pas revoir de suite des patients difficiles à supporter (autrement dit, ces médicaments leur permettent de pallier des problèmes relationnels, voire un manque d'empathie à l'égard de patients).

Les déterminants de la décision médicale sont fonctions du jugement de ce qui relève ou non de la médecine (générale), des compétences de chaque soignant, mais aussi de celles des patients et/ou de leurs proches. Ainsi, les visions des patients plus ou plus moins capables d'entendement, en capacité de se soigner départagent nettement les médecins entre eux, et déterminent le contenu de leurs ordonnances. Cette étude montre encore d'autres facteurs à l'origine « d'abus » observés chez les plus gros prescripteurs enquêtés. Ils sont liés à des affiliations à des écoles de pensées centrées sur les dimensions organiques (allant de pair avec la recherche de problèmes biologiques graves chez les patients), mais aussi à des expériences professionnelles malheureuses passées et non dépassées (autrement dit, des sur prescriptions sont en fait des pratiques de sur protection du médecin).

Dans la 3^{ème} partie de ce rapport, nous illustrons ces multiples usages des médicaments. Il s'agit d'aider le lecteur à prendre la mesure de la multitude de facteurs socioculturels intriqués qui influencent l'ordonnance. L'objectif est de compléter les résultats

³⁵⁰ Il s'agit de pallier la solitude de personnes âgées et le manque de responsabilité de familles dont les enfants sont en décrochage scolaire (voir partie 3, chapitre 3).

d'autres études, focalisées sur les effets de l'âge, du genre, voire des strates religieuses du médecin, et/ou sur ceux du système de paiement à l'acte. De plus, il nous semble important de revenir au niveau des principaux concernés et de leurs pratiques effectives. En effet, la description et l'analyse du travail quotidien (ethnographies) permet de mieux comprendre ce qui motive les jugements et les décisions des médecins généralistes enquêtés, dans toute leur complexité. L'objectif est de contrecarrer des tendances à les appréhender de façon univoque (« le médecin généraliste ») en les opposant à d'autres soignants (« la spécificité de la médecine générale »), ou en rapportant les différences de pratiques à des facteurs individuels. Car pour résumer :

- la plupart des généralistes reproduisent en France des pratiques médicales dominantes ;
- de plus, comme nous le verrons, les personnalisations des soins concernent surtout les « gros prescripteurs » dont les ordonnances ne sont contrôlées ni par leurs pairs, ni par leurs patients, mais par les laboratoires pharmaceutiques.
- Enfin, comme nous venons de le montrer, la principale césure entre les médecins est plutôt de pratiquer des médecines adaptées aux médecins, ou au contraire aux patients (notamment en ouvrant les consultations et en adaptant les temps de consultations aux besoins de ces derniers).

Avant de conclure ce rapport et de proposer plusieurs pistes de travail, il s'agira donc de détailler les pratiques de ces médecins, minoritaires en France, au regard de celles des autres enquêtés.

Troisième partie

Petits, moyens et gros prescripteurs de médicament

Nous présentons d'abord les caractéristiques communes aux enquêtés « petits prescripteurs », puis des pistes d'explication concernant l'origine de leur pratique de prescription, avant d'analyser plus globalement leurs rapports aux médecins spécialistes, aux patients et à l'ordonnance. Nous concluons sur les problèmes posés par leur orientation de soins. Au cours de ces quatre sous parties, nous décrivons également leurs stratégies (comment ces médecins répondent-ils malgré tout « à la demande » ? Comment pallient-ils des « manques à gagner » ?). Afin d'affiner ces analyses comparatives, nous présentons ensuite les résultats concernant les médecins des deux autres groupes, en privilégiant les résultats issus des observations (praticiens suivis) et en suivant le même plan (quelles sont les caractéristiques communes des enquêtés, les origines de leurs pratiques et leurs conséquences dans leurs rapports aux patients, aux médecins spécialistes et à l'ordonnance ?³⁵¹)

Chapitre 1. Les petits prescripteurs : altruisme, indépendance et courage

L'approche globale du travail et des trajectoires de ces médecins, minoritaires en France, permet de mieux cerner leur profil, qui correspond seulement en partie aux résultats d'études recensées en sciences humaines.

A. Une médecine diversifiée, des décisions partagées et une approche critique des médicaments

Par comparaison aux médecins moyennement et gros prescripteurs, au moins quatre traits les caractérisent :

- ils sont tous porteurs de motivations et d'idéaux marqués (« vocation », médecine humanitaire, médecine « de famille », soins « de santé primaires », etc.), et sont souvent très investis auprès des patients (écoutes et engagements divers³⁵²).
- Cependant, en raison de désirs d'amélioration de la qualité des soins (leitmotiv du groupe), ils travaillent moins et freinent volontairement le nombre de leurs consultations (de 15 à 20 par jour)³⁵³.
- Dans cette enquête, tous les enquêtés sont libéraux et ont un profil d'omnipraticiens.

Ce terme ne correspond pas à la définition administrative (médecin généraliste *versus* médecin spécialiste³⁵⁴), mais à la pratique d'une médecine diversifiée, voire élargie (absence

³⁵¹ Voir d'autres sous thèmes lorsque cela semble pertinent et/ou suffisamment référencé (quels sont les axes de différenciation entre les médecins au regard des taux de leurs prescriptions ? Quelle est la problématique spécifique liée à leur orientation ?).

³⁵² Par exemple comme pompier, au centre 15, au sein de réseaux de santé. Dans leur cabinet, ils consacrent généralement plus 15 minutes, jusqu'à 1/2 heures à 1 heure en moyenne par patient.

³⁵³ Grâce à des protections volontaires « pour éviter de trop travailler, c'est-à-dire de mal travailler » (ex. pause déjeuné à domicile, partage d'un même bureau, maintien d'un mi-temps y compris lorsque les enfants sont devenus grands pour les femmes). Ces dernières sont deux fois plus nombreuses que les hommes. Leur nombre de consultations, tous genres confondus, correspondent à celles des médecins généralistes enquêtés par C. Haxaire *et al.* 2010, en Bretagne occidentale (ils reçoivent en moyenne 20 patients par jour, sur 4 à 5 jours par semaine).

³⁵⁴ Certains spécialistes interviewés ont ce profil d'omnipraticiens (d'où l'inclusion d'une gynécologue médicale dans ce groupe).

de spécialisation précoce, gestion de plusieurs domaines habituellement spécialisés y compris en matière de prescription de médicaments³⁵⁵). Ce profil, caractéristique du travail en médecine (semi) rurale³⁵⁶ est ici le signe d'intérêts et d'une vision du rôle du médecin (généraliste) plus diversifiés que chez les autres enquêtés. D'ailleurs, tous les enquêtés ont approfondi ou réactualisé leurs connaissances (y compris en repassant des diplômes³⁵⁷). Cette approche de la médecine (générale) va également de pair avec des profils de patientèle élargis : les médecins prennent davantage en charge des personnes habituellement stigmatisées, dont des patients « psychiatriques », alcooliques, toxicomanes³⁵⁸. Enfin, tous ces praticiens appuient leurs décisions sur plusieurs sources de connaissances et d'expériences (multiplication des points de vue).

Plus précisément, à la différence des enquêtés des autres groupes, ils ont davantage d'échanges avec leurs collègues médecins généralistes, et avec des spécialistes qui s'investissent également auprès de leurs patients. Il s'agit de « *vrais correspondants* », avec lesquels ils ont des communications directes (téléphoniques, en réunions). Tous ont également maintenu des liens privilégiés avec l'hôpital. Les médecins les moins prescripteurs suivis (moins de 2 médicaments en moyenne par patient, 4 à 6 % de psychotropes prescrits) ont également des liens plus ou moins directs avec d'autres professionnels *via* des réseaux formalisés de santé, majoritairement dédiés aux addictions (tabac, toxicomanies³⁵⁹). Ces investissements leur permettent d'améliorer les prises en charge de leurs patients³⁶⁰. De plus, tous les enquêtés incluent la « voix du patient » à leurs décisions (ils ont une attitude de compréhension, en particulier à l'égard de leurs difficultés sociales). Enfin, ils fondent leur décision sur leurs propres expériences professionnelles, particulièrement riches (au regard de celles des autres enquêtés³⁶¹).

Concernant les thérapeutiques proposées aux patients, ces médecins privilégient des ordonnances simplifiées : ils ont notamment des taux de remboursement pharmacie par patients inférieurs aux référentiels de leur région d'exercice, et prescrivent en moyenne de 2 à 4 produits au maximum (d'autant plus que leurs pourcentages de patients de 60 à 70 ans et plus sont généralement inférieurs aux référentiels de leur région d'exercice). Plus précisément, ils ne médicalisent pas ou peu les maux les plus courants en médecine générale (type rhumes, gastro-entérite, problèmes liés à la petite enfance, au vieillissement, difficultés sociales, états dépressifs). De plus, ils ont développé des alternatives aux prescriptions médicamenteuses, voire pour certains créé des réponses thérapeutiques inédites. Enfin, les moins prescripteurs font le tri dans les ordonnances : ils déprescrivent des médicaments (y compris de personnes atteintes de polyopathologies).

³⁵⁵ Ce qui correspond aussi au profil des médecins généralistes au Québec : ces derniers travaillent en cabinets, mais aussi au sein de cliniques privées et à l'hôpital (pour environ 40% d'entre eux), avec des pratiques de 2^{ème} ligne exclusive (et davantage d'investissement dans la recherche et l'enseignement). A cet égard, le président de la fédération des omnipraticiens du Québec est favorable au maintien de cette polyvalence, car synonyme de médecine de qualité : d'une approche moins morcelée de la personne. D'ailleurs, le généraliste est considéré comme « *le spécialiste de la personne* » (4^{ème} congrès de Médecine générale, *op.cit*).

³⁵⁶ Où la très grande majorité des enquêtés ne travaillent pas.

³⁵⁷ Certificats de pharmaco-chimie, en gynécologie, gériatrie ; formations à la médecine d'urgence, aux urgences pédiatriques, à la toxicomanie, à l'homéopathie, en psychiatrie, aux groupes Balint, etc. (plusieurs médecins avaient également passé l'internat).

³⁵⁸ Voire davantage de patients « CMU ».

³⁵⁹ Ce profil correspond à celui des enquêtés d'Haxaire (*et al*, 2010), qui prennent aussi en charge des patients toxicomanes (avec des moyennes de 6,34 % de psychotropes prescrits, dont des neuroleptiques. Ceci explique que dans ces deux études on retrouve des moyennes de neuroleptiques prescrits supérieures à la moyenne nationale).

³⁶⁰ Par exemple, dans le cadre de cures de désintoxication, les réseaux offrent la possibilité de « *faire du sur mesure* », voire d'« *avoir la meilleure qualité au moindre coût, d'éviter des stigmatisations* ».

³⁶¹ En planning familial, prison, PMI, en médecine scolaire, de la marine, soins palliatifs, aux urgences, etc.

En effet, une autre caractéristique est déterminante pour expliquer leur faible niveau de prescription :

- par rapport aux médecins des autres groupes, les enquêtés ont une vision plutôt critique des médicaments.

Plus précisément, ces médecins ont une meilleure connaissance des traitements et de leurs effets (ils savent par exemple « *qu'à partir de trois médicaments, y'a risque de iatrogénie* », ils connaissent généralement la notion d'Amélioration du Service Médical Rendu et se méfient davantage des effets des benzodiazépines). Tous les enquêtés, sauf un, suivent régulièrement des Formations Médicales Continues (plusieurs sont à l'origine de FMC, de « groupes de pairs », et/ou enseignent en faculté³⁶²), sont abonnés à la revue *Prescrire*, et font l'effort de rechercher des informations sinon indépendantes, au moins multiples sur les médicaments, répercutées aux patients (plus ou moins volontairement). D'ailleurs, la grande majorité ne reçoit plus les délégués médicaux (d'autant plus facilement qu'en qualité de « petits prescripteurs » ils ne sont guère des cibles privilégiées). En conséquence, ils ont d'autres pratiques minoritaires au sein de la profession : ils utilisent préférentiellement d'anciens médicaments, dont ils connaissent les effets (et/ou dont ils ont découvert d'autres fonctions).

Dernière particularité, en lien : tous ces médecins ont une attitude réflexive sur leurs pratiques et des jugements critiques à l'égard de pratiques médicales dominantes, émanant tant de généralistes que de spécialistes (prescription de produits « *inutiles* », « *toxiques* » ou favorisant des dépendances ; réalisation d'actes « *abusifs* »³⁶³). Ces pratiques sont rapportées aux habitudes de consommation de soins en France, mais aussi aux carences des formations médicales en faculté et à la « *vénalité* » de médecins et/ou à leurs collaborations avec les délégués médicaux. Les médecins les moins prescripteurs de ce groupe critiquent également le contenu de la plupart des FMC et l'insuffisance du dispositif de « maître de stage »³⁶⁴. Certains sont nettement défavorables au système du paiement à l'acte³⁶⁵. Une minorité dénonce des abus de l'offre de soins qu'ils ont observé au cours de leur exercice³⁶⁶, et l'existence de « *conflits d'intérêt* » avec les laboratoires pharmaceutiques, y compris au sein des plus hautes instances de décisions nationales. Ils critiquent donc aussi le contenu des recommandations (comme nous l'avons déjà souligné).

³⁶² La gériatrie, la cardio-psychiatrie et la psychologie, ce qui a majoré leurs connaissances des effets des médicaments et les a sensibilisé aux sciences humaines.

³⁶³ Egalement en termes de prescriptions d'examen, de visites à domicile (chez des personnes âgées), de transports quotidiens sur de longues distances dans le cadre de suivis dans de grands centres hospitaliers (raison pour laquelle tous les enquêtés valorisent les structures de proximité, synonymes d'« *un meilleur accès aux soins des patients* »).

³⁶⁴ Dont le seul critère est de ne pas avoir été condamné par le Conseil de l'Ordre. En conséquence, selon plusieurs enquêtés, également maîtres de stage, certains « *font de l'abattage, et forment les étudiants à ça* ».

³⁶⁵ « *Odieux* » selon une praticienne qui revendique une meilleure rémunération de la « *médecine globale qui économise des médicaments* » ; « *de plus en plus difficile à défendre* » car engendrant « *une tendance à travailler plus pour gagner plus* » selon son confrère (en faveur d'une revalorisation des consultations de surveillance ou dédiées à la prévention).

³⁶⁶ Par exemple d'offres de soins d'urgence dans des quartiers défavorisés.

B. A l'origine de plus faibles prescriptions : des parcours et des patients « hors normes »

Du fait des lacunes des formations initiales en France, la plupart des enquêtés ont été confrontés aux mêmes difficultés que leurs confrères plus prescripteurs : au sortir de la faculté, ils ont eu des « chocs » ; ils avaient tendance à ne pas savoir « *dire non aux patients* » ; ils ne savaient « *pas bien manier les médicaments* » ; ils ont fait des « *erreurs* », voire se sont fait « *piéger* » par les commerciaux, en particulier concernant « *les fausses nouveautés* » (« me too »).

Plusieurs facteurs semblent avoir participé au fait qu'ils soient (devenus) de petits prescripteurs, dont principalement leurs motivations et leurs idéaux initiaux. En effet, leur vision d'emblée élargie du rôle du médecin de famille les a conduit à multiplier les expériences après la faculté (à pallier les lacunes des formations en faculté). De même, certains avaient déjà des représentations critiques des médicaments en arrivant en faculté, ou ont bénéficié d'apports en pharmacologie dès la faculté. Cependant, c'est la richesse de leurs expériences post universitaires qui a conduit la plupart des enquêtés à des prises de conscience des limites de ce type de réponses.

Autrement dit, au regard des enquêtés des deux autres groupes, ces médecins ont eu des cheminements « hors normes », tant familiaux que professionnels.

- Des médicaments jugés souvent « inutiles » : des acquis familiaux

Des médecins sont issus de familles protestantes, d'autres ont été socialisés dans des lieux où le processus de médicalisation était loin d'être dominant.

L'importance des strates religieuses sur les pratiques de prescription n'est plus à démontrer. Ainsi, les discours et les pratiques d'une enquêtée suivie, protestante pratiquante, s'apparent très étroitement à des traits culturels décrits par S. Fainzang (2001), et par S. Rosman (2008) chez les praticiens néerlandais. Cette enquêtée valorise l'autonomie des patients et la sienne, raison pour ne pas travailler en centres de santé. Elle ôte dans ses ordonnances des produits (« *pas de superflu* »), car elle prête attention à leurs coûts. Il s'agit d'une attention partagée avec d'autres enquêtés de ce groupe³⁶⁷. De plus, elle pense que de nombreux médicaments sont inutiles (« *y'a plein de gens qui viennent pour des trucs qui n'ont pas besoin de médicaments* »), en particulier en cas de rhume (*un des principaux facteurs de sur prescriptions au regard des analyses des autres praticiens enquêtés*). Enfin, elle considère les médicaments comme plutôt nocifs (« *plus t'associe de médicaments et plus tu as d'ES : moins tu donnes, moins tu t'exposes à des problèmes* »)³⁶⁸.

Trois autres médecins, d'origine familiale rurale, ont des représentations non pathologiques des problèmes de l'enfance, mais aussi de la vieillesse (ils minorent des peurs ou des discours alarmistes de patients, de proches, comme d'autres médecins). Premièrement, ils ne prescrivent pas non plus de traitements spécifiques lors des épidémies saisonnières : également convaincus que certains symptômes « *passent tout seuls* »³⁶⁹, ils prescrivent le plus

³⁶⁷ La plupart des enquêtés mettent en garde les parents contre des produits surtaxés, comme par exemple « *les pommades hydratantes pour bébé* ».

³⁶⁸ Il s'agit également d'une des seules enquêtées de ce groupe à s'estimer préservée de la venue de commerciaux (vis-à-vis desquels elle est neutre).

³⁶⁹ Ce qui correspond aussi à des conceptions dominantes aux Pays-Bas (ex. « La plupart des médicaments ne servent à rien, et la plupart des infections que l'on voit en médecine générale guérissent toutes seules ». Généraliste cité par Rosman, 2009, p. 125).

souvent uniquement du Doliprane® (également pour des douleurs, comme la plupart des enquêtés de ce groupe). De même les produits antibiotiques sont prescrits seuls. Deuxièmement, ils ont tendance à considérer les maux type douleurs et pertes d'autonomie comme une évolution normale à partir d'un certain âge. Ils n'ont pas d'explications médicalisées ou de pratiques d'anticipation des troubles cognitifs des personnes âgées (*un autre des facteurs déterminants des surprescriptions dans les deux autres groupes*).

Deux autres praticiennes ont été également habituées précocement à peu médicamenteusement l'ensemble des maux les plus « courants » en médecine générale : elles ont été scolarisées et/ou fait leurs études respectivement en Côte d'Ivoire et en Afghanistan³⁷⁰.

Autrement dit, la plupart de ces médecins ne se sont pas spécialisés « *en bobologie* » : contrairement aux médecins des autres groupes, ils jugent particulièrement inutiles la médicalisation des épidémies saisonnières (relevant plutôt de l'automédication), face auxquelles ils ont développé une première stratégie commune : **attendre et faire attendre le patient** (en consultations comme en visites à domicile, il s'agit alors le plus souvent pour ces derniers de « *ne pas s'inquiéter* » : « *ce n'est pas grave : ça va passer* »³⁷¹).

- Des médicaments jugés inefficaces, voire « toxiques » : des connaissances en pharmacologie

En formations initiales ou en cours d'exercice, des enquêtés (parmi les moins prescripteurs de ce groupe) ont bénéficié d'emblée d'informations sur les médicaments (benzodiazépines), qu'ils communiquent à leurs patients. Cependant, la plupart ont cheminé avant d'acquérir un savoir sur les produits, notamment en termes d'effets secondaires et de dépendances.

Ainsi, le cas d'une praticienne semble assez exceptionnel : « *on a besoin de très peu de médicaments (...). Je n'ai jamais prescrit, par exemple : on m'avait éduqué à ne pas prescrire du benzodiazépine* » (...), *les corticoïdes (...)* : *comme j'étais formée à B*³⁷², *où on m'avait dit que c'était dangereux, donc je me suis dis : 'je vais pas en prescrire' (de psychotropes)* ». Elle fait d'ailleurs partie de la minorité des enquêtés qui estime avoir été « *pas mal formée* », et souligne qu'en matière d'influences sur les prescriptions « *la qualité de l'enseignement est primordiale* ». En effet, elle a eu d'emblée des apports en pharmacologie, qui ont déterminé en grande partie sa pratique actuelle. « *Quand j'ai ouvert mon cabinet, j'étais pas armée : je savais pas quoi faire (bredouille) : je savais pas comment faire pour répondre à la demande. Et donc, ce que j'ai fait, et bin j'ai cherché du côté de l'homéopathie - parce que pareil : les femmes enceintes qui avaient mal au dos, où il fallait pas leur donner d'anti-inflammatoires, heu. Les bébés, il fallait pas les abreuver de médicaments antibiotiques, mais ils avaient des otites : comment faire ? Donc j'ai fais un certificat d'homéopathie, pour m'aider à prescrire autre chose : une alternative* »³⁷³.

³⁷⁰ Synonyme pour l'une d'entre elle d'une « *imprégnation indélébile* » lui permettant aussi « *d'accueillir sans problème des patients d'origine musulmane* ».

³⁷¹ « *Ça passe ou ça casse* », « *il faut laisser du temps au temps* », « *elle est en train de faire son immunité* », « *ils sont tous crevés au premier trimestre, vivement les vacances* » répète un autre praticien suivi aux parents. Il préfère plutôt suivre l'évolution des rhumes, des otites, etc., c'est-à-dire revoir les patients avant de passer éventuellement à des traitements « *plus costaux* ».

³⁷² Hôpital public parisien.

³⁷³ Choisie également par un autre enquêté (d'origine étrangère et formé dans une école de santé publique), suite à sa maladie : « *on me disait que je suis asthmatique parce que je suis nostalgique de mon pays par le climat etc. -, donc on me donnait des anti-anxiolytiques, des antidépresseurs, et ça me déprimait encore beaucoup plus !* ». Il a pris connaissance de cette autre approche en lisant des ouvrages dans la bibliothèque de sa faculté.

Sa formation initiale l'a également « *préservée* » des recours sans critique aux nouveaux médicaments (« *avec mon côté de ne pas me précipiter, de donner pas trop de médicaments, j'ai freiné* »), en particulier contre les effets de la ménopause (*largement prescrits dans les deux autres groupes*). De plus, après avoir passé un certificat de pharmaco-chimie, pour réactualiser ses connaissances 10 ans après son installation, elle continue à se former et à suivre les conseils d'un pharmacologue (« *il faut prescrire ce qu'on connaît : il vaut mieux prescrire un vieux médicament dont on connaît les effets secondaires (...)* (que) *le dernier qui vient de sortir, dont on nous a vanté les effets (...). Le dernier sorti, c'est : il est urgent d'attendre, avant de le prescrire* »). Elle organise actuellement des FMC dans lesquels des pharmaciens sont invités, tout en étant responsable d'un réseau addiction (tabac, diététique) dans lequel elle souligne l'importance de prendre le temps de faire également « *une éducation thérapeutique* » du patient. Autrement dit, sa pratique semble correspondre à des orientations dans les soins décrites notamment aux Pays-Bas (collaboration avec des pharmaciens, pharmacologues ; éducation et conseil du patient) également présents chez d'autres enquêtés de ce groupe³⁷⁴.

Le cheminement de son confrère semble être plus répandu : il est devenu petit prescripteur après une longue période de « *maturation* ».
« *Lors des consultations de médecine générale à l'hôpital (...), je me souviens de cette dame qui avait 20 de tension – donc une tension très élevée, mais après, quand on discutait avec elle, on s'apercevait qu'ils vivaient à 14 dans leur 2 pièces quoi... Alors c'est là que je réalisais, je disais : 'mais bon sang, le problème de cette dame, c'est pas ses médicaments, c'est c'est en fait c'est ses conditions de vie !'* (Rire bref). *Ouais bon, c'est des choses qu'on qu'on, qui mûrissent comme ça. Ceci a déterminé en partie son orientation future en « soins de santé primaires », suite également à des expériences en dispensaires (voir point suivant). Comme un autre enquêté, la lecture de la revue Prescrire³⁷⁵ a été le « chaînon manquant » (« *J'étais comme tout le monde : j'étais formé par les labos, - donc j'étais pas habitué à dire les effets indésirables, hein, quand j'ai débuté à R³⁷⁶, donc j'ai fait toutes les erreurs (rires), y compris celle-là : ne pas prévenir d'effets de dépendances. Moi c'est la lecture de Prescrire (...). C'est pour ça que les gens me voient réticent sur les médicaments : en fait, je suis pas réticent, c'est juste que comme je lis Prescrire, je connais aussi les effets. Donc, quand je prescris un truc, et bien je sais aussi que ça peut avoir cet effet indésirable là, et c'est vrai que je prescris avec retenue, oui avec retenue – oui, je le reconnais (ton très bas) (...). Il vaut mieux prescrire ce que l'on connaît* »). Son engagement actuel dans un réseau de médecine indépendante des laboratoires pharmaceutiques n'a fait qu'exacerber cette tendance, en particulier concernant son usage des médicaments psychotropes. (« *Il existe un marché énorme des antidépresseurs IRS* », or « *ce sont des médicament très peu efficaces pour la plupart, (...) sûrement pas plus efficaces que les anciens, les premiers (...). Donc ce sont des médicaments, du point de vue de l'efficacité, qui n'ont jamais été heu : les IRS n'ont jamais fait mieux, contrairement à ce qu'en ont toujours dit les labo* »).*

Selon une autre enquêtée, « *le véritable élément de la qualité des soins c'est l'indépendance de la formation.* ». Cette praticienne a été également sensibilisée sur le tard,

³⁷⁴ Également enseignants en faculté de médecine.

³⁷⁵ Environ 15 à 16 000 médecins généralistes y sont abonnés, soit environ seulement 15% des praticiens. De plus, selon l'ensemble des enquêtés de l'étude, cette revue est chère, et surtout sa lecture s'avère longue et ardue - y compris pour ce médecin qui l'utilise surtout pour s'informer ponctuellement (« *Quand c'est une nouveauté nouveauté, soit je regarde sur le Vidal, soit si j'ai le temps je vais voir dans Prescrire... (...)* C'est des ordonnances que me ramènent les gens, d'autres médecins, et que je veux voir ce que c'est comme nouveauté »). In fine, seule une enquêtée de ce groupe dit lire cette revue chaque mois.

³⁷⁶ Nom d'une grande ville de Province.

suite à son engagement dans une organisation dédiée à la FMC, à l'EPP et au Développement Professionnelle en médecine générale Continue (au sein d'une société savante critique à l'égard des laboratoires pharmaceutiques, et dont elle fut secrétaire). Elle affirme être « *un cas rare* » en médecine du fait d'avoir été alors amenée « *à réfléchir sur ma pratique, à me poser des questions (sur ses prescriptions)* »³⁷⁷.

- Des savoirs professionnels enrichis par des expériences professionnelles diversifiées et précoces

Toujours en lien avec leurs motivations initiales marquées, ces médecins se sont tous finalement confrontés volontairement à des dimensions des soins peu apprises en facultés, avant leur installation définitive.

Plusieurs enquêtés avaient des aptitudes à la réflexion et à l'écoute, favorables à une moindre médicalisation des états dépressifs et des problèmes sociaux (*autres facteurs déterminants de sur prescriptions dans les deux autres groupes*). Ainsi, pour une praticienne, le passage de l'hôpital à la médecine générale a fait réapparaître « *la dimension sociale, le lien (...), dont on découvre petit à petit certains éléments du pourquoi et du comment, de... Ce qui m'a amené au bout d'un certain moment à enlever ma blouse*³⁷⁸ (...) *J'ai évolué aussi en repérant la dimension en arrière plan : intérêt croissant, qui m'a amenée du coup à me poser des questions, à voir comme les aborder, et du coup à faire partie d'un groupe Balint pour essayer d'approfondir ce qui était en jeu.* ».

C'est également l'orientation prise finalement par une autre praticienne, suite également à un long cheminement. Ainsi, elle a eu jusqu'à 40 patients par jour (qui couplés à des gardes l'a menée une situation d'épuisement professionnel, car elle fut entraînée à trop travailler par des confrères « *boulimiques* » en maison médicale). Cependant, elle avait alors « *déjà une bonne écoute* », ce qui l'avait déjà amenée à remettre en cause des diagnostics de dépression posés par ses confrères. Par la suite, elle a été également conduite à réduire progressivement les recours aux médicaments psychotropes : « *je ressens, je leur dis ce que je ressens, je les écoute un maximum, et puis au début je donnais beaucoup de cachetons, et puis ensuite je me suis aperçue que j'en donnais plus quoi, et que ça marchait quand même.* »³⁷⁹. Lors de son dernier interview, ce médecin soulignait l'importance de se former (« *il faut toujours se former, hein ce qui n'est pas le cas de beaucoup de gens, qui prennent pas le temps* »), et s'orientait vers la pédopsychiatrie, considérant que la médecine (générale) ouvrait indéfiniment des portes.

Dans ce sens, la plupart des enquêtés ont « *touché à tout* » pour payer leurs études³⁸⁰, et suite à des « *opportunités* ». Cependant, la multiplication d'expériences professionnalisantes après leurs études a été le plus souvent motivée par des choix raisonnés : se perfectionner (recherche d'une « *polyvalence* »), et/ou s'engager auprès de populations démunies (bénévolats au sein de permanences humanitaires, dispensaires, coopérations à l'étranger). Ce faisant, les enquêtés se sont rapidement confrontés à des réalités sociales et culturelles

³⁷⁷ Peu de généralistes suivent des FMC, *a fortiori* indépendantes des laboratoires. P. Urfalino témoigne ainsi qu'une très grande partie de la formation permanente pour les médecins « est en fait réalisée à l'initiative et aux frais des compagnies pharmaceutiques » (*op.cit.*, p. 93).

³⁷⁸ Les médecins portent moins de blouses blanches que dans les deux groupes.

³⁷⁹ Ce médecin, qui avait un profil « urgentiste », est l'un des rares enquêtés de ce groupe à s'être spécialisé : elle est devenue sexologue.

³⁸⁰ Plusieurs praticiennes ont travaillé comme infirmières.

complexes³⁸¹ - et le plus souvent insoupçonnées - qui ont eu des conséquences directes dans leurs pratiques.

Ainsi, des expériences en planning familial ont été à l'origine d'apprentissages majeurs, habituellement absents des formations initiales : « *c'est le planning qui m'a appris qu'on pouvait écouter les patients, et heu (rires) s'appuyer sur eux* ». De plus, ce type d'expériences (correspondant à une époque de militance) est favorable à une meilleure prise en compte des besoins et des problèmes de patients en gynécologie : à des prescriptions plus adaptées, étudiées chez des sous-groupes de médecins généralistes comme de gynécologues (déjà présentées dans la partie précédente³⁸²).

Parmi les autres expériences souvent rapportées par les médecins les plus âgés, des activités en dispensaire ont aussi été marquantes : « *à la Croix Rouge, on faisait l'inverse de ce qu'on fait en cabinet : on voyait la personne, après on allait dans le placard à médicaments pour voir ce qu'il restait (...). Et moi ça m'avait fait réfléchir : 'mais pourquoi je soignerais différemment dans mon cabinet ?'. Heu c'est pareil, quoi. Donc j'ai encore élagué à ce moment là, des médicaments* ».

Des médecins ont également pris conscience des limites des évolutions thérapeutiques innovantes, de l'importance des proches et des désirs de patients incurables après avoir réalisés des accompagnements au début de l'épidémie du Sida (« *on n'est que des accompagnants, on n'est pas dans les résultats.* »)³⁸³. Parmi les plus jeunes enquêtés, des stages ou des remplacements en soins palliatifs, en gériatrie et dans d'autres pays moins prescripteurs (en Angleterre, au Québec, en Hollande) ont eu les mêmes conséquences (« *contrairement aux urgences, la cardio et tout, ils ne sont pas du tout dans la performance : ça m'allait bien !* ». « *J'ai vu qu'on pouvait soigner autrement* »). D'autres confrontations précoces semblent avoir été tout aussi décisives : ils ont permis aux enquêtés de prendre conscience d'urgences sociales, de découvrir chez des usagers démunis des formes d'endurance et de courage, de faire le constat d'espérances de vie écourtées consécutives à des facteurs sociaux (ex. consommations d'alcool, travaux pénibles, absence d'emploi, de prises en charge médicale adaptées etc.). (Voir encadré ci-dessous).

Autrement dit, des socialisations auprès de patients « hors norme » ont conduit les enquêtés à prendre des distance à l'égard des postures médicales dominantes (sinon synonymes d'exploits, de « combats », au moins synonyme de guérison par des actions *via* des traitements³⁸⁴). La plupart des enquêtés ont également pris la mesure des liens existant entre la santé et l'environnement social³⁸⁵. Ils ont alors développé d'autres pratiques communes : écouter les patients, du moins prêter attention aux dimensions sociales des soins. Ils ont tendance à **chercher des causes sociales à certains maux**³⁸⁶ (*attitude favorable à une moindre médicalisation des difficultés psycho-sociales*) et à prêter plus d'attention aux priorités dans la vie des patients (*favorable à des prescriptions plus adaptées*). Dans ce sens, la plupart ne cherchent pas à changer des habitudes de vie de patients (*au contraire des autres*

³⁸¹ Se confronter aux réalités est la première définition du courage.

³⁸² Giami, Guyart Membrado et Lustman *et al.* (*op.cit.*).

³⁸³ Ces types de socialisation semblent être actuellement en diminution, suite à la fin du recrutement des gynécologues médicales, à la fermeture de centres de planning familial, voire de centres de santé (*voir partie 2*). De plus, les médecins généralistes initient de moins en moins les traitements HIV-Sida du fait de la complexification des thérapeutiques (Langlois, *op.cit.*).

³⁸⁴ (Vega *et al.* 2010), particulièrement présentes dans le 3^{ème} groupe des médecins « gros » prescripteurs.

³⁸⁵ Découvertes parfois tardives (« *Ici j'ai vraiment découvert les gens (...), on est obligé d'être en secteur 1* », explique par exemple un médecin qui s'est finalement installé vers la quarantaine en province.

³⁸⁶ Ils prêtent attention aux situations de violences physique et morale au travail, et en particulier aux conditions sociales des femmes (ex. agressions sexuelles, précarité professionnelle, dépendance financière, charges de famille).

médecins enquêtés). Ces tendances ont été renforcées chez celles et ceux qui ont continué à prendre en charge des patientèles ayant des problèmes sociaux et de santé importants (ex. familles monoparentales, femmes et jeunes touchés par le chômage, ouvriers, précaires, patients « sans couverture sociale », étrangers³⁸⁷).

Après la faculté : des apprentissages en dehors des sentiers battus

« A l'époque j'étais médecin scolaire (...). Et donc aussi en fait, j'étais vraiment confronté à la réalité de vie difficile, quoi. Un jour dans la rue, y'avait une gamine que je soignais au collège (...). Là, je la rencontre dans la rue, j'allais voir une famille très très pauvre, et j'avais pas le droit parce qu'il fallait pas sortir du collège : 'faut pas aller voir les gens' - oui c'est comme ça -, et moi je sortais à mes risques, parce que les autres médecins disaient : 'vous n'avez pas le droit de sortir, vous faites de la concurrence !' : les médecins libéraux. Donc une famille du du Quart monde quoi, et je rencontre la gamine dans rue et qui dit : 'oh c'est mon docteur, c'est mon docteur !'. Alors y'a l'autre gamine qui lui dit : 'c'est ton docteur ?' - 'ouais, c'est le docteur du collège' - 'ah non, c'est pas un vrai docteur !'... Et vraiment ça m'a marqué cette histoire là, parce que je me suis dit : 'ouais, qu'est-ce qu'attendent les gens les plus pauvres, enfin les plus malades ? C'est de se soigner comme tout le monde, d'avoir vraiment un vrai docteur comme tout le monde' (...). L'attente des exclus, c'était vraiment pas d'avoir des soins au rabais, mais d'avoir la même chose que tout le monde. Voilà. Donc c'est quoi en France : c'est un cabinet de médecine générale... (...). Bon moi, ce que je voulais c'était proposer à tous les mêmes soins que moi j'aurais proposé pour mes enfants, tout simplement (...). Quand on veut soigner des gens qui cumulent précarité sociale économique culturelle et tout ça heu, ce qu'on peut arriver à régler avec vous en 5 minutes, dés fois il faut ½ heure, voire plusieurs jours - c'est des choses que j'avais appris au collège (...). Quand j'étais médecin scolaire, y'avais une gamine comme ça de 6^{ème} qui était en grande difficulté sociale (...), donc cette gamine, elle est arrivée comme ça en 6^{ème} - Sandrine elle s'appelait - et puis je lui faisais une visite médicale, et puis je me suis aperçu qu'elle ne voyait rien : rien... une myopie énorme. Bin j'ai dit : 'mais pourquoi t'as pas de lunettes ?'. Elle me dit : 'mais on va pas mourir de faim pour des lunettes'... Voyez, et donc il m'a fallu 4 ans pour que cette gamine ait des lunettes. Et donc la première fois c'était au bout de 2 ans, au bout de 2 ans, on lui a volé. Voyez ce que ça veut dire d'avoir des lunettes (...). Pour les plus pauvres avoir des lunettes, c'est un vrai combat de 4 ans quoi. Donc, si on voulait faire du bon boulot avec ces gens là, il ne fallait pas faire 50 actes par jours comme le faisaient les médecins... en particulier dans les quartiers pauvres : heu pas faire de l'abattage »³⁸⁸.

387 Un médecin retraité poursuit des activités humanitaires, ainsi que des actions pour améliorer la santé de population de son quartier situé en banlieue urbaine défavorisée (après des investissements en tant qu'éducateur sanitaire et au sein d'une association de réfugiés politiques notamment). Deux praticiennes envisagent toujours de s'engager à l'étranger une fois leurs enfants devenus grands.

388 Ce médecin, rencontré lors de notre enquête pour la DRESS (Vega *et al.* 2008) s'est alors occupé de patients précaires en banlieue défavorisée pendant 13 ans (la moitié de sa clientèle était composée de « CMU »).

C. Des rapports aux spécialistes et aux patients équilibrés : le développement de stratégies soignantes

Les trajectoires « hors normes » des enquêtés ont eu d'autres conséquences sur leurs pratiques, dont des rapports plus égalitaires avec les médecins spécialistes et les patients. Leur rapport à l'ordonnance s'apparente également à des postures plutôt en marge au sein de la médecine en France (à des « approches soignantes » développées notamment par le cardiologue A. Froment et par une partie par des médecins du travail étudiés par le sociologue N. Dodier, précédemment cités).

- Les rapports aux médecins spécialistes : une indépendance acquise, de réelles collaborations

Suite à leurs expériences professionnelles variées et à leurs formations complémentaires, les enquêtés ont acquis une assurance dans les soins, favorable à des délégations moins importantes de soins aux médecins spécialistes (sans pour autant devenir eux même des spécialistes). Plus précisément, les enquêtés travaillent avec des professionnels avec lesquels les médecins des autres groupes ne collaborent pas ou peu (*tout ceci les distingue des médecins des autres groupes*).

- **Tous les médecins enquêtés** ouvrent leurs consultations et **assument des prises en charge habituellement « spécialisées »**, car ils ont acquis une réelle aisance omnipratique (une réelle polyvalence).

Les praticiens ont été rapidement en mesure de gérer seuls la plupart des maux de leurs patients. En effet, leurs compétences englobent l'ensemble des grandes orientations en médecine générale. Ainsi, la plupart savent gérer les « *petites urgences*³⁸⁹ », mais aussi la gynécologie (dont la pose de stérilets). Les enquêtés généralistes suivent des grossesses et les premiers soins des nouveaux nés (y compris lorsque des gynécologues sont présents localement, et pas seulement suite à des délégations de ces derniers). Les médecins ont également des connaissances (pharmacologiques) en pédiatrie, en gériatrie, en dermatologie et souvent en diététique.

Le développement de ces compétences variées a eu de nombreuses conséquences. D'une part, il a permis à des médecins de s'imposer localement³⁹⁰, voire au sein de cursus d'enseignements au sein de CHU. D'autre part, les enquêtés ont pris l'habitude de prendre des responsabilités élargies (signalées d'ailleurs par l'utilisation du « je » lors de leurs consultations). Leurs « expertises » leur permettent d'éviter des hospitalisations, et de moins recourir aux urgences. De plus, les enquêtés ont moins tendance à reproduire les ordonnances de spécialistes (*favorables à des cumuls de produits dans les ordonnances et à la circulation des « me too »*). Les expertises développées par les enquêtés sont en effet à l'origine d'échanges plus égalitaires avec les médecins spécialistes (« *chacun aide l'autre* », « *on travaille main dans la main* »). Ainsi, par exemple, les enquêtés suivis ont tous tendance à vouloir se faire leurs propres opinions avant de prendre connaissance des avis de ces derniers (à partir de leurs dossiers, de leurs auscultations et/ou de leurs lectures de clichés

³⁸⁹ D'où également moins de délégations aux infirmières : les médecins réalisent eux même des pansements, plâtres, vaccinations, et certains des soins d'escarres (en plus d'infiltrations, d'électrocardiogrammes, etc). Deux cabinets de groupe observés sont pourvus d'une salle de « *petite chirurgie* ».

³⁹⁰ « *On avait aussi comme tactique aussi d'écarter les spécialistes locaux en devenant compétents, et surtout en envoyant (nos patients) aux hôpitaux* ».

radiologiques).

Des assimilations de cabinets libéraux à des dispensaires³⁹¹ participent à la même logique : la plupart des enquêtés valorise le fait de savoir travailler indépendamment, voire sans spécialistes³⁹², et pour une minorité avec des non médecins. C'est fut le cas de l'enquêté ayant une orientation de « soins de santé primaires » : « à l'époque, j'avais organisé un cabinet fonctionnel (...), je me contentais pas de faire une ordonnance, et je travaillais avec les services sociaux, le pharmacien, kiné, les infirmières, l'orthophoniste... Ça correspond aux micros réseaux : il y en a en banlieue parisienne, avec un généraliste, un psychologue, un travailleur social, pour être au plus près du terrain, - ce que devrait faire tous les généralistes à côté des réseaux informels ». Il s'agit du médecin le moins prescripteur de cette étude, au regard de son relevé d'activité en 2009. En effet, comme nous l'avons déjà souligné, ces orientations généralistes, résolument tournées vers le « tout venant » sont plutôt favorables à des prescriptions moins coûteuses, et les niveaux de prescription diminuent encore lorsque les médecins collaborent avec des professionnels non prescripteurs.

- En revanche, tous les médecins s'appuient sur des professionnels spécialisés concernant leurs prescriptions de psychotropes

Les effets conjugués de désirs de qualité dans les soins, de méfiance à l'égard des médicaments et d'habitude de prise en charge de patients spécifiques (« psychiatriques », alcooliques, toxicomanes) ont eu plusieurs conséquences directes en matière de délégation de soins et de prescriptions.

En effet, les enquêtés ont acquis des savoirs relatifs aux addictions et aux phénomènes de dépendance (*quasiment absents dans les autres groupes*). Leur meilleure connaissance des produits psychotropes, dont les neuroleptiques et les produits de substitution, est également en lien avec leurs relations plus soutenues avec des pharmaciens d'officine et/ou des pharmacologues. La plupart des enquêtés ont également conservé des liens directs avec des psychiatres travaillant au sein d'urgences psychiatriques, de Centre Médicaux Psychologiques et avec l'ensemble des professionnels du « Psyché » libéraux (psychiatres, psychologues, psychothérapeutes).

Ces collaborations, renforcées chez les enquêtés engagés dans des réseaux « transversaux » (type lutte contre les toxicomanies, hépatites C, Sida) sont à la fois favorables à des recours plus réfléchis – en connaissance de cause - à tous ces professionnels, et à l'ensemble des produits psychotropes (d'où des niveaux très faibles de prescription). Plus précisément, avec des patients « délirants », « hyper déprimés », les médecins passent le relais aux psychiatres, sans pour autant couper les liens avec ces derniers. Pour les problèmes moins aigus, des enquêtés disent faire passer des tests d'indication de la dépression avant de traiter leurs patients et les évaluer régulièrement une fois sous traitement. Des médecins suivis s'appuient également sur les compétences de spécialistes du « Psyché » et/ou sur des membres de leurs réseaux pour écouter les patients.

Prendre le temps d'écouter et **partager les écoutes dans la longue durée** font partie des multiples stratégies utilisées lors des prises en charge de troubles mentaux comme de la

391 « Le cabinet fonctionne comme un dispensaire (...), on fait du social » explique par exemple une gynécologue médicale, qui travaille avec des kinésithérapeutes (et a travaillé quatre ans en centres de santé).

392 Orientation recherchée et source de satisfactions d'emblée, en particulier chez les enquêtés ayant fait des stages ou des remplacements aux urgences (« on était laissés seuls : j'ai appris sur le tas », « aux urgences médicales, on apprend à se débrouiller »), en milieu rural (« c'est hyper valorisant d'arriver à faire pas mal de choses toute seule »). Autrement dit, travailler seuls a été une obligation pour une minorité d'enquêtés (travaillant dans des provinces où « on peut pas déléguer parce qu'il y a personne pour »).

plupart des problèmes dits « psychosociaux » (liés à des problèmes d'adaptation familiale, sociale et professionnelle).

Pour mieux appréhender l'ensemble de ces problèmes courants en médecine générale, une des enquêtées suivies a ainsi développé « *une écoute empathique* », ce qui permet à certaines de ses patientes de parler de traumatismes refoulés (ex : inceste, viol³⁹³). Elle les oriente alors vers une psychologue, avec laquelle elle partage le même point de vue : la résolution de ce type de problèmes s'envisage dans la longue durée³⁹⁴ et le médecin généraliste a surtout un rôle de soutien, faute de formation en psychologie. Le médicament anxiolytique ou antidépresseur est alors conçu comme une aide à « *reconstruire progressivement* » des personnes après des ruptures dans la vie (morts, séparations), mais surtout comme un moyen de renforcer la connaissance des difficultés de vie des patients (présentes ou passées)³⁹⁵.

C'est également l'avis de sa consœur, qui a développé la même stratégie. « *Les médicaments, comme je dis aux patients : 'les médicaments, c'est une canne', sur laquelle on va s'appuyer, mais pour creuser un peu essayer de chercher un peu heu pourquoi il est dans cet état là, parce que sinon ça va recommencer à l'arrêt - Donc c'est aller rechercher aussi un peu les causes ? - Et voilà : c'est voir son environnement, les causes – sans remonter peut-être à la petite enfance, pas forcément, mais. Et peut-être pas travailler tout seul : travailler à 4 mains (avec un interne), mais tout ça, ça prend du temps... Alors c'est valable pour les psychotropes, c'est valable pour les médicaments pour faire baisser le cholestérol.* »³⁹⁶.

Cependant, ces mêmes enquêtées ne médicalisent pas toujours d'emblée les personnes qui se sentent déprimées avec des produits psychotropes allopathiques : ils utilisent d'autres alternatives. Ainsi, une praticienne suivie ôte d'abord **les stérilets de femmes**³⁹⁷. Elle prescrit également plutôt du Millepertuis, ou aucun médicament. Avec ou sans traitement, elle propose toujours à ces patients **des remises en perspective très concrètes de leur quotidien** (par exemple, un nouvel emploi du temps pour améliorer le sommeil, les repas – stratégie utilisée également dans le cadre de régimes alimentaires).

Sa consœur a développé **des techniques parallèles** : « *je me suis intéressée aux techniques cognitives comportementales, à l'entretien motivationnel et à l'hypnose (...), et j'utilise les techniques de l'hypnose, pour les patients, pour éviter les Benzo*³⁹⁸. *Mais ça aussi, ça prend du temps, hein. C'est toujours pour 22 euros, hein. Voilà, mais c'est tellement motivant d'avoir un patient qui va mieux sans médicaments que, on est payé comme ça aussi, hein* ».

Enfin, un autre médecin interviewé **remplace les somnifères par des placebos et dé prescrit progressivement les produits psychotropes** de ses nouveaux patients (*voir encadré ci-dessous*). Il s'agit d'une logique observée chez un autre enquêté masculin (suivi), à propos de l'ensemble des médicaments : ces deux praticiens amènent des patients à baisser les posologies et limitent les durées de prises médicamenteuses **en parlant directement des effets nocifs de produit**³⁹⁹, voire **en critiquant ouvertement des prescriptions de confrères**

³⁹³ Dont témoignent aussi des gynécologues adoptant ce type de posture (Lustman *et al*, 2009).

³⁹⁴ Ce médecin répète à ses patients : « *on va y arriver, il faut du temps, il y aura des hauts et des bas* », « *il faut faire le deuil* », « *ça va venir doucement, ne vous inquiétez pas, vous allez y arriver* », « *il faut peut-être y aller doucement* », « *il faut que les choses se fassent petit à petit* » (discours tenus également à des patients en sevrage tabagique), « *c'est une étape de plus dans votre reconstruction* », etc.

³⁹⁵ Les petits prescripteurs mettent en pratique une approche développée par les médecins psychiatres : le « bon » traitement s'appuie sur une ou deux molécules et sur la construction d'une relation.

³⁹⁶ Elle cite aussi les médicaments hypo cholestérolémiens « *prescrits larga manu par les médecins* ».

³⁹⁷ C'est la seule enquêtée suivie dans cette étude à avoir connaissance des effets dépressifs de certains médicaments, notamment contraceptifs. Rappelons que dès 1975, une synthèse épidémiologique publiée par le chef du bureau des maladies mentales de l'OMS (cité par Erhenberg 1998, p. 122), prévoyait une augmentation importante des taux de prévalence des troubles mentaux non psychotiques pour quatre raisons, incluant la croissance de médicaments sources de dépression (hypotenseurs, hormones ou contraceptifs oraux).

³⁹⁸ Cette orientation est en lien avec la pratique d'un membre de sa famille, comme un autre enquêté.

³⁹⁹ Par exemple : « *Ok, mais juste quelques jours pour enrayer (...) vous allez vous faire un trou à l'estomac* ».

– y compris spécialistes - dès lors qu'elles s'avèrent être « sans fondement ⁴⁰⁰ ». (Contrairement à l'ensemble des enquêtés des deux groupes).

Dé prescrire des psychotropes : un effort de longue haleine

« Après ce qu'on voit, ce que je vois c'est surtout des personnes âgées qui ont leur somnifère ou leur machin depuis 20 ans, ou 30 ans, et qui bin : ils ne se posent même pas la question de l'arrêter. (...) Et pour l'avoir expérimenté chez des personnes très âgées (...) justement sur une patiente qui avait 97 ans je crois (oui) et quand je l'ai soigné – j'étais à R. -, elle avait 7 médicaments, et en 2 ans, elle est passée de 7 à 0 ; bin le dernier que j'ai pu arrêter, c'était le somnifère : tous les autres ça a été une négociation lente : 'ça oui, ça oui', mais le somnifère, il a fallu 2 ans, et avec une volonté farouche, enfin de fer : un objectif clair. Donc je pense qu'il y a ça surtout : quand on sait qu'un psychotrope a une efficacité pendant, à une efficacité réelle que pour une prise de l'ordre de 10 à 15 jours, - je parle des somnifères plutôt -. Donc au-delà de 15 jours, un somnifère n'a plus d'efficacité autre que de l'ordre du Placebo (d'accord), donc si quelqu'un prend un somnifère pendant plus de 15 jours d'affilée, vous le remplacez subrepticement par un morceau de sucre du même, heu qui a la même présentation, ça l'endormira tout autant...(...). C'est pareil pour les anxiolytiques (...), à part pour les malades psychiatriques, les anxiolytiques de longue durée, moi heu, j'en prescris pas beaucoup. Alors ça m'arrive de prescrire des anxiolytiques, à petites doses, mais pour heu : moi, toutes mes patientes qui sont sous anxiolytiques, c'est pour une durée de 15 jours, maximum, enfin de moins d'un mois. Et systématiquement ils ont une consultation – enfin je leur propose (oui) une consultation au bout d'une semaine ou de 10 jours pour évaluer d'abord l'efficacité, la tolérance, et puis envisager l'arrêt. Je me, je ne commence par un traitement d'anxiolytiques sans prévoir la consultation pour l'arrêter, ou pour l'évaluer (...) Bin au bout d'une semaine, vous demandez aux gens : 'comment vous l'avez supporté ?' Alors s'ils l'ont pas bien supporté, la réponse est vite fait : ils l'ont déjà arrêté depuis 2 ou 3 jours, ou 15 jours (rires). (...). Bah si les raisons qui qui (bredouille) qui l'on rendu anxieuse ont disparu, pourquoi (arrêter) : y'a pas de raison de continuer (mais donc si les raisons ne disparaissent pas, heu j'essaye de comprendre pourquoi on prolonge, parce que j'avoue pour tout ce qui est médicaments, je suis un peu perdue) - parce que ça fait du bien (bis), parce que heu quand on en a commencé un, on dit : 'ça va bien ?' – 'oui ça va bien' donc on continue, je vous reconduis. Parce que après les gens y'a une accoutumance qui s'est créée -avec les benzodiazépines les anxiolytiques y'a une dépendance, donc : 'je peux pas m'en passer'. Donc dans une relation de soins, le type gros prescripteur ou commercial, bin c'est vachement plus rapide de re prescrire que de passer 10 minutes à essayer de convaincre les gens qu'il fallait arrêter – 10 minutes, c'est minimum hein. (...). Ça crée des problèmes parce que vous savez comment les personnes âgées sont : habituées à leur traitement, et tout : 'mais oui mais docteur, c'est le professeur Machin de l'hôpital qui', alors je leur dis : 'il est de l'hôpital, mais bon'. Alors en particulier les médicaments anti-cholestérol pour les femmes âgées : alors là je j'ai un abattage pas possible. Alors bon, je mets quand un peu d'eau dans mon vin : je fais pas de suite, mais au bout de 2^{ème} 3^{ème} 4^{ème} consultations je leur dis : 'écoutez, là je voudrais faire un peu de nettoyage quoi', alors – 'mais vous comprenez', alors je leur dis : - 'essayez ! Passez-vous en pendant un mois et puis dans un mois dites moi si ça vous a manqué' – 'bon d'accord, d'accord'. ... Donc peut-être que le pharmacien, il n'a peut-être pas autant de retour sur investissement qu'il attendait parce que je je dé prescris beaucoup, hein ».

• Les rapports aux patients : un meilleur partage de l'information et des responsabilités

400 « Le rhumato prescrivait ses merdes pour l'industrie pharmaceutique (...). Pour un autre, je lui ai expliqué (au patient) : le labo est passé, il lui a fait croire, le médecin a cru que - Que c'était une nouveauté ? - Que c'était une nouveauté et tout ça, le médecin a cru et le patient s'est retrouvé avec ce machin là, sans aucune raison médicale d'avoir cette modification là ».

Une première différence majeure distingue les enquêtés des médecins des groupes suivants : les praticiens ont des rapports à la différence dans les soins moins problématiques. En effet, en se familiarisant avec des patients en difficultés sociales, « psychiatriques », alcooliques, toxicomanes, « TA », etc., les médecins ont acquis une connaissance de leurs situations (*favorables à des prescriptions adaptées*). Ils ont également moins de craintes à leur égard, d'autant qu'ils ont préservé des relations avec l'hôpital et/ou au sein des réseaux de santé. Ainsi, à l'observation, les enquêtés soignent avec autant d'aisance les patients venus pour des maux les plus courants (passagers) que des patients atteints de maladies mentales, en situation de dépendance, de souffrance existentielle, de détresse aiguë et d'urgence vitale (*autant de situations habituellement craintes, jugées « difficiles », « lourdes » chez les autres enquêtés*). En conséquence, ils associent moins les produits antidépresseurs avec des anxiolytiques (utilisés systématiquement par les médecins des groupes pour prévenir les risques de suicide, et autre facteur de sur prescription de produits psychotropes)⁴⁰¹.

- Suite à leurs expériences professionnelles et à leurs formations complémentaires, les médecins privilégient plutôt **des expressions et des échanges directs avec tous les patients**, plus actifs que dans les autres groupes d'enquêtés, voire considérés comme une des sources du savoir à mobiliser («*on est constamment en train d'apprendre de nouvelles choses de la part des autres médecins, des patients*»). Plus précisément, les échanges avec les patients sont favorisés par **des tendances à suspendre les jugements, voire à adopter une posture de modération et de relativisme** : les enquêtés ont plutôt moins d'*a priori*, ou ils les expriment clairement (ils savent également rappeler les limites, les lois, et faire appel à un tiers quitte à exclure *manu militari* des patients ayant des troubles du comportement). Autrement dit, les enquêtés ont moins de discours normatifs sur l'observance et les « bonnes pratiques » (d'autant qu'ils semblent également peu « *charismatiques* » au regard des autres médecins enquêtés).

Ainsi, la première partie des consultations de ce médecin (*citée ci-dessus*) est consacrée à **éclaircir la cause de la venue du patient** («*qu'est-ce que vous avez ?* », «*vous venez pourquoi ?* »). Il s'agit aussi de recueillir son point de vue («*qu'est-ce que vous en pensez ?* » «*et vous savez pourquoi ?* », «*vous avez vu ?* », «*vous avez l'impression que ?* », «*vous sentez que ?* »). Lorsque que des explications ne sont pas claires, ou semblent impossibles à résoudre, le médecin demande directement ce qu'il doit faire, sans fermer l'échange (en laissant le patient réfléchir, ou sans écarter l'hypothèse de recours non « orthodoxes »⁴⁰²). De même, ses patients n'ont pas peur de s'exprimer librement, sans lui cacher leurs consommations effectives (oublis de prises ou non suivis de traitements prescrits, pratiques d'échanges de produit au sein de la famille, automédication, addiction (s), « abus » alimentaires », etc.). En effet, l'ensemble des praticiens respectent l'autonomie des patients qu'ils accompagnent dans leurs choix.

Deux autres traits, en lien, favorisent les échanges et distinguent plus nettement les enquêtés des médecins des autres groupes : **les médecins appréhendent positivement les soignés, et surtout les tiennent informés** (pas seulement sur les médicaments).

Ainsi, les enquêtés ont tendance sinon à faire confiance aux patients, au moins à les valoriser et à prendre plutôt leur défense (ex. «*déjà dans les couples normaux, c'est difficile, alors...* »). Cette attitude observée semble être directement liée à de réels intérêts pour leurs difficultés dans la vie (ex. «*chômage* », «*abandon de femmes* »), ou pour leurs activités (ex. «*traditions ouvrières* »). Autrement dit, le patient est aussi une source d'enrichissement (ex. «*Dés qu'on a des écoutes longues, on a des ouvertures extraordinaire sur la vie* »).

⁴⁰¹ «*J'ai fait ça pendant 2 ans, sur une prise en charge qu'on appelle centre d'accueil et de crise, donc heu oui j'ai beaucoup pris en charge de gens qui s'étaient suicidés (...)* On travaillait en binôme avec une infirmière ».

⁴⁰² Comme chez une autre enquêtée, cette ouverture est surtout visible en matière de problèmes de sexualité et de fin de vie (à domicile auprès de patients âgés ou incurables) : les médecins s'adaptent aux désirs de patients, sans crainte de s'écarter des normes et protocoles habituels.

Les enquêtés ont également un axiome commun : «*le médecin a une obligation d'information et d'autonomisation du patient* ». Tous font l'effort de passer du temps à informer leurs patients : de l'inutilité de recours, d'effets iatrogènes, de nocivité, voire de risques de dépendance à l'égard de produits (*contrairement aux enquêtés du 3^{ème} groupe, les plus prescripteurs*). Ceci reste une pratique dominante, même si des praticiens reconnaissent oublier parfois des informations (en particulier concernant les effets secondaires de médicaments dans les situations de pathologies graves), ou si des informations leur échappent en partie. Ainsi, des médecins observés mettent en garde parfois malgré eux des patients (« *On verra si vous supportez* » répète ainsi régulièrement une praticienne réfractaire aux médicaments, ce qui amène des patients à réfléchir, puis généralement à se rétracter).

L'information sur les effets médicaments vise d'abord à éviter des chocs après les prises, donc prévient des ruptures de traitements (« *il faut quand même prévenir des effets indésirables les plus fréquents ou les plus graves* », « *je leur explique pour pas qu'ils pensent que c'est un problème grave*»). Cependant, il s'agit aussi :

- de vérifier si la prescription est adaptée avec les habitudes de chaque personne, en particulier en matière de contraceptions.

Ainsi, une enquêtée n'impose jamais des prescriptions en gynécologie, sinon ces dernières ne seront pas suivies. Elle se conforme aux principes du planning familial : « le meilleur contraceptif est celui que vous avez choisi » (*ce que ne semble pas avoir intériorisé les médecins des groupes suivants*).

- de mettre en garde les patients (mais en leur laissant la liberté de choisir) et de modérer des consommations (en proposant toujours des alternatives).

Ainsi, deux enquêtés suivis prennent le temps d'explicitier leurs désaccords concernant les risques auxquels des patients s'exposent⁴⁰³. Ceci vaut pour les demandes de produits amaigrissants (par exemple, un médecin interviewé propose aux patientes de participer à des réunions d'information avec des diététiciennes). Cependant, les stratégies d'information sont également utilisées en cas de rhume (« *il vaut mieux passer ¼ d'heure à expliquer que le rhume ça mettra 10 jours à passer mais que ça passera quoi : c'est pas la peine de leur mettre des gouttes, des machins, des pschitt* »), et plus globalement face à toute demande de médication jugée inutile, voire dangereuses (« *le temps d'en parler, d'expliquer et tout ça. Mais on économise des médicaments !* »).

- Dans ce sens, il s'agit aussi d'«*éviter des retours inutiles* », observés chez les *médecins des autres groupes* (ex. retour angoissé de parents en période de grippe).

Les désirs de rendre les patients et/ou leurs proches autonomes participent à la même logique. Ainsi, plusieurs médecins suivis leur apprennent à lire les résultats d'examen sanguins, ou à faire des gestes de soins (pansements, couches⁴⁰⁴). Un autre explique les usages de l'homéopathie pour favoriser des pratiques d'automédication.

Cependant, au regard de leurs pratiques, l'ensemble des enquêtés cherche surtout à être compris de leurs patients, en expliquant les décisions médicales. Ainsi, à l'observation, un autre médecin sélectionne ses correspondants dans ce sens. Une praticienne vérifie en permanence la bonne compréhension du patient en ponctuant ses discours d'un leitmotiv : « *d'accord ?* ». Tous deux font des schémas explicatifs, en particulier concernant l'anatomie (domaine de méconnaissance importante chez des patients observés). Plus généralement, tous les enquêtés se rendent disponibles pour répondre aux questions des usagers, y compris pour la plupart au téléphone (et avec un réel intérêt pour plusieurs d'entre eux). C'est le cas en particulier de deux médecins suivis, dont l'un est peu loquace concernant ses propres

⁴⁰³ Ex. « *je vous aurais prévenu, c'est de votre responsabilité s'il y a un pépin !* ». Sa collègue se contente de l'inscrire dans son dossier (ex. « *ne désire pas, informé* »).

⁴⁰⁴ Un médecin prend leurs mains pour les guider et les rassurer.

décisions. Néanmoins, ses patients peuvent lui demander sans limite des explications, qu'il leur donne jusqu'à saturation (« *Maintenant c'est clair ?* », « *pigé ?* »).

Autrement dit, dans ce groupe, les décisions médicales ne sont jamais imposées : c'est toujours le patient informé et responsable (en capacité de décider) qui juge ce qui est bien ou non pour lui⁴⁰⁵. Pour toutes ces raisons, les non dits, le mensonge entre soignant et soigné - répandus en médecine (Fainzang 2006) - sont moins présents que dans les autres groupes⁴⁰⁶.

- Les rapports à l'ordonnance : des consciences en éveil et des pratiques d'auto contrôle

Les enquêtés prêtent attention et informent leurs patients, mais ils sont surtout méfiants à l'égard des pratiques de prescription.

- **Les postures d'attentisme, mais surtout de réflexion avant de prescrire semblent généralisées**

A l'observation, deux attitudes sont privilégiées : « *il faut faire confiance à personne : ni aux proches, ni aux professionnels, ni aux malades : il faut rester neutre et vérifier point par point* » ; « *à chaque fois que je fais une ordonnance je me dis : 'est-ce que c'est vraiment nécessaire de donner tout ça ?'* ». En effet, tous les enquêtés sont conscients, voire redoutent les effets du « réflexe » médicament, et la plupart se méfient des stratégies des laboratoires (d'autant plus que la plupart en ont expérimenté les dangers). Les enquêtés sont également conscients de leurs possibles erreurs en matière de prescriptions (suite à des oublis, des méconnaissances). Ceci les pousse à consulter régulièrement toutes sortes de support⁴⁰⁷, ou à téléphoner à des confrères (généralistes ou spécialistes) lors de leur consultation. Enfin, des médecins suivis ont conscience de certaines de leurs peurs personnelles et de leurs conséquences (les répercuter sur l'ordonnance), dont leurs patients sont également prévenus.

Pour toutes ces raisons, les enquêtés sont plutôt plus favorables à des contrôles de leurs ordonnances par les pharmaciens, grâce aux logiciels (afin d'éviter des contre indications, des interférences, *voir encadré ci-dessous*), voire par les médecins conseils.

L'arrivée des logiciels de contrôle des ordonnances : un soulagement ?

Il s'agit d'un changement positif dans la pratique d'enquêtés âgés peu prescripteurs : « *il suffisait de faire contrôler l'ordonnance que vous faisiez par le logiciel (arrivé vers 2004-2005), et on pouvait s'apercevoir que finalement on avait oublié que tel patient avait peut-être ceci – qui datait de 20 ans, mais qui était heu : il y a des choses qu'on peut oublier, hein, on n'est que des êtres humains, on n'a pas non plus la possibilité (de tout retenir). Et ça, pour moi ça a été une chose importante, parce que ça a permis de faire des ordonnances bah qui étaient un peu mieux faites, un peu plus équilibrées hein, et puis des contrôles – ce qui était quand même importants : voir, éviter de temps en temps – ce qui éventuellement pouvait se faire -, éviter de filer un sirop à un diabétique, ou un anti-inflammatoire à un gars qui prenait de l'Aspirine. Voilà, ou des allergies heu – qui dataient, parce bon il a des gens qui ont fait des allergies depuis très longtemps, on peut perdre la possibilité de s'en souvenir. Et là ça*

⁴⁰⁵ Ces pratiques se retrouvent parfois parmi les enquêtés du second groupe, mais disparaissent dans le 3^{ème} groupe des médecins les plus prescripteurs.

⁴⁰⁶ En dehors de difficultés à annoncer « la mauvaise nouvelle » (annonce de cancer, passage en soins palliatif) présentes dans l'ensemble des groupes, suite au double tabou culturel et médical autour de la mort (Vega *et al.* 2010).

⁴⁰⁷ Comme la plupart des autres enquêtés, une praticienne privilégie plusieurs sources d'informations, y compris généralistes (Vidal, Dalloz, Sociétés savantes, Pharmacorama, Prescrire, Esculape). Par ailleurs, elle jette systématiquement les revues dédiées à sa profession car « *il y a trop à lire et des publicités pour des médicaments ayant plein d'effets secondaires* ».

a été, pour moi, pour moi ça a été une chose qui a été vraiment importante parce que ça me permettait d'avoir une ordonnance qui était solide (...). Et le logiciel disait : 'non, pas l'association des deux (médicaments)' ».

Pour des enquêtés plus jeunes, le logiciel est également un support important permettant de ne pas oublier des dépistages.

Cependant, quels que soient les âges, des enquêtés dénoncent l'emprise de laboratoires pharmaceutiques sur certains logiciels (ex. « *tu as les noms des médicaments qui sortent directement, donc heu tu fais confiance, et puis tu t'aperçois que c'est le labo truc et machin qui vendent leurs produits* »). Cette influence reste en effet effective, comme nous l'avons déjà souligné.

La majorité des médecins enquêtés est en revanche défavorable au nouveau dispositif du CAPI. En effet, la plupart sont déjà dans les normes du contrat proposé par la Cnamts (« *je vois pas trop à quoi cela m'aiderait* »⁴⁰⁸). De plus, si certains désirent préserver leur indépendance (en particulier l'enquêtée d'origine protestante pour qui l'autonomie est une valeur fondamentale), leurs pratiques ne sont pas fondées sur la recherche d'un gain financier supplémentaire (alors même que certains rencontrent des difficultés de cet ordre - voir point suivant). Enfin, le médecin le moins prescripteur de ce groupe est nettement critique à l'égard de ce dispositif⁴⁰⁹. Premièrement, il craint que ce dernier augmente des logiques d'exclusion de patients (en vue d'améliorer les résultats). Deuxièmement, il pense que des engagements demandés aux praticiens ne s'appuient pas sur des données scientifiques, en particulier concernant les dépistages du cancer du sein et de la prostate⁴¹⁰.

Des médecins également critiques à l'égard du CAPI

« Si on vous évalue que sur votre pourcentage, consciemment ou pas consciemment, vous avez qu'à éliminer tous les pauvres, et vous aurez votre pourcentage (...); alors ça risque de se produire ou pas, en tout cas, c'est un vrai danger de sélection de ceux qui arrivent à bien se soigner – alors qu'en Angleterre, c'est différent : ils ont une liste de patients : 'est-ce que M. Machin en 2009 il a un meilleur résultat qu'en 2008 ?'. Et là, il est mieux payé : voyez un peu la différence. En France, c'est complètement perverti ce système là. Et alors, ça, c'est le premier scandale. Le deuxième scandale, c'est que par exemple, ils incitent les médecins à augmenter le pourcentage de dépistage du sein. Or en fait les, la validité du dépistage du cancer du sein n'est absolument pas prouvée (...). C'est une propagande éhontée, alors que de la même façon que pour le cancer de la prostate, le dépistage du cancer par mammographie n'est probablement pas efficace, - hein sûrement pas efficace -, il n'améliore pas, ne diminue pas la mortalité : il augmente les effets indésirables, et soigne des cancers qui n'en sont pas (...). La seule intervention depuis qu'on soigne le cancer du sein, qui a réussi à diminuer la mortalité, c'est quand on a arrêté un médicament qui donnait le cancer du sein - le traitement contre la ménopause -, c'est quand même incroyable ! ».

Ce médecin dénonce alors des manipulations des informations données (y compris sur des sites comme l'Inca), qui renvoient aux logiques d'intérêts politico-économiques favorables industries de la santé, étudiées par des sociologues français concernant les traitements du cancer (comme M. Ménoret 2007 et P. Boissonnat 2003).

Par opposition, les médecins moyennement et gros prescripteurs de cette étude ont adhéré au CAPI, (sans en critiquer le contenu). En effet, les rémunérations individuelles s'accordent bien avec des logiques de libérale et avec l'affirmation répétée que tout effort supplémentaire mérite une rétribution

408 D'ailleurs, la Cnamt ne les a généralement pas contactés.

409 Il reste partisan de l'ancien dispositif d'indemnisation forfaitaire du « médecin référent ». Il avait alors des prescriptions inférieures d'au moins 20% en volume par rapport à ses confrères (« *cela est remonté au directeur administratif de la Sécurité Sociale qui nous a félicité (...) on coûtait 60% moins cher que la moyenne des médecins* »).

⁴¹⁰ Ses critiques se sont révélées fondées au regard d'études présentées par un médecin québécois lors du 4^{ème} national de la médecine générale (op.cit).

financière : « on est pris entre les labos qui disent : 'prescrivez moi cela' et la Sécu de l'autre côté : 'attention à ceci'. Eux, au moins maintenant ils nous donnent, on a une compensation en argent... et pour le temps passé ... C'est ce que les labos devraient faire aussi⁴¹¹ » ; « c'est normal d'être plus payés : on fait plus attention. Moi je passe du temps à expliquer que le même médoc sera moins cher aux patients, c'est un produit plus ancien qui donnera la toux mais, donc c'est normal je touche 3000 euros par an, et patient aussi sera bien soigné... Reste à savoir si la Sécu va pas en profiter pour tout contrôler ».

- Plus précisément, **les différents niveaux de prescriptions** des enquêtés de ce premier groupe **semblent correspondre à leurs degrés de recherche d'information indépendante**.

Clairement, le médecin le plus prescripteur est celui qui a la plus forte activité (il réalise plus de 20 consultations par jour en cabinet, et jusqu'à 40 par jour en maison médicale où il exerce en parallèle). De plus, il collabore avec des laboratoires pharmaceutiques (source de rémunération supplémentaire), sans diversifier ses sources d'information sur les médicaments, ni suivre des FMC⁴¹². Même s'il est méfiant à l'égard des effets de médicaments en général, ses taux de prescriptions se rapprochent de ceux des deux autres groupes d'enquêtés. Les prescriptions de médecins qui suivent les recommandations semblent se situer à un niveau intermédiaire. A l'opposé, les moins prescripteurs sont les plus critiques à l'égard des recommandations. Il s'agit de médecins à la fois plus altruistes et plus engagés : toujours vigilants, à l'affût, certains mènent de véritables enquêtes pour découvrir la source des informations divulguées sur les médicaments avant de prescrire (*via* la revue *Prescrire*, leurs réseaux indépendants, y compris sur des sites Internet non français). C'est ainsi qu'ils ont été informés avant les autres d'effets négatifs ou incertains de certains produits couramment prescrits (comme les traitements contre la ménopause, et plus récemment le Gardasil ®). Ils sont également méfiants à l'égard de messages véhiculés par des campagnes sanitaires. Par exemple, ces enquêtés ont témoigné à l'avance de ce qui allait se passer lors de la grippe A. : en termes d'enjeux commerciaux, voire de conflits d'intérêt, et de leurs conséquence sur les rapports entretenus par les usagers avec les vaccins (connus ou dévoilés plus tard). De même, bien avant « l'affaire du Médiateur », certains dénonçaient depuis des années des risques de circulation en France des médicaments « dangereux », voire mortels (suite notamment à la connaissance d'autres affaires aux Etats-Unis). Ce sont donc des praticiens qui **refusent de prescrire des produits dont les effets n'ont pas été démontrés scientifiquement, ou qui risquent d'être nuisibles pour la santé**, y compris des médicaments recommandés par les spécialistes ou par les guides de « bonnes pratiques ». (*Voir encadré ci-dessous*).

Une posture de résistance généralisée

Parmi les médecins âgés de cette étude, des enquêtés ont été confrontés à la multiplication des pressions des laboratoires à partir des années 80, notamment « lorsque les visiteurs médicaux ont été formé selon les méthodes américaines ». Dès lors, ils ont tenté de freiner des recours aux spécialistes, comme à certains « nouveaux » produits. Un enquêté a ainsi refusé des prescriptions – y compris

⁴¹¹ Cet échange informel, en présence d'un commercial a été reconstitué. Le commercial a ensuite fait remarquer au médecin que si les laboratoires payaient les médecins, ce serait un achat de prescription. Le médecin lui a répondu que c'était le problème des firmes.

⁴¹² Il s'agit d'un des 3 médecins « hyperactifs » du groupe (un autre enquêté, désormais retraité, travaillait également de 6 heures à 22 heures, « un peu moins à la fin », mais il a toujours pris ses vacances scolaires et ne recevait pas de délégués médicaux. *Voir encadré final*).

émanant de médecins hospitaliers⁴¹³, ce qui lui a valu de perdre une partie de sa clientèle : « moi j'ai eu d'énormes problèmes avec des spécialistes, avec des patients surtout encore plus, parce que je refusais de prescrire des médicaments (...) C'est vrai que c'est difficile, hein : vous voulez pas donner un médicament, et puis le cardiologue qu'est-ce qu'il fait quand il vous balance une lettre ? Heu il dit : 'il faut le prendre', alors qu'on sait très bien qu'il sert à rien – et si moi je le sais, je pense que les spécialistes devraient le savoir encore mieux que moi, hein, mais c'est pas le cas, ou si c'est le cas, ils font semblant de ne pas le savoir – ce qui est bien pire, à mon avis. Et puis bon, hein, quand on a donné par exemple des anti-inflammatoires dont on savait qu'ils provoquaient des catastrophes, ils ont donné des tonnes et des tonnes : tout le monde en prescrivait, sauf moi. Et après, – j'étais pas le seul : il y avait quand même un confrère qui faisait ça, qui le fait encore d'ailleurs, à L., et qui le fait très bien. Mais bon, c'est quand même invraisemblable que tel médecin, tel spécialiste ne sache pas que son médicament est loin, loin d'avoir des résultats, et a des effets secondaires extrêmement graves ! ».

Comme des médecins spécialistes rencontrés, une minorité d'enquêtés « aguerris » critique *in fine* les tendances chez les jeunes médecins à appliquer sans réflexions des protocoles (EBM). Il s'agit de « solutions de facilités, prêtes à soigner (...) : on n'a plus qu'à l'appliquer (...) et vous pouvez vous réfugier derrière ça. D'autant plus que (...) les médecins ont peur, même si c'est pas franchement fondé (...). La plupart des médecins qui parlent d'EBM – y compris dans des spécialités – n'ont RIEN compris à cette logique là... Ils pensent effectivement que c'est des trucs à appliquer complètement : j'ai la preuve que ça marche, donc je vous le donne (le médicament). (...) Mais c'est des éléments pour décider, c'est pas des conduites des recettes à appliquer, c'est pas des trucs impératifs à appliquer, vous voyez, c'est ça la difficulté : y'a un véritable décalage entre l'attente des professionnels – à mon avis je pense que c'est lié à la formation – qui n'ont pas été formés à gérer le doute, et qui attendent des choses toutes prêtes à appliquer pour se protéger, ne pas douter, ne pas être dans l'incertitude, - qui sont quand même anxiogènes ».

Une posture courageuse : des difficultés financières et des usures professionnelles

Les analyses suivantes confortent notamment les résultats d'une autre étude portant sur les motifs de cessation d'activité en médecine générale (Vega *et al.* 2008), ainsi que notre hypothèse initiale (rester un « petit prescripteur » serait souvent une gageure en France).

Des « petits prescripteurs » peu soutenus par les pouvoirs publics et marginalisés

Une partie des enquêtés a connu, ou connaît encore des problèmes financiers du simple fait de pratiquer une médecine lente, sociale en secteur libéral (secteur 1), car le système actuel du paiement à l'acte leur est défavorable. De plus, les tendances à suivre les recommandations, comme à peu médicaliser les épidémies saisonnières seraient à l'origine d'activité réduite, voire de pertes de clients selon plusieurs enquêtés⁴¹⁴.

Ces difficultés sont renforcées chez des enquêtés (tous masculin dans cette étude) en charge de famille et qui disent ne pas avoir « un premier contact très facile, très commercial », des difficultés à se « situer dans une vraie logique commerciale », ou opposés aux coûts majorés et aux « dérives consuméristes », « à la marchandisation de la santé ».

⁴¹³ En raison de stratégies de laboratoires qui proposaient leurs produits moins chers aux pharmaciens d'un hôpital (pratique de « corruption », dont des personnes ayant travaillé récemment pour les laboratoires témoignent encore).

⁴¹⁴ Ex. « J'ai aussi une petite clientèle à cause de cela ». Le passage à des pratiques du frottis de 1 à 3 ans a été « peut-être » à l'origine de perte de clientèle chez un autre médecin.

D'autres enquêtées (toutes des femmes dans cette étude) ont **pallié** « *le manque à gagner* » par diverses stratégies. Elles ont pratiqué parallèlement **des activités plus rémunératrices** en début d'exercice (ex. médecine du travail, activités pour des laboratoires pharmaceutiques). Une enquêtée cumule des gardes et remplace pendant le week-end des confrères plus prescripteurs⁴¹⁵. Une autre s'est spécialisée pour passer en secteur 2, en cumulant son exercice libéral à une activité salariée. Cependant, comme nous l'avons déjà signalé, la plupart des femmes compensent leurs faibles rémunérations grâce **aux salaires de leurs époux** (comme d'ailleurs une partie des enquêtées du second groupe).

Une majorité des enquêtés a témoigné d'autres difficultés au quotidien. Plus de la moitié a le sentiment d'être en marge par rapport aux autres médecins généralistes locaux (concurrents) ou par rapport à leurs associés (moyens et gros prescripteurs). En effet, être un « petit prescripteur » en France revient souvent à s'écarter à la fois du modèle ontologie dominant de la médecine occidentale et de traditions culturelles dominantes (« réflexe » médicaments, habitudes de prescription et de consommation de soin). Dans ces conditions, certains enquêtés ont également le sentiment d'être des « *résistants en voix de disparition* », voire des « *saints* ».

Des postures soignantes usantes au quotidien : des situations de burn-out et des cessations d'activité précoces

Les orientations des enquêtés nécessitent des valeurs et des convictions profondes, mais aussi des efforts qui sont devenus parfois trop importants. En effet, si l'on s'en tient uniquement aux prescriptions, les médecins « petits prescripteurs » se sont confrontés à des réalités sociales et se sont formés; ils prennent l'avis des patients, leur expliquent les décisions médicales et souvent les font patienter; ils attendent avant de prescrire de nouveaux produits (multiplient les sources d'informations, vont s'informer des produits, puis en informent les patients). Certains aident ces derniers à baisser ou à arrêter des traitements, refusent de prescrire et/ou trouvent d'autres réponses thérapeutiques. Des enquêtés ont donc exprimé des découragements, *a fortiori* ceux qui avaient déjà multiplié des engagements (investissement comme médecin référent, maître de stage, dans l'enseignement, en FMC, au sein de réseaux, dans des banlieues difficiles), souvent dommageables pour leurs vies privées. C'est le cas de deux médecins rencontrés à 6 ans d'intervalle (qui ont connu un véritable parcours du combattant⁴¹⁶) : l'un dit être devenu « *moins exigeant* », tandis que l'autre est devenu un gros prescripteur (*voir sous groupes suivants*). Un certain nombre d'enquêtés disent aussi avoir « *baissé les bras* », « *baissé la garde* » faute de reconnaissance de leurs efforts à résister aux pressions des laboratoires, à préserver « *une qualité de soins* », « *une éthique* » (« *ne jamais recevoir les délégués médicaux* », « *s'obliger à sortir faire des*

⁴¹⁵ Elle diminue alors ses temps d'écoute, et augmente son niveau de prescriptions.

⁴¹⁶ Ils ont démissionné ou ont été démissionnés de leurs postes successifs parce qu'ils ont remis en cause trop radicalement les pratiques de leurs pairs (par exemple, l'un d'entre eux alors formateur a dénoncé la présence des laboratoires pharmaceutiques auprès des étudiants dès les premières années de médecine, des refus médicaux de prise en charge des CMU, et le manque de moyen de certaines PMI). Après plusieurs tentatives de reconversion et une dépression, l'un d'entre eux a dû reprendre une activité en cabinet « *pour faire vivre sa famille* », après avoir vécu « *l'humiliation d'un médecin qui va pointer à l'ANPE* ». Il s'est alors délibérément protégé (dans un désir d'arrêt d'une posture sacrificielle), en fermant notamment l'accès de son cabinet. Il écarte désormais les consultations en gynécologie obstétrique (jugées trop longues), et travaille uniquement sur rendez-vous, tout en ayant conscience d'exclure ainsi des catégories de patients. Le réajustement de sa pratique (*plus proche des caractéristiques des deux autres groupes d'enquêtés*) a été favorisé par son déménagement : il a actuellement un profil de clientèle beaucoup moins précaire et plus âgée.

formations indépendantes », « *ne jamais passer par les leaders d'opinion, mener soit même de véritables enquêtes sur les médicaments* »)⁴¹⁷.

Les nécessités de se reformer semblent également finir par être pesantes à partir d'un certain âge. Ainsi, les difficultés à connaître et à mesurer toutes les interactions des « nouveaux » produits mis sur le marché ont été des motifs de cessation précoce d'exercice, lequel est caractérisé en outre par de nombreuses sollicitations et par une parcellisation du travail (ex. Il faut « *passer du coq à l'âne (...) essayer d'avoir une lecture critique des informations : c'est une gymnastique intellectuelle en plus des consultations (...) Je me suis sentie, noyée par rapport à l'arrivée nouveaux médicaments.* »).

Les usures au travail sont plutôt plus importantes chez celles et ceux qui n'ont pas assez développé de réseaux d'entraide⁴¹⁸. En effet, les échanges sur le travail semblent particulièrement importants lorsqu'on choisit ce type d'orientation dans les soins (denses) : « *je crois qu'il faut pas travailler isolé. Soit, si on travaille isolé, il faut – heu, il vaut mieux un partenaire, un groupe de pairs, ou en tout cas être rattaché à l'hôpital, - heu, ou faire partie d'un système associatif ou syndical, car je crois que d'abord l'isolement appauvrit intellectuellement, et puis d'autre part ça évite de se poser des questions sur ses compétences, etc. Mais donc c'est usant en même temps je pense.* ».

Cependant, les difficultés ressenties semblent finalement se concentrer chez des médecins qui n'ont pas développé d'alternatives aux médicaments allopathiques. En effet, la plupart se retrouvent dans des impasses, limités dans leurs champs d'action. Ainsi, des enquêtés ont exprimé des craintes, voire des désarrois à travailler finalement « *sans références fiables* », « *sans ressources* » (puisque des produits, y compris vantés par les instances nationales s'avèrent finalement parfois peu recommandables⁴¹⁹). Dans ce sens, des sentiments de « *naviguer à vue* », voire « *de faire du mauvais travail* » ont favorisé des démotivations et un retour vers l'hôpital⁴²⁰. Enfin, des enquêtés sont peu enclins à avoir des pratiques d'écoute (longues ou « empathiques ») et se refusent tous recours à des réponses non orthodoxes. Il s'agit dans cette étude d'hommes pour qui tout ce qui n'est pas « scientifique » est objet de suspicion. Certains éprouvent alors (en plus) des difficultés à se fonder sur leurs propres expériences qu'ils jugent « *trop subjectives* »⁴²¹.

In fine, près de la moitié des enquêtés de ce groupe ont « fait les frais » d'une orientation de soins courageuse. Ils se sentent seuls, ont été ou sont encore exposés à des problèmes financiers, en plus de difficultés en termes de stress, de divorces, de dépressions et de burn-out. Dans ce sens, d'autres enquêtés de ce groupe cherchent à **organiser ou à participer à des réunions d'échanges sur les pratiques** (entre médecins généralistes), **incluant la gestion du stress et du doute**.

Des médecins plus exposés aux addictions ?

⁴¹⁷ Les découragements sont également exprimés sur Internet. (Ex. « *A quoi bon se casser le cul ?* »).

⁴¹⁸ C'est le cas des enquêtés ayant travaillé seuls, de gré ou de force, qui représentent moins de la moitié des médecins de groupe.

⁴¹⁹ « *A qui se vouer ? Comment s'y retrouver par rapport aux conflits d'intérêt ?* » (Témoignages également récurrents dans certains blogs médicaux). Ces enquêtés se sont alors confrontés à la seconde définition du courage (acceptation du risque, capacité à maintenir une opinion ferme et juste sur ce qu'il faut craindre et ne pas craindre).

⁴²⁰ Un médecin est revenu travailler à hôpital car « *y'a des réunions de synthèse, il y'a du temps cérébral, y'a une supervision institutionnelle : donc j'ai l'impression de ne pas être dans le passage à l'acte permanent (...). On fait un truc et on ne sait pas pourquoi* ».

⁴²¹ « *Il y a des cas où vous avez aucun autre élément de preuve que votre expérience. Alors l'expérience, elle n'a effectivement aucune valeur scientifique, mais quand, mais quand vous n'avez pas d'autres choses à vous mettre sous la main, bin vous vous fiez à votre expérience, voyez. Et donc c'est toute cette difficulté qu'il y a à gérer le doute* ».

Selon une enquêtée, en France « *il y a manque du côté volet expressions, tout ce qui est psychologique : du coup, des médecins exercent avec d'autres écrans (...) : avec l'écran des médicaments par exemple. Et d'autres avec moins d'écrans, ce qui bouffe d'une certaine manière du temps et de l'énergie... Moi j'étais crevée, d'autant que je fais partie de ceux – et de celles - qui sont contre le 'formatage' ou le pilotage automatique avec les patients*⁴²². Donc cela dépend aussi de la façon dont on pratique, pas seulement des bails générationnels. Bon, par exemple celui qui exerce encore à 85 ans doit sûrement être assez directif, pluriactif, et paternaliste - avec une dynamique structurée efficace aussi, hein. (...). Alors, comme on est sollicité par l'action, on fait ! (Rires). Mais on se dit : 'mais où je suis ? Qu'est-ce que je fais ?'. Et après coup... - On a en fait des sollicitations sur des aspects très différents, l'action étant une forme d'écran, c'est un moyen de défense... Alors ensuite, ou on va se saouler la gueule, ou... ». Cette enquêtée n'a jamais fini sa phrase. En effet, les pratiques d'addiction, comme les problèmes psychiatriques des médecins semblent encore être sinon un « tabou », au moins être uniquement parlés entre médecins, comme nous l'avons déjà souligné.

Résumé – transition

Contrairement aux enquêtés des autres groupes, ces médecins n'ont pas recours aux produits de confort jugés « *inutiles* » ; ils ont peu recours aux « *me too* » et aux associations de psychotropes ou aux produits jugés « *dangereux* ». Plus précisément, ils ne médicamentent pas les maux les plus courants en médecine générale : ils ne prescrivent pas ou peu de produits relevant traitement des épidémies saisonnières et en lien avec des états dépressifs (« *gagne pain* » traditionnels en médecine générale). Plusieurs facteurs les ont conduit à ne pas prescrire la plupart des produits couramment utilisés par les médecins des deux autres groupes. Avant d'exercer, certains avaient déjà une vision nuancée des médicaments, acquise par transmission familiale ou *via* des apports en pharmacologie lors de leurs études. Cependant, suite à leurs idéaux initiaux tournés vers la prise en charge de tous les patients, tous les enquêtés ont multiplié les expériences de « terrain » après la faculté, au cours desquelles ils ont expérimenté les limites du recours systématique aux médicaments (et plus globalement les limites de la biomédecine). Ils ont été conduits à réfléchir sur leurs pratiques, puis à infléchir progressivement l'ensemble de leurs prescriptions médicamenteuses, d'autant que tous étaient guidés par un désir de qualité des soins.

Plus précisément, ces médecins se sont confrontés précocement à des réalités sociales, mieux connues (facteur favorable à une moindre médicalisation des problèmes sociaux). Leur socialisation précoce auprès de patients en difficultés sociales, mais aussi auprès de patients souffrant de pathologie mentale et d'addiction(s) a eu plusieurs conséquences. Elle leur a permis de se familiariser avec des publics habituellement craints, voire stigmatisés (« *psychiatriques* », « *toxicomanes* », « *alcooliques* »). Afin de mieux les prendre en charge, les enquêtés ont maintenu des contacts directs avec l'hôpital et collaborent avec des acteurs peu sollicités par leurs confrères : avec des pharmaciens, avec des spécialistes du « Psyché » (échanges favorables à des prescriptions de psychotropes et à des recours plus réfléchis aux urgences). De plus, certains enquêtés - parmi les moins prescripteurs - prennent en charge des publics démunis aux côtés de professionnels non médicaux, sans recourir aux avis et aux ordonnances de médecins spécialistes. Enfin, leurs prescriptions sont moins coûteuses, car suite à leur parcours « hors normes » auprès de patients « hors normes », la plupart des enquêtés se sont reformés (ou continuent à le faire). Ils ont alors mis fin à des collaborations avec les laboratoires pharmaceutiques.

422 Pratiques caractéristiques des enquêtés les plus prescripteurs.

Autrement dit, ces médecins doublement expérimentés ont développé des représentations des médicaments plus ambivalentes que leurs confrères plus prescripteurs. Contrairement à ces derniers, ils se méfient de leurs effets iatrogènes, dont ils informent leurs patients. Tous utilisent préférentiellement d'anciens produits (dont ils connaissent les effets); tous se tiennent informés (*via* la revue *Prescrire*, des sites Internet et des formations indépendantes, au sein de réseaux tant formels qu'informels) - sauf un enquêté qui s'avère être le plus prescripteur. De plus, leurs connaissances ont favorisé une indépendance à l'égard des avis et des ordonnances de spécialistes, favorables à un moindre cumul de produits dans les ordonnances, et en particulier à une moindre circulation des « me too »⁴²³. Ces médecins se méfient donc des prescriptions médicales, y compris de celles de spécialistes : ils sont en capacité de modérer en partie les ordonnances de confrères (spécialistes), tout en restant méfiants à l'égard de leurs propres prescriptions. Leurs ordonnances sont également en partie contrôlées par les professionnels avec qui ils collaborent, voire par les patients avec qui ils échangent de nombreuses informations. En effet, le patient reste au centre de leurs intérêts : ce sont des partenaires actifs qu'ils cherchent à rendre autonomes et responsables (à l'instar de leurs propres pratiques).

Ces médecins se distinguent alors nettement des médecins plus prescripteurs des deux autres groupes étudiés, qui accordent d'emblée leur confiance aux produits prescrits (*a fortiori* par des spécialistes) et moins aux patients. Par comparaison avec ces derniers, certains enquêtés font alors figure « d'affranchis », voire d'avant garde. En effet, une minorité de ces petits prescripteurs dénonce l'omniprésence des laboratoires pharmaceutiques dans les pratiques médicales (y compris à l'hôpital), comme dans la plupart des instances régulatrices du médicament. Reste que tous ces enquêtés ont développé des stratégies communes pour pallier le « réflexe » médicaments : des postures généralisées d'attente (guérison « naturelle » de la plupart des maux courants); des écoutes longues ou empathiques (connaissance des difficultés de vie des patients); des recours à des placebos et à des pratiques de déprescriptions de médicaments (dont des psychotropes, vis-à-vis desquels certains procèdent à des pratiques de sevrage progressif). Des enquêtés ont également créé des réponses thérapeutiques encore plus inédites par rapport aux enseignements dominants en médecine, telles que la recherche de causes non médicales aux problèmes de santé, l'utilisation de médecines hétérodoxes⁴²⁴, et des refus de prescription.

L'ensemble de ces pratiques finit par faire la différence en termes de niveau de prescription. Cependant, la plupart s'avèrent « *chronophages* », voire épuisantes d'autant qu'elles restent marginalisées dans le système de soin français. Si certains enquêtés assument le fait d'avoir « *un petit train de vie* », de se sentir seuls, voire de résister à des normes dominantes (tant médicales que culturelles), d'autres médecins se démotivent et « *baissent les bras* » suite aux multiples efforts à fournir. En effet, ces praticiens mettent réellement en pratique une des caractéristiques rapportées à l'exercice de la médecine générale : ils exercent réellement une « *autre médecine* », spécifique et indépendante des stratégies des laboratoires pharmaceutiques comme des savoirs spécialisés. Contrairement aux médecins des autres groupes, les expériences professionnelles variées et les formations complémentaires des enquêtés leur ont permis d'acquérir une assurance dans leurs pratiques : de développer une approche généraliste et globale centrée sur la recherche de savoirs et sur la création de réponses plus adaptés au profil de leurs patients, réellement « *tout venant* » (ils pratiquent une médecine ouverte à tous les profils de patients).

⁴²³ Dès lors que ces médecins évitent les délégués et les colloques médicaux.

⁴²⁴ Le plus souvent pour éviter les effets des médicaments allopathiques sur les femmes enceintes, les bébés et les enfants (ex. produits homéopathiques), mais aussi suite à des problèmes de douleurs persistants (ex. recours à un énergéticien), et existentiels (ex. pratique de l'hypnose).

Dans les parties suivantes, nous présentons les groupes des moyens et des gros prescripteurs. Ceci permettra de mieux comprendre certains facteurs de surprescription, tout en nuancant des résultats. En effet, dans tous les groupes, les études de cas montrent qu'en matière de prescriptions la prudence s'impose en raison de la complexité des interactions entre des strates et des trajectoires individuelles, familiales et professionnelles des enquêtés. Plus précisément, des facteurs d'explication trouvent leur limite : ils ne doivent pas être systématisés, à moins de faire des études complémentaires. Par exemple, concernant les strates religieuses, un enquêté d'origine protestante et non pratiquant est un « gros » prescripteur de médicaments, notamment suite à ses spécialisations (en gériatrie et en dépression). De même, avoir un profil de médecin « humanitaire » ou d'urgentiste ne rime pas forcément avec de faibles prescriptions. Au contraire, des médecins interviewés semblent être très interventionnistes et imposer des produits. Ils valorisent des exercices jugés « *plus intéressants* » car « *plus rapides* » et centrés sur l'urgence vitale, le biologique (des pathologies « *plus simples* »), avec moins de relations aux patients (« *on doit moins prendre en compte l'avis, les choix des gens* »). Des habitudes de hiérarchisation des maux peuvent également les conduire à rejeter certaines plaintes, comme les demandes « *psy* ». Inversement, ces dernières peuvent être une source de gains, recherchés par des enquêtés ayant développé des médecines alternatives (ex. homéopathie, acuponcture). Enfin, ces orientations ne préservent pas les médecins de collaborations avec des laboratoires pharmaceutiques. Ce sont donc bien des tendances générales qui seront présentées dans les points suivants.

Chapitre 2. Les moyens prescripteurs : conformisme et modestie

Ces médecins dans « les normes » sont intéressants à mieux cerner car leur profil est répandu en France : nous reviendrons sur certains traits déjà décrits dans les parties précédentes, tout en dévoilant des aspects sous estimés dans les études recensées.

A. La médicalisation des maux sans gravité, un recours marqué aux examens, la reconduction de traitements spécialisés

Par comparaison avec le premier groupe :

- les enquêtés sont davantage issus de familles de médecins (motivation de reproduction familiale), et ils avaient moins de désirs d'être généraliste initialement.
- Plutôt plus jeunes, ils travaillent davantage hebdomadairement⁴²⁵.
- Libéraux ou salariés, ces praticiens ont plus de contacts avec les laboratoires (dont ils s'estiment ne pas être influencés), notamment *via* leurs commerciaux⁴²⁶.
- En revanche, ils s'investissent moins au sein de DU, d'hôpitaux, de réseaux et de FMC.

En effet, les enquêtés ont une vision de leur rôle et des centres d'intérêts professionnels restreints : le généraliste accompagne les patients sur un ou deux domaines⁴²⁷ ; il les oriente dans le parcours de soins dont il n'est qu'un rouage mineur (par rapport aux prises en charge à l'hôpital, par des « vrais » spécialistes). Cette vision est en phase avec leurs désirs initiaux (devenir un quasi pédiatre, être des médecins « *de première ligne* », « *être pensé par les patients comme une aide* », « *centraliser les informations* » du dossier patient, « *faire du suivi* », etc.)

Concernant leurs prescriptions, ces médecins ont des recours aux examens biologiques plus importants que dans les deux autres groupes. En matière de prescriptions médicamenteuses, ils ont des taux de remboursement pharmacie proches des « référentiels régions » (avec des moyennes de prescription supérieures ou égales à 3 produits chez les médecins suivis⁴²⁸).

- En effet, ils ont des visions positives, à très positives des médicaments (*comme les praticiens les plus prescripteurs du 3^{ème} groupe*).

En conséquence, ils ne s'informent pas sur les (limites des) médicaments : ils ont tendance à utiliser en toute confiance les produits les plus prescrits, et à sous estimer les effets secondaires rapportées par les patients. Ils n'ont pas ou peu développé d'autres réponses thérapeutiques. Plus précisément, le surcoût de leur ordonnance médicamenteuse s'explique par le fait qu'ils traitent d'eux-mêmes l'ensemble des maux qu'ils considèrent comme mineurs. Ainsi, ils médicalisent le rhume, les maux de pédiatrie courants et certains problèmes en gynécologie⁴²⁹. La plupart soignent également la dépression, qu'ils jugent être de leur ressort. Contrairement au groupe précédent, ils associent systématiquement les produits antidépresseurs à des produits anxiolytiques, sans avoir recours aux tests préalables et à des spécialistes du « Psyché » (sauf une enquêtée). Autrement dit, ces médecins procèdent d'abord à des médications avant « *de passer la main* » à des psychiatres ou à des

⁴²⁵ En moyenne de 32 à 43 heures par semaine. Des mères de famille ont augmenté leurs temps de travail une fois leurs enfants devenus grands.

⁴²⁶ Qu'ils disent les recevoir 1 à 2 fois par semaine, sauf une enquêtée qui ne les reçoit plus.

⁴²⁷ Les enquêtés travaillent surtout auprès d'enfants et de femmes (spécialisations en gynécologie, pédiatrie, « *bobologie* », et/ou traitement de la dépression).

⁴²⁸ Les moyennes de prescriptions en France en 2002 étaient de 2,9 par consultation (Amar *et al. op.cit.*)

⁴²⁹ Par exemple, tous prescrivent des traitements contre la ménopause et le vaccin Gardasil ®.

psychologues, et uniquement en cas d'échec de leurs propres traitements. Certains continuent à prendre en charge le patient seul, à défaut de pouvoir le réorienter. Ce sont dans ce type de situations de solitude que l'on observe le plus de surmédicalisation chez les enquêtés : lorsque ces derniers ne peuvent pas adresser des patients vers les spécialistes. Enfin, ces praticiens ont tendance à surmédicaliser la douleur⁴³⁰.

Cependant, les enquêtés ont également tendance à (re)prescrire en toute confiance de nombreux produits spécialisés, plus coûteux : ils ajoutent de « nouveaux » médicaments à leur liste habituelle de produits et ils reconduisent des traitements initiés par les spécialistes. Autrement dit, leur ordonnance comprend d'une part des traitements pas toujours adaptés au profil de patients de ville (dont des « me too » à propos desquels la plupart ont peu, voire aucune connaissance). D'autre part, elle inclut des produits devenus inutiles : dont les causes initiales de prescriptions ont été oubliées. Ce processus est majoré par deux facteurs. Premièrement, au regard des deux autres groupes de praticiens, les enquêtés suivis ont plutôt peu d'échanges directs avec les médecins spécialistes. Deuxièmement, tous les médecins suivis affirment plus nettement une des règles d'or de la profession : ne jamais critiquer les (ordonnances de) confrères devant les patients⁴³¹.

Les enquêtés ont d'autres caractéristiques, en lien. Leur recours quasi exclusif aux médicaments - presque jamais considérés comme dangereux - les expose aux stratégies des laboratoires pharmaceutiques. Ces praticiens ont peu d'esprit critique en général : à l'égard des pratiques de prescriptions, des conséquences du système paiement à l'acte et des logiques « libérales » dans les soins.

⁴³⁰ Les médecins de ce groupe sont tous de tradition catholique.

⁴³¹ Ce qui traduit encore des désirs de se conformer aux normes, aux usages du groupe dominant.

B. Facteurs déterminants : des visions toujours positives des médicaments

Plusieurs facteurs semblent avoir participé au fait que les enquêtés soient (devenus) de moyens prescripteurs, dont principalement leurs motivations initiales. En effet, ils avaient peu d'appétences pour la médecine générale⁴³², et des désirs de se conformer aux usages médicaux dominants⁴³³. En conséquence, ils ont facilement intériorisé les normes et représentations des soins enseignées en faculté. A la fin de leurs études, ils ont cherché ou ont été conduits à les reproduire. Autrement dit, ces médecins semblent simplement avoir suivi un chemin déjà tout tracé.

- L'infériorisation des savoirs généralistes et le « réflexe » médicament : la conséquence des formations initiales

Suite à leur vision restreinte du rôle du médecin de famille, les enquêtés ont été perméables aux modèles de hiérarchisation des soins véhiculés en faculté de médecine, où les enseignements « généralistes » restent peu développés et sont plutôt dévalorisés. Comme nous l'avons souligné, il s'agit d'une problématique transnationale, contre laquelle des généralistes québécois continuent à se battre, en imposant notamment une préparation à la médecine de ville dès les premières années des études médicales. C'est également pour rééquilibrer des formations nettement favorables au développement de savoirs et d'approches spécialisés que des enquêtés du premier groupe sont devenus enseignants (pour « faire admettre que la médecine générale existait », refuser l'existence d'« une médecine à grande et à petite vitesse », « au rabais »). En effet, ces déséquilibres expliquent un premier processus : « les étudiants sont marqués par l'hôpital, ils savent même pas ce qu'est un malade en sortant de l'hôpital (...), ils se croient inférieurs » (médecin du premier groupe). C'est le cas de tous les médecins suivis (des femmes) : elles ont tendance à (sur)valoriser les savoirs et les traitements spécialisés, au détriment de leurs propres compétences.

De plus, en France, les formations restent centrées sur les traitements, ce dont témoignent également des enquêtés du premier groupe : « j'avais appris par exemple à prescrire les petites conneries de médicaments, vous savez ce qu'on appelle la bobologie (oui), j'avais appris ça, donc j'étais pas complètement paumé ». « Jamais on leur a expliqué avant ce que c'était les soins primaires, la médecine globale, la prise en charge globale, intégrer heu la vie des gens dans les décisions de soins, enfin la vraie médecine quoi ! (...) Où le médecin sera formé, sera là pour éduquer les gens à pas prendre n'importe comment, éduquer les gens à pouvoir se passer de médicaments ». Au contraire, les étudiants sont plutôt poussés à faire confiance aux produits en général, à recourir systématiquement aux médicaments et à prescrire sans explications (ex. « on nous dit simplement : 'il faut faire ça'... Pourquoi ? Non, je ne sais pas... on nous l'a pas dit ». Interne rencontrée lors de son stage en médecine générale). En conséquence, les néophytes ne sont pas préparés à informer ensuite les patients.

Enfin, au regard de l'ensemble des témoignages des enquêtés de cette étude, les formations renforcent plutôt des certitudes : le doute a peu droit de citer sur les bancs des facultés⁴³⁴. Il s'agirait même d'un interdit majeur au regard d'une anecdote rapportée par l'un

⁴³² Seule une enquêtée de ce groupe se destinait initialement à devenir médecin généraliste.

⁴³³ Ce sont les médecins de l'étude qui ont exprimé le plus de réticence à être suivis suite à des hantises de n'être pas dans « canons » des normes médicales.

⁴³⁴ Ce dont témoigne encore des enquêtés du premier groupe : « on est absolument pas formés à gérer le doute – alors que ça devrait être la formation de base des médecins (...), on est au contraire en médecine française formés à la certitude, à la parole du maître, à l'argument d'autorité, à : 'moi je vous l'ai dit et c'est comme ça', à dire heu. On n'est pas formés à la gestion du doute, on est formé à la gestion du pouvoir médical. ». « Y'a cette

d'entre eux. En qualité d'enseignant, il avait nuancé l'intérêt des produits anticoagulants (« avec les personnes âgées, car l'apport bénéfiques risques n'était pas encore clairement établi. »). Il fut alors vivement rappelé à l'ordre par des « patrons du CHU », car « il ne fallait pas introduire le doute chez les étudiants ». Or, cette tendance semble être encore d'actualité : elle a été confirmée par de jeunes étudiants toujours en formation, rencontrés en 2009, lors d'une intervention en faculté de médecine (avant leurs stages en médecine générale).

- Des socialisations auprès de laboratoires pharmaceutiques et de médecins spécialistes

Les enquêtés de ce groupe ont des informations tronquées sur les médicaments. En effet, en faculté, ils n'ont pas été mis en garde ni contre l'usage des médicaments, ni contre les stratégies des laboratoires pharmaceutiques. La plupart des médecins de ce groupe ont naturellement continué à fréquenter et/ou à se « former » auprès de ces derniers. Des stages et des remplacements chez des médecins habitués à recevoir les commerciaux ont encore conforté cette tendance répandue⁴³⁵. De plus, suite à leurs motivations initiales, la plupart des enquêtés ont choisi des stages « ciblés » afin de s'orienter plus ou moins rapidement vers un exercice de la médecine générale limité à des domaines traditionnels et déjà investis par les laboratoires (« petite pédiatrie », gynécologie « courante »). Enfin, au sortir des facultés, ils ont peu cherché à avoir des expériences de travail diversifiées, *a fortiori* ceux qui se sont destinés d'emblée à devenir des quasi spécialistes.

D'autres facteurs ont renforcé ces processus. En effet, au sortir des facultés, tous les enquêtés ont continué à être formés et s'appuyer sur des logiques de soins plutôt spécialisées. Ainsi, des passations d'expériences se sont réalisées directement *via* des spécialistes (ex. père pédiatre, remplacement d'un pédiatre libéral et d'une gynécologue salariée) et *via* des généralistes favorables à l'orientation des patients vers des spécialistes. Par exemple, la plus jeune enquêtée du groupe a été habituée à demander des avis, à orienter les patients et à déléguer des soins aux spécialistes suite à stages et à des remplacements auprès de généralistes libéraux ayant un « carnet d'adresse important » (travaillant en région parisienne et surtout en secteur 2). Elle reproduit actuellement ce type d'organisation du travail, d'autant qu'elle débute dans un centre de santé. Elle appelle les spécialistes présents sur place y compris pour des problèmes relevant de la médecine générale et le plus souvent à propos de « traitement éventuels ». Elle prend des notes sur « ce qui n'est pas écrit dans les livres » (il s'agit d'un apprentissage de « petits trucs sur le tas » - plutôt absents de sa formation en faculté), comme elle le fait suite à la lecture des comptes-rendus d'hospitalisation de ses patients. Elle ajoute alors à ses traitements habituels des produits spécialisés parce qu'elle les juge adaptés et dignes de confiance, ou parce qu'elle en a « entendu parler » positivement (*via* des confrères fréquentant des commerciaux ou collaborant plus directement avec les laboratoires).

Un dernier facteur semble être à l'origine de la reproduction de normes de soins dominantes. A l'instar de cette enquêtée, les autres médecins de ce groupe ont eu peu d'expériences de travail en solitaire (ils ont toujours été accompagnés, encadrés dans leurs soins par d'autres médecins). Ceci a encore favorisé le recours aux spécialistes, mais ceci explique également des appréhensions à assumer et à gérer seuls des soins. D'ailleurs, tous ces praticiens ont fait le choix de travailler à proximité d'hôpitaux et en groupe en secteur

espèce de transmission aussi qui est faite aussi par le milieu hospitalo-universitaire, hein : 'voilà, c'est comme ça', et c'est tout».

⁴³⁵

« Pour avoir un peu cette problématique là, il faut quand même avoir un peu fréquenté autre chose que des labo, ou autre chose que des médecins qui voient des labos. Donc l'immense majorité des professionnels de santé ne restent pas dans cette problématique ». (Enquête du premier groupe).

libéral ou salarié : ils exercent aux côtés de parents⁴³⁶, d'associés, de confrères généralistes et d'adressant susceptibles de prendre en charge des urgences, des soins plus spécialisés ou plus techniques, et de réaliser des examens. Il s'agit d'exercices jugés plus faciles et surtout « *plus rassurants* » (ils sont d'ailleurs privilégiés par une majorité des médecins généralistes à la fin des études⁴³⁷).

Autrement dit, ces médecins sont restés sur des visions positives à très positives des médicaments (suite à leurs désirs de normalité et leurs centres d'intérêts restreints, ils ont continué à fréquenter plus ou moins directement des représentants de l'industrie pharmaceutique et n'ont pas eu d'expériences remettant en cause les orientations dominantes des formations). Ainsi, tous croient en l'efficacité des produits en général (ex. « *c'est efficace* », « *ça marche* », « *ça peut marcher* » « *des fois ça marche* »). Ceci explique le fait qu'ils n'aient pas ou peu développé d'autres alternatives et que des médecins observés ne comprennent pas les raisons de la venue de patients pour d'autres motifs que médicamenteux (consultation pour une écoute, un avis, des conseils, des informations, de résolution de litiges, *a fortiori* s'ils ont déjà vu d'autres médecins).

⁴³⁶ Plusieurs ont repris le cabinet d'un membre issu de leur famille, en leur présence (officielle ou officieuse).

⁴³⁷ Vega *et al.* 2008.

C. Des recours majorés aux spécialistes et aux examens : des besoins de réassurance

Les biais des formations, les apprentissages peu diversifiés et « sous contrôle » des enquêtés (en lien avec leurs motivations initiales) ont eu de nombreuses conséquences. Les répartitions implicites des soins avec les spécialistes ont entretenu des sentiments d'insuffisance de leurs savoirs chez les praticiennes suivies. Le manque de familiarisation avec des profils de patients a favorisé chez ces dernières le développement de pratiques de protection.

- Des spécialistes modèles, sur lesquels se décharger

« *Le plus dur en médecine générale c'est de penser à 20 choses à la fois : à la fois écouter le patient, puis se demander en même temps : est-ce grave ou pas ? Antibiotiques ou pas ? Spécialistes ou pas ?* ».

- La reproduction d'avis et d'ordonnances spécialisés

Par rapport aux médecins des deux autres groupes, les enquêtés ont davantage tendance à déléguer des soins et/ou à pousser leurs patients à consulter d'autres professionnels : ils partagent et/ou orientent les patients surtout vers les médecins spécialistes. Ces derniers sont régulièrement mobilisés dans les pratiques courantes des enquêtés. En effet, les enquêtés n'ont développé qu'une partie des compétences en médecine générale. De plus, faute de références généralistes, les spécialistes (hormis les psychiatres) sont considérés comme des gages d'expertise. Ce sont même eux qui « savent » en matière de pharmacopées, de diagnostics (et notamment d'évaluation de risques cardiaques) : ils sont jugés en général les plus compétents. Plus précisément, les savoirs et les traitements spécialisés restent l'unique modèle de référence chez trois des praticiennes observées⁴³⁸. En conséquence, elles ont tendance à vanter à leurs patients des traitements spécialisés (ex. « *les spécialistes recommandent* »), cités en exemple (« *généralement, les gastro-entérologues donnent* », « *y'a une gynécologue qui m'a dit qu'il y en avait qui étaient très bien* », etc.). De plus, elles reproduisent et reconduisent sans contrôle l'intégralité d'ordonnances, dont certaines comprennent parfois de longues listes de produits, notamment chez une enquêtée, du fait de sa clientèle plus âgée. En effet, les savoirs pharmacologiques des enquêtés comme les échanges avec les spécialistes prescripteurs sont restreints. Comme nous l'avons déjà souligné, des enquêtés sont en concurrence directe avec des spécialistes. Mais la plupart des enquêtées observées n'ont pas ou peu gardé des contacts privilégiés (personnels, impliquant des communications téléphoniques ou des rencontres en face à face) avec les confrères à qui ils adressent les patients ou que les patients ont choisi (sauf en cas d'urgence). En effet, elles affirment avoir « peur de déranger » les spécialistes ; certaines ne veulent pas « abuser » ou passer pour « des novices » ; d'autres ont « peur d'être jugé », voire « de perdre la face » devant des hospitaliers faute de savoir suffisant⁴³⁹, ou suffisamment « normés ». En conséquence, la plupart ont témoigné de difficultés à « gérer » les dossiers de leurs patients (voir encadré).

| |
|---|
| Des difficultés à jouer un rôle de pivot dans les soins |
|---|

⁴³⁸ Encore une fois, l'âge semble ne pas être déterminant.

⁴³⁹ Comme d'autres enquêtés masculins déjà interviewés (Vega 2007, Vega *et al.* 2008). Il s'agit d'un motif de réticence des jeunes médecins généralistes à être contactés et surtout suivis par l'enquêteur : ne pas assez savoir, avoir besoin de supports, de contacter des confrères (voire même avoir besoin de souffler régulièrement).

Plusieurs enquêtées « accompagnatrices » (valorisant leur rôle de suivis du patient dans le parcours de soin) ont témoigné de gestion problématique de « *gros dossiers* » de patients, impliquant plusieurs professionnels (surtout des spécialistes), *a fortiori* lors de première consultation (ex. « *c'est un dossier hérité* », « *c'est lourd car il faut tout reprendre à zéro* », « *on jongle* »). Les difficultés de compréhension des « *dossiers lourds* »⁴⁴⁰ renvoient à plusieurs problématiques générales. En effet, des médecins généralistes ont des savoirs pharmacologiques lacunaires. De plus, des informations sur les traitements initiés par les médecins spécialistes ne sont pas toujours transmises aux généralistes⁴⁴¹. Plus globalement, certains se plaignent d'absence de retour de courriers, d'indisponibilité de spécialistes et de difficultés grandissantes à joindre les secrétariats hospitaliers (du fait de la détérioration des conditions de travail). Enfin, les dossiers sont rarement partagés entre les médecins (voir I^{ère} partie).

Cependant, même si des informations sont divulguées et informatisées, elles semblent insuffisamment organisées⁴⁴² et référencées. Ainsi, selon plusieurs enquêtés suivis, des médecins (généralistes remplacés, prédécesseurs, spécialistes consultants) ne laissent généralement pas de traces claires de l'historique et des motivations des traitements initiés successivement. Or, les patients ne sont pas ou peu tenus au courant des décisions médicales (constat observé lors des consultations), d'où également des difficultés à « *s'y retrouver* » pour le médecin traitant. Autrement dit, à moins d'un effort pour contacter les différents prescripteurs – dont certains ne sont plus en exercice ou ont déménagé (constat également observé lors des consultations) –, des données essentielles au renouvellement des ordonnances sont perdues : elles participent à des maintiens injustifiés de produits.

Ces échanges restreints et déséquilibrés entre médecins ont une dernière conséquence sur les pratiques de prescription des praticiennes observées (également soulignée précédemment). C'est dans ce groupe que l'on observe le plus de réticence à changer des produits prescrits par les spécialistes (« *experts* ») : les enquêtées préfèrent en ajouter d'autres pour pallier leurs effets secondaires ; elles sont même parfois conduites à « couvrir » des problèmes de prise en charge médicale importants, y compris des problèmes graves rapportés par des patients observés.

- Des reports de responsabilités pour se préserver

Cependant, suite au manque de savoirs et d'expériences dans de nombreux domaines des soins (incluant les médicaments), les enquêtées ont tendance à en référer et à s'abriter derrière les médecins spécialistes - ce dont témoigne leur utilisation majoritaire du « *on* » lors des consultations (ex. « *pour ce type de problèmes, on conseille* », « *on recommande* »). De même, elles relisent attentivement leurs courriers dont elles se contentent de traduire le contenu aux patients (ex. « *on dit que..., il faut que vous continuez à prendre le traitement* ») : elles attendent l'avis et les décisions des spécialistes (ex. « *on va voir ce que dit l'hospitalier* »). Les enquêtées semblent également avoir tendance à davantage utiliser les procédures courantes en médecine, visant à réorienter des patients vers le spécialiste pour que ce dernier annonce la « mauvaise nouvelle » ou pour être couvert en cas de litiges avec des patients. Enfin, les recours aux spécialistes (pour des avis, des traitements, des examens) sont

⁴⁴⁰ Ex. « *C'est un peu compliqué de savoir qui a fait quoi... On essayera de mieux comprendre la prochaine fois* » (explique un médecin à une patiente). « *Là, il a remis en route un traitement alors qu'il ne le fallait pas* », « *même si j'ai un lien avec les trois (spécialistes prescripteurs), la patiente me demande des trucs, je n'ai pas tous les éléments... Mais on s'en sort quand même hein* » explique une autre praticienne à l'enquêteur. Ces difficultés sont généralisées dans ce groupe (ex. « *Je n'y compris rien à ce patient, les spécialistes - même le confrère que j'ai remplacé : ils n'expliquent pas pourquoi elle a fait ce problème* »).

⁴⁴¹ Tendance déjà soulignée dans la première partie du rapport (Sarradon et Vega 2004, Bungener et al. 2009), et renforcée par des éloignements géographiques de grands centres hospitaliers (Vega 2007 et 2008).

⁴⁴² « *C'est le bordel dans les dossiers de nos patients* » a ainsi affirmé un intervenant lors d'un colloque suivi, suscitant une approbation dans la salle.

renforcés dans ce groupe : toujours par opposition aux médecins spécialistes, les médecins suivis ont de vifs sentiments des limites de leurs compétences, voire des sentiments d'illégitimité. C'est le cas de deux praticiennes, qui s'interrogent sur « *le droit* » ou pas d'en « *faire plus* » en médecine générale, en l'associant à des notions de prise de risques⁴⁴³.

Plus précisément, les ethnographies montrent des besoins de réassurance importants, à l'origine de pratiques de protection (*absentes dans le premier groupe, et encore plus répandues dans le dernier*). Ces dernières sont légitimement renforcées chez les enquêtés les plus jeunes. En effet, les attitudes de prudence prévalent en début d'exercice. Ainsi, une enquêtée s'en remet aux spécialistes dès qu'elle constate « *trop d'effets indésirables* », « *trop de complications avec les traitements* » de médicaments (initiés ou non par elle). Les prescriptions de consultation chez les spécialistes, comme le recours aux urgences et aux examens participent aux mêmes logiques. En effet, le manque d'expériences diversifiées après la faculté et/ou les tendances à inférioriser leurs savoirs ont renforcé des craintes de l'inconnu et de l'erreur chez la plupart des enquêtés de ce groupe : les médecins ont exprimé des peurs importantes « *de passer à côté de problèmes graves* », en particulier avec des patients revenant régulièrement (car « *à force de soigner les mêmes personnes, on ne voit plus certaines choses* », « *on baisse la garde* »).

Ainsi, concernant les recours aux spécialistes, l'une des enquêtées explique : « *ça les rassure les gens de dire : 'je vais appeler la gynéco, pour lui demander, pour être sûrs quoi* ». Sa consœur dit avoir toujours cherché à travailler en groupe pour contrer « *la solitude du médecin* », car « *un bon médecin, tu peux justement demander, te confronter... parce que sinon tu te poses des questions et tu réponds plus ou moins bien (...), ça te rassure quelque part* ».

On observe également dans ce groupe des recours plus importants aux hospitalisations et aux services des urgences : « *ça permet de se décharger* », « *on est rassuré* » ; « (mais) *on a de plus en plus de surprises : avant oui, mais maintenant, on s'aperçoit qu'ils n'ont pas fait le tour ... on s'aperçoit de plus en plus que l'hôpital n'a pas fait son boulot, les examens* » (voir encadré ci-dessous).

Les médecins semblent gérer tout un ensemble de hantises et d'incertitudes (en matière d'étiologie, de diagnostic, d'effets de produits) *via* le recours aux spécialistes, aux examens, et *in fine* aux médicaments. Les observations montrent que leurs prescriptions sont parfois uniquement motivées par ce besoin de réassurance (*il s'agit d'une logique généralisée chez les enquêtés du 3^{ème} groupe*). Ainsi, les médecins prescrivent « *pour se couvrir* », mais aussi « *à l'aveugle* » (pour faire des recherches diagnostiques, dans une logique d'essai thérapeutique⁴⁴⁴) et « *par prévention* », « *au cas où* », etc. Les prescriptions répondent donc également souvent aux doutes du généraliste (ex. « *C'est pas quelque chose de très grave a priori, mais* »).

Les motivations à surprescrire des examens :
des révélateurs de l'ensemble des hantises en médecine générale

Les prescriptions d'examens s'expliquent par des habitudes acquises à l'hôpital qui sont plus prononcées chez les jeunes générations de médecins (ex. « *nous, on a été plus formés à demander des examens que les anciens médecins* »). L'examen permet d'écarter des risques potentiellement graves

⁴⁴³ Ex. « *Est-ce qu'il a le droit (à propos d'un confrère) ? Est-ce que c'est bien, est ce qu'il ne va pas au-delà de la médecine générale ? Heu, est-ce qu'il prend pas de risques ? (...) Est-ce qu'il vaudrait pas mieux qu'il (le patient) voit d'abord un spécialiste ?* ». « *Bon au début j'avais beaucoup de réticence avec la dépression : je me disais : je suis pas capable, je suis pas formée pour ça et puis j'ai pas le droit : il y a des psychologues et des psychiatres* ».

⁴⁴⁴ Ex. « *On va commencer par ça (tel produit), et si ça passe pas, j'approfondirais* ».

(ex. il s'agit de « voir s'il n'y a pas de problèmes graves, et éventuellement s'en occuper (directement) »). Des examens sont également prescrits pour « rassurer les patients » : ils sont utilisés pour « désamorcer l'angoisse du patient ». Cependant, les analyses montrent que le recours aux examens permet surtout de rassurer les enquêtés (ex. « Il n'y a pas d'urgence mais... », « à mon avis ce n'est pas grand chose, mais on fait quand même des examens complémentaires », « c'est plus sûr »). En effet, et contrairement aux médecins du premier groupe (les moins prescripteurs), les enquêtés sont restés sur des modèles d'apprentissages hospitaliers. Ils n'ont pas été habitués ensuite à gérer l'incertitude : ils ne peuvent partir vers l'inconnu, au contraire, ils cherchent à le maîtriser. Des recours majorés aux examens s'expliquent également par des peurs de procès chez les plus jeunes enquêtés (« on va faire aussi parfois des examens pour essayer de ne pas passer à côté de quelque chose qui pourrait nous être reproché »). Enfin, dans ce groupe, des examens sont également prescrits pour préparer des consultations spécialisées.

Cependant, l'apport des ethnographies est de souligner un dernier facteur expliquant des délégations importantes des soins aux spécialistes et à d'autres professionnels. Ainsi, deux médecins suivis réorientent leurs patients par manque de temps et pour tenter de palier des « lourdeurs » au travail. Elles cherchent à se préserver par avance de relations usantes, voire nuisibles à leur propre équilibre. Plus précisément, chez toutes les enquêtées suivies, le partage des soins est motivé par des tentatives d'éviter des situations d'épuisement professionnel, en particulier lors de prises en charge de patients en difficultés sociales ou de patients « psychiatriques »⁴⁴⁵. Il s'agit alors de partager entre professionnels des charges psychologiques jugées trop importantes, en s'appuyant aussi sur les infirmières intervenant à domicile, sur les secrétaires médicales (en cabinet libéral), ou sur des assistantes sociales (en centre de santé).

Autrement dit, dans ce groupe, la préférence pour un travail d'« équipe », les revendications communes à avoir un rôle d'aide ou d'accompagnement du patient correspondraient surtout des désirs d'être plus soutenus et aidés dans le travail quotidien. Ces revendications tradiraient moins un désir de qualité des soins (comme dans le 1^{er} groupe) que des besoins de partager des situations et de patients jugés problématiques.

- Des rapports aux patients plutôt positifs, mais une culture et des lacunes favorables à des surprescriptions

Suite à leurs désirs de jouer un rôle d'intermédiaire dans les soins, les enquêtés suivis partagent des traits communs avec ceux du premier groupe. Ils ont des rapports « ouverts » avec les patients (y compris sur les limites de leurs compétences pour certains, et une neutralité à l'égard de pratiques de soins « non orthodoxes »⁴⁴⁶). Ils ont aussi une vision plutôt positive des patients, qu'ils aident en dehors du cadre strictement médical⁴⁴⁷. Cependant, ils portent moins d'attention aux conditions de vie qu'à l'histoire de vie de chaque patient (les enquêtés ont d'ailleurs des préférences pour les têtes à têtes seuls à seuls, en phase avec la norme du « colloque singulier »). De plus, les dires du patient sont plutôt objet de suspicion,

⁴⁴⁵ Ex : « j'aime bien travailler en équipe, avancer à plusieurs car seul on va ramer – j'ai une collègue qui s'est retrouvée en burn out ». « Il faut partager entre équipe sinon tu peux pas tout supporter ».

⁴⁴⁶ Ex. « C'est vous qui voyez ». « Je crois que s'ils y croient, c'est pour eux (...), je m'en méfie, mais ils y vont... c'est surprenant, c'est pas remboursé... ça leur fait du bien », etc.

⁴⁴⁷ Ex : démarche administrative complexe, constitution du dossier maternité, recherche d'emploi notamment auprès des personnes d'origine étrangère.

d'où des cas de refus de délivrance d'ordonnances (sur le « *bon dire du patient* »⁴⁴⁸). Les médecins observés accordent davantage leur confiance aux produits (ils tiennent à l'observance) et à ce que les patients soient suivis médicalement (ils accordent une place privilégiée aux spécialistes dans le parcours de soins). Ceci explique finalement de nombreux rappels à l'ordre des patients, souvent répétitifs (ex. « *vous avez bien pris ce médicament, vous êtes sûrs ?* », « *la prochaine fois amenez le carnet* », « *toutes les pièces* »), et parfois violents (ex. « *Pourquoi vous n'êtes pas venue depuis X temps ! ?* »). Enfin, d'autres désirs de conformité expliquent des difficultés propres à ce groupe. Ainsi plusieurs enquêtés n'assument pas, ou pas encore des rapports de proximité noués avec les patients (copinage, tutoiement, échanges sur la vie privée lors des consultations), car opposés au modèle de distanciation toujours prôné en médecine⁴⁴⁹. Autrement dit, certains doutent également de leurs propres capacités à « bien » soigner dès lors qu'ils éprouvent de l'empathie pour des patients⁴⁵⁰.

Inversement, des enquêtées soulignent des problèmes de « *nomadisme* », de non-dits et surtout appréhendent le fait d'être manipulées par les patients (il s'agit d'une autre constante dans les discours médicaux que nous avons déjà soulignée). Ces peurs concernent des patients jugés « *difficiles* » et habituellement stigmatisés par l'ensemble de la communauté médicale.

- *Un manque de familiarisation avec des usagers et une banalisation des produits psychotropes*

Dans ce groupe, la médicalisation de problèmes sociaux est sous tendue par des méconnaissances, qui se traduisent elles-mêmes par des craintes. Ainsi, les patients psychiatriques sont à l'origine de peurs importantes (« *les psychotiques c'est embêtant* », « *il y en a qui ont des problèmes de personnalité, on n'est pas formé* », « *c'est très très lourd surtout qu'on manque de psychiatres* », « *la plupart ont en plus des problèmes sociaux lourds* », etc.)⁴⁵¹, *a fortiori* lorsque les généralistes se retrouvent dans l'obligation de « *se les coltiner* » (seuls). (Ex. « *on est responsable quand même, là en plus il y avait un risque vital engagé* »). Or, ces situations ne sont pas rares. En effet, les généralistes suivis sont amenés à soigner ces patients suite à des refus de prise en charge par des confrères ou associés⁴⁵², lorsque ce ne sont pas les patients eux-mêmes qui se refusent à être hospitalisés, *a fortiori* en psychiatrie. Cependant, les ethnographies montrent que le refus de patients est également lié aux interprétations « *inadaptées* » des médecins. Ainsi à l'observation, ces refus ont émané souvent de patients SDF, désocialisés ou sans papiers, opposés plus largement à toutes prises en charges *a fortiori* en institution⁴⁵³. Des praticiennes suivies ont aussi proposé des consultations auprès de psychiatres ou des traitements contre la dépression à des hommes d'origine ouvrière, réfractaires à cette idée (la plupart d'entre eux souffrant surtout des effets de cumul d'accidents graves liés à leur profession).

⁴⁴⁸ Même auprès de personnes connues et atteintes de pathologies chroniques (ex. HIV). Il s'agit souvent d'énoncés de principe : après de longues négociations avec le patient, généralement, les médecins obtempèrent.

⁴⁴⁹ Autre argument pour ne pas être suivie par l'enquêteur. Par exemple une enquêtée se sentait « coupable » d'être trop proche des patients (« *je ne sais pas si c'est bien, c'est pas recommandé* »).

⁴⁵⁰ Ces rapports aux patients expliquent pourquoi l'enquêteur a été plus souvent prié de sortir de consultations dans ce groupe.

⁴⁵¹ Du fait des lacunes des formations, ces peurs sont exprimées par d'autres généralistes : par exemple lors d'échanges informels lors des ateliers du colloque des centres de santé (*op.cit.*).

⁴⁵² Ces patients, pour la plupart incurables, sont le plus souvent « mis à distance » (d'emblée, ou après une période de soins) par la plupart des généralistes, en France comme au Québec (Vega 2003).

⁴⁵³ Parfois suite à des expériences de stigmatisation jugées humiliantes (accusation de consommation d'alcool, de profiter du système pour obtenir des papiers, etc.).

De même, les besoins d'associer des produits antidépresseurs avec des anxiolytiques sont liés à des peurs de prendre la responsabilité de risques de suicide de patients dépressifs. Plus précisément, les hantises d'avoir à assumer des tentatives de suicide prennent le pas sur pas sur les risques de dépendance induites par les produits prescrits. Ce risque est sous-estimé par l'ensemble des enquêtées suivies : ainsi, deux praticiennes ont dit d'elles-même « *prescrire beaucoup de benzo* » sans que cela leur pose problème (y compris lorsqu'elles sont les initiatrices de ces produits). Ceci s'explique par plusieurs raisons, en partie présentées dans ce rapport. Les produits psychotropes (en dehors des neuroleptiques) sont faciles à prescrire et jugés dignes de confiance par les enquêtés, car utilisés couramment par des confrères comme par des usagers (ex. « *tout le monde prend des psychotiques* »). Ils sont banalisés : présentés à l'enquêteur comme aux patients comme des traitements de « *l'angoisse* », « *qui relâchent* », « *déstressent* ». La dépression elle-même est souvent reliée au « *stress* »⁴⁵⁴, donc considérée comme une situation courante (« *banale* », « *très fréquente* ») et mineure (« *c'est pas grave* »). Dans ces conditions, les enquêtées recourent facilement à ces produits. Certaines ont développé en parallèle des formes d'écoute des patients (« *psychothérapie* », « *soutien* »). Cependant, ces pratiques sont en lien avec leur propre parcours de soin ou d'apprentissage, et elles ne sont pas devenues centrales dans leurs prises en charge⁴⁵⁵.

- *Des psychotropes aux autres produits d'usages courants : l'importance des strates culturelles*

Quels que soient les produits, on observe au moins trois tendances générales dans ce groupe. Premièrement, tous les médecins suivis ont des désirs d'apaiser au plus vite les symptômes gênants de leurs patients. Dans ce sens, plusieurs disent passer directement des symptômes aux traitements. Comme dans le groupe suivant, les enquêtés médicalisent le rhume, les épidémies saisonnières avec une nette survalorisation des risques de problèmes respiratoires (autre constante culturelle déjà soulignée). Ainsi, la plus jeune enquêtée suivie a été amenée à prescrire en fin de semaine plus de 7 médicaments pour « *une petite pharyngite* ». En effet, à l'observation, ces désirs de soulagement sont souvent mêlés à des désirs d'éviter des symptômes à venir, avec une nette surévaluation de la douleur. Les praticiennes ont ainsi une nette tendance à questionner leurs patients à ce sujet (même si ces derniers ne l'ont pas évoqué) ; elles ont toutes des pratiques de vérification systématique de la possession d'anti-inflammatoires et de leur prise régulières par les patients pour pallier et/ou prévenir la souffrance : des classes d'anti-inflammatoires sont donc également très facilement prescrites, dont des corticoïdes.

De plus, l'ensemble des médecins répondent aux demandes des patients ou les laissent sous traitements du moment que cela les soulage, leur « *fait du bien* ». Et cela même si les praticiens sont opposés aux traitements, ou si ces derniers induisent des dépendances⁴⁵⁶. Et quand bien même les patients leur ont rapporté des effets iatrogènes, les enquêtés les ont peu écoutés et ont maintenu des traitements. En effet, les médicaments en général sont synonymes d'action bénéfique dans la longue durée (« *ça va passer* », « *il faut que le corps s'habitue* »,

⁴⁵⁴ Par exemple, avoir trop ou pas assez de travail est source de stress, d'où des prescriptions d'anxiolytiques.

⁴⁵⁵ Sauf chez une enquêtée. Ces pratiques peuvent faire suite à des psychothérapies suivies par les médecins, comme dans le premier groupe (c'est le cas d'une enquêtée, ce qui ne l'empêche pas de prescrire environ 1 fois sur 6 des produits psychotropes lors de ses consultations), ou faire suite à des remplacements de généralistes ayant une approche tournée vers psychanalyste (ce qui confirme l'importance des expériences post faculté).

⁴⁵⁶ Ex. « *Il a des gens qui ont besoin de médicaments pour dormir ou contre le stress, et voilà ça fait des années qu'ils en prennent : moi je ne me bat pas- enfin je veux dire quelqu'un qui a l'habitude d'un traitement qui n'a pas été forcément introduit par moi et veut continuer, bah je lui laisse (...), bin y'aura une dépendance, il aura énormément du mal à s'en défaire, heu – si quelqu'un veut que je lui renouvelle son ordonnance, je lui renouvelle bien sûr*».

« *le corps va s'habituer* », etc.). Ces médecins ont donc tendance à prolonger le produit prescrit.

Enfin, les médicaments sont synonymes de guérison : les enquêtés ont tendance à proposer plusieurs médicaments aux patients, successivement. Dans ce sens, des médecins observés se sentent en situation d'échec lorsque les traitements qu'ils ont initiés n'ont pas ou peu d'effets. Lors du retour de patients, certains multiplient les prescriptions de produits et/ou les examens pour que ces derniers aient toutes les possibilités de « *guérir* » (ex. « *je vous mets des antibiotiques au cas où* », « *vous ferez l'examen si* », etc.).

- *Des fatigues et un manque de temps à consacrer aux patients chez les femmes suivies*

Ces généralistes sont donc conduits à surprescrire « *des médicaments du symptôme* » : à initier des traitements du rhume, de la diarrhée, de la fièvre, mais aussi de la douleur et du « *stress* », avec des cumuls de produits dans leurs ordonnances. Cependant, dans ce groupe en particulier, deux autres facteurs expliquent des niveaux de prescription de médicaments plus élevés que dans le premier groupe (du moins chez les femmes).

Ainsi, une première difficulté dans les rapports avec les patients est au centre des discours des enquêtées : « *j'ai pas eu le temps d'aller plus loin* », « *j'ai jamais le temps pour faire le tour des problèmes* », « *là j'ai rien compris, mais j'ai pas le temps* », etc. Ce manque de temps pour gérer au quotidien la complexité des situations de soins en médecine générale est souvent source de frustrations, d'autant que dans cette étude, ce temps n'est pas choisi⁴⁵⁷. Un autre facteur a également favorisé des recours à l'ordonnance : toutes les praticiennes se sont plaintes de fatigues importantes. Ainsi, elles ont souligné tour à tour à l'enquêteur : la montée de leurs charges de travail (rapportée au fait de débiter, d'avoir des patients de plus en plus consuméristes – et jamais aux délégations de soins d'autres médecins⁴⁵⁸) et de « *coups de barre* » réguliers (suite en particulier à la gestion entre leurs consultations de problèmes privés). Dans ce sens, des fatigues ont été exprimées même en début de consultation, le lundi matin chez des mères de famille ayant de jeunes enfants.

Pour faire face à ces deux difficultés chroniques, les enquêtées ont des stratégies diverses : l'écoute longue malgré tout (jugée même comme « *obligée* » compte tenu des longs temps d'attente des patients) ; le recours à des délégations vers d'autres professionnels, y compris concernant leurs propres sous spécialisations ; le report, voire le refus d'écoute de problèmes évoqués par le patient, le plus souvent parce qu'ils demandent des temps de consultation et des concentrations trop importants⁴⁵⁹.

- Des rapports traditionnels à l'ordonnance

- *La prévalence des avis et savoirs médicaux : des patients peu informés*

Durant la première partie de leur consultation, les enquêtées suivies vérifient la bonne prise des traitements (valorisation de l'observance), elles se renseignent sur ce qui a été fait et décidé par les confrères⁴⁶⁰, et contrôlent les dires du patient. Les médecins ont alors tendance

⁴⁵⁷ Comme nous l'avons déjà souligné, les femmes médecins exercent plutôt une médecine lente. Or, les enquêtées salariées de cette étude doivent respecter des « *timing de 15 minutes par patient* » imposés. En secteur libéral, plusieurs enquêtées subissent également la pression d'associés masculins plus rapides et souvent plus prescripteurs. Toutes les femmes suivies sont en retard dans leur planning : ceci a été la dernière cause de réticences à être suivies par un enquêteur (sa présence risquant d'exacerber des tensions déjà importantes chez les patients).

⁴⁵⁸ Des enquêtées ont uniquement souligné des prises en charge « *lourdes* » en fin de vie, suite au manque soins palliatifs à domicile (« *c'est assez lourd à gérer ça* »).

⁴⁵⁹ Ex. La boulimie d'un enfant est jugée trop « *chronophage* » et trop compliquée à « *débrouiller* ».

⁴⁶⁰ En particulier le plus jeune médecin enquêté, avant tout pour être au clair quant aux responsabilités respectives des différents prescripteurs.

à poser des questions aux patients sur des sujets que ces derniers n'ont pas abordés : concernant la consultation précédente et/ou en lien avec les sous spécialisations de chaque praticien. Autrement dit, le motif de la venue du patient et son point de vue sont moins centraux que dans le premier groupe, d'où des risques de prescriptions mal adaptées. Les observations montrent une autre constante culturelle souligné par S. Rosman, 2009 (*présente aussi chez les enquêtés du groupe suivant*). En début comme en fin de consultation, les médecins ont tendance à relancer leurs patients, voire à proposer des produits : « *qu'est-ce que je peux faire pour vous ?* », « *vous voulez que je fasse pour vous ?* », « *vous aviez besoin de moi pour autre chose ?* » ; « *vous avez besoin d'autres choses ?* » ; « *il vous faut autre chose ?* » ; « *vous avez besoin de médicaments ?* » « *vous voulez un petit sirop ?* », « *vous avez encore du Doliprane ? (...)* Sinon, vous avez besoin de quelque chose pour dormir ? ».

Pour les maux les plus courants, les médecins ont tendance à prescrire l'ensemble des produits les plus couramment prescrits (dont des « me too »), car ils estiment être dans les normes des prescriptions. Lorsqu'il s'agit de renouvellement d'ordonnances spécialisées, les avis des spécialistes prennent encore plus d'importance : les plaintes de patients à l'égard de médicaments prescrits sont moins entendues. Les médecins pensent que les effets des médicaments sont connus et maîtrisés par les spécialistes, par la communauté médicale (« *consensus* ») et font confiance aux organismes chargés de la mise sur le marché des produits. Plus précisément, les généralistes « accompagnateurs » ont tendance à ajouter d'autres produits palliant les effets secondaires, ou se contentent simplement d'augmenter leur surveillance par rapport à des effets indésirables de médicaments. Les « orientateurs » se contentent de renvoyer le patient vers le médecin prescripteur.

Dans tous les cas, les patients restent peu informés sur leurs traitements et surtout sur leurs effets (*par rapport au groupe précédent*). Outre le fait que les médecins soient eux-mêmes sous informés, les enquêtés considèrent que le rôle du médecin consiste avant tout à rassurer, à « *ne pas paniquer* », voire à « *ne pas insinuer le doute chez le patient* ». Les médecins observés en consultation cherchent d'ailleurs à contrôler leurs tensions devant les patients (à maîtriser leurs gestes et leurs mots), malgré des angoisses exprimées par ailleurs à l'enquêteur⁴⁶¹. L'un d'entre eux n'adresse plus ses patients vers des professionnels qui « *paniquent pour rien* » ses patients.

Ce principe commun se décline ensuite selon les enquêtés, et s'avère être en lien direct avec leurs taux de prescriptions. Ainsi, les deux praticiennes les moins prescriptrices de ce groupe ont un souci d'explication des ordonnances aux patients. Elles les informent plus ou moins directement sur les effets des produits⁴⁶² (*logique dominante dans le premier groupe*). Par opposition, leur consœur plus prescriptrice estime qu'il faut « *en dire le moins possible* » aux patients, notamment concernant les effets secondaires des médicaments « *pour ne pas créer d'angoisses en plus* » (d'où des non-dits pour favoriser l'observance⁴⁶³). Cette dernière est également davantage dans une logique d'imposition de l'ordonnance et d'ajouts de produits de confort (*caractéristiques du groupe suivant*).

- Cependant, comme dans le groupe précédent, les médecins les moins prescripteurs sont d'abord ceux qui font l'effort de rechercher des sources d'informations diversifiées sur les médicaments, sans hésiter à demander l'avis de collègues généralistes concernant leurs propres prescriptions. Il s'agit aussi de médecins qui reçoivent « le tout venant ».

⁴⁶¹ Par exemple, une enquêtée dit faire « *des efforts important pour ne pas montrer mes angoisses aux patients* », d'autant qu'elle estime être de tempérament angoissé.

⁴⁶² Ex. « *avec les anti-inflammatoire, il faut boire* ».

⁴⁶³ A noter qu'elle souligne davantage les non-dits chez les patients : comme de nombreux médecins, elle décrit, voire projette sur les patients ses propres comportements.

C'est le cas de deux praticiennes suivies salariée et libérale (dont les pratiques ne s'expliquent pas seulement par le fait qu'elles soient plutôt plus jeunes et qu'elles ne soient pas issues de familles de médecins). En effet, elles valorisent le suivi et l'accompagnement des patients, plus actifs. De plus, ces médecins « accompagnateurs » passent du temps à comprendre qui a prescrit quoi et pourquoi dans les ordonnances des patients. Elles partagent leurs soins, mais avec le désir de « *ne jamais abandonner* » leurs patients et de « *ne pas tout donner aux spécialistes*⁴⁶⁴ ». Enfin, elles s'interrogent davantage sur leurs pratiques, suite à des héritages de patients « *lourds* » de leurs prédécesseurs. Elles sont également plus conscientes de difficultés d'observance de leurs patients, suite notamment à des suivis plus réguliers des régimes de patients diabétiques.

- Les médecins plus prescripteurs de ce groupe ont des visions des soins et des logiques de travail proches de celles du dernier groupe. Nous en avons recensé au moins trois.

Ils sont uniquement informés des médicaments par les laboratoires pharmaceutiques, avec qui ils travaillent volontiers ou collaborent⁴⁶⁵. Inversement, ils fréquentent encore moins (environ une fois par an), ou pas du tout les FMC. En conséquence, ils ont davantage tendance à « *rendre service* » aux patients, *via* les médicaments. Tous valorisent des logiques d'action (l'important est d'agir, de « *ne rien abandonner* », d'« *avancer sur tous les fronts* », de « *se battre* », etc.⁴⁶⁶). Certains se pensent porteurs d'une mission sociale : ils ont des désirs de changer les habitudes de vie de patients, de faire leur bien (attitude favorable à des risques de le faire à leurs place, en projetant leurs propres normes sociales).

De plus, dans cette étude, ces médecins orientent davantage les patients vers les spécialistes. D'ailleurs, tous ces enquêtés ont un carnet d'adresses très fourni comprenant des recours à des spécialistes de proximité et des correspondants travaillant en secteur privé (autre facteur majorant leurs prescriptions). En effet, on trouve parmi eux des « orientateurs » : ce sont des médecins qui gèrent moins les dossiers de leurs patients, qu'ils poussent à faire des consultations spécialisées (ex. « *vous devriez refaire quand même une consultation en* ») sans attendre ensuite leurs retours. C'est le cas d'une praticienne salariée suivie, qui souligne plutôt l'importance de « *faire front* » entre médecins (vision des soins incluant « l'hôpital, les consultations, le libéral, les centres de santé »). Aussi, elle répète souvent aux patients : « *le plus important c'est que vous voyez vu par un médecin* », « *que vous ayez un suivi* » (qu'il s'agissent d'elle ou d'autres confrères). En cas de manque de temps, elle oriente également des patients vers des gynécologues (sa propre spécialité). Enfin, cette praticienne ne se pense pas comme écoutante, alors que c'est l'une des enquêtées de l'étude qui prend en charge le plus de problèmes dits psychosociaux ou médicaux sociaux⁴⁶⁷.

Enfin, on trouve également dans ce groupe des généralistes quasi spécialistes : ils se sont spécialisés en pédiatrie, en gynécologie, en homéopathie. C'est parmi ces médecins, non suivis et travaillant seuls en secteur libéral, que les taux de prescriptions (de médicaments) sont les plus élevés. Ainsi à titre d'exemple, un enquêté gagnait environ 100 000 euros net/an

⁴⁶⁴ « ...sans balancer à tout va aux hospitaliers, sinon on n'a plus de rôle ».

⁴⁶⁵ Ils disent recevoir les commerciaux 1 à 2 fois par semaine, mais depuis plus de 20 ans pour l'enquêté le plus prescripteur. Ils fréquentent ou participent à l'organisation de colloques, de congrès, de réunions locales financés par l'industrie. L'un d'entre eux adhère à un syndicat de médecin, également favorable à ce type de collaborations.

⁴⁶⁶ Ils utilisent un vocabulaire du combat contre les maladies ou les épidémies, très répandu en médecine (Vega *et al.* 2010).

⁴⁶⁷ Durant les observations (de courtes durées), environ 1/5 de ses consultations étaient consacrées à la prise en charge de ce type de problèmes. C'est le médecin salarié suivi qui avait le plus de patients d'origine étrangère (près de 80% lors du suivi). Elle fait aussi partie des généralistes qui n'insistent pas sur les strates personnelles en gynécologie : c'est au gynécologue d'aborder ces questions d'ordre privé.

en 2009 (soit 8500 net/mois). Il s'agit d'un « *enfant du pays* », fils de médecin spécialisé en pédiatrie (sous spécialisation qui peut être « *très lucratives* » en secteur libéral⁴⁶⁸). Il faisait environ 30 actes par jour, toutes les 15 minutes, avec « *des horaires de bureaux, tout le confort* »⁴⁶⁹. Cette notion, comme ses pratiques (tri des patients en amont, régulation du temps de consultation, recherche d'un prestige local et de gains financiers) s'apparentent à des stratégies développées par des médecins du 3^{ème} groupe (*voir chapitre suivant*).

Ces analyses ne seraient pas complètes sans revenir sur un dernier aspect du profil des médecins moyennement à gros prescripteurs. Ainsi, deux médecins suivis pendant plusieurs années et initialement « petits » prescripteurs sont devenus respectivement une moyenne et un gros prescripteur de médicaments en se spécialisant en gériatrie (la première malgré elle, et le second par intérêt)⁴⁷⁰.

Ainsi, le profil d'une praticienne l'apparentait plutôt à celui des médecins du premier groupe. C'est la seule enquêtée de ce groupe à estimer n'avoir pas été bien formée, et à pratiquer réellement une médecine lente : elle voit les patients toutes les ½ heures, lesquels sont au cœur de ses préoccupations (« *Les gens m'intéressent* »). Elle est également consciente des limites des recours aux médicaments (« *au début tu as des certitudes, mais après toi dans ta pratique, tu t'aperçois que tu n'as pas les résultats escomptés... Tu deviens plus modeste* »). Concernant les problèmes dépressifs, elle suit les recommandations et privilégie les stratégies de temps et d'écoute. Elle travaille également en collaboration avec des psychiatres, malgré des difficultés (« *je suis sûre que les médicaments c'est pas forcément une solution, non : c'est le soutien. Je fais du soutien avec mon bon sens et ce que je ressens. Bon, c'est pas facile, et puis c'est pas facile pour les gens de trouver 'Le' spécialiste - y'en a pas des masses -, et de trouver quelqu'un qui correspond à votre profil... Bon y'a le CHS, mais c'est sectorisé et très connoté* »). Cependant, elle est amenée à suivre de plus en plus de patients de plus de 70 ans, malgré son jeune âge : suite à ses premières orientations mais aussi à des changements dans le partage de ce type de patients entre médecins locaux (elle prend en charge des personnes âgées que ses confrères ne peuvent ou ne veulent plus suivre). La prise en charge de poly-pathologies augmente le coût et le nombre des produits de ses ordonnances (« *c'est aussi notre difficulté parce qu'on a des comptes à rendre à la société au niveau budget- enfin c'est pas le budget mais l'argent que, - ça coûte cher, hein, la médecine -, mais en même temps on est obligé de faire des choses qui coûtent très chères* »)⁴⁷¹. Car elle continue à inférioriser son propre savoir et reconduit de plus en plus de produits prescrits par les spécialistes locaux.

Le cas de son confrère devenu quasi gériatre et gros prescripteur⁴⁷² est plus complexe à analyser. Cependant, son exemple semble confirmer que des spécialisations dans ce domaine seraient synonymes de risques de surprescriptions pour d'autres raisons. D'une part, la gériatrie est une spécialité montante (de plus en plus médiatisée) : elle en passe de devenir « *l'avenir de la médecine* » selon ce médecin, ou « *le marché de l'avenir* » selon d'autres

⁴⁶⁸ Selon des médecins du premier groupe (ex. « *C'est tout bonus : tu vois les mamans, puis les bébés, puis les enfants, avec les parents bien angoissés, c'est facile en plus* »).

⁴⁶⁹ Soit près de 8000 actes par an. En France, la moyenne des actes par jour est plutôt au alentour d'une vingtaine d'actes (pour une moyenne de 5000 à 6 000 actes par an).

⁴⁷⁰ Inversement, les autres enquêtés suivis sont potentiellement des « gros » prescripteurs car ils ne prennent pas en charge de personnes âgées.

⁴⁷¹ Encore une fois, il est possible de rester un petit prescripteur tout en prenant en charge des personnes âgées (comme en témoigne un enquêté du groupe précédent), mais ceci demande des prises de conscience puis des efforts importants.

⁴⁷² Comme de nombreux généralistes en France, ce médecin ne se considère pas comme tel. Dans l'étude, il existe des médecins plus prescripteurs, mais nous ne les avons pas suivis et nous n'avons pas eu leurs Relevés d'Activités (*voir troisième groupe de l'étude*).

enquêtés de l'étude suite à la multiplication des traitements proposés par les laboratoires pharmaceutiques (pour les patients Alzheimer⁴⁷³, les dysfonctionnements érectiles et l'ensemble « *des troubles de la vieillesse* »). D'autre part, la prise en charge de patients âgés a toujours donné lieu à des abus (médicaux et familiaux), en raison de la solitude, de la fragilité ou de pertes de mémoire de certains. Ces tendances ont été soulignées par des enquêtés du premier groupe travaillant au sein d'EHPAD, mais aussi par des gériatres et des responsables de structures spécialisées dans la prise en charge de personnes âgées (rencontrés au cours de nos précédentes études⁴⁷⁴).

Une posture défavorable aux généralistes et aux patients ?

Il semble difficile de résumer les problèmes spécifiques aux médecins de ce groupe, du fait de leurs profils divers et de leur nombre important en France (à moins de refaire des études s'appuyant sur des approches quantitatives). Concernant les médecins suivis, trois hypothèses de travail peuvent être malgré tout posées.

- Premièrement, il s'agit de médecins aspirant à rester dans les normes dominantes en médecine : ils désirent reproduire des habitudes hospitalières rassurantes (partager des patients avec les spécialistes, travailler « *en équipe* », avoir recours aux examens, et se spécialiser pour certains). Pourtant, les médecins « accompagnateurs » ont finalement peu de contacts directs (de gré ou de force) avec les spécialistes et avec l'hôpital, et cet isolement même relatif semble plutôt les fragiliser.

- De plus, tous les enquêtés se retrouvent sous une double dépendance à l'égard des spécialistes et des médicaments : ils ne peuvent incriminer ni ces derniers, ni les spécialistes à qui ils accordent toute leur confiance. En conséquence, ils ont tendance à penser soit que le problème vient du patient, soit d'eux-mêmes (en qualité de généralistes). Ainsi, des praticiennes observées semblent avoir malgré elles des jugements négatifs d'usagers, parce qu'elles se retrouvent limitées dans leurs actions (elles accusent par exemple des parents de manquer de sens des responsabilités, *caractéristique du 3^{ème} groupe d'enquêtés*⁴⁷⁵). De même, face aux plaintes de patients, tous les médecins ont plutôt le réflexe de protéger ou de couvrir les abus de confrères spécialistes : par déontologie, mais aussi suite à des méconnaissances et à des sentiments d'infériorité (ex. « *je ne suis pas capable de vous dire s'il faut vous faire opérer ou pas* »). Les incertitudes exprimées aux patients portent uniquement sur leurs propres savoirs (ex. « *moi ça m'arrive de dire aux patients : je ne sais pas.* »). Autrement dit, et contrairement aux médecins des deux autres groupes, tout ce qui concerne de près ou de loin les savoirs spécialisés resterait un domaine « sacré » (impossible à mettre en cause). Ceci expliquerait également pourquoi des médecins même *a priori* peu prescripteurs puissent le devenir : ils font toujours entièrement confiance à des produits prescrits par des spécialistes (malgré des abus de ces derniers) ou présentés comme tels par des commerciaux ou vantés par des « *leaders* » (des spécialistes) lors de colloques.

- Concernant les patients, un dernier processus mérite d'être souligné. Ces derniers sont moins entendus que dans le groupe précédent, mais ils semblent davantage jouer un rôle de modérateurs des prescriptions dans ce groupe. En effet, du fait de manque de compétences et/ou de confiance en leurs propres compétences (minorées), des praticiens laissent une porte ouverte à des discussions soignant soigné (ainsi, des patients ont exprimé leur étonnement à l'égard de surmédicalisation du rhume et surtout de la sinusite, de prescriptions de

⁴⁷³ Pour aller plus loin sur ces logiques qui dépassent l'Hexagone : Leibing 2009.

⁴⁷⁴ Vega 2003, 2007 et 2008.

⁴⁷⁵ Ces jugements sont surtout visibles dans le domaine alimentaire, comme nous l'avons déjà souligné (Vega 2007).

médicaments retirés du marché ou objet de polémiques ; ils se sont opposés à des prescriptions d'antibiotiques et de psychotropes ; ils ont critiqué des opérations abusives, etc.⁴⁷⁶). Dans ce sens, les ethnographies montrent le rôle actif de ces derniers : ils sont souvent amenés à signaler des abus médicaux, d'autant plus lorsqu'ils sont issus de milieux populaires et d'origine étrangères.

Résumé – transition : la reproduction de modèles de soins dominants

Les ordonnances de ces médecins « dans les normes » comprennent des produits de confort, des psychotropes associés et des « me too » (c'est-à-dire des produits à faible efficacité, ou peu recommandés). Plusieurs facteurs expliquent ces tendances. Premièrement, ils accordent leur confiance aux produits les plus prescrits, utilisés pour apaiser au plus vite tous les symptômes gênants de leurs patients (ils reproduisent des traits culturels présents chez les médecins plus prescripteurs du 3^{ème} groupe, avec qui ils partagent des visions positives des produits). De plus, ils ont intériorisé les hiérarchisations des soins véhiculées en faculté : ils minorent, voire dévalorisent les savoirs généralistes par rapport aux savoirs spécialisés, d'autant plus que leurs motivations initiales n'étaient pas nettement favorables à une orientation généraliste (tous ce sont spécialisés).

Plus précisément, selon la plupart de ces médecins, le généraliste accompagne ou oriente les patients dans le parcours de soins, dont il n'est qu'un rouage mineur. En conséquence, le généraliste traite les maux les plus courants en médecine générale, car jugés « mineurs » (*caractéristique partagée avec les médecins les plus prescripteurs du dernier groupe*). Ainsi, ces médecins médicalisent les épidémies saisonnières, les douleurs mais aussi les problèmes dépressifs réels ou supposés des patients. En effet, ils se croient capables de diagnostiquer et de traiter les dépressions jugées banales : ils ne collaborent pas avec les experts du « Psyché » et leur délèguent l'ensemble du suivi après des échecs médicamenteux. De plus, sur tous ces domaines, la plupart passent directement des symptômes aux médicaments. Ils sont aidés dans ce sens par les laboratoires, qu'ils côtoient et qui ont également investis ces domaines. Enfin, d'autres facteurs participent à majorer leurs propres prescriptions : les médecins suivis manquent de temps pour prendre en charge leurs patients et témoignent de fatigues chroniques.

Pour tous les autres domaines, ces médecins délèguent une partie importante de leurs soins : faute d'intérêts, de savoirs (ils n'ont développé qu'une partie des compétences en médecine générale et méconnaissent de nombreux produits), mais aussi faute de confiance dans leurs propres compétences chez tous les médecins suivis. Ces derniers cherchent à rester « dans les règles » : ils s'appuient surtout sur les avis des médecins spécialistes, qu'ils ont tendance à (sur)valoriser, et dont ils reproduisent sans critique les ordonnances (ils reconduisent l'intégralité d'ordonnances parfois longues lorsqu'elles concernent des personnes âgées et des patients « psychiatriques »). Les savoirs spécialisés restent en effet un gage de « bonnes pratiques », d'assurance, voire leur unique référence. En conséquence, on observe de nombreux cumuls de produits dans les ordonnances des enquêtés. Au fil de leur professionnalisation, ils ajoutent à leurs produits habituels des médicaments spécialisés (*a fortiori* s'ils sont vantés par des « leaders » - des spécialistes-, ou par des visiteurs médicaux dans ce sens). La plupart préfèrent également ajouter des médicaments palliant les effets secondaires de produits prescrits par les spécialistes (plutôt que de prendre la responsabilité de changer des traitements initiés par des « experts »). Parce qu'ils ne remettent pas en cause ces prescriptions, ces praticiens participent alors malgré eux à laisser dans les ordonnances des

⁴⁷⁶ Voir le second rapport remis à la Cnamts. Ces processus ont été observés également chez des médecins « gros prescripteurs » dès lors qu'ils étaient peu « charismatiques » (ex. Critiques d'être inclus à des études financées par les laboratoires sans en avoir été informé, de recours systématiques à des infirmières en domicile, etc.).

médicaments devenus inutiles, voire à l'origine d'effets iatrogènes, mais dont les causes initiales de prescription ont été oubliées (*facteur déterminant, voir première cause des surprescriptions en France*). Ils participent d'autant plus à ce processus qu'ils ont plutôt peu d'échanges directs avec les spécialistes (hospitaliers).

Ces derniers sont plutôt utilisés pour se décharger de responsabilités, dans l'éventualité de problèmes graves chez leurs patients. En effet, les enquêtés ont des perceptions des risques importantes, d'où des pratiques de protections importantes (expliquant aussi des prescriptions d'antidépresseurs et d'anxiolytiques pour parer aux risques de suicide chez les médecins suivis). Contrairement aux médecins du premier groupe, ils n'ont pas pallié les lacunes des formations initiales en multipliant les expériences après les facultés, puis en développant des savoirs généralistes ou des alternatives aux médicaments. Au contraire, ils ont reproduit des habitudes de travail acquises lors de leurs apprentissages à l'hôpital, favorables à des orientations vers les spécialistes. La plupart des enquêtés, libéraux ou salariés, ont d'ailleurs préféré continuer à exercer à proximité de CHU, de spécialistes et de centres d'examen. Les recours aux examens, comme aux services des urgences (majorés dans ce groupe) répondent aussi à des besoins de réassurance. Ils permettent de reproduire des habitudes hospitalières rassurantes et de gérer l'incertitude, principalement en matière de diagnostic. Autrement dit, le contenu des ordonnances des médecins suivis témoignerait surtout d'un manque d'habitudes à gérer le doute (d'où leurs attentes de « recettes », glanées surtout auprès des spécialistes jugés toujours plus compétents. Il s'agirait d'un « cercle vicieux » : faute de confiance accordée aux patients, faute d'avoir développé des compétences généralistes et pour certains des réseaux d'entraide, ces médecins restent dans l'attente d'aides).

Sur l'ensemble des enquêtés, un sous groupe de praticiens est moins nettement prescripteur. Comme cela a été déjà souligné dans le groupe précédent, ces médecins ont tendance à diversifier leurs sources d'informations concernant les médicaments. Ils cherchent davantage l'avis d'autres médecins (favorables à des contrôles de leurs ordonnances). Dans cette étude, ils ont plutôt un profil d'« accompagnateurs » des patients, « tout venant ». Même s'ils jouent un rôle modeste dans le parcours des patients, ils font l'effort de gérer les « dossiers » de ces derniers : ils cherchent également à comprendre les décisions des autres médecins prescripteurs. Par opposition, les médecins plus prescripteurs sont formés avant tout par les laboratoires : ils n'ont aucun regard et information critiques sur les médicaments (*comme les médecins du dernier groupe*). De plus, ils se sont spécialisés dans un ou deux domaines : ils orientent encore plus les patients, sans attendre leurs retours d'une part. D'autre part, leurs spécialisations portent sur des domaines « porteurs », tels que la pédiatrie et la gériatrie (*synonymes de risque de prescriptions majorées, et parfois attendues*).

Quoi qu'il en soit, tous ces médecins se sentent dans l'obligation de prescrire des produits, des examens et d'orienter les patients chez des spécialistes, d'où les coûts majorés de leurs ordonnances. Ces praticiens (et leurs prescriptions) sont restés sous une double influence : ils ont tendance à s'en remettre aux savoirs des spécialistes et/ou aux discours des laboratoires (suite à des spécialisations, à des besoins de conformité et de réassurance). Autrement dit, les enquêtés accordent toujours leur confiance aux médicaments, aux spécialistes et/ou aux laboratoires. En conséquence, ils sous-estiment les effets secondaires rapportés par les patients, *a fortiori* si les traitements de ces derniers ont été initiés par des spécialistes. De plus, en cas de difficultés dans les soins, et même d'abus avérés de prescriptions, ils n'ont guère que trois d'alternatives : ils « couvrent » les spécialistes ; ils sont conduits à penser que le problème vient d'eux-mêmes (leurs savoirs sont limités, ils ne savent pas), ou des patients (pas assez observant, « nomades », peu responsables, etc.).

Concernant leurs rapports aux patients, les médecins suivis partagent des traits communs avec le premier groupe d'enquêtés (ils prennent leurs décisions en croisant et/ou en

demandant le point de vue des patients), mais aussi avec les médecins les plus prescripteurs du groupe suivant (ce sont toujours les avis médicaux qui priment dans leurs décisions). Cependant, par comparaison aux enquêtés du 3^{ème} groupe, ils imposent moins leurs ordonnances aux patients : leurs prescriptions sont en partie contrôlées par ces derniers, car ils ont plus d'échanges avec eux.

Chapitre 3. Les gros prescripteurs : confort et manipulation

Il semble intéressant de tenter de caractériser les pratiques de médecins suivis, bien qu'ils soient en nombre limité et *a priori* parmi les moins prescripteurs de ce groupe. En effet, leur analyse permet de continuer à nuancer certains facteurs de surprescription avancés habituellement dans les études. Ainsi, des médecins salariés font également partie de ce groupe, même s'ils sont beaucoup moins nombreux que dans le groupe précédent. De même, des intérêts commerciaux ne sont pas centraux chez les praticiens observés. Ces derniers ne sont pas, ou pas uniquement à la recherche de gains financiers. Du moins, tous affirment prêter une attention aux coûts de leurs prescriptions et certains ont tenté de prescrire des produits génériques ou de diminuer des dosages de médicaments prescrits. Ces médecins sont également assez critiques à l'égard des stratégies des laboratoires (ils freinent, ou ont mis fin à leurs contacts avec les délégués médicaux, s'obligent à aller en formations). Il s'agira donc ici de regarder de plus près ce qui détermine « malgré tout » leurs taux élevés de prescription.

En revanche, nous ne donnons que des pistes d'explication concernant les pratiques des médecins plus prescripteurs non suivis (croisés ou observés indirectement, ou dont on nous a parlé⁴⁷⁷, parfois interviewés), qui sont tous des hommes exerçant en secteur libéral. Outre qu'ils ne soient pas au centre de cette étude, ils s'avèrent difficiles à suivre directement dans leur travail (comme l'a déjà souligné G. Bloy, 2008), sauf s'ils ne sont pas conscients d'être de « gros » prescripteurs⁴⁷⁸.

A. Une médecine à la « carte » : la recherche d'une « qualité de vie », une personnalisation de l'ordonnance

Par rapport aux deux autres groupes :

- ces praticiens sont davantage issus de famille de médecins. Ils ont des motivations diverses (ex. « *médecin de campagne* », « *officier de santé* », « *pivot* »), mais ces dernières sont plutôt plus incertaines (« *faire le bien des gens* », « *opportunités* », suivi d'amis en faculté de médecine), ou elles étaient centrées d'emblée sur la recherche d'un niveau de vie, de gains financiers importants.
- Ce sont en très grande majorité des hommes⁴⁷⁹. Ils travaillent nettement plus et plus rapidement⁴⁸⁰ auprès d'une patientèle « *cadree* » et/ou triée dans ce sens. Cette dernière est également plus fidèle (elle est fidélisée) et plus fournie. Ils ont une meilleure insertion et réputation locale (la plupart sont des « *enfants du pays* », des notables).
- Ces médecins ont peu ou pas d'échanges sur leurs pratiques avec d'autres professionnels (ils n'appartiennent plus de tout à des réseaux formels, n'ont pas ou peu de DU, communiquent peu avec leurs confrères). Inversement, ils collaborent plus franchement avec les laboratoires pharmaceutiques.

⁴⁷⁷ Remplacés par des praticiens des groupes précédents, ou avec lesquels ces derniers ont eu des échanges le plus souvent dans des contextes de ventes de cabinet. Ils seront nommés « médecins » pour les différencier des praticiens suivis (nommés « enquêtés »).

⁴⁷⁸ C'est le cas d'un enquêté (voir le dernier encadré du chapitre précédent).

⁴⁷⁹ Les femmes sont sans enfants, ou âgées (déchargées de charges familiales).

⁴⁸⁰ Consultations de 15 à 3 minutes selon les enquêtés.

Plus précisément, on retrouve dans ce groupe des médecins « orientateurs » du patient⁴⁸¹, mais aussi des médecins « paternalistes » (Baszanger : 1991, 74) et des médecins dits « vénaux ». Cependant, tous ont un profil de « techniciens » : ils se sont spécialisés dans la prise en charge technique de leurs patients, avec lesquels ils maintiennent une relation d'autorité distante. De plus, ils ont plutôt des jugements négatifs sur ces derniers et sur l'ensemble des pratiques profanes. Enfin, tous recherchent en priorité la sécurité au travail, une tranquillité psychologique, un bien-être individuel et/ou matériel. Ceci a motivé des choix de lieux et de secteurs d'exercice⁴⁸², et des aménagements de leurs pratiques. Ces médecins n'hésitent pas à en changer pour améliorer leur confort. En secteur libéral, les installations et les associations sont motivées par des calculs financiers. Cependant, qu'ils soient libéraux ou salariés, tous recherchent « une qualité de vie ». En effet, ils ont des centres d'intérêts tournés vers la famille, les vacances, les sorties culturelles ; certains s'investissent dans les hobbies, des associations et ont des postes importants (ex. maires)⁴⁸³.

Ces médecins appréhendent, contournent ou rejettent tout ce qui peut augmenter leurs charges de travail : ils usent, ou abusent de toutes les stratégies leur permettant des gains de temps et/ou d'argent⁴⁸⁴. Par exemple, leur emploi du temps est davantage planifié : ils travaillent sur rendez-vous⁴⁸⁵ ; la plupart font peu de gardes et de visites à domicile (idéal recherché par l'ensemble des généralistes, Bouchayer 2009). Tous font respecter le « timing » de leur consultation, plutôt régulier quels que soient les besoins et les demandes des patients. Les durées de consultations des médecins les plus prescripteurs sont identiques et très restreintes (ex. toutes les 5 ou 3 minutes). En effet, indépendamment de leur âge et de leur genre, ces médecins travaillent auprès de patients « rapides » et de personnes âgées atteintes de polyopathologies (synonyme de cumul de prescriptions), dont ils renouvellent les traitements contre le diabète, l'HTA. Les enquêtés prennent également en charge des mères de famille à partir de 40 ans. Mais tous privilégient les patients d'origine « populaire », car ces derniers leur accordent totalement leur confiance et sont jugés « plus malléables »⁴⁸⁶. Des médecins ont également tendance à instrumentaliser ou à nouer des collaborations avec des spécialistes pour leurs propres bénéfices.

Concernant les thérapeutiques, ces médecins ont notamment des taux de remboursement pharmacie supérieurs aux « référentiels régions ». Chez les enquêtés, plus de 90 % des consultations donnent lieu à des prescriptions de médicaments⁴⁸⁷.

- En effet, les enquêtés suivis sont porteurs de croyances encore plus marquées concernant l'efficacité et le pouvoir bénéfique des produits⁴⁸⁸.

⁴⁸¹ Profil synonyme de recours marqués aux spécialistes, majorant les coûts des ordonnances (voir groupe précédent).

⁴⁸² Par exemple, le travail en centre de santé est synonyme d'« un certain confort de pratique et d'horaires », « l'intérêt c'est d'avoir du temps libre à côté ».

⁴⁸³ Ces caractéristiques correspondent à celles d'un sous groupes d'enquêtés (épanouis au travail, prenant leurs retraite tardivement) déjà mis à jour dans le cadre d'une étude pour la DRESS (Vega et al. 2008).

⁴⁸⁴ Autrement dit, la fatigue, le manque de temps ne sont pas déterminants dans leurs pratiques, contrairement au groupe des moyens prescripteurs, et à ce que supposent des enquêtés moins prescripteurs (ex. « on n'a pas le temps, donc on donne une feuille de papier pour se soulager », « c'est tellement plus simple : ce sont les prescriptions de fuite pour faire voir qu'on a fait quelque chose »).

⁴⁸⁵ Contrairement aux arrivées plus aléatoires des patients au fur et à mesure de la journée chez l'ensemble des médecins des deux groupes précédents.

⁴⁸⁶ Autrement dit, ils s'investissent peu dans les domaines de la gynécologie et de la pédiatrie (ex. « J'ai des adultes, de gros malades, les ALD, les 100%, les machins comme ça... et... les couples un peu âgés »).

⁴⁸⁷ Les praticiens libéraux ont trois à quatre étoiles sur les taux de remboursement pharmacie de leur relevé d'activité : ces derniers sont supérieurs à ceux de leurs associés ayant les mêmes profils de patients, voire davantage de patients âgés (médecins appartenant aux deux autres groupes, dont certains critiquent d'ailleurs leurs ordonnances).

⁴⁸⁸ Présentes chez les enquêtés d'origine catholique et chez un enquêté protestant (non pratiquant).

En conséquence, ils reconnaissent sans problèmes leurs lacunes en pharmacologie⁴⁸⁹ et n'ont pas du tout développé d'alternatives thérapeutiques : ils rejettent même tous les recours hétérodoxes, voire les recherches diagnostics n'entraînant pas de réponses médicamenteuses⁴⁹⁰. Comme dans le groupe précédent, ils prescrivent suite à des désirs d'apaiser au plus vite des symptômes gênants (sur prescription du rhume ou de problèmes apparentés, de douleurs et de dépressions supposées). Cependant, ils ont tendance à projeter sur des patients leurs propres cadres de références moraux, d'où des tendances renforcées à la médicalisation de problèmes sociaux. De plus, des abus de prescriptions de produits psychotropes sont motivés par des besoins de mises à distance de patients gênant. Enfin, chez l'ensemble des médecins de ce groupe, des prescriptions sont motivées par des hantises personnelles plus visibles et plus développées que dans les autres groupes.

Autrement dit, l'ensemble des praticiens de ce groupe personnalise leur prescription. Ce processus est plus marqué, car d'une part ils ont tendances à imposer leurs ordonnances aux patients (grâce à l'usage de leur pouvoir médical et/ou suite à l'absence de temps de négociation). D'autre part, ces médecins ont peu d'échanges avec d'autres professionnels : leurs ordonnances ne sont pas ou peu contrôlées, ce qui donne lieu à tous les abus possibles. Ces abus sont amplifiés chez les plus prescripteurs : ils sont uniquement formés par les laboratoires pharmaceutiques ; ils répondent à toutes les demandes de patients consommateurs de médicaments et instrumentalisent les médicaments psychotropes pour leurs propres bénéfices. Autrement dit, les médecins ont les mêmes motifs de sur prescriptions de benzodiazépines que ceux décrits notamment dans les travaux de Cormack *et al.*, *op.cit* : il s'agit de gagner du temps de consultation, d'améliorer la productivité de l'exercice tout en fidélisant sa clientèle⁴⁹¹.

Dernières caractéristiques, en lien : ces praticiens, pour la plupart sensibles à leur renommée locale, à leur prestige et/ou à leur gain financier, sont des proies faciles pour les laboratoires pharmaceutiques. Ces médecins éprouvent également des difficultés, voire refusent de remettre en cause leurs pratiques (plutôt ritualisées et sources de nombreux bénéfices). Enfin, la plupart des enquêtés ont peu réflexions sur leur prescription⁴⁹². Au contraire, les médecins les plus prescripteurs de ce groupe (non suivis) semblent être très au fait des possibilités « *jeux* » et « *manipulations* » de patients, de la déontologie médicale et des cadres législatifs.

⁴⁸⁹ Ex. « *J'oublie largement des paramètres, surtout en pharmacologie* », « *tout ce qui est hormono-thérapie, etc., tout ça – moi y' a des fois je me sens un peu léger, je sais pas très bien* ».

⁴⁹⁰ Par exemple, dans le cadre d'allergies.

⁴⁹¹ Ce qui a été souligné également par P. Le Moigne : la prescription de psychotropes contribue à produire de l'activité professionnelle : la délivrance et le renouvellement des produits sont facilités parce que moyens de « faire face à la cadence des visites » (*op.cit*, p. 252, 259).

⁴⁹² Ils n'avaient jamais réfléchi à la plupart des questions posées par l'enquêteur. Ceci tend à confirmer un constat déjà fait par le cardiologue A. Froment (*op.cit*) : les ressorts des processus complexes des décisions médicales sont « souvent ignorés par les praticiens eux-mêmes » : ce qui guide ou détermine leurs pratiques resterait souvent opaques aux praticiens.

B. Des perceptions de risques majorées, des peurs peu contrôlées et des usages palliatifs du médicament

De nombreux facteurs, souvent intriqués, semblent avoir participé au fait que les enquêtés soient (devenus) de gros prescripteurs, dont principalement leurs motivations initiales à devenir médecins. Ces dernières les ont conduits à normaliser leur prise en charge, d'autant qu'ils avaient peu d'appétence pour les relations avec les soignés. Leurs formations initiales ont conforté leurs représentations positives des produits⁴⁹³, mais aussi des orientations dans soins, nettement axées sur des visions biologiques, voire « biologisantes » du corps (facilitant l'imposition de traitements, notamment de produits psychotropes). Chez des enquêtés, les idéaux salvateurs et de bienfaisance ont fait le reste. Enfin, un cumul de hantises semble déterminer les prescriptions des médecins dans ce groupe, amenés à travailler seuls, de gré ou de force. Autrement, les motivations financières n'expliqueraient pas tout, contrairement aux résultats d'études comme celles de G. Bloy (*op.cit*).

- Une écoute réduite des patients : le choix de la facilité ?

Les investissements très normalisés, distanciés et/ou de courte durée auprès des patients sont une des caractéristiques des médecins de ce groupe (à l'origine de sur prescriptions ou de prescriptions mal adaptées). Ils s'expliquent principalement par des désirs de confort. Ainsi, malgré des revendications de rôles de « sentinelle » ou « officier de santé » ou de « pivot », les enquêtés admettent volontiers le fait d'en « faire parfois le minimum pour être tranquille » ; ils avouent souvent avoir « la flemme de s'investir auprès des patients ». En conséquence, ils disent régulièrement se mettre « en pilote automatique », « ne pas trop réfléchir », reporter des consultations, voire « botter en touche ». La gestion des problèmes du patient est donc étalée sur plusieurs consultations, chaque « problème » traité séparément (absence d'approche globale), voire certaines plaintes ignorées.

- Des capacités relationnelles réduites

En effet, les échanges avec les patients sont souvent jugés « lourds », « pénibles », voire « ennuyants ». Les enquêtés semblent peu portés à l'écoute⁴⁹⁴ : certains disent avoir des difficultés à maîtriser leurs émotions ; d'autres trouvent peu d'intérêts aux histoires de vie des patients et font preuve de peu d'empathie, voire d'absence de compassion lors des consultations observées⁴⁹⁵. Plus précisément, les enquêtés éprouvent des difficultés à écouter des plaintes répétitives (ex. « Ils sont constamment dans la plainte ») et des angoisses (ex. « On est des dépotoirs à angoisses ») en particulier d'ordre social (« qu'est-ce que j'y peux, moi à leurs problèmes, je suis pas responsable ! », « Ils vous racontent leur vie... il faut tenir », « c'est encore de la conjugopathie, j'en peux plus là ! »).

Plusieurs enquêtés ont le sentiment de n'avoir jamais les « bons » malades. Ils éprouvent des difficultés à gérer la spécificité des demandes des patients en médecine générale : à recevoir des plaintes, mais aussi à « gérer » des retours (ex. « Celui-là c'est un abonné, je peux plus le voir, mais impossible de m'en débarrasser ») et à se confronter à des problèmes médico-sociaux intriqués. Ils sont ainsi gênés par des demandes « compliquées » donc longues à

⁴⁹³ Nous ne revenons pas sur leurs conséquences, déjà étudiées dans le groupe précédent.

⁴⁹⁴ D'où des discours communs sur les conséquences de la présence de l'enquêteur (obligation de « rester concentré », « de plus faire attention », fatigues dues au fait d'« être plus attentive »), dont le départ a été synonyme de soulagement.

⁴⁹⁵ Dans ce sens, des enquêtés semblent être des médecins généralistes « malgré eux », du moins ils s'investissent peu auprès des patients qu'ils jugent négativement.

prendre en charge, voire sont décontenancés par des patients ayant « *jamais une simple demande* ». Devoir « *débrouiller* » les problèmes purement biomédicaux de plaintes multiples est un travail jugé particulièrement « *fastidieux* » (« *c'est chronophage, usant* », « *ils (les patients) mélangent tout* », « *ils ont des trucs bâtards qui n'ont pas de descriptions bien formalisées dans les bouquins* », « *on est des démerdeurs de broussailles* »⁴⁹⁶). La gestion quotidienne des patients est encore alourdie par des nombreuses « *injonctions* », en particulier en termes de prévention.

Toutes ces difficultés ont de nombreuses répercussions dans les pratiques de prescription (*cf infra*). Cependant, elles ne s'expliquent pas seulement par les lacunes des formations initiales (*voir groupe précédent*). En effet, la plupart des enquêtés, comme les autres médecins de ce groupe semblent avoir toujours aspirés à des prises en charge nécessitant peu d'échanges avec les soignés, du fait de leur faible motivation soignante initiale. Plus précisément, leurs pratiques témoignent de désirs de simplifier et de restreindre leurs rapports ces derniers, tout en affichant une image de professionnels « *sérieux* ». Pour ce faire, tous les médecins suivis ont reproduit des modèles de soins dominants en médecine (hospitalière). C'est tout particulièrement le cas de deux d'entre eux. Leurs consultations sont centrées sur contrôle des paramètres biologiques (vérification des normes, courbes, statistiques d'après des protocoles médicaux) et sur des recherches nosographiques (vérification de l'existence de pathologies, *a fortiori* graves) en vue d'établissement de diagnostics. Comme les autres médecins de ce groupe, ils rejettent les relations de proximité avec les patients, car jugées non scientifiques (ils ont des jugements négatifs de « *fusion* » chez des confrères, refusent les liens d'amitiés, l'utilisation du tutoiement, etc.⁴⁹⁷). Ils privilégient au contraire les réponses techniques et normalisées : « *scientifiques* » et aisées à suivre⁴⁹⁸. Enfin, ces médecins ont des approches de la santé et de la maladie restreintes aux dimensions biologiques, et ils valorisent des logiques de combat et d'action *via* les médicaments (d'où des discours leitmotiv communs : « *il faut vraiment faire quelque chose !* »). Autrement dit, les désirs d'action médicale *via* les médicaments sont plus forts que tout.

- Une biologisation des maux

Ces logiques de travail, favorables à des surprescriptions, sont confortées en médecine générale où le primat est donné à la résolution de problèmes somatiques (Le Moigne, *op.cit*). Cependant, elles ont été renforcées par l'appartenance d'enquêtés à des courants médicaux particuliers. Ainsi, plusieurs d'entre eux ont été formés à la physiopathologie (école répandue en médecine). Ils considèrent que chaque patient est potentiellement susceptible de courir des risques « *vitaux* » ou d'être porteur de troubles du « *Psyché* » pouvant entraîner les risques précédents (*voir encadré ci-dessous*). En conséquence, ils tiennent tout particulièrement à « *faire le tour* » des problèmes de chaque patient ; ils surveillent étroitement l'apparition de pathologies « *graves* », de signes de dépression et de prises de poids (susceptibles également d'entraîner des déséquilibres importants et des réajustements des traitements). Or, avoir ce type de démarches systématiques, considérer tous les problèmes comme graves *a priori* semblent participer à la bonne réputation de ces soignants : ces pratiques sont interprétées comme des gages de compétence et d'attention par la plupart de leurs patients, ce dont ces praticiens sont conscients, ou profitent.

⁴⁹⁶ Pour une enquêtée, il est également « *pénible* » de devoir « *traduire* » son langage médical pour se mettre au niveau de profanes (il s'agit d'un effort supplémentaire à fournir).

⁴⁹⁷ L'un des médecins suivis exprime par exemple des gênes d'être malgré tout obligée de « *subir* » les embrassades de femmes âgées.

⁴⁹⁸ Par exemple, la gynécologie, « *c'est facile* » : « *tu as tout ce qui est suivi de grossesse, et là pareil : tu as un versant très carré, avec heu tel mois tel examen* », « *tu ne te prends pas la tête* », « *c'est toujours pareil* ».

Ces médecins ont d'autant plus une « bonne » réputation qu'ils ont également tendance à avoir des explications à tous les désordres de leurs patients (en particulier concernant l'origine de douleurs, de fatigues, d'états dépressifs). Plus précisément, en lien avec leur école de pensée, leurs discours sont emprunts d'étiologies « biologisantes », notamment en santé mentale (de plus en plus répandues en médecine générale). Autrement dit, le profil de « technicien biomédical » de ces praticiens les expose à tout un courant de « biologisation » de la dépression. Ainsi, une praticienne croit en l'origine biologique de certaines dépressions. Un autre praticien suivi insiste sur ce lien pour imposer ses diagnostics et ses traitements : il développe longuement l'existence de résonances entre les strates psychologiques et biologiques de chaque personne. Sa spécialisation, centrée sur le traitement de dépression, l'amène à faire parler ses patientes, puis à leur faire admettre qu'elles souffrent de cette pathologie, en reprenant souvent intégralement le discours des laboratoires (ex. action de la sérotonine, voir encadré)⁴⁹⁹. Il leur explique que leurs symptômes de détresse sont causés par leur propre incapacité « à faire face à la vie » : le recours aux médicaments est argumenté par le fait qu'elles ne peuvent plus assumer leurs responsabilités sociales, et ne peuvent pas « surmonter leurs angoisses seules » (autrement dit, on retrouve chez ce médecin une conception de la dépression comme maladie de la responsabilité dans laquelle domine le sentiment d'insuffisance, Ehrenberg *op.cit*). Chez ce praticien, l'assurance dans ses jugements et dans ses compétences est renforcée par une tradition familiale (il a poursuivi une orientation paternelle). En conséquence, il restreint ses contacts avec d'autres spécialistes du « Psyché », en particulier les psychiatres⁵⁰⁰.

Des écoles de pensée et des spécialisations médicales favorisant des pratiques de sur protection

-Une praticienne, valorisant une fonction de « sentinelle » du médecin généraliste, a été formée à l'école de la physiopathologie. Son rôle consiste à « débusquer », à surveiller et à vérifier qu'il n'y a pas apparition de problèmes organiques « graves » chez le patient (« il faut rester vigilant » : ne jamais écarter le pire, c'est-à-dire toujours l'envisager et l'anticiper). Cependant, elle est aussi amenée à « traiter » l'ensemble des autres problèmes du patient, car ils sont susceptibles d'avoir des interactions néfastes (par exemple, elle médicalise les problèmes psychologiques dès lors qu'ils peuvent avoir des répercussions physiques). Cette vision « systémique » de l'organisme en équilibre instable explique le fait qu'elle soit toujours conduite à agir (et souvent rapidement). Cette représentation explique aussi la ritualisation de ses consultations, et ses discours leitmotiv : « je veux être sûre de ne pas passer à côté de », « il faut aller jusqu'au bout », « ne pas prendre des risques inutiles ».

Dans tous les cas de figure, en fin de consultation, ses patients n'ont « pas le choix », y compris des personnes très âgées qui ne demandent pas de soins : le médecin (re)prescrit des produits (« c'est obligé »). Les traitements médicamenteux, mais aussi des examens divers et des consultations chez des spécialistes sont toujours nécessaires afin de se prémunir de risques potentiels graves. Le médecin a aussi tendance à ajouter systématiquement des produits palliatifs à ses nouvelles prescriptions (à anticiper des effets secondaires). Par contre, il refuse souvent de changer de traitements « pour ne pas avoir de mauvaises surprises ». Autrement dit, les patients doivent (re)prendre des médicaments, malgré leurs effets secondaires. Ceci vaut en particulier pour les produits psychotropes : le médecin préfère ne pas changer de molécules pour « ne prendre aucun risque » (un changement serait susceptible de provoquer de nouvelles perturbations à gérer). De plus, quels que soient les produits, ce médecin est persuadé que les produits « finiront par leur faire du bien, malgré tout » (écouter les plaintes des patients semblent donc inutile).

-Ce désir de retreindre au maximum les risques pour le médecin est également présent chez son confrère (d'orientation psychosomatique), qui raconte toujours les mêmes « histoires » à ses patients.

⁴⁹⁹ « Les patientes qui viennent juste pour traiter des symptômes, on essaye de leur faire prendre conscience qu'il y a peut-être autre chose, une dépression refoulée par exemple ».

⁵⁰⁰ Ex. « J'assume presque tout, enfin je renvoie rarement les patients aux paramédicaux, et encore moins aux psychiatres... C'est inutile de faire appel à ce qui ne sert à rien ».

Exemple :

- « *Alors ça vient, ou ça vient pas ?* »

- *Oui, le moral, mais j'ai des problèmes de sommeil*

- *Oui, ça bouscule, les neurones sont déchargés ... Qu'est-ce qui vient comme idée ?*

- *Bin je ne sais pas. Des bêtises. Et puis pour une bricole... Un rien m'angoisse, alors !... Le cerveau y déménage, alors peut-être que ça n'arrange rien (...)*».

- « *Disons, heu, en principe, - au contraire, ça doit aider puisque ces produits là ont le gros intérêt d'être des... de ramener de la sérotonine au cerveau. C'est-à-dire que vous avez le cerveau qui se vide un peu de son contenu ; et votre cerveau travaille avec un mauvais matériel cellulaire, ce qui fait heu... : votre cerveau ne fonctionne pas très bien, vous voyez, comme il n'est plus capable de faire la différence par rapport aux grands et petits soucis.* » « *Là, au contraire, la sérotonine va vous recharger, et c'est vrai que parfois on a des échecs, heu (le médecin paraît alors toujours un peu gêné, il regarde alternativement les gens et l'ordinateur)... Ou alors c'est qu'on n'est pas bien adapté... Enfin... Il existe plusieurs médicaments qui vont marcher pour une personne et pas pour telle autre. Alors effectivement, si on n'a pas d'efficacité, il faut qu'on l'arrête et heu qu'on envisage heu de repartir heu sur une autre catégorie de produits heu. Mais, à mon avis, il faut vous aider, parce que ça va pas se recharger tout seul.* » « *C'est au moment du sommeil que les neurones se rechargent normalement : si vous supprimez la recharge normale, - hein, c'est comme une batterie sans masse, vous avez beau la recharger avec l'alternateur, vous avez beau la recharger... ».* »

- Une pratique plutôt solitaire : des abus majorés

Les enquêtés ont adopté et reproduisent des modèles de soins, de « bons » et de « mauvais » malades véhiculés en faculté, hormis un. A l'instar des autres médecins de ce groupe, ils parlent peu, ou pas du tout de leurs pratiques à d'autres médecins (d'où des écarts plus importants dans leurs prescriptions, personnalisées car non contrôlées). Ce manque d'échanges et d'esprit d'équipe s'explique par plusieurs raisons. Premièrement, comme nous l'avons déjà souligné, travailler seul reste une motivation importante chez l'ensemble des professionnels de santé en secteur libéral (Vega 2003). Ainsi, chez l'un des enquêtés, « *gérer seul* » les patients est synonyme de prestige. C'est à la fois une source de fierté et de plaintes, lui permettant de vanter les aspects héroïques du métier⁵⁰¹. Deuxièmement, une partie *a priori* importante des médecins de ce groupe sont ou étaient associés pour des motifs financiers (synonymes d'échanges minimaux). Enfin, les praticiens plus prescripteurs ont conscience de leurs abus : ils estiment avoir intérêt à cacher leurs pratiques à leurs confrères (spécialistes ou généralistes) centrées sur des intérêts commerciaux.

- *Des projections de peurs individuelles : des pratiques de surprotection normalisées*

Les motivations financières n'expliquent cependant pas l'ensemble des nombreuses entorses en matière de prescriptions, dominantes dans ce groupe.

A l'origine d'abus, on retrouve des sensibilités et peurs culturelles (*comme dans le groupe précédent*)⁵⁰². Cependant, elles s'ajoutent à d'autres hantises, plus personnelles, qui semblent

⁵⁰¹ A l'instar de spécialistes hospitaliers seniors interviewés (Vega 2007). « *Le médecin de campagne, (c'est) le prestige, le prestige d'arriver à tout gérer seul (...). La difficulté, c'est de prendre des décisions seul, très rapidement en 10 minutes, et toutes les 15 minutes. Des décisions qui peuvent être vitales (...), tu portes tout sur ton dos, l'hospitalisation jusqu'à l'arrêt cardiaque et le massage : c'est à moi de dire : 'on arrête' (...). Moi je dis toujours : nous, on est là pour démerder la brousse seul (...). On est seuls (...). C'est ça le plus lourd... bien plus que la misère humaine où tu finis par mettre des barrières.* »

⁵⁰² Par exemple : « *je ne le connais pas depuis très très longtemps (...), lui je le sens pas trop, je sais pas trop comment le faire traiter, comment le, par quel biais le prendre. Du coup, sachant qu'il avait déjà eu un traitement dans des circonstances un peu similaires, - comme ça : avec une humeur un peu dépressive comme ça -, donc je me disais : 'lui, il vaut mieux que je le re traite' ».*

prédominer dans ce groupe. Ainsi, par exemple, un praticien est connu pour avoir systématiquement recours aux antibiotiques pour des rhumes et des problèmes apparentés. Cette pratique fait suite à un accident grave survenu chez l'une de ses patientes, non traitée par ces produits. La tendance à se protéger d'expériences professionnelles malheureuses, vécues personnellement ou rapportées par des confrères, serait un facteur déterminant de surprescriptions dans ce groupe. En effet, plusieurs enquêtés ont également fini par expliquer à l'enquêteur que certaines de leurs pratiques faisaient également suite à des accidents graves survenus à des patients, consécutifs à des non délivrances de médicaments, ou à des manques de surveillance médicale.

Ces comportements défensifs sont plus visibles et plus développés dans ce groupe, en raison de l'absence de contrôle des ordonnances. De plus, si de nombreux médecins témoignent d'accident de parcours (« *de cadavres dans le placard* » lors des professionnalisations en faculté), ce type d'expériences serait encore moins parlé lorsqu'elles touchent des professionnels « aguerris », fiers de travailler seuls. Ces expériences seraient moins susceptibles d'être dépassées : elles resteraient des traumatismes plus ou moins refoulés. Une dernière raison explique la permanence de ce type de surprotection. Comme nous l'avons déjà souligné ces abus, présents aussi chez des médecins spécialistes « adressants » d'enquêtés, sont la plupart du temps « excusés » par les autres praticiens, *a fortiori* si le médecin « abuseur » est âgé. Dans la plupart des cas, ces abus ne sont ni remis en cause, ni communiqués aux patients : ils sont simplement connus par les professionnels de la santé locaux. La communauté médicale se comporte de façon identique lorsque des abus ont pour origine des « *besoins financiers* », probablement parce qu'il s'agit également de processus courants, donc considérés comme « normaux » par la plupart des médecins⁵⁰³.

- *Des projections de normes sociales*

Les ethnographies permettent de souligner une autre cause de surprescriptions (favorisée par la quasi absence d'échanges professionnels). Ainsi, deux enquêtés ont nettement tendance à surmédicaliser et à psychiatriser des problèmes sociaux et des différences sociales d'une partie de leur patientèle (issue de milieux socioculturels différents des leurs). Choqués par certains comportements, ils les perçoivent et les interprètent comme de déviances graves, donc susceptibles d'être médicalisées plutôt au moyen de produits psychotropes⁵⁰⁴. Autrement dit, une partie des prescriptions de ces produits est motivée par des jugements inconscients d'anormalité sociale, considérée comme pathologique. Ces produits sont donc proposés et souvent imposés à des patients qui n'en ont pas fait la demande. Or, de nombreux patients sont exposés à ce type d'ordonnance : des patients (anciennement) ouvriers ayant de nombreux problèmes de santé (comme dans le groupe précédent⁵⁰⁵), mais aussi des femmes retraitées suite à des deuils et à des fatigues diverses dues à des charges sociales encore importantes. De plus, ces produits sont proposés aux parents d'adolescents suite à des « *décrochages scolaires* », voire aux parents d'enfants qui refusent de manger, manquent d'attention, sont agités à l'école. Dans ces cas, les médecins prescripteurs observés ont été réellement affectés par des situations jugées « *dramatiques* » ou scandaleuses : ils se sont sentis responsables de la situation d'enfants ou d'adolescents⁵⁰⁶.

⁵⁰³ Ces besoins font suite à l'achat de locaux, de maisons ; à des charges de famille importantes, aux paiements de pensions alimentaires (suite à des divorces répandus dans la profession) ; voire à la « *vénalité* » d'épouses de médecins (souvent soulignée par des enquêtés masculins, associés).

⁵⁰⁴ Ce processus est d'autant « naturel » que l'un d'entre eux est spécialisé dans la prise en charge de la dépression.

⁵⁰⁵ Les résistances de patient sont également jugés négativement (ex. « *il (le patient) refuse de se prendre en charge* », « *il ne prend pas ses responsabilités* »).

⁵⁰⁶ Ces cas ont été présentés dans le second rapport remis à la Cnamts, nous les résumons dans l'avant dernier encadré.

Ces jugements et ces prises de responsabilité expliqueraient des prescriptions de produits psychotropes plus importantes dans ce groupe.

- Des médicaments palliatifs à tous les désordres sociaux

La projection inconsciente de normes et de jugements normatifs est favorisée dans ce groupe par des exercices solitaires, mais aussi par des idéaux salvateurs et de bienfaisance⁵⁰⁷. Autrement dit, une partie des médecins de ce groupe pensent faire le bien des patients à leur place. C'est le cas de plusieurs enquêtés, qui ont des désirs de faire changer les habitudes de patients et/ou de leurs proches, voire « *de tout régler* » : de résoudre tous les problèmes, même si certains enquêtés en perçoivent les limites (*voir encadré ci-dessous*). Parmi l'ensemble des médecins gros prescripteurs de médicaments, certains se considèrent et se croient même être indispensables à leurs patients (ex. « *Qu'est-ce que les gens feraient sans nous ?* »).

Ces tendances semblent répandues dans ce groupe, car une majorité de praticiens juge négativement ou sous estime les capacités des patients et/ou leurs proches, d'autant plus qu'ils sont souvent issus de couches sociales « populaires »⁵⁰⁸. Ainsi, ces derniers sont souvent considérés comme « *pas scientifiques* », « *irrationnels* », mais aussi comme « *pas très évolués* », « *peu corticalisés* », « *irresponsables* », « *ignorants* » « *naïfs* », etc. Autrement dit, une partie importante des prescriptions visent à pallier les lacunes des profanes, toujours susceptibles de déviances, et en particulier des lacunes éducatives (mauvaise alimentation, incapacité à poser des limites souvent jugées comme des formes d'irresponsabilité parentale). De plus, des mises sous médicaments (psychotropes) de patients sont motivées par des sentiments de devoir pallier, finalement, l'ensemble des carences de la société. Par exemple, la solitude de personnes âgées est à l'origine de surprescriptions de somnifères (notamment) d'un des enquêtés, d'orientation gériatrique⁵⁰⁹. On retrouve chez d'autres enquêtés ces logiques « palliatives » et « compassionnelles » (Johanne Collin *op.cit*) : des médications compensent des manques d'aidants à domicile (familiaux ou professionnels) et de structures des prises en charge.

Cependant, ces logiques sont loin d'expliquer l'ensemble des pratiques « abusives » des enquêtés, telles que des visites à domicile non justifiées (ex. Déplacements chez des personnes entourées, pouvant se déplacer, sans caractère d'urgence). Si certains enquêtés reconnaissent ces « abus », d'autres justifient ces déplacements : ils permettent de « *ne pas se couper de notre pouvoir médical* ». De plus, à l'observation, des visites donnent lieu à des échanges de services mutuels avec des patients surconsommateurs⁵¹⁰. Autrement dit, des pratiques de prescription sont bien motivées par des désirs de captation de patients, au sein de jeux de concurrence locale. Elles font d'ailleurs échos à d'autres arguments médicaux courants : « *on répond à la demande, sinon on perd des patients qui iront chez le concurrent* », « *il faut savoir aussi des fois respecter l'angoisse de la personne* ». Or, chez des

⁵⁰⁷ Présents aussi parmi les médecins les plus prescripteurs du groupe précédent. En effet, nous avons déjà souligné le fait qu'ils soient répandus en médecine (Baszanger *op.cit*, Froment *op.cit*), car au fondement des motivations profondes à soigner, quelles que soient les nationalités des soignants (Vega et Pouyalet 2010).

⁵⁰⁸ Les stigmates sociaux sont plus importants dans ce groupe (ex. « *ce sont des peccots, ils ont des pratiques complètement irrationnelles* »).

⁵⁰⁹ « *Sinon les personnes âgées seraient laissées à elles-mêmes* ». Les abus de ce médecin en particulier ont été soulignés notamment par l'un de ses associés (suivis).

⁵¹⁰ Par exemple, parmi ces « petits » arrangements, un enquêté fait parfois passer ses visites matinales en tarif de nuit contre des prescriptions « abusives » d'antibiotiques. Au cours des observations, il a aussi modifié la pathologie diagnostiquée pour faire passer une visite pour une urgence (ex. méningite ou lieu d'un simple rhume persistant).

enquêtés, cette angoisse est souvent instrumentalisée, voire donne lieu à des abus de pouvoir, sans aucun scrupule.

Les limites du recours aux médicaments psychotropes pour « sauver des patients »

Après plusieurs interviews, un médecin suivi constate : « *le problème, c'est qu'on a un tableau de problèmes douloureux chroniques, associés à des troubles du sommeil, et en même temps peut-être la petite déprime associée : on essaye de taper sur tout en même temps, c'est un peu illusoire, ça ne marche pas souvent... Les gens se retrouvent avec des benzo souvent sur des très très longues durées* » (observée lors de ses consultations).

De même, ce médecin reconnaît après une consultation qu'« *on ne peut pas faire tout faire non plus* ⁵¹¹ », avant de revenir avec l'enquêteur sur la limite de son désir de tout traiter (faire toujours quelque chose *via* les médicaments pour que « *les gens aillent mieux* »). « *On aimerait effectivement que tout marche heu beaucoup plus facilement* », « *il faut juste que j'accepte que, bah qu'il y a des gens qui ne seront pas forcément bien, et quoi qu'on fasse ils resteront comme ils sont (...). Dans l'idéal, il faudrait que tous ces gens aillent voir un psychologue, voire même un psychiatre ou une psychiatre : ça, ça serait heu un monde heu merveilleux (rires), où les psychologues seraient remboursés par la Sécurité sociale... Un idéal où on prescrirait plus rien, ça serait super ! Et les psychologues pourraient intervenir au quart de tour, dans la minute si nécessaire, enfin bref, - enfin bon j'exagère un peu mais, effectivement y'a pas d'urgence psychologique vraie (ton bas) ».*

Reste qu'à l'observation, son « réflexe » médicament pour aider des patients (en particulier deux de ses jeunes patientes) semble être plus fort que tout : « *alors c'est très illusoire probablement, mais... j'aimerais les extraire de leurs carcans qui est un pathogène* ». En effet, ces deux patientes ont « *abandonné leurs études* », ce qui a été jugé suffisamment grave pour initier notamment des traitements (d'alprazolam notamment) ⁵¹². « *Moi je suis pas super à l'aise dans ce genre de situations où je trouve que c'est quand même pas... (normal) (...)* on a l'impression que c'est du gâchis en fait, c'est surtout ça ». De plus, comme de nombreux médecins suivis, ce médecin rapporte son échec ⁵¹³ aux parents de ces patientes : « *les gens ne nous aident pas* », « *les familles se satisfont de la situation* », « *le milieu familial a priori doit entretenir largement ses problèmes psychiatriques, enfin surtout pour la première, donc c'est un peu le cercle vicieux puisque qu'elle reste à la maison* » (« *c'est un peu le quart monde* », le père étant « *inexistant* » et la mère étant outre suspectée d'être alcoolique).

⁵¹¹ Elle vient de remettre une patiente sous Zyban ® (antidépresseur, en plus de 8 médicaments), bien que ce produit ait été arrêté par un autre médecin « *car il faut vraiment essayer de faire quelque chose pour la cigarette* » (cela fait des années qu'elle tente de réduire cette consommation chez la patiente, par ailleurs sevrée de son alcoolisme).

⁵¹² La première ne « *va plus au lycée, elle fait ses cours par correspondance (rires) et puis elle continue son suivi avec sa psychologue - que 1 fois par semaine -, et puis elle prend ses médicaments (rires), et puis voilà : pour l'instant, ça reste comme ça. Alors que moi je suis pas super à l'aise dans ce genre de situations où je trouve que c'est quand même pas... (normal) ».*

⁵¹³ « *La situation c'est un peu améliorée, mais pas tant que ça puisque qu'il a fallu reprendre (et non j'ai du) je sais pas combien de fois le traitement, et même avec le traitement c'était pas merveilleux et pffff ! Donc c'est pas très satisfaisant (ton très bas) ».*

C. Des usages de l'autorité et des non-dits pour maintenir l'illusion du savoir médical

Suite à leur besoin de confort (psychologique et/ou matériel), les médecins de ce groupe ont particulièrement aménagé la « supportabilité », la « tenabilité » de leur travail (Bouchayer *op.cit*). Ils ont développé des stratégies d'instrumentalisation et/ou d'alliance avec des spécialistes et avec des patients mis « sous contrôle »⁵¹⁴ et non informés. Cependant, ces pratiques génèrent aussi des « cercles vicieux », dont des renouvellements de prescriptions « obligées ».

- Des rapports aux spécialistes contrastés

- *Entre instrumentalisation et prise de distance*

Les relations des enquêtés avec les spécialistes semblent *a priori* traditionnelles : elles sont qualifiées d'amicales, de « cordiales » ou jugées simplement « positives ». Comme dans le groupe précédent, les enquêtés n'ont pas développé de savoir généralistes. Les recours font donc suite à des manques de compétences et à des besoins de se « se couvrir » (ex. « *j'adresse dès que j'ai un souci* »). Des adressages permettent également de rassurer le patient et le généraliste⁵¹⁵ et de pallier des échecs (initiation, essai de traitements infructueux notamment de produits psychotropes⁵¹⁶). Cependant, dans ce groupe, les spécialistes sont davantage instrumentalisés, tout comme les autres professionnels de la santé (et une partie des patients). En effet, les médecins privilégient toujours leurs propres centres d'intérêts.

Les recours permettent ainsi souvent de « *gagner du temps* », c'est-à-dire d'éviter ce qui est jugé être « *chronophage* ». Par exemple, des explications d'examen sont parfois déléguées aux spécialistes⁵¹⁷. Les médecins délèguent plus volontiers aux secrétaires les prises de contacts avec ces derniers, les écritures administratives, voire certains « petits » soins (ex. Vaccins, prises de sang, pansements). Des examens divers, dont les prélèvements vaginaux et/ou les frottis sont plus systématiquement adressés à des généralistes femmes par des hommes enquêtés⁵¹⁸, ou à des biologistes. Dans ce sens, des contraceptifs sont parfois délivrés sans auscultation⁵¹⁹. Ces pratiques sont *a priori* importantes dans ce de groupe. En effet, la plupart des médecins sont des hommes, âgés : les arguments de manque de temps cachent aussi des « *pudeurs* », des manques d'aisance et d'intérêt (Lustman *et al.*, 2009).

⁵¹⁴ Caractéristique du « bon malade » au sein du système hospitalier (Sainsaulieu *op.cit*).

⁵¹⁵ « *C'est fréquent aussi : c'est simplement le besoin ; je suis sûr de mon diagnostic je sens une inquiétude forte du patient et donc il a besoin, je sens qu'il a besoin d'un deuxième avis donc là j'hésite pas à l'envoyer chez le spécialiste pour qu'il confirme la prise de décision qu'on allait faire. Donc ça, c'est un avis plus vis-à-vis du patient plutôt que d'insister quand je sens, tu vois, que c'est une grosse décision à prendre, bon, moi ça me rassure aussi en plus, donc rassurer tout le monde. Voilà. Donc ça c'est pour les spécialistes.* ». « *Quand j'ai une inquiétude particulière, je n'hésite plus (rires) à demander avis enfin soit, à orienter des gens enfin – si jamais je pense à un truc vraiment inquiétant, en général je vais jusqu'au bout, même s'il y a peu de chances que ça soit ça, mais bon : pour être sûre que c'est vraiment pas ça quoi* »

⁵¹⁶ Par exemple, le médecin ne trouve plus de solution au cas d'une patiente anorexique à qui il dit : « *On s'en sort plus là, vous le voyez (un psychiatre) ... Il faut aller voir un spécialiste qui lui saura...* ».

⁵¹⁷ Dans ce sens, une enquêtée travaille uniquement avec des spécialistes qui expliquent aux patients leurs examens, pour éviter d'avoir à le faire (il s'agit d'une source d'embêtements, de « *lourdeurs* » dans ses consultations).

⁵¹⁸ « *Donc j'ai préféré aussi lui laisser ce truc là... et pas m'embêter moi à apprendre une technique (...), c'est vrai que c'est des examens auxquels je tiens pas spécialement : faire un frottis comme on disait tout à l'heure, c'est vrai que ça prends plus de temps, bon, et puis si la personne veut le faire ailleurs, moi je lui dis : 'très bien' ».*

⁵¹⁹ Il s'agit de pratiques rapportées à la fois par des médecins et par des patientes des deux groupes précédents.

Des délégations de soins permettent également à des enquêtés d'éviter d'endosser d'autres tâches jugées peu motivantes. Les principaux reports observés concernent les « *soutiens psychologiques* », notamment en fin de vie : tous les enquêtés ont des tendances plus marquées à entièrement déléguer l'accompagnement de patients aux infirmières (ils reportent aussi plus systématiquement les diagnostics de fin de soins curatifs vers les spécialistes). Plus généralement, plusieurs enquêtés reconnaissent simplement réorienter des patients vers ces derniers en fonction de « *l'effort* » qu'ils ont envie de fournir ou pas, de leurs motivations et fatigues du moment.

Enfin, chez les médecins les plus prescripteurs, des abus de recours à des médecins spécialistes sont liés à la recherche de gains financiers : ils sont développés des alliances médicales « *pour faire du chiffre* », multiplier les consultations du patient (*cf infra*).

Par rapport aux deux autres groupes d'enquêtés, les contacts avec les médecins spécialistes comme avec d'autres professionnels sont néanmoins plus restreints : ils sont limités à des échanges strictement « utilitaires », ou sont totalement inexistantes (ce qui favorise l'absence de contrôle des prescriptions de part et d'autre).

- En effet, les recours à des professionnels non médicaux sont jugés secondaires, voire inutiles et inappropriés : les médecins jugent être les plus compétents pour prendre en charge « leurs » patients (*voir encadré ci-dessous*).

- De plus, les médecins de ce groupe travaillent encore moins avec les spécialistes du « Psyché ». Le profil de « techniciens » de la plupart des enquêtés les amène à rejeter plus franchement des approches des soins quasiment opposées aux leurs (fondées sur des échanges entre professionnels, sur l'écoute des patients et sur l'utilisation de thérapies non curatives dans la longue durée⁵²⁰). Ainsi, certains enquêtés se sentent remis en cause par les médecins psychiatres (ex. « *ils ont raison, mais quand même on ne peut pas rien faire* »). Une praticienne est régulièrement choquée par des refus des psychiatres de prises en charge de ses patients (en fait « mal » adressés : dont le problème ne relève pas de pathologies mentales) : elle n'est pas consciente de ses propres tendances à psychiatriser des déviations sociales (« *J'aimerais avoir beaucoup plus souvent l'avis de psychiatres, mais alors eux c'est un problème* »).

Son confrère ne comprend pas non plus que des psychiatres ne prennent pas en urgence des problèmes qu'il juge être graves : il partage avec sa consœur des peurs à l'égard de patients « psychiatriques » (sur estime des risques). De plus, à l'observation, ce médecin doute à la fois de la véracité des maux de patients (ex. « *C'est encore une fausse TA* », « *ce sont surtout des cas sociaux* », etc.), et de l'efficacité des recours « à la psychanalyse » (ceci semble être en lien avec sa propre spécialisation en médecine psychosomatique). Enfin, cet enquêté pense que les psychiatres locaux (des salariés) se « débarrassent » de patients (« *alors qu'ils sont pleins de personnel* », « *atteints de réunionnites aiguës* »).

- C'est finalement l'ensemble des échanges avec les médecins spécialistes qui semblent restreints dans ce groupe. En effet, la plupart des praticiens ont choisi d'emblée des lieux d'exercice adaptés à leurs désirs d'indépendance, de faire carrière ou de prestige. Ainsi, dans cette étude, les installations dans des centres ville en province ou dans des villages dominent. Ce sont des lieux où le rôle et le statut du médecin de famille sont encore importants : les généralistes ne sont pas, ou peu en concurrence avec les spécialistes⁵²¹ ; les patients sont encore « confiants », voire « plus manipulables » (*cf infra*). Par la suite, la plupart des médecins ont plutôt développé des stratégies leur assurant un retour de leurs patients : ils

⁵²⁰ Ces incompréhensions ont déjà soulignées lors de nos précédentes observations (Sarradon et Vega 2004).

⁵²¹ Ces stratégies d'installation ont été déjà étudiées chez une partie des médecins à la recherche d'une qualité de vie, épanouis au travail (Vega *et al.* 2008).

orientent ces derniers vers les services des urgences et/ou ou vers des spécialistes qui leur laisse le suivi de patients adressés (ex. « *on a le prestige de la décision qui nous revient* »)⁵²². Enfin, deux enquêtés ont uniquement des contacts épistolaires avec les médecins spécialistes (ils n'ont pas de liens privilégiés ni avec des hospitaliers, ni avec des praticiens « de ville »), car ils n'en éprouvent pas le besoin : ils relativisent les savoirs spécialisés. Comme l'ensemble des autres praticiens observés, ils déclarent « *assurer* » sans eux, voire sont convaincus de la faible utilité des demandes d'avis (*cf. infra*).

Des désirs de maîtrise du patient : des tendances à déconsidérer les autres professionnels

Tous les enquêtés ont des jugements critiques à l'égard de « *grands professeurs de CHU* » (car souvent « *injoignables* », « *prétentieux* », « *immodestes* »), et souvent à l'égard des « abus » des spécialistes. Cependant, dans ce groupe, les jugements négatifs à l'égard des compétences de l'ensemble des professionnels de la santé sont également répandus. Les professionnels non médicaux semblent particulièrement incriminés.

Non seulement les infirmières, les kinésithérapeutes, des pharmaciens, des pédicures, des rhumatologues, des dentistes « *bâclent leurs boulot* », « *sont intéressés surtout par l'argent* », mais leurs recours « *ne sert à rien* » (« *a priori on ne sait pas trop ce qu'ils apportent de plus* », « *c'est pas scientifique ce qu'ils font* »). En effet, toutes les interventions non purement techniques, normées et contrôlées par des médecins sont l'objet de suspicions, voire de rejets (seules les compétences médicales sont légitimes).

Les jugements d'incompétence touchent surtout les professionnels susceptibles d'interférer dans leur travail et surtout de contrôler leurs ordonnances. Par exemple, des enquêtés s'agacent que des pharmaciens puissent remplacer des produits prescrits (et *a fortiori* qu'ils se permettent de critiquer leur ordonnance). Certains se considèrent être également les seuls à pouvoir suivre et à prendre des décisions concernant « leurs » patients.

- C'est le cas d'un enquêté, qui revendique en outre un rôle « *de pivot* » dans les soins. Il éprouve des difficultés à travailler avec les spécialistes « du Psyché », avec les médecins du travail et les directeurs d'institution de personnes âgés car il pense que ces derniers empiètent sur son rôle (par exemple en hospitalisant des soignés, sans le prévenir).

Parce qu'il lui paraît normal de garder un ascendant sur ces deniers, il se sent également remis en cause par l'installation récente des généralistes travaillant « *en pôle* » (dans une ville proche de son cabinet, une dizaine de praticiens assurent désormais une présence 24 heures sur 24 en prenant indifféremment les patients qui se présentent) : « *c'est un plus pour la qualité de vie des médecins*⁵²³, *mais peut-être la fin de médecine de famille !* ». En effet, habitué à imposer ses heures de consultation, à capter et à fidéliser des patients, il juge également problématique l'indépendance des usagers. Dans ce sens, il dit avoir été choqué dernièrement par plusieurs cas de personnes, qui dans son propre cabinet, cherchaient à être prises à une heure choisie par elles (quitte à voir un de ses associés, ou le concurrent disponible).

- L'incapacité à faire venir à soi des profils de patients désirés était à l'origine de questionnement et de souffrance chez un autre praticien, également très perturbé par le départ de certains de « ses » clients chez deux de ses associés. Ces processus sont au contraire qualifiés de « *jeux* » et totalement maîtrisés par les autres médecins les plus prescripteurs de ce groupe⁵²⁴.

- Des renouvellements de prescription « obligés »

Ces pratiques induisent plusieurs « *cercle vicieux* » chez les enquêtés. Comme les médecins du groupe précédent, ils sont contraints de prendre en charge seuls des patients

⁵²² Tendances étudiée par Bergeron et Castel (2010).

⁵²³ Ces généralistes travaillent moins que ce médecin et que ses associés.

⁵²⁴ La captation du patient est cependant centrale chez tous les enquêtés de cette étude. Ils s'inquiètent ou pronostiquent des non retours ; ils parlent de « *recrutement* » de patientèle ; ils s'interrogent sur la façon de « prendre » le patient (ex. « *je ne sais pas quel bout prendre ce patient* »).

« psy » (non reconnus comme tels par les psychiatres) et à qui ils prescrivent uniquement des produits psychotropes. Des personnes deviennent alors dépendantes à des produits et à « leur » médecins : elles reviennent sans cesse, et à l'observation se plaignent souvent, car leurs problèmes sont rarement résolus par des médications de psychotrope (la plupart du temps inadaptées). Or, les retours « continuels » « sans fin » sont mal vécus par les enquêtés : ils engendrent des renouvellements de traitement faute d'autres solutions et des surprescriptions pour ne pas revoir de suite des personnes devenues doublement intolérables (attachées au médecin et cumulant souvent d'autres addictions, cf *infra*).

De plus, les retours des patients sont plus importants dans ce groupe : les renouvellements des traitements de produits psychotropes participent d'une tendance générale. En effet, les praticiens médicalisent l'ensemble des maux « courants » en médecine générale, tout prenant en charge les traitements liés à des pathologies chroniques (type HTA, diabète). Or, le cumul de produits dans leurs ordonnances (initiés par le généraliste comme par des spécialistes) chez une patientèle également plus fournie est également à l'origine de retours parfois non désirés de patients. Ces derniers reviennent régulièrement se plaindre d'effets secondaires, de persistance de problèmes et souvent d'apparition de nouveaux. En effet, les problèmes d'interactions médicamenteuses semblent être logiquement amplifiées dans ce groupe. Ces motifs de consultations génèrent à leur tour de nouvelles prescriptions : des ajustements de posologie, l'ajout de produits palliatifs, des passages à d'autres molécules, etc. (Ex. « *Bon, on a va essayer un médicament qui tape encore plus fort ! On va essayer de faire comme ça quand même, et on va voir. On refait le point en revenant et on voit ce que ça donne* »).

Enfin, du fait du profil de leur patientèle âgée (souvent amenée à consulter des spécialistes), ces médecins sont davantage confrontés aux limites des recours spécialisés en médecine de ville. Autrement dit, ces médecins sont particulièrement bien placés pour constater qu'ils ne peuvent pas toujours bénéficier du soutien de confrères spécialisés, loin s'en faut. En pratique, ce constat amène plusieurs enquêtés à endosser encore plus de responsabilités : à personnaliser davantage leurs ordonnances. Certains ont alors le sentiment de passer leurs temps à « bricoler », c'est-à-dire le sentiment de s'écarter régulièrement des normes « scientifiques » (ex. « *En réalité, on a des pratiques irrationnelles* », « *c'est pas logique* », « *tu fais sans arrêt des entorses, des trucs pas rationnels, c'est pas bien* », « *c'est de la bouillabaisse cette prescription* »). Il s'agit d'un second cercle vicieux, car ces jugements négatifs les conduisent à encore moins parler de leurs pratiques, tant avec leurs confrères généralistes qu'avec des spécialistes. De plus, le manque de soutien des spécialistes contribue à nourrir des sentiments d'isolement et des hantises (« *tu es amené à faire des choix hyper peu orthodoxes* », « *on prend sans cesse des risques, même si on fait tout pour les contrer* », « *un jour ça va tourner* »). Des enquêtés sont alors tentés de renforcer leurs pratiques de protection (il s'agit d'une troisième « cercle vicieux »).

In fine, plusieurs enquêtés ont exprimé des désillusions à l'égard des compétences des spécialistes (ex. « *Les spécialistes n'en savent pas beaucoup plus que nous* », « *j'ai découvert ça sur le tard : on ne sait rien, les spécialistes non plus* »). Certains semblent même être désabusés. C'est le cas de deux praticiens, qui ont finalement témoigné de la relativité, voire de l'illusion du savoir médical (ex. « *Il ne faut pas se faire illusion, on est peu de choses* », « *on est des prestidigitateurs* », « *c'est un jeu de dupes* »). Or, il s'agit d'un jeu dont ils usent, ou abusent avec les patients.

- Des rapports aux patients déséquilibrés et/ou problématiques : des logiques instrumentales et/ou palliatives

Les médecins de ce groupe ont des profils de patients identiques, à l'image de leurs désirs. Cependant, des enquêtés compensent par un arsenal médicamenteux important des difficultés de relations avec les patients.

- *Des stratégies de captation de patients « malléables »*

Le confort dans le travail quotidien des enquêtés passe sinon par des pratiques de tri en amont des patients⁵²⁵, au moins par la normalisation des comportements de ces derniers. Dans tous les cas de figure, les praticiens observés cherchent à se protéger de relations non désirées (« *chronophages* » ou perturbatrices), et/ou de situations peu rentables. Les médecins plus prescripteurs (non suivis) ont particulièrement développé ces stratégies. Ils ont des pratiques plus systématiques de sélection de patients « *rapides* », donc rémunérateurs : des tendances à exclure d'emblée les patients jugés « *compliqués* », mais aussi des personnes très démunies, les patients « *psychiatriques* », toxicomanes (tous les patients hors des « normes biomédicales » car peu médicalisables, ou ayant des comportements stigmatisés dans la société)⁵²⁶. En cours de prise en charge, ils n'hésitent pas non plus à exclure de leurs clientèles les patients qu'ils ne « *supportent plus* »⁵²⁷. Leur clientèle se compose à la fois de patients « captifs » (dépendants à des produits psychotropes, fidélisés par leurs traitements de maladies chroniques), de personnes issues de catégories sociales inférieures et de personnes âgées « *fidèles* » (accordant leur confiance aux médecins). Elle comprend aussi de gros consommateurs de produits de confort, notamment (puisque ces médecins les prescrivent très facilement)⁵²⁸.

Cependant, tous les médecins de ce groupe ont choisi d'exercer auprès de patients faciles à capter et/ou potentiellement consommateurs de soins. Ainsi, la plupart des enquêtés valorisent les patients jugés « *plus faciles* » à maîtriser, à convaincre, à normaliser, en particulier des personnes âgées et des femmes en détresse. De fait, la plupart des patients restent en retrait, sont passifs ou déférents à l'égard des médecins, comme en témoignent leurs usages fréquents de formules de politesse (ex. « *Mais Docteur, vous ne pensez pas que* », « *c'est vous qui savez Docteur* »). Inversement, l'ensemble des enquêtés parviennent moins à capter et à s'imposer vis-à-vis de patients jugés trop autonomes, en particulier des jeunes gens, avec lesquels ils peuvent moins exercer un pouvoir médical traditionnel (ex. « *Les jeunes moins malléables* »). Cet exercice du pouvoir est devenu naturel chez l'un des médecins gros prescripteur, croisé lors de cette étude : en matière d'ordonnance, le patient, n'a pas ou peu droit au chapitre⁵²⁹.

Lorsque des médecins expliquent leurs stratégies de captation de patients

Avec des patientèles issues de milieux sociaux plus favorisés « *c'est différent : on peut être confrontés à des demandes heu qu'il va falloir négocier là, mais heu dans le sens où ils sont très informés et très au courant mais de façon excessive, et du coup nous il va falloir qu'on rame derrière en disant : 'mais non en fait c'est, c'est peut-être pas nécessaire !' (Rires) Enfin trouver les arguments pour leur dire : 'non non' (...). Ici, c'est plus facile : ils ne connaissent pas le milieu, le contexte*

⁵²⁵ Par exemple, l'un d'entre eux exclut d'emblée les toxicomanes et tous les patients favorables aux médecines douces (ils les adressent à des concurrents).

⁵²⁶ Pratiques déjà soulignées dans ce rapport et dans notre précédente étude (Vega *et al.* 2008).

⁵²⁷ En reléguant leurs prises en charge vers des confrères ou des associés (pratique observée auprès d'enquêtés des groupes précédents).

⁵²⁸ Ces analyses s'appuient sur des observations de médecins ayant remplacé ces « gros prescripteurs » (appartenant aux groupes précédents).

⁵²⁹ Comme en témoigne par exemple l'anecdote suivante : il a mis fin au suivi d'un de ses patients car ce dernier voulait assister à l'examen gynécologique de sa femme : « *c'est ma patiente* » lui a répondu le médecin, « *c'est ma femme* » lui a rappelé le mari (or, à aucun moment il a été question de ce qu'en pensait la principale concernée).

médical – ils me sollicitent peu sur de nouveaux médicaments, et se laissent faire quoi, en gros (...) Par contre, le problème, c'est les attentes (elles) sont plus la consultation chez le médecin, c'est pas forcément qu'une réponse à une question (...). Et puis ils sont moins corticalisés. Enfin moi dés fois ça me fatigue de devoir d'essayer d'expliquer un truc super basique heu (...), de devoir tout décortiquer heu avec un vocabulaire simple - oui ça demande un effort – oui. C'est pour ça que quand on voit d'autres populations par ailleurs et bin ça fait du bien (rires), même si y'a d'autres choses, d'autres travers, mais au moins pfff! : on se comprend ».

« Moi mon truc, c'est d'utiliser un langage simple, des images marquantes, même si c'est pas vrai ça les marquent (...) Par contre les nouvelles générations d'adultes sont plus difficiles à manipuler... Rien à voir avec les personnes âgées ». « En milieu rural aussi, on est plus préservés, on est encore à l'abri : les gens sont plus dociles, moins exigeants, hein. Enfin, une fois que tu les as cadrés, bien remis en place, en général ça marche bien ». « En ville, il se laissent moins faire ».

« En médecine générale, on se sert également des pressions des épouses, des mères, puis des filles et des belles-filles pour faire venir les hommes dans nos bureaux. Ils ne sont pas dupes, mais ça fonctionne ».

« Tu peux pas t'imaginer tout le boulot qu'on a... Il y a tellement de dépressions cachées, j'en reviens pas ! Il faut dire qu'avec l'augmentation de l'espérance de vie, on stabilise toutes les fonctions vitales sauf les neurones. Donc il y en a qui durent. Des femmes surtout, qui après s'être fait bouffées sans savoir quoi faire, doivent affronter leur propre mort ».

« Les femmes entre leurs maris qu'elles supportent plus et les enfants, les petits-enfants, c'est un bon filon, en général ».

- Des patients maintenus à distance

Bon gré mal gré, tous les médecins de ce groupe sont parvenus à « éduquer » leur patientèle (à la soumettre à leurs logiques de travail). Les patients doivent au minimum respecter les cadences des consultations. Le temps médical est « sacré » : les enquêtés cherchent avant tout à « ne pas prendre de retard », à ne pas se laisser dépasser, « se faire phagocyter » par les patients (il s'agit d'être plutôt ou franchement « stakhanovistes », de faire « les circuits les plus rapides » à domicile, ou d'éviter de se déplacer⁵³⁰). En effet, par rapport aux autres groupes d'enquêtés, ces médecins se plaignent davantage d'être « constamment pris à partie », dérangés y compris hors des consultations (par exemple lors de courses en ville). Plusieurs enquêtés ont même témoigné de « harcèlement » (en milieu rural, comme en banlieue urbaine).

Dans ce sens, ces praticiens imposent également aux patients leurs limites relationnelles. Ainsi, plusieurs enquêtés gardent leur distance : ils ne bavardent pas ou peu avec ces derniers, évitent de les tutoyer (ils appellent plutôt les patients adultes par leurs noms de famille). Concernant les enfants, les usages de diminutifs affectueux (« chéri(e) » « poupée » et « ma puce »), ou les expressions positives (ex. « elle est belle ») ont tendance à disparaître⁵³¹. Enfin, les enquêtés n'aident pas les patients ou leurs proches aux déshabillages et rhabillage, et s'agacent souvent de leur lenteur. Autrement dit, ces médecins s'en tiennent à des écoutes et à des aides strictement délimitées au domaine médical. Ce trait est particulièrement développé chez une enquêtée qui considère que les patients peuvent également « se débrouiller » pour trouver les adresses de professionnels de la santé sur Internet (argument pour ne plus mettre à jour son carnet d'adresse). Les stratégies de son confrère sont plus subtiles : il fait mine d'ouvrir ses consultations pour mieux les fermer ensuite (par exemple en disant aux patients de téléphoner, mais en s'arrangeant pour qu'ils ne le fassent pas). Les

⁵³⁰ Une enquêtée salariée (jeune et sans enfant) cherche à faire « le moins possible » de visites à domicile et refuse les gardes.

⁵³¹ Pratiques répandues dans les deux groupes précédents.

appels téléphoniques, comme les consultations à plusieurs, sont d'ailleurs moins tolérées par la plupart des enquêtés de ce groupe (par exemple, un autre enquêté coupe son portable parce qu'il a « *toujours eu peur de trop travailler* » et ne veut pas « *être sous pression* »).

Chez plusieurs enquêtés, des surprescriptions permettent aussi de ne pas revoir des patients de suite. Ceci concerne des traitements contre des petites épidémies (*comme dans le groupe précédent*), mais également les traitements par des médicaments psychotropes de patients en difficultés sociales, ayant d'autres addictions non médicamenteuses. Autrement dit, comme nous l'avons déjà souligné, des ordonnances permettent de maintenir à distance des patients « gênants », voire devenus insupportables.

Ainsi, des patients mettent extrêmement mal à l'aise deux enquêtés : soit parce qu'ils sont présumés être alcooliques ou toxicomanes (comportements qu'ils rejettent, ou condamnent), soit parce que leurs ordonnances comprennent des produits neuroleptiques (les médecins suspectent alors de problèmes psychiatriques, redoutés). Dans ces deux cas, des médecins observés ont non seulement reconduit l'intégralité des ordonnances en répondant à l'ensemble des demandes des patients (pour s'en débarrasser au plus vite, mettre fin à des relations pénibles⁵³²), mais ils ont parfois choisi délibérément des molécules ou renforcé des dosages de produits psychotropes pour espacer des retours⁵³³.

- Des médecins instrumentalisés par des patients ?

Ces pratiques d'instrumentalisation de patients engendrent également des effets non désirés. Ainsi, la sélection de patients « malléables » peut être à la source de sentiment de déclassement social, exprimés par deux enquêtés⁵³⁴. D'ailleurs, ils apprécient énormément la venue dans leurs consultations de patients qui leur ressemble (ex. « *C'est une véritable bouffée d'oxygène* ». Voir encadré ci-dessus). Lors de nos derniers entretiens, l'un d'entre eux envisageait un changement de lieu d'exercice pour soigner des personnes qui lui ressemblait davantage⁵³⁵.

Les ethnographies montrent également que des patients sont beaucoup plus actifs qu'ils ne le laissent paraître. En effet, certains ont choisi ces médecins, facilement pourvoyeurs de médicaments (notamment), qu'ils manipulent aisément en jouant au « bon » malade⁵³⁶. De même, la « compliance » affichée de personnes observées semble avoir des limites, ce dont ont conscience des enquêtés (« *il ne faut pas se faire d'illusions* »). Ainsi, les patients d'un des enquêtés résistent : ils ne sont pas dupes du « jeu » du praticien et l'expriment ; ils ne consomment pas tous les médicaments prescrits (ou ne suivent pas certaines recommandations médicales) ; ils pratiquent le mensonge.

Ces stratégies ont déjà été étudiées par S. Fainzang en secteur hospitalier (2007). Dans le cadre d'exercice en cabinet libéral, elles seraient un bon indicateur des pratiques de chaque médecin prescripteur : une forme de miroir (ex. « *Ça sert à rien de parler avec d'autres généralistes : personne ne dit la vérité* »). Du moins, dans cette étude, les patients semblent « mentir » d'autant plus que le médecin en face le fait. La tendance inverse semble être encore plus valable. Ainsi, comme dans le groupe précédent, les méfiances ou les défiances des praticiens à l'égard des affirmations du patient sont souvent la projection de leurs propres tendances à user de non-dits.

⁵³² Comme nous l'avons souligné, les ethnographies confirment l'existence chez les médecins de dégoûts dissimulés, d'écoutes subies particulièrement visibles dans ce groupe.

⁵³³ Des exemples de ces prescriptions ont été fournis dans le second rapport remis à la Cnamts.

⁵³⁴ Tendance déjà étudiée et plutôt indice de burn out (Vega *et al.* 2008).

⁵³⁵ « *Ça me ferait du bien de travailler à A., car les patients sont des actifs, des cadres, y'a des professeurs : c'est toujours une bouffée d'air* ».

⁵³⁶ Observé surtout lors de visites à domicile, y compris *via* des (promesses de) dons de nourriture en milieu rural ou semi rural. Par exemple, un médecin se déplace chez une femme – alors qu'il s'agit d'une « *visite abusive* », dans l'espoir que cette dernière lui redonne des truffes (cette dernière lui a dicté l'ensemble de son ordonnance).

- Une ordonnance non contrôlée et sacralisée : des patients sous informés, des usages du mensonge

- *De l'exercice du pouvoir médical à ses abus*

Lors des consultations, le médecin est l'acteur central : il prend la parole (questionne souvent le patient sur des sujets non abordés par ce dernier), puis il prend les décisions avant de clôturer les échanges (il maîtrise l'ensemble des interactions). Il est à la fois responsable et distancié émotionnellement (traits du pouvoir médical traditionnel).

Ainsi, les enquêtés arborent un masque professionnel⁵³⁷. Plus précisément, leurs consultations sont organisées autour d'un ensemble de routines, de rituels et/ou de monologues sur lesquels ils s'appuient pour renouveler ou prescrire des traitements, plutôt imposés. Pour ce faire, certains usent volontairement de stratégies verbales (par exemple, ils insistent sur le diagnostic et sur l'étiologie, utilisent un langage imagé⁵³⁸). Leurs discours sont souvent caractérisés par « des contorsions » verbales : ils doivent « gérer » les effets iatrogènes des nombreux produits qu'ils prescrivent, tout en le minorant.

Les enquêtés s'appuient également sur des mises en scène. Ces dernières visent à être perçus comme des garants du savoir médical (ex. utilisation systématique du stéthoscope, pratique systématique de prises de tension, de pesée⁵³⁹). Chez certains professionnels, ces moyens sont également utilisés pour « responsabiliser les patients », « pour amener les gens à prendre conscience de leur responsabilités ».

Afin de « mieux » convaincre les patients à agir, ces enquêtés disent d'eux même être « autoritaires », « assez interventionniste », « insister » : ils minorent volontiers les effets négatifs des médicaments prescrits, ou inversement sont volontairement « lourds », « en rajoutent ». Par exemple, ils n'hésitent pas à « jouer » sur les peurs de patients (dramaturgie, « effet électrochoc » recherchés).

- *Des oublis aux non dits*

En effet, le patient se doit d'être encore plus observant (officiellement) que dans les autres groupes. Ainsi, les enquêtés ont rarement oublié d'inscrire des médicaments sur leurs ordonnance et/ou de rappeler l'importance du suivi de régimes, de consultations à venir, des examens, etc. Leurs oublis portent sur d'autres aspects « sensibles » des soins. Ils sont très révélateurs de pratiques dominantes en médecine. Ainsi, certains enquêtés ont affirmé à des patients ne pas se souvenir d'avoir initié des traitements de psychotropes ou ont oublié avoir prononcé devant ces derniers des menaces de mises sous ce genre de traitements (*voir encadré*).

Quand la langue du médecin fourche : un échange reconstitué entre un médecin et une famille

- « Et lui, comment il va ? (c'est le tour du fils cadet, 8 ans environ, et la mère paraît un peu gênée)
 - Il a des problèmes à l'école, il est excité... Il faudrait des cachets pour le calmer, il est agité, il enquiquine sa sœur (et comme elle plaisantait, le médecin poursuit sur le même ton)
 - ... Sinon on te met une fessée ! Mais il se reprit très vite. On est obligé de vérifier si l'agitation ne vient pas d'un problème de type orthophonie... Parce que parfois il y a des problèmes de connexion de certains circuits nerveux ... Qui est son institutrice ? ». Puis le médecin ausculta l'enfant.

⁵³⁷ Plus que le port de la blouse, il signifie et impose une forme de retrait affectif (gage de sérieux, voire d'attitude « scientifique »).

⁵³⁸ C'est le cas d'un médecin qui a fini par adhérer en partie aux « histoires » destinées aux patients, ce qui le rend d'autant plus convainquant.

⁵³⁹ « Pour faire quelque chose », « sinon on n'est pas médecin », « ça fait sérieux ».

- « (...) Ça fait 7 kilos de trop !! Il faut qu'on l'aide, il faut qu'on l'aide !! ... Il faut manger correctement déjà, voire faire secondairement un bilan psychologique... Il faut s'en occuper maintenant, sinon cela fait des adultes qui vont manger de Lexomil ®! ... Il faut lui bloquer son poids et l'aider, il est dans une situation de blocage ».

La mère de famille le remercia, mais s'enfuit bien vite. Le médecin était réellement scandalisé.

- « Mais comment des parents peuvent-ils laisser leurs enfants en arriver à de telles extrémités!! Les gens sont vraiment irresponsables ! En cabinet, on voit des choses non seulement intolérables, mais criminelles ! ».

Réinterrogé sur le fait qu'il ait parlé du produit psychotrope, ce médecin ne souvenait plus du tout l'avoir évoqué.

D'autres oublis sont assumés, même s'ils portent sur des aspects majeurs des soins. Ainsi, les médecins de ce groupe sont peu portés à faire de la prévention : faute de temps, ils oublient de faire des rappels, l'éducation de patients⁵⁴⁰. De même, l'information médicale est souvent partielle car « *chronophage* » (donc dévalorisée, court-circuitée, oubliée⁵⁴¹). Dans ce groupe, elle est souvent orientée, simplifiée, ou totalement absente. Interrogés sur ces lacunes, les arguments des enquêtés sont traditionnels :

* les patients, *a fortiori* issus de classes sociales défavorisées, ont des capacités de compréhension réduites⁵⁴² ; ils sont jugés incapables de comprendre le langage et les logiques médicales⁵⁴³ ;

* ils sont susceptibles de mal interpréter les informations, sources d'anxiété (« *ce qui est souvent embêtant dans l'information, c'est comment c'est pris quoi : il y a ce que les gens prennent, ce qu'ils en gardent, ce qui reste dans leur leur inconscient, et machin, etc. Et ça, je trouve que c'est lourd ça aussi. C'est-à-dire que tu te rends compte que... à quel point chacune des paroles que tu peux donner, comment leur sens en est détourné heu, - enfin par forcément détourné, mais mal compris, ou parfois bien compris mais heu interprété heu ... parfois anxigène* »).

* Plusieurs enquêtés ont également tendance à informer les patients « malgré eux » : avant tout par peur de procès. Cette hantise répandue (également à l'origine d'une médecine « défensive », Froment *op.cit*) les conduit à fermer d'autant plus leur consultation, notamment en obstétrique⁵⁴⁴.

In fine, la majorité des médecins de ce groupe semble pratiquer la manipulation, voire le mensonge : pour favoriser l'observance, ou simplement pour gagner du temps et/ou de

⁵⁴⁰ « On a déjà un problème complexe à résoudre (...), si en plus il faut prévoir de la prévention, le machin le bidule heu... ça finit par être lourd, quoi, et c'est des consult qui n'en finissent plus quoi...Même moi : on a sorti maintenant sur ordi le calendrier vaccinal de la personne, qui sort en apparence en même temps que tout le reste. Donc on a rajouté ça ; mais c'est vrai que quand tu as réglé le problème du diabète, de l'hypertension, le machin, le courrier pour le cardiologue, le courrier pour l'ophtalmologue, le machin le bidule, bon bin au bout du compte, le vaccin tu l'as oublié, quoi... (...) Comment veux-tu qu'on s'en sorte ? Qu'on on gère tout ça ? ».

⁵⁴¹ Par exemple les explications concernant les coloscopies.

⁵⁴² Conviction ayant conduit un médecin à ne pas leur faire lire la note explicative de cette étude.

⁵⁴³ D'où l'utilisation d'images, d'un vocabulaire pauvre et réducteur « *faute de pouvoir nous faire comprendre par des explications scientifiques parfois non acceptées ou simplement non comprises* ».

⁵⁴⁴ Par exemple : « *mon angoisse à moi c'est qu'un jour on vienne me voir : - 'mais comment ça se fait que vous m'avez pas dit que je risquais ça si je faisais pas ci !'. Voilà (dit d'une traite). - 'Oui effectivement, j'ai oublié de vous dire ça'. Voilà, c'est un peu l'angoisse que j'ai (d'accord). C'est un peu l'angoisse qu'on a : d'une part passer à côté de pathologies, et d'autre part passer à côté de l'information (...). Certaines pathos, - heu comme la grossesse heu, c'est hyper angoissant, quoi, voilà. Louper quelque chose dans la grossesse, donc. C'est qu'une consultation grossesse, c'est vrai que moi ça m'est lourd, ça m'est pesant, ... Et je vois que je suis pas le seul parce que beaucoup de gynéco refusent maintenant de leur faire à cause de ça, hein (à cause de ça ?) Oui, l'aspect médico-légal (...) C'est ça qui devient lourd dans notre boulot, c'est qu'on a constamment le sentiment de n'avoir pas droit à l'erreur*».

l'argent. En pratique, des enquêtés taisent les effets secondaires des traitements, mais aussi les limites de la médecine (expliquées à l'enquêteur) : ils maintiennent les soignés dans l'illusion. Ainsi, une enquêtée s'étonne que « *les gens croient qu'on sait, c'est fou !* », mais à l'observation, elle se garde bien d'informer ses patients du contraire⁵⁴⁵. D'autres entretiennent et développent consciemment l'illusion du savoir médical. C'est le cas d'un enquêté, pour qui le principal rôle du généraliste est « *de faire croire aux patients que l'on sait* ». Il utilise aussi cette stratégie auprès de professionnels non médicaux (par exemple avec des infirmières intervenant à domicile). Dans ce sens, certains des médecins de ce groupe (non suivis) abusent de la confiance de l'ensemble des acteurs (*cf infra*).

Quoi qu'il en soit, l'assurance et le sérieux affichés par les médecins de ce groupe ne sont souvent qu'un leurre : contrairement à l'image qu'ils se donnent, les praticiens sont dans le paraître. De plus, les postures « déontologiques », présentes dans les deux premiers groupes (informer les patients, les rassurer, expliquer les limites du savoir de chaque praticien et/ou celles de la médecine), ont tendance à s'effacer. En effet, de gré ou de force, les médecins sont conduits à incarner une ancienne image du médecin : « *c'était lui qui avait le savoir et qui montrait qu'il l'avait, même s'il ne l'avait pas* » (enquête du premier groupe). Cependant, comme dans les autres groupes, plusieurs profils médicaux peuvent être dégagés à partir de leurs taux de prescriptions⁵⁴⁶.

- *Des médecins obligés de prescrire aux médecins abuseurs*

* Parmi les médecins les moins prescripteurs (*dont les pratiques ont été surtout décrites dans ce chapitre*), on trouve des médecins « techniciens » qui survalorisent l'efficacité des médicaments (ils peuvent donc être salariés, de tous âges, hommes ou femmes) : ils ne font preuve d'aucune créativité dans leur réponse thérapeutique (ils reproduisent des modèles de soins hospitaliers) et ne prennent aucun risque (ils prescrivent avant tout pour se protéger). Ils n'ont pas forcément développé de réseaux d'entraide au travail.

* Des médecins « paternalistes », le plus souvent « notables » reproduisent souvent des héritages familiaux et cherchent surtout à augmenter leur réputation locale⁵⁴⁷.

Ils valorisent le fait d'avoir « *une importante file de clientèle* », voire d'être de « *gros prescripteurs* » de tel ou tel produit, signes de leur succès et de leur pouvoir. C'est pourquoi ils sont facilement « flattés » par les représentants des laboratoires, qui les conduisent généralement à entrer des logiques de compétition avec d'autres généralistes⁵⁴⁸. Dans cette étude, il s'agit d'hommes plutôt âgés et de médecins libéraux, qui peuvent facilement devenir de très gros prescripteurs.

* Enfin, des médecins « opportunistes » sont également masculins et libéraux dans cette étude, mais ils ont des âges plus variés. Ils ont développé des stratégies d'anticipation et d'adaptation commerciale.

Dés leurs études, ils ont choisi des stages et certains sont même reformés en vue de développer des réponses « adaptées » aux profils de leurs futurs patients ; ils ont ensuite fait le choix de lieux d'exercice « *attractifs* » leur permettant de capitaliser leurs investissements⁵⁴⁹. Ils travaillent nettement plus que médecins des deux sous groupes précédents, y compris hors de leurs cabinets : pour fidéliser des clients, répondre à la demande⁵⁵⁰.

⁵⁴⁵ Par exemple, elle n'explique pas que les maux tels que le rhume ou la grippe finissent par guérir d'eux même.

⁵⁴⁶ Il s'agit ici d'une première mise en perspective, qui devra être confirmée ou nuancée par d'autres études portant plus précisément sur ce groupe.

⁵⁴⁷ Par exemple dans cette étude, leur père était médecin, ce sont des « *enfants du pays* », ils ont ou ont eu des postes en mairie, au sein d'hôpitaux locaux, etc.

⁵⁴⁸ Ex. « *Pourquoi moi j'aurais pas de défibrillateurs, alors que X en a ?* ».

⁵⁴⁹ Dans ce sens, ils sont nombreux à travailler avec leur compagne, secrétaire.

⁵⁵⁰ Des cas similaires ont déjà été analysés dans notre précédent travail (Vega *et al.* 2008), détaillés dans le

Parmi les médecins dits « paternalistes » ou « opportunistes », certains sont nettement plus prescripteurs : ils travaillent beaucoup, rapidement (par exemple, un médecin voit en moyenne 40 à 45 patients et jusqu'à 60 à 70 par jour⁵⁵¹), et selon une logique nettement libérale (ex. « *C'est celui qui a le résultat avec le patient le gagne* »). Ils ont des pratiques de tri systématiques de leurs patients. En effet, c'est plutôt l'appât du gain qui les anime, ce qui correspond davantage aux résultats des analyses de G. Bloy (2008). Cet intérêt explique d'une part des installations à proximité de pharmacies ou des aménagements de leur espace de travail (ex. salle d'attente « *mieux exposée* ») et souvent des collaborations avec des spécialistes « abuseurs » favorisant la captation de patients⁵⁵². D'autre part, ils sont tous favorables au dispositif CAPI dans cette étude : ils y adhèrent par pragmatisme. Autrement dit, il est source de bénéfices supplémentaires (d'autant plus qu'ils ont une « grosse clientèle »), au centre de leurs préoccupations (*voir encadré ci-dessous*).

Photographie d'une ville de province : quand les médecins se livrent à d'autres médecins

Un des enquêté petits prescripteurs a décrit les différents médecins qu'il a été amené à rencontrer alors qu'il cherchait à s'installer en ville. Son témoignage est sans appel.

- Le premier « *faisait de l'hypnothérapie, il avait été condamné par l'Ordre et donc il voulait continuer à faire ça, en gagnant des sous : donc il voulait arrêter en faisant ça ailleurs, en Suisse ou je sais pas où (...)* Quand on voyait son chiffre d'affaire, on voyait rien : 10 patients par jour un truc comme ça. Mais il s'était mis en mèche avec la SECU d'après ce qu'il m'avait dit, pour faire des visites à domicile le soir, uniquement au tarif de nuit. Et donc tous ses patients qu'il voyait en psychothérapie - en hypnothérapie, il les déclarait pas : tout ça était au back ».

- Un autre, qui exerçait dans le village de l'enquêté approchait la soixantaine. « *Il avait toujours fait SOS médecin. Et donc lui ce qui l'intéresse c'est, il m'a dit : 'moi c'est le fric, c'est le commerce'. Et donc il avait truc super : donc il prenait toutes les gardes du secteur, donc il était de garde tous les jours (...)* plus à côté, il était de garde 24 heures sur 24 : c'est ce qu'il aimait bien faire, c'était SOS médecin. Donc qu'il sorte ou pas la nuit, il se faisait donc (le médecin calcule) : ça fait 4000 euros par mois (...). Mais en fait à partir du 1^{er} janvier 2009, le petit secteur a été rattaché au grand secteur de N., donc en fait il pourrait plus être de garde tout le temps, c'est revenu là, et donc il a arrêté, il voulait absolument arrêté au 1^{er} janvier pour pouvoir aller gagner des sous ailleurs (...). Et puis en fait comme ça s'est pas fait avec lui, il est parti le 1^{er} avril 2009, du jour au lendemain, sans laisser d'adresse ».

- « *Y'en avait un autre, par contre, c'était le médecin du quartier, lui il partait à la retraite : le brave docteur du quartier depuis 30 ans (...), ça faisait 30 ans qu'il était dans un HLM un peu plus loin. Et donc il recevait sans rendez-vous, il était corvéable à merci (...). Et j'ai vu un mec, franchement – donc il avait 65 ans -, et il serait venu me voir, je l'aurais soigné pour dépression ».*

- « *L'autre retraité, alors il me dit : 'j'arrête à la fin de l'année' – c'est un cabinet de groupe, un gros cabinet de groupe dans le centre -. Alors je lui dis que je serai intéressé, alors il me dit : 'oui mais vous savez, je crois que vous êtes un peu spécial (le médecin lui avait dit qu'il lisait la revue Prescrire), je vous le conseille pas, parce qu'avec mes collègues vous avaleriez trop de coulevres, vous supporteriez pas' (...). Donc il y avait lui vraiment passionné - qui avait plein d'autres choses à faire, mais lecteur de la revue Prescrire, qui ne fait pas de l'abatage, qui reçoit pas de visiteurs médicale, et puis sympa (...). Mais il avait un autre associé qui lui par contre faisait de l'abatage : il faisait une consultation toutes les 10 minutes et il prenait entre les 2 ; et puis un autre, jeune, qui faisait mi-temps à l'hôpital (...). Ils n'ont pas trouvé de repreneur... Donc qu'est-ce que fait celui que j'ai rencontré, C. ? 'Puisque c'est comme ça, je suis passionné de photographie, je pars à la retraite ; et le jeune : 'puisque c'est comme ça, moi je vais faire un plein temps à l'hôpital'. Et l'effet domino :*

rapport final, en ligne.

⁵⁵¹ D'ou des possibilités de gains importants : de 4000, 5000 euros par semaine, soit environ 18 000 euros par mois.

⁵⁵² Pratiques qui peuvent être à l'origine de tensions au sein de cabinets de groupe.

toute la médecine générale a failli s'arrêter à la C. (rires). Alors ça c'est pas fait finalement parce qu'ils ont retrouvé 2 jeunes qui ont fini par reprendre l'activité des 3, plus ou moins ».

- Il existe un autre « gros cabinet de groupe dans le centre ville super équipé : réseaux informatiques, secrétaires, heu bureaux en chêne, enfin super classe : ils étaient 3 médecins. Y'en a un qui m'avait contacté, qui voulait arrêter, 39 ans, donc un jeune, pour faire médecin des pompiers. Donc ils n'étaient plus que 2 médecins, donc j'aurai pu reprendre. Alors j'ai vu son chiffre d'affaire, enfin ils bossent tout le temps, comme des fous, enfin c'est des horaires pas possibles ! Mais avec ce chiffre d'affaire, ce cabinet il est viable à 3 : s'il en manque un, les charges sont tellement élevées que c'est plus possible (...). Et bien qu'est-ce qui vient de se passer, au mois d'avril ? Bin lui est parti et n'a pas été remplacé, et l'autre associée - qui était une jeune aussi - elle est partie parce que son mari a été muté dans l'Y. Et bin voilà : 4 mois après qu'ils m'aurait passé, et bien le cabinet s'arrêtait. Donc là, y'a pu qu'un seul toubib, avec des charges pas possibles, donc ils sont obligés de licencier ».

- Avec le dernier « j'ai vraiment cru que ça allait coller (...), il voulait aller dans le Sud (...), il a eu à deux reprises des projets, et qui ont pas marché. Mais à chaque fois il m'a foutu dans la merde (...) finalement, il est resté sur place : il était d'ici et son père aussi, médecins et c'était assez probablement assez lucratif pour sa femme ».

Ces médecins sont les plus prescripteurs : ils ne se cachent pas de rechercher les profits et d'avoir un niveau de vie important (par exemple, ils se vantent d'être possesseurs de nombreux biens). Cet intérêt « vénal » les conduit généralement à réduire leur rôle à celui de « distributeurs de médicaments » (de « gate-keeper » : ils se cantonnent le plus souvent à distribuer des bons d'accès aux spécialistes et à recopier les ordonnances), et/ou de distributeurs de certificats d'arrêt de travail⁵⁵³. Autrement dit, ces médecins se spécialisent dans le dépannage rapide en « bobologie » (dans la prescription de produits courants), et la plupart de leurs patients sont vus à la chaîne (de 10 à 5 voire toutes les 3 minutes). Grâce à des tris de patients 'rapides' ou vus rapidement et en attente de médicaments, ils imposent leurs prescriptions (absence de temps de négociation), se contentent de répondre à la demande, ou la favorisent. Ils ne font pas ou peu d'auscultation et délèguent de nombreux actes (ex. renouvellement d'ordonnances confiés à des secrétaires). Enfin, ils fréquentent les réunions médicales locales et ne mettent aucune limite à leurs rapports avec les représentants des firmes pharmaceutiques. Ils sont d'ailleurs reconnaissables par les visites importantes de délégués médicaux à leurs cabinets (qui les connaissent intimement et les forment), mais aussi de plus en plus par celles de représentants de la Cnamts.

Enfin, cette étude montre indirectement l'existence d'un dernier sous groupe de praticiens uniquement motivés par l'appât du gain (tous de genre masculin), *a priori* parmi les plus prescripteurs : ils suscitent la demande et cherchent à duper sciemment leurs patients. Cependant, ils se méfient d'emblée des enquêtes et appréhendent toutes formes de contrôles de leurs pratiques : ils semblent échapper à tous contrôles. Il s'agit de véritables abuseurs des patients, comme des représentants des services d'assurances de la santé. Aux vues des retours de patients et/ou de témoignages de leurs successeurs potentiels, ils sont caractérisés par des stratégies d'alliances et par des accointances. Ils travaillent avec des spécialistes eux-mêmes abuseurs (ex. travail en couple ou entre anciens collègues de faculté) pour « *faire du chiffre* », « *faire du client* », « *faire tourner les patients* », mais aussi grâce à la bienveillance de médecins conseils ou de personnalités « *bien placées* »⁵⁵⁴. Enfin, ils ont des pratiques nettement plus condamnables (condamnées par les autres médecins). Par exemple, ils abusent

⁵⁵³ C'est le cas d'un médecin enquêté et d'un praticien non suivi (mais qui a été « visité » pendant les observations par les médecins conseils pour des abus dans ce sens). En effet, d'après témoignages de médecins du travail, les médecins généralistes sont souvent très démunis : « leurs seules armes, c'est aussi de prolonger des arrêts de travail » (2^{ème} rencontre annuelle de la maladie chronique, Paris, 2011).

⁵⁵⁴ Des témoignages identiques ont déjà été recueillis auprès d'hospitaliers (Vega 2007).

de patients démunis, en particulier de patients âgées (au sein d'EHPAD, de foyers, ou à domicile) ; ils disparaissent sans prévenir leurs patients (ils partent sans laisser d'adresse pour avoir une activité encore plus lucrative, ou parce qu'ils risquent d'être contrôlés). En effet, ces médecins n'ont aucun scrupule à profiter voire à abuser du système de soins (ils profitent des dispositifs, quitte à en changer dès que l'un disparaît ou apparaît). Ils semblent être des maîtres dans l'art de cumuler des avantages financiers, en ayant des pratiques réellement malhonnêtes (stratégies de manipulation et abus de confiance, contournement de lois).

Des praticiens toujours sur la défensive

Les ethnographies, bien que partielles, permettent de nuancer l'idée que tous les médecins « gros » prescripteurs de médicaments sont intéressés financièrement. En effet, la plupart des praticiens suivis, qu'ils soient libéraux ou salariés, semblent plutôt conduits à prescrire « malgré » eux (voire à être devenus des médecins malgré eux), d'où leurs discours contradictoires et/ou leurs sentiments d'impuissance.

Ainsi, plusieurs enquêtés aspirent à moins prescrire. En effet, compte tenu de leur importante file de patients âgés, dépendants, ils sont renvoyés aux limites des réponses techniques en médecine de ville. Plus précisément, ils constamment obligés de « gérer » les conséquences de prescriptions médicamenteuses (d'ajuster et de renouveler de nombreux traitements associés) dont ils ont appris à connaître les dangers. Cependant, ils sont conduits à renouveler sans cesse des traitements. En effet, leurs représentations positives des médicaments et leurs orientations biomédicales et techniques prennent le pas sur leurs idéaux initiaux. Les logiques d'action, des idéaux salvateurs et des désirs de résoudre « *tous les problèmes* » de patient font le reste. Autrement dit, ces médecins ont des usages palliatifs du médicament. Ce dernier leur permet de pallier des lacunes de prise en charge perçues chez des patients, des peurs tant culturelles que personnelles (qui font suite à des accidents professionnels) et des limites relationnelles (un manque de désir de s'investir auprès de patients).

Ces usages spécifiques du médicament, qui devient quasiment une incarnation de chaque généraliste, expliquent des incompréhensions à l'égard des critiques de leurs prescriptions (par des patients, par des spécialistes, mais surtout par des pharmaciens et par les médecins conseils à l'observation). Ainsi, une enquêtée dit être obligée de faire des entorses à ses principes « *dans le contexte du suivi de gens de manière régulière* ». Comme son confrère, des médicaments psychotropes permettent à la fois d'écourter consciemment des consultations souvent jugées dénuées d'intérêt et gênantes, mais aussi d'exprimer des idéaux de bienfaisance (projetés en particulier sur des personnes âgées et sur les plus jeunes de leurs patients). Autrement, ces médecins sont incapables de penser qu'ils puissent « abuser », d'autant plus que la plupart, bon gré mal gré ont acquis une renommée locale. Il semble donc difficile, voire impossible pour ces prescripteurs d'envisager des changements de pratiques (seuls des ennuis de santé peuvent les y conduire). D'ailleurs, rattrapés par les représentants de la Sécurité sociale, tous les médecins de ce groupe se placent dans un rôle de victimes, même lorsque leurs prescriptions sont une source de pouvoir et/ou de bénéfices financiers.

Les processus de personnalisation des ordonnances, particulièrement marqués dans ce groupe, semblent tout aussi difficiles à faire « changer ». En effet, les médecins prennent des décisions sans les patients, dont ils jugent les comportements globalement peu fiables et/ou synonymes de conduites à risque (autrement dit, c'est d'abord leur représentation des profanes qu'il conviendrait de faire évoluer). De plus, cette personnalisation des soins est renforcée par des formes d'isolement professionnel, qui sont souvent recherchées. Des médecins aguerris valorisent le fait de « savoir faire face » en solitaire et aspirent à soigner « leurs » patients, d'autant plus qu'ils ont constaté les limites des recours aux spécialistes en médecine de ville.

D'autres sont conscients de leurs abus, mais ne parviennent pas à dépasser des habitudes de prescription (pour les plus âgés) et des peurs « *du pépin* ». Pour toutes ces raisons, les échanges professionnels sont restreints, les contrôles des ordonnances limités, d'où une seconde impasse.

In fine, la majorité des praticiens de ce groupe, *a priori* assez représentatifs de pratiques courantes en médecine (générale) ne s'estiment jamais responsables de leurs pratiques : soit ils pensent faire « le bien » (être indispensables aux patients, pallier des lacunes sociales), soit ils affirment « *répondre à la demande* » pour les plus prescripteurs. Dans tous les cas, ce sont toujours les patients et/ou leurs proches et souvent les Média qui sont désignés comme responsables d'abus (ces derniers poussent les patients à trop consommer, les patients sont eux-mêmes trop crédules, emprunts de « *croyances* » erronées). Tous les arguments sont bons pour disculper des praticiens « *obligés* » de pallier les incompétences de profanes ou de répondre à des demandes « *exagérées* ». Ces arguments défensifs, comme les arguments de manque de temps (également au centre des discours de ces praticiens), cacheraient d'autres réalités. En effet, dans ce groupe, des hantises, mais aussi la préservation du propre intérêt de chaque praticien semble primer sur toutes les autres logiques, à défaut de motivation soignante. Ainsi, par exemple, des enquêtés critiques à l'égard des laboratoires vont malgré tout à des colloques et/ou à des réunions locales (organisés par ces derniers) car ils y trouvent un intérêt. Par contre, ils estiment manquer de temps pour s'investir dans des réunions professionnelles indépendantes ou dans des formations continues, faute de motivations (ex. « *on laisse faire : c'est trop loin* », « *je devrais car on nous demande de choisir les thèmes, mais je passe déjà trop temps à faire de la médecine* », « *tout ça, je me demande à quoi ça sert* », « *c'est une perte de temps : qu'est-ce que j'ai à y gagner ?* »). De même, ils critiquent des « abus » de confrères ou sont défavorables à des décisions législatives dès lors qu'elles nuisent à leurs propres intérêts (et *vice et versa*)⁵⁵⁵. Les motivations à adhérer au CAPI semblent aussi à interpréter dans ce sens.

Résumé : un cumul de désirs dans les ordonnances

Les médecins de ce groupe ne se contentent pas tous de « répondre » à des demandes trop importantes de patients « consommateurs ». Plus ou moins volontairement, ils inciteraient des patients à consommer.

1. En effet, au regard des ethnographies, les enquêtés ont des motivations soignantes et des capacités d'écoute limitées. En conséquence, ils ont fait le choix d'orientations restreignant les échanges avec les soignés : ils valorisent la distanciation émotionnelle, l'action médicale et des réponses techniques et normalisées. Le recours au médicament est important car d'une part ils se méfient, voire déconsidèrent les logiques profanes (ils ont des jugements négatifs à l'égard des patients et/ou de leurs proches et la plupart stigmatisent les personnes issues de classes sociales « populaires »). D'autre part, ils accordent toute leur confiance aux médicaments (ils ont des visions encore plus positives des produits que dans les autres groupes).

Ces représentations favorisent des surmédications de problèmes courants en médecine générale (« bobologie », recherche de « confort », problèmes sociaux) et surtout l'imposition de traitements suite à des logiques palliatives. En effet, les sentiments de responsabilités médicales - de devoir contrôler, agir et prendre des décisions à la place des patients - s'expliquent par des visions négatives de ces derniers, toujours susceptibles de déviances (les médecins sous évaluent les savoirs et les capacités des profanes). De plus, plusieurs enquêtés

⁵⁵⁵ Tendances « libérales » déjà étudiées auprès d'autres médecins de ville, comme d'hospitaliers (Vega *op.cit*)

sont porteurs d'idéaux salvateurs et de bienfaisance les conduisant à imposer des produits, notamment des psychotropes à des patients, malgré les désirs de ces derniers⁵⁵⁶. Ces prescriptions sont palliatives et compassionnelles (les enquêtés prescrivent pour pallier ce qu'ils jugent être des défauts de prises en charge sociales : ils se sentent responsables de la solitude de personnes âgées ou de problèmes scolaires de jeunes patients). Cependant, des praticiens ont tendance à juger des différences et des problèmes sociaux comme déviants : les médicaments psychotropes permettent de normaliser des conduites jugées pathologiques (les enquêtés projettent inconsciemment sur des patients, le plus souvent issus de classes sociales inférieures, leurs propres jugements de la normalité sociale tout particulièrement en matière d'éducation, leurs conceptions du normal et du pathologique, et leurs propres affects). Inversement, des enquêtés – parfois les mêmes médecins - surprescrivent des produits pour éviter de s'investir auprès d'autres patients. Il s'agit encore d'usages palliatifs du médicament. Ce dernier répond à des besoins de mettre à distance des suivis et des retours jugés « *chronophages* », trop « *compliqués* » (demandes entremêlées), ou encore usants, « *pénibles* » : perturbateurs ou gênants. Plusieurs enquêtés ont ainsi consciemment majoré des ordonnances pour retarder les retours de patients qu'ils avaient du mal à supporter, ou devenus franchement insupportables (les médecins les plus prescripteurs parent à cette difficulté en triant en amont ou en excluant ce type de patients).

2. Cependant, les ethnographies montrent que l'ensemble des médecins « gros » prescripteurs ont des perceptions de risques majorées, pas seulement parce qu'ils jugent les pratiques de nombreux profanes à « risque ». Le principal apport de cette étude est de montrer que des ordonnances sont majorées dans ce groupe suite à des hantises des prescripteurs nettement plus marquées que dans les autres groupes. Outre le fait que des médecins méconnaissent totalement certaines réalités sociales (qu'ils appréhendent), des perceptions de risque importantes sont consécutives à des affiliations à des écoles de pensée médicale telles que la physiopathologie. Ainsi, des enquêtés surprescrivent car ils anticipent des ruptures de santé présentes potentiellement chez le patient (toujours susceptible d'avoir des problèmes de santé graves) ; ils ont des approches et des explications biologiques, voire « biologisantes » de la plupart des maux, dont les problèmes dépressifs. De plus, ces médecins qui travaillent essentiellement auprès d'une patientèle importante de patients âgés, dépendants, sont particulièrement bien placés pour savoir que le recours aux médecins spécialistes est limité : le généraliste est souvent seul de gré ou de force. En effet, ces médecins sont également encore moins portés à parler de leurs pratiques à d'autres professionnels que dans les autres groupes : leurs ordonnances sont encore moins contrôlées. (Autrement dit, le principal facteur de majoration des ordonnances dans ce groupe semble lié au fait que ces médecins « assument » souvent seuls les soins sans écouter les patients. Les orientations vers les spécialistes semblent être moins déterminantes que dans le groupe précédent, à part chez des médecins abusant de recours à des spécialistes eux même « abuseurs » et connus comme tels). Enfin, ces médecins surprescrivent des produits pour se préserver de toutes sortes de complications graves : de risque de procès, de situations d'urgences respiratoires, et d'accidents professionnels.

L'ensemble des médecins de ce groupe chercherait avant tout à se protéger, *via* l'ordonnance, de hantises tant culturelles que personnelles. Cette dernière protégerait surtout le médecin, et tout particulièrement d'« accidents de parcours » : d'expériences professionnelles malheureuses ayant entraîné des problèmes de santé graves, voire le décès de patients. En effet, des médecins ne sont pas parvenus à dépasser ces situations traumatisantes, où, bien que déjà des professionnels aguerris, ils ont risqué ou mis en cause la vie de

⁵⁵⁶ Il s'agirait bien d'un apport majeur de cette étude, réalisée auprès de patients ayant un niveau social moyen à démunis.

patient(s) (d'où des pratiques de surprotection défensives). Il s'agirait d'un dernier facteur majeur de surprescriptions ou de prescriptions inadaptées. En effet, ces épisodes semblent être courants : ils sont l'objet de témoignages récurrents concernant des généralistes et des spécialistes. D'ailleurs, les médecins « abuseurs » ne sont pas mis à l'écart par la communauté médicale (ces abus, plutôt peu divulgués après de non médecins, semblent même être plutôt excusés).

Il existe donc des liens entre les pratiques de surprescriptions et des perceptions excessives de risques potentiels, sous estimés dans les études recensées. Ainsi, tous les médecins de ce groupe (suivis ou croisés) ont des pratiques visant à éviter des accidents toujours possibles et/ou à se protéger de traumatismes passés (ils imposent des gestes de soins et des traitements pour éviter des risques potentiels, mais aussi par peur de drames vécus ou rapportés). Autrement dit, dans ce groupe les prescriptions seraient surtout motivées par des désirs de protéger le patient et de protéger le prescripteur, voire souvent uniquement de protéger ce dernier - y compris en termes d'image, d'assurance financière. En effet, l'ensemble de ces facteurs sont souvent combinés chez les enquêtés avec des attraits pour le pouvoir et pour le « *gain facile* » : certains surprescrivent pour entretenir ou renforcer leur réputation locale, et tous cherchent à capter des patients faciles à convaincre.

3. Les pratiques des « gros prescripteurs » de médicaments ne s'expliquent donc pas seulement par des motivations commerciales, même s'il semble impossible de les nier. En revanche, tous les médecins de ce groupe (sauf un) exercent un pouvoir médical traditionnel. Ainsi, la plupart des enquêtés imposent des traitements en mettant en scène leur consultation, ils divulguent partiellement l'information, voire mentent à leurs patients car leurs pratiques sont centrées sur l'observance et/ou sur les gains financiers. La plupart imposent aussi aux patients leurs propres organisations du travail : ils planifient, décident d'orienter, de reporter et/ou d'écourter les consultations en fonction de leurs propres motivations. Car ils cherchent surtout le confort au travail. Ce désir de confort explique aussi pourquoi tous ces médecins privilégient les réponses techniques auprès des patients « *malléables* » et/ou « *rapides* » (synonymes de prise en charge facilitée). Dans ce sens, l'ordonnance permet à des enquêtés d'augmenter leur emprise sur des patients, c'est-à-dire de renforcer leur réputation locale. Ils se rapprochent des motivations de médecins plus prescripteurs (non suivis et *a priori* les plus nombreux dans ce groupe), qui cherchent, *via* la distribution de médicaments, à augmenter leur pouvoir d'attraction auprès de patients, dans le (seul) but de multiplier leurs gains matériels.

Pour ce faire, la plupart ont noué une triple alliance avec des spécialistes, des laboratoires et des patients « rapides », consommateurs de consultations et de médicaments (vus régulièrement). Ces médecins évitent donc toutes les situations pénibles ou difficiles en excluant d'emblée de leurs consultations les personnes peu médicalisables (ayant des problèmes psychiatriques, dépendants de drogues non médicamenteuses, socialement très démunis, en fin de vie, etc.). Ils valorisent des logiques libérales de libre concurrence entre médecins (la loi du plus fort). Parmi eux, certains « jouent » hors de toutes les règles : ils cherchent à développer leurs emprises sur des patients (ils suscitent la demande), profitent et abusent de la crédulité et de la fragilité de personnes seules et âgées. Ils abusent également de dispositifs législatifs (ces praticiens disparaissent, puis réapparaissent régulièrement pour échapper aux contrôles). Quoi qu'il en soit, l'analyse confirme deux tendances. Ces médecins sont essentiellement des hommes, qui travaillent en secteur libéral (le système de paiement à l'acte leur est nettement favorable). De plus, tous ces médecins « très gros » prescripteurs sont favorables au nouveau système du CAPI, dès lors qu'il permet un gain financier supplémentaire (ces médecins seraient capables de détourner la plupart des dispositifs législatifs).

Pour résumer, la plupart des médecins de ce groupe ne sont pas « venus à la médecine » pour soigner les patients. Aussi, ils ne prescrivent pas uniquement pour des motifs pharmacologiques : ils cherchent à pallier des risques, à « *faire quand même quelque chose* », et/ou à gagner de l'argent. De plus, tous accordent leur confiance aux produits, la plupart aux laboratoires pharmaceutiques, et moins aux patients et aux autres médecins avec lesquels ils ont peu d'échanges (y compris au sein de cabinets de groupe et en centres de santé). En conséquence, leurs ordonnances sont souvent un savant mélange d'appréciations et d'appréhensions sociales, culturelles et personnelles propres à chaque d'entre eux ; mais pas uniquement. Les ethnographies montrent finalement un cumul de produits initiés par le généraliste, prescrits par des spécialistes, recommandés par des laboratoires pharmaceutiques, voire demandés par les patients (en particulier chez les médecins « distributeurs de médicaments »). Dans tous les cas, les praticiens finissent toujours par répondre à des angoisses de part et d'autre. Autrement dit, les ordonnances de ces médecins seraient une conjugaison de besoins, des désirs et de peurs (pour ne pas dire d'angoisses) souvent profonds et inconscients de l'ensemble des acteurs en présence : le généraliste, ses correspondants, des industries du médicament et/ou des patients... Et cela finirait par faire beaucoup trop pour le trou de la Sécurité Sociale.

Conclusion de la troisième partie

De la cuisine aux usages plus raisonnés du médicament

La comparaison des motifs de prescription des différents groupes de médecins enquêtés permet de mieux expliciter des processus en partie décrits dans les autres parties de ce rapport, en particulier les effets du genre du prescripteur. Les résultats montrent les liens existants entre la vision du rôle professionnel et les usages du médicament. Les motivations initiales à devenir médecin sont déterminantes dans les niveaux de prescription.

- Les petits prescripteurs de médicaments : des médecins créatifs et/ou en dissidence

Ces enquêtés ont conscience de l'inutilité, des limites, voire des effets néfastes de médicaments, dont ils parlent à leurs patients, plus informés. Ils prescrivent avec parcimonie et pour des raisons strictement pharmacologiques. Ces usages sont liés à des acquis familiaux (à des habitudes de recours modérés aux produits). Cependant, leur méfiance à l'égard des médicaments s'est surtout développée suite à des expériences communes auprès de publics diversifiés, avant leur installation définitive (en planning familial, prisons, PMI, en médecine scolaire, de la marine, soins palliatifs, aux urgences). Plus précisément, du fait de motivations professionnelles initiales (avant tout tournées vers les patients), ces médecins se sont resocialisés auprès de ces derniers, et en particulier auprès de patients ayant de graves problèmes de santé et/ou en difficultés sociales (« très très démunis », « SDF », « psychiatriques », alcooliques, toxicomanes, « TA », etc.). Ce type de prises en charge a eu au moins trois conséquences majeures. Les enquêtés se sont familiarisés avec ces situations et ils ont appris à respecter le choix de patients et/ou de leurs proches. Ils se sont habitués à travailler avec des médecins psychiatres, des pharmaciens et des professionnels non médecins (processus favorables à des prescriptions plus réfléchies et plus adaptées aux besoins des populations). Enfin, ce type de prises en charge leur a fait prendre conscience de l'inadaptation de leurs acquis en faculté. C'est la principale raison pour laquelle la très grande majorité des enquêtés est allée se reformer à l'hôpital⁵⁵⁷, notamment. Car ces processus ont été aussi favorisés par le fait qu'ils avaient d'emblée une vision élargie du rôle du médecin généralistes et un souci de la « *qualité des soins* ».

Ces médecins doublement expérimentés ont alors développé une même orientation dans les soins, caractéristique : tous sont devenus des « omnipraticiens », c'est-à-dire qu'ils savent comment prendre en charge tous les patients (polyvalence), sans crainte. Ils soignent des personnes généralement stigmatisées, maîtrisent seuls des domaines habituellement spécialisés (ex. soins et traitements de petite chirurgie, de dermatologie, d'urgences vitales, etc.). Ils assument sans problème leurs décisions (ils utilisent le « je » dans leurs consultations). En conséquence, ils ont des ordonnances moins couteuses et des recours plus modérés aux urgences (ils font du rapatriement de soins de 2^{ème} ligne vers la première ligne). Cependant, afin de mieux prendre en charge leurs patients, ils partagent leurs décisions avec des médecins spécialistes choisis (avec lesquels ils ont des liens directs). En effet, progressivement, tous ces médecins ont également acquis des compétences pharmacologiques⁵⁵⁸ : suite à des prises en charge de patients toxicomanes et « psychiatriques » avant leur installation. Par la suite, ils ont poursuivi des efforts pour s'informer et/ou pour se reformer de façon indépendante (*via* internet et la revue *Prescrire*⁵⁵⁹).

⁵⁵⁷ Où certains sont devenus des enseignants.

⁵⁵⁸ Une infime minorité d'enquêtés a eu la chance d'acquérir ces savoirs lors de leur formation initiale.

⁵⁵⁹ La plupart des enquêtés a un accès privilégié à des sources d'informations indépendantes (également *via* des syndicats, des FMC, ou des activités de formateurs), et les plus petits prescripteurs se connaissent souvent entre

Ceci a encore conforté leurs méfiances à l'égard des médicaments et les a amené à infléchir plus encore leurs prescriptions. Une majorité des enquêtés sont alors devenus très critiques à l'égard des discours des firmes pharmaceutiques, avec lesquelles ils ont généralement coupé tous les liens. Autrement dit, ils se méfient toujours *a priori* des informations circulant habituellement sur les produits : la plupart attendent plutôt d'avoir collecté suffisamment d'informations avant de les prescrire, *a fortiori* s'il s'agit de « nouveaux » médicaments « révolutionnaires ».

Leurs pratiques de soins sont globalement fondées sur des stratégies d'attente, mais elles sont aussi caractérisées par la création de réponses généralistes et/ou alternatives (autres que médicamenteuses). Plus précisément, tous refusent de médicaliser le rhume : les enquêtés ont des stratégies d'éducation des patients (les maux bénins se résolvent d'eux même, il convient d'attendre). La plupart ont développé des écoutes empathiques des problèmes de leurs patients, et un réflexe : chercher *a priori* des causes sociales à certains maux. Certains n'hésitent pas non plus à recourir à des représentants ou à pratiquer des médecines hétérodoxes pour accompagner des patients ayant des problèmes persistants (ex. douleurs). Si d'autres sont réfractaires à aller « hors des sentiers battus », ils n'hésitent pas à déprescrire des médicaments (à passer du temps à convaincre des patients à se passer de produits psychotropes). Autrement dit, ils n'hésitent pas à remettre en cause devant les patients les ordonnances de confrères et de médecins spécialistes, lorsque des produits prescrits s'avèrent être des médicaments « toxiques » (seuls ou entre eux), ou des « me too ». Une minorité d'enquêtés critiquent également des produits recommandés par des pharmaciens d'hôpitaux, par l'HAS, ou par la Cnamts (*via* le dispositif du CAPI). Ils dénoncent parfois activement des pratiques d'influence des prescriptions suite à des conflits d'intérêts et du fait de l'omniprésence de représentants des laboratoires à tous les niveaux du système de soins. Dans cette étude, ces attitudes de désobéissance, transgressives, sont plutôt le fait d'hommes médecins⁵⁶⁰.

In fine, ces enquêtés mettent réellement en pratique une « autre » médecine, dans tous les sens du terme. Ils s'écartent à la fois des normes dominantes culturelles (à l'égard du médicament) et d'une culture de la reproduction en médecine. De plus, leur travail d'information du patient et d'adaptation à ce dernier demande finalement beaucoup de courage et d'abnégation. En effet, en France non seulement les pratiques de soin des petits prescripteurs sont à contre courant de pratiques dominantes valorisées, mais ces médecins, tous libéraux dans cette étude, sont confrontés à des problèmes financiers (dans le cadre du paiement à l'acte). Ceci explique des démotivations, des sentiments de marginalisation, et la mise en place de stratégies palliatives, qui sont plutôt le fait de femmes dans cette étude (ex. s'appuyer sur le salaire plus conséquent du conjoint).

Par opposition, les motivations soignantes, et donc les désirs de multiplier les expériences de socialisation post universitaires auprès des patients, sont quasiment absents dans les deux autres groupes d'enquêtés (davantage issus de familles de médecins). En conséquence, ces praticiens n'ont pas pallié les lacunes des formations initiales. Plus précisément, ils n'ont pas ou peu cherché à se confronter avec des patients « difficiles » (ils méconnaissent des réalités sociales qu'ils médicalisent), en particulier des personnes « psychiatriques » et toxicomanes qu'ils évitent ou continuent à redouter. Plus globalement, ces médecins ont pour particularités d'avoir davantage de hantises à l'égard des soignés, à l'origine de recours à l'ordonnance pour se rassurer. En effet, ils n'ont pas été non plus confrontés à des situations d'urgences vitales. Ils ont moins développé de compétences généralistes, d'autant plus qu'ils avaient d'emblée des visions plus restreintes du rôle du médecin généraliste. Ces visions ont été confortées lors

eux (compte-tenu du fait qu'ils soient peu nombreux en France).

⁵⁶⁰ Cette différence de genre (résistance d'hommes) avait déjà été soulignée précédemment (Vega *et al.* 2008).

leurs études en facultés de médecine, mais aussi par leurs choix de stages et/ou de remplacements (à l'hôpital et/ou en ville) en vue de futures spécialisations (ex. pédiatrie).

Cette socialisation « entre médecins » a eu une autre conséquence majeure : ces enquêtés ont continué à accorder leur confiance à leurs aînés (des spécialistes ou des généralistes habitués à déléguer de nombreux soins à ces derniers, et/ou à collaborer avec des firmes pharmaceutiques), et moins aux patients. Plus précisément, ces enquêtés ont tous pour caractéristique d'être restés sur des visions peu critiques, positives à très positives des médicaments en général : non seulement ils font preuve de peu de créativité en matière de réponses thérapeutiques, mais leur manque de connaissances en pharmacologie ne leur pose pas de problèmes : ils ne s'informent pas ou peu, et informent moins ou pas du tout leurs patients sur les produits prescrits. Leurs consultations sont plutôt centrées sur l'observance aux traitements et sur une double dépendance à l'égard des prescriptions des médecins spécialistes (en dehors des psychiatres) et des discours des laboratoires pharmaceutiques. Ceci explique pourquoi leurs ordonnances sont le miroir des produits déjà les plus prescrits (dont des produits de confort, des « me too », des psychotropes associés et d'autres produits cumulés ayant des effets toxiques entre eux), mais aussi leurs nombreux recours à la métaphore de la cuisine pour expliciter leurs pratiques de prescription.

- Les moyens prescripteurs de médicaments : des médecins peu assurés et soumis à des « *lourdeurs* » dans le travail

Ces enquêtés sont des médecins peu motivés par des gains financiers et qui reçoivent *a priori* « le tout venant ». Cependant, ils sont dans les normes médicales françaises : ils accordent leur confiance aux produits, reproduisent et renouvellent les ordonnances de spécialistes, et cherchent à suivre les recommandations de bonnes pratiques.

- En effet, dans cette étude, ils ont pour caractéristiques d'avoir des visions restreintes du rôle du médecin généraliste (qui n'est qu'un rouage mineur dans les soins, par rapport aux prises en charge à l'hôpital, par des « vrais » spécialistes, experts), c'est-à-dire de manquer d'assurance dans leurs propres pratiques. Plus précisément, ces médecins n'ont pas appris à travailler seuls et cherchent à reproduire en médecine générale des habitudes de soins hospitaliers : ils ont tendance à multiplier les recours aux examens. De plus, ils délèguent une partie importante de leurs soins, faute de compétences et d'assurance sur leurs propres compétences généralistes : leurs sentiments d'infériorité les poussent à conseiller à leurs patients d'aller consulter des médecins spécialistes (en particulier les médecins « orienteurs »). Tous ont tendance à avoir davantage recours aux avis spécialisés et aux produits spécialisés (ou vantés comme tels par les laboratoires) ajoutés progressivement à leurs propres panels de produits. Tout ceci explique leurs métaphores culinaires (ex. « *mayonnaise* », « *recettes* »), et leur utilisation dominante du « *on* » ou « *il(s)* » lors de leurs consultations (ex. « *on a décidé* », « *le spécialiste, il dit que* »⁵⁶¹). Enfin, dans cette étude, des généralistes passent directement des symptômes aux médicaments (tendance encore plus répandue chez les médecins plus prescripteurs).

- Des surprescriptions sont également liées à des « *lourdeurs* » et à des fatigues souvent exprimées au travail, que le recours aux médicaments permet de pallier. Plus précisément, ce groupe comprend également de nombreuses femmes médecins. Or, comme nous l'avons déjà souligné, ces dernières doivent souvent gérer des charges familiales parallèlement à leur travail. De plus, certaines enquêtées se retrouvent dans l'obligation de prendre en charge des patients redoutés (« *psy* », « *tox* », « *hypocondriaque* ») sans formation spécifiques : suite aux désirs de patients, mais aussi suite aux refus d'autres médecins de les prendre en charge. Dans

⁵⁶¹ L'usage de ces pronoms personnels sert généralement à se désresponsabiliser face à des problèmes, ou inversement à mieux convaincre les patients de suivre des traitements.

ce sens, certaines se retrouvent en situation de surcharge de travail en gynécologie (du fait de choix de patientes, mais surtout du manque d'intérêt de praticiens masculins). D'autres prennent de plus en plus de patients âgés, malgré elles : suite aux répartitions locales de ces patients entre médecins⁵⁶². Enfin, un dernier facteur amplifie des charges de travail et des retards dans leurs consultations. De nombreuses enquêtes « accompagnatrices » des patients éprouvent des difficultés à gérer les dossiers de ces derniers : faute de compétences, mais aussi suite au manque de lisibilité des ordonnances médicales. Or, dans cette étude, elles ont plutôt restreints les contacts directs avec les médecins spécialistes.

- L'usage du mensonge et la solitude des gros prescripteurs de médicaments en France

Chez ces médecins, également majoritaires dans l'Hexagone, les lourdeurs au travail ont été d'emblée (et sont toujours) rapportées aux relations avec les patients : ces derniers sont jugés peu intéressants, irrationnels, incapables de se soigner convenablement, voire irresponsables. Autrement dit, ces médecins avaient au départ et ont moins d'intérêts pour l'Autre, moins d'empathie pour les patients, voire de nombreux de préjugés à leur égard. Aussi, ils imposent leurs ordonnances, cherchent à ne pas perdre de temps en consultation (dont les horaires sont fixes). Ils ne s'investissent ni auprès de patients ni auprès d'autres médecins (d'où une individualisation de leurs ordonnances, et des médicalisations de problèmes sociaux). Ces désirs sont d'autant plus marqués dans ce groupe que les centres d'intérêts des enquêtés se situent ailleurs (hobbies, autres fonctions sociales⁵⁶³ et/ou recherche de gains financiers). Ces jugements et ces positions expliquent qu'ils soient tous des « techniciens », et soient conduits à instrumentaliser leurs patients (non seulement « cadrés », mais fidélisés et souvent captifs) et des médecins spécialistes, tout en étant souvent eux-mêmes manipulés par les laboratoires pharmaceutiques.

- Plus précisément, chez les gros prescripteurs suivis (majoritairement des hommes libéraux), on retrouve des médecins ayant un profil d'orienteurs des patients, et des médecins spécialisés : en gériatrie, en pédiatrie, mais aussi de quasi spécialistes de la « dépression » comme des maux courants (« bobologie »). Cependant, c'est la recherche du confort au travail qui prime avant tout dans leurs pratiques (ex. ne *« pas trop réfléchir »*, aller *« au plus facile »*, *« toujours se couvrir »*). Autrement dit, ces enquêtés cherchent à se protéger et surtout à simplifier leurs prises en charge, d'autant plus qu'ils jugent les problèmes des patients trop compliqués à démêler. De plus, ces médecins ont des recours abusifs aux ordonnances de façon sinon inconsciente, du moins involontaire (malgré eux). Premièrement, leur école de pensée médicale les conduit à faire des investigations poussées et à prévenir des problèmes graves *via* le recours aux médicaments (ex. pratique de la physiopathologie) et à des examens coûteux. Certains excluent totalement les spécialistes du « Psyché » de leur décision (ex. pratique de la médecine psychosomatique). Leurs difficultés relationnelles avec des patients les poussent à répondre à des demandes abusives de produits psychotropes et à surprescrire ces produits afin de mettre fin ou de reporter des consultations devenues insupportables (les médicaments permettent donc à la fois de soulager rapidement le patient, mais aussi de soulager le médecin). Enfin, ces produits leur permettent s'assouvir un désir de résoudre tous les problèmes de patients, parce qu'ils survalorisent l'action médicale (ex. *« Il*

⁵⁶² Ces prises en charge (comme le profil de médecin « orientateur » des patients) peuvent les faire basculer facilement dans le groupe des médecins plus prescripteurs.

⁵⁶³ Engagements politiques, investissements dans des associations diverses, etc.

faut toujours faire quelque chose », c'est-à-dire prescrire⁵⁶⁴) ou sont persuadés faire le bien du patient⁵⁶⁵.

Ces usages du médicament expliquent de fortes tensions chez des enquêtés suivis. En effet, ces médecins sont conscients des limites du réflexe médicament, d'autant plus qu'ils sont conduits à beaucoup prescrire. Ainsi, la plupart ont fini par confier à l'enquêteur le fait que des médicaments prescrits n'étaient pas toujours adaptés aux difficultés de leurs patients, et plus globalement que ni les médecins généralistes ni les spécialistes n'avaient le savoir, les compétences pour prendre en charge la plupart des maux de ces derniers. Ceci explique l'utilisation de métaphores culinaires nettement moins heureuses dans ce groupe (ex. « *mixtures* », « *mélanges un peu hasardeux* », « *on fait de la merde* »). Dans ce sens, ils sont nombreux à déclarer que l'idéal serait « *de ne rien prescrire du tout* ». Cependant, ils se révèlent impuissants à changer leurs pratiques de prescription qui leur permettent en réalité de pallier leurs propres limites relationnelles et celles de la médecine en général (telle qu'elle est majoritairement enseignée en facultés dans les cursus de médecine générale). Aussi, ces médecins ont d'autres pratiques, caractéristiques : cacher ces limites à leurs patients, les maintenir dans l'illusion, voire les tromper, d'où également la récurrence de ce terme « *illusion* » et de ses synonymes dans leurs discours (« *prestidigitateurs* », « *embobiner* », « *faire croire* », « *mettre en scène* », « *magie* », etc.).

- L'apport de cette étude est donc de montrer chez une partie des médecins de ce groupe - *a priori* les moins prescripteurs - peu d'intérêts pour des gains financiers : ils ont plutôt des usages du médicament « palliatif » (ces derniers leur permettent de gérer des relations « difficiles », voire des difficultés relationnelles tout court et des problèmes sociaux). Néanmoins, des enquêtés masculins partagent ces motivations avec leurs confrères plus prescripteurs (également tous des hommes dans cette étude) : ils ont des désirs de maintien ou d'augmentation de leur réputation locale, cherchent à capitaliser des héritages familiaux ou des associations lucratives avec des spécialistes.

Ce qui départage plus clairement ces deux sous groupes est plutôt le fait que les médecins très gros prescripteurs ont résolu tous les problèmes rencontrés par l'ensemble des médecins déjà décrits.

Premièrement, ils délèguent à d'autres médecins toutes les prises en charge fatigantes et jugées « *chronophages* » : en particulier l'explication de traitements et/ou d'exams, l'écoute de patients « *psychiatriques* » ou suspectés l'être, les soins en gynécologie ou en diététique (mais aussi les réunions concernant les patients ou les pratiques de soins, c'est-à-dire le travail de coordination). Ils ont également résolu leur peu d'empathie ou leurs problèmes relationnels avec les patients en ne prenant en charge que des personnes « *rapides* », donc également rémunératrices : en sélectionnant les patients les plus faciles à fidéliser, et déjà consommateurs de produits de confort. Ainsi, la plupart sont des « distributeurs de médicaments », qu'ils expliquent plutôt par la notion de services rendus aux patients (pour de bonnes ou de mauvaises raisons, ils répondent à des angoisses ou à des demandes de produits de patients). En effet, ces médecins leur cachent souvent le fait qu'ils cherchent également à « *faire du chiffre* », d'où leur refus d'être suivis par des enquêteurs. Tous les moyens sont bons pour cumuler des avantages financiers : des plus conformes (ex. adhésion au CAPI, multiplication de gardes, collusion avec des laboratoires pharmaceutiques), aux moins éthiques (abus manifestes de pouvoir à l'égard de patients âgés et très démunis, mensonges et abandons de clientèle, collusions avec des médecins conseils, etc.).

⁵⁶⁴ Autrement dit, ce sont des formules comme le « *il faut* », « *vous devez* » qui sont le plus utilisées dans leurs consultations.

⁵⁶⁵ Ils se chargent alors eux-mêmes en termes de responsabilités, se pensent comme indispensables, voire comme des « *sauveurs* » chez ceux qui ont des idéaux de bienfaisance.

Cependant, l'apport de cette étude est également de montrer que tous les médecins « très gros prescripteurs » ne sont pas uniquement motivés par des aspects commerciaux. En effet, des peurs non travaillées (à propos desquelles les enquêtés refusent de parler, comme de leurs pratiques en général) motivent une partie importante de leurs prescriptions. Ainsi, ils ont des usages de médicaments pour se protéger d'expériences professionnelles malheureuses passées dont ils se sentent responsables et qu'ils veulent éviter⁵⁶⁶. Dans ce sens, des témoignages indirects sur leurs pratiques tendent à montrer qu'ils ont poussé deux logiques à leur paroxysme :

* le recours au médicament et le tri de leurs patients leur permettent de leur assurer une sécurité totale dans le travail. En effet, ces enquêtés prescrivent pour se prémunir des risques de santé chez leurs patients (*a fortiori* déjà éprouvés), et délèguent systématiquement des prises en charge risquées à d'autres médecins (en se séparant de patients).

* Certains mettent également réellement en pratique la représentation culturelle du médicament en France (utilisé pour stopper tous les symptômes, rapidement) : ils prescrivent un médicament par symptôme, d'où des cas rapportés de moyenne de 17 produits prescrits par ordonnances chez des patients déclarant ne pas avoir de pathologies particulières⁵⁶⁷.

* On retrouverait en fait un cumul de produits dans les ordonnances de ces médecins, reflets des besoins, des désirs, voire des abus de l'ensemble des acteurs en présence : ceux vantés par les laboratoires pharmaceutiques (dont les commerciaux connaissent souvent intimement ces médecins et les forment) ; ceux prescrits par des médecins spécialistes ; des « habitudes » (ex. « *toujours trois produits* ») et des hantises propres aux différents médecins prescripteurs, et à celles de patients.

On peut, dans ce sens, poser une dernière hypothèse de travail. *In fine*, ces usages non pharmacologiques du médicament expliqueraient le fait que les tris dans les ordonnances opérés par les médecins urgentistes (lors d'hospitalisation de patients) aient si peu d'effets. En effet, ces tris portent le plus souvent sur des médicaments de « confort », sur les médicaments « palliatifs » et « défensifs » dont nous venons de montrer l'origine de recours importants en médecine générale. On peut alors penser que si ces patients sont de nouveau suivis par les mêmes médecins traitants, ces derniers resprescriront ces produits. Ces processus (produits retirés puis de nouveau ajoutés dans les ordonnances) seraient même répandus, puisque de nombreux généralistes français ont recours aux urgences pour « *faire le tour des problèmes* », mais aussi pour s'assurer du retour de leurs patients...

⁵⁶⁶ Par exemple, un médecin prescrit systématiquement des produits antibiotiques en cas de rhumes car l'un de ses patients a eu de graves problèmes de santé faute de lui avoir prescrit ces produits.

⁵⁶⁷ Cette pratique a été rapportée par un médecin généraliste qui vient tout juste de s'installer et d'« hériter » de la clientèle d'un de ces médecins (suite au décès de ce praticien). Ce témoignage a été recueilli pendant l'écriture de ce rapport.

Conclusion générale du rapport

Compte tenu de la densité des résultats de cette étude, nous les présentons d'abord sous la forme d'un résumé, avant d'argumenter les principaux points et de développer les profils des différents prescripteurs (*préalables pour proposer des pistes de travail*).

Cette étude montre que les pratiques des médecins généralistes ne sont pas irréductibles à l'analyse socio-anthropologique. En effet, les déterminants du jugement et de la décision médicale ne sont ni totalement subjectifs, ni totalement scientifiques : il s'insère dans la société. Ainsi en France, les médicaments sont survalorisés. Plus précisément, ils sont prescrits selon des logiques d'un produit par symptôme (avec des passages directs des médicaments aux symptômes) et d'un produit par pathologie. En médecine générale, les principaux écarts entre les prescriptions et les règles de « bonnes pratiques » sont dus à des médicalisations du rhume ou de problèmes apparentés (en lien avec des peurs culturelles concernant les infections respiratoires), et à des renouvellements sans critique d'ordonnances déjà « abusives » de patients atteints de polyopathologies (comprenant déjà des produits psychotropes, notamment) : des produits dont les causes initiales de prescription ont été oubliées sont maintenus dans les ordonnances. En effet, non seulement les échanges médicaux sur les pratiques (de prescription) sont limités, mais les enquêtés travaillent peu avec les professionnels non médecins (jugés peu utiles) et encore moins avec les patients et leurs proches (dont les savoirs sont souvent dévalorisés et l'écoute jugée problématique). Comme en milieu hospitalier, ces derniers sont souvent sous informés : pour favoriser l'observance, mais aussi parce certains – d'origine populaires – sont souvent jugés peu capables, voire incapables de comprendre les logiques médicales et de se prendre en charge (les médecins leur imposent des ordonnances).

Les décisions médicales sont donc peu partagées, et les responsabilités de surprescriptions loin d'être le seul fait des médecins généralistes. Faute de contacts directs entre les différents prescripteurs et de légitimité accordée aux points de vue non médicaux, les ordonnances sont peu contrôlées, sinon par les patients (lesquels sont plutôt des modérateurs des prescriptions médicales dans cette étude) et par les firmes pharmaceutiques. Ces dernières sous informent les médecins et s'engouffrent partout où il existe des carences (en termes de formations, d'écoute, de budget). Elles s'adaptent et anticipent sans cesse les besoins des prescripteurs, grâce à une infiltration poussée des facultés de médecine et des lieux d'expression du corps médical (ex. amicales locales, pauses de travail), sans parler de leur immersion au plus haut niveau des instances de décision (Horel *et al.* 2008).

Cette étude confirme l'omniprésence des laboratoires pharmaceutiques, mais elle montre aussi celle des médecins spécialistes dans les cabinets de consultation de médecine générale. Suite à l'organisation pyramidale du travail, les généralistes français s'appuient sur les avis de spécialistes et d'experts. Autrement dit, des recours aux médicaments pallient un manque supposé de compétences des « profanes », mais ils visent le plus souvent à rassurer le médecin en l'absence de compétences généralistes acquises en faculté. En particulier, l'absence de formation aux relations soignants-soignés et au doute en médecine semble être particulièrement préjudiciable dans un exercice qui se caractérise par la gestion du retour des patients et par de nombreuses incertitudes diagnostiques. Le médicament devient alors facilement un moyen de réguler des fatigues médicales et d'éviter de revoir de suite des patients « gênants » ; le recours aux examens complémentaires et aux avis des spécialistes une assurance de ne pas « passer à côté de quelque chose de grave ». Dans ce sens, les ethnographies soulignent des peurs importantes de l'arrêt respiratoire, du suicide chez les

patients déprimés (d'où des associations de produits psychotropes) et d'accidents professionnels passés (au cours desquels des patients sont décédés). Parce que ces tendances sont particulièrement importantes chez les médecins les plus prescripteurs de médicaments, cette étude montre que leurs « abus » ne s'expliquent pas uniquement par des intérêts financiers.

Les niveaux de prescription sont moins importants chez les médecins qui font l'effort de croiser les informations sur les médicaments et qui ont des échanges professionnels sur leurs pratiques. A cet égard, les personnalisations de l'ordonnance sont surtout le fait des « gros » prescripteurs qui utilisent le médicament pour fidéliser des patients, mais surtout pour éviter de s'investir à leurs côtés, en particulier les plus stigmatisés d'entre eux (toxicomanes, « psychiatriques »). Par opposition, les « petits » prescripteurs sont motivés pour prendre en charge tous les patients, en connaissance de cause.

Les motivations à soigner et à s'engager auprès des patients font la différence en matière de prescriptions médicamenteuses. Les médecins les moins prescripteurs sont ceux qui ne préjugent pas des capacités d'entendement des profanes : ils partagent leurs responsabilités avec ces derniers et avec l'ensemble des acteurs du soin (leurs motivations soignantes les amènent à déléguer une part de leurs jugements).

Les relations médecin-malade : quoi de neuf ?

Les observations du travail de médecins généralistes français montrent qu'ils ont de nombreux usages non pharmacologiques des médicaments.

La valeur heuristique des usages des produits psychotropes

Il existe des convergences entre les résultats généraux de cette étude et la recension de la littérature, permettant de généraliser à tous les produits des logiques de prescription étudiées surtout en matière de produits psychotropes. Ainsi, la plupart des enquêtés utilisent l'ensemble des médicaments pour stopper et soulager rapidement tous les symptômes (Rosman *op.cit*, Keller *op.cit*), et pour prévenir de risques organiques et pour accompagner des plaintes somatiques (Le Moigne *op.cit*). Ces risques et ces plaintes sont largement sur évalués et interprétés (Haxaire *et al. op.cit*, Unaformec *op.cit*, *etc.*). De plus, ces logiques de réparation instantanée et d'anticipation vont de pair avec de nombreux usages palliatifs des médicaments. Ainsi, des surprescriptions permettent de pallier la fatigue du médecin, son manque de désirs de s'investir dans la relation soignant-soigné (Cohen et Karsenty *op.cit*, Dupuy et Karensky *op.cit*). Des ordonnances permettent de ne pas revoir de suite des patients dont les retours sont jugés « gênants », et inversement. Des produits permettent de fidéliser des patients, et des enquêtés ont recours à des « médicaments compassion » (Johanne Collin *op.cit*). Ces derniers sont prescrits pour pallier, faute de mieux, des détresses et des solitudes sociales. Enfin, des abus de prescriptions permettent de rassurer les prescripteurs, et de protéger des enquêtés d'expériences professionnelles malheureuses passées au cours desquelles des médecins ont été responsables du décès de patients (traumatisantes car contraire aux idéaux salvateurs dont sont porteurs la plupart des étudiants en médecine).

Des patients finalement peu demandeurs

Ces usages sociaux des médicaments permettent de fortement nuancer les arguments médicaux dominants, selon lesquels les décisions de prescrire seraient la conséquence de la

pression de la demande des patients, presque toujours désignés comme responsable d'abus⁵⁶⁸. En effet, la plupart des médecins observés en consultations proposent des produits, dont des « me too » (qui sont plus coûteux que des produits plus anciens), des médicaments inutiles (dont l'efficacité n'a pas été démontrée), voire toxiques (engendrant des dépendances, ayant des interactions avec d'autres produits), et cela malgré des effets iatrogènes rapportés par les patients.

Ces « incitations » à la consommation sont parfois volontaires, mais elles semblent le plus souvent inconscientes. En effet, culturellement, la grande majorité des enquêtés a des visions positives à très positives des médicaments, jugés « efficaces ». Ces représentations « optimistes » prennent le pas sur les effets néfastes de produits, mis de côté⁵⁶⁹, d'autant que la plupart des enquêtés sont sous informés. Leurs visions peu critiques sont en effet confortées à la fois par les stratégies commerciales des laboratoires pharmaceutiques (que l'ensemble des jeunes médecins côtoie dès leurs études) et par le contenu des formations en facultés de médecine. Autrement dit, les croyances aux progrès continus de la médecine ne sont pas remises en cause lors des apprentissages hospitaliers, où les notions d'action thérapeutique et de guérison dominent.

Nous avons souligné deux autres facteurs déterminant des surcoûts des ordonnances en France. Les produits prescrits par chaque médecin sont généralement laissés dans les ordonnances : ils sont renouvelés sans contrôle. Ces tendances s'expliquent par le peu d'échanges directs entre les praticiens sur leurs pratiques (Peneff *op.cit*), lesquels revendiquent en outre une autonomie dans leur travail. Ces pratiques, favorables à l'oubli de cause(s) de prescription initiale(s), sont donc également attestées en milieu hospitalier, dès lors que les décisions de chaque médecin ne sont pas partagées et rediscutées : en l'absence de réunions de synthèse et de prises en compte du point de vue des patients⁵⁷⁰. De plus, comme des médecins hospitaliers, de nombreux enquêtés font de ces derniers des acteurs passifs dans les soins. Faute de formations à la relation soignant-soigné et suite aux lacunes des enseignements en sciences humaines en facultés, ils jugent l'écoute des soignés et de leurs proches souvent problématique ; ils interprètent souvent les attentes des patients (lorsqu'ils ne projettent pas sur ces derniers leurs propres désirs). Enfin, les enquêtés supposent souvent leurs capacités de jugement de ces derniers (Fainzang 2006). Ainsi, du fait de l'appartenance des patients de cette étude à des milieux populaires à démunis, les médecins suivis ont tendance à encore moins les informer des effets négatifs de médicaments prescrits, et à leur imposer des prescriptions. L'asymétrie des relations soignants-soignés, des prescriptions médicales souvent non négociées expliquent que les patients observés soient plutôt des modérateurs des ordonnances⁵⁷¹.

Des médecins généralistes boucs émissaires ?

Les décisions de prescrire sans réelle indication médicale fondée, en excluant plutôt les patients et sans échange direct avec des confrères sont répandues en France. Cependant, ces pratiques sont plus visibles en médecine générale, pour au moins trois raisons.

- Premièrement, le médicament est souvent le seul outil dont disposent les praticiens. Ainsi, la plupart des enquêtés reproduisent et développent des « réflexes » médicament-ordonnance

⁵⁶⁸ Ces arguments sont repris dans de nombreuses publications, y compris des instances de régulation sanitaire (ex. Inpes, HAS, etc.).

⁵⁶⁹ Les médecins suivis oublient largement des cas (observés) où des médicaments ont provoqué chez des patients de graves accidents (ex. hospitalisations suite à des comas).

⁵⁷⁰ Pratiques observées dans des structures publiques, y compris dans des services de rééducation fonctionnelle (Vega 2011).

⁵⁷¹ Et/ou qu'ils ne consomment pas tous les produits prescrits (Fainzang 2001/1 et 2010).

présents chez leurs pairs, faute d'autres solutions thérapeutiques non techniques reconnues en médecine. De plus, leur formation en pharmacologie est limitée, d'où également la facilité des agents commerciaux des firmes pharmaceutiques à les convaincre de prescrire de « nouveaux » médicaments. Enfin, les futurs généralistes ne sont pas formés au doute et à sa gestion, alors que l'incertitude diagnostique est l'une des spécificités de l'exercice de la médecine générale. En conséquence, ils sont nombreux à passer directement du symptôme au médicament.

- Deuxièmement, les médecins généralistes français intériorisent des hiérarchies importantes dans les soins. En particulier, ils sont souvent spécialisés dans la prise en charge de maux courants, c'est-à-dire « bénins ». Or, en France, des sensibilités culturelles aux infections respiratoires participent à des médications des rhumes (Rosman *op.cit*). Dans ce sens, des « abus » ont été observés suite à des diagnostics d'asthme et dans des cas de sinusites suspectées et également redoutées. Cependant, les ethnographies montrent également des tendances chez tous les enquêtés à anticiper des possibles fièvres et douleurs (d'où également des sur prescriptions de produits antalgiques). Enfin, les enquêtés s'estiment capables de traiter des dépressions, dont ils supposent souvent l'existence chez leurs patients : ils prescrivent tout aussi facilement des produits antidépresseurs (qu'ils banalisent d'autant plus qu'ils en ont souvent goûté), qu'ils associent en outre avec des produits anxiolytiques pour parer à des risques de suicide (les recours aux spécialistes du « Psyché » sont donc très minoritaires, même lorsque ces derniers sont disponibles et présents localement).

Comme dans d'autres pays, des surprescriptions de l'ensemble de ces produits font suite à la fatigue des praticiens. Or, cette dernière semble plus importante en France. En effet, d'une part les médecins généralistes ont plus de réticences à déléguer leurs soins à des professionnels non médicaux jugés peu utiles (alors que les médecins traitants sont moins nombreux par habitants que dans d'autres pays, comme aux Pays-Bas). D'autre part, la fatigue, et plus généralement les situations d'épuisement professionnel restent peu reconnues en médecine⁵⁷². Des fatigues sont également liées à une autre spécificité de l'exercice de la médecine générale : contrairement aux médecins spécialistes, les médecins généralistes se doivent d'écouter des plaintes répétitives suite aux retours de nombreux patients. Or, ces plaintes sont amplifiées en France du fait de recours quasi exclusif aux médicaments (qui sont loin de pouvoir pallier tous les problèmes de patients de « ville »). Aussi, des prescriptions, notamment de produits antibiotiques et psychotropes, peuvent aider des enquêtés à écarter l'écoute de plaintes et à retarder le retour de patients (*cf infra*).

- Un troisième facteur culturel amplifie des tendances aux cumuls de produits et aux sur coûts d'ordonnances. En effet, les médecins généralistes sont souvent chargés du suivi de traitements initiés par les médecins spécialistes. Or, ils préfèrent ajouter des produits palliant leurs effets secondaires plutôt que de prendre la responsabilité de changer les traitements de confrères plus spécialisés. De plus, les médecins généralistes français ont des recours importants, voire exclusifs aux décisions des médecins spécialistes (omniprésents dans les consultations, au même titre que les représentants des firmes pharmaceutiques). Car elles sont des gages d'assurance et de prestige, voire les seules références chez de jeunes médecins. Ainsi, des enquêtés ont le sentiment de « *ne rien savoir* » au sortir des facultés. En effet, il n'existe pas ou peu de recherches et d'enseignement de la médecine générale en France⁵⁷³. Autrement dit, les futurs généralistes restent surtout formés par les médecins spécialistes et par les firmes pharmaceutiques (dont ils deviennent dépendants). Enfin, cette étude montre que les choix des spécialistes à qui les médecins adressent leurs patients ne sont pas ou peu motivés par des motifs thérapeutiques, mais sur des logiques de proximités géographique ou relationnelle, et de « disponibilité ».

⁵⁷² Le conseil de l'Ordre commence seulement à s'en préoccuper (4^{ème} congrès de médecine générale, *op.cit*).

⁵⁷³ En particulier, l'éducation du patient et la notion de soins de santé primaires sont quasi inexistantes.

Tout ceci a de nombreuses conséquences dans les pratiques observées. La majorité des enquêtés ajoutent à leurs propres panels de médicaments des produits spécialisés, ou vantés comme tels par les laboratoires pharmaceutiques. Ils reproduisent des prescriptions spécialisées qui ne sont pas toujours adaptées au profil de patients de « ville », y compris lorsqu'ils sont informés d'« abus » de médecins « adressants ». Plus grave, ils renouvellent systématiquement des ordonnances de spécialistes, y compris lorsqu'elles comprennent déjà de très nombreux produits (c'est le cas en particulier des ordonnances de personnes-âgées souffrant de poly pathologies, lesquelles se voient souvent prescrire un médicament par pathologie en France). D'une part, les enquêtés font confiance aux médicaments et à l'expertise de chaque médecin spécialiste, dont ils ont peu les moyens de contrôler les prescriptions. D'autre part, des enquêtés éprouvent des sentiments d'infériorité à l'égard de leurs propres savoirs et expériences, le plus souvent jugés peu scientifiques. Quoi qu'il en soit, les sentiments d'avoir des pratiques « hors normes », voire « abusives » amplifient des déséquilibres dans les échanges existants déjà avec les médecins spécialistes, mais contribuent également à limiter le partage de décisions avec les médecins généralistes. Ceci explique *in fine* des difficultés observées à « centraliser » les dossiers de patients et le fait que les prescriptions soient surtout contrôlées par ces derniers : ce sont les patients qui effectuent souvent le travail d'articulation entre les professionnels et de transfert de l'information.

Le travail comparatif réalisé pour cette étude permet d'affiner ces résultats généraux.

Une médecine adaptée aux patients, ou aux médecins

Un autre apport de cette étude est de mettre à jour des césures entre les médecins généralistes, peu étudiées dans les études recensées.

Ainsi, les résultats des ethnographies permettent de nuancer d'une part les liens systématiquement établis entre les niveaux de prescription de médicaments et les caractéristiques socioculturelles des médecins (en termes de genre, d'âge, voire de traditions religieuses). D'autre part, l'étude comparative du travail de médecins généralistes libéraux et salariés remet en cause l'idée selon laquelle le système de rémunération à l'acte serait responsable des niveaux de prescriptions élevés en France. En effet, ce système pénalise les médecins de « ville » pratiquant une médecine « lente » (plutôt des praticiennes), et favorise inversement les médecins multipliant les actes et généralement plus prescripteurs (plutôt des hommes, que les commerciaux des laboratoires pharmaceutiques visitent régulièrement). Cependant, dans cette étude, les médecins les moins prescripteurs sont également des hommes, et tous sont des libéraux (d'âge et de traditions religieuses variés). De plus, les médecins salariés enquêtés, en grande majorité des femmes, appartiennent au groupe des « moyens » et des « gros prescripteurs ».

Autrement dit, le fait d'être une femme et d'être salariée (de travailler en centre de santé dans cette étude) ne rime pas forcément avec la pratique d'une médecine lente et « sociale ». Car les enquêtées salariées reproduisent également des tendances culturelles (médicales) dominantes. Ils partagent peu leurs décisions de prescription, ils ont recours aux « réflexes » médicament-ordonnance, et certains collaborent avec les firmes pharmaceutiques. En outre, les médecins salariés délèguent d'autant plus facilement des soins aux médecins spécialistes que ces derniers sont présents sur leurs lieux de travail ou à proximité. Enfin, on observe une déconnection entre leurs motivations professionnelles et les populations qu'ils soignent.

A ce sujet, cette étude montre un autre facteur déterminant dans les pratiques (de prescription) de l'ensemble des enquêtés. Quels que soient leurs secteurs d'exercice, **les niveaux de prescription des généralistes interviewés et/ou suivis sont directement liés à leurs motivations initiales à devenir médecin, elles-mêmes souvent le fruit de cultures et**

des trajectoires familiales. En effet, les lacunes des formations en facultés n'expliquent pas tout : les socialisations primaires des prescripteurs ont influencé leurs rapports à la maladie, au corps et à l'ordonnance⁵⁷⁴, mais aussi à l'altérité. Dans ce sens, des valeurs transmises au sein de familles ont été à l'origine de venues en facultés suite à des motifs de type altruistes et vocationnels, ou au contraire suite à des motifs flous ou dénués d'intérêts strictement soignants (ex. avoir « *une bonne qualité de vie* », travailler confortablement, maintenir ou élever un niveau social, « *faire du chiffre* »). Dans tous les cas, ces motivations sont en phase avec les perceptions de rôle du médecin généraliste (plus ou moins restreint) par les enquêtés. Elles expliquent des choix d'orientation dans les soins plus ou moins favorables à l'écoute des patients, au partage des décisions entre professionnels et au recours aux médicaments.

Plus précisément, concernant l'âge des prescripteurs, les prescriptions de médicaments ont tendance à se renforcer suite à la prise en charge de patients de plus en plus âgés et suite à la difficulté de remettre en causes des habitudes de travail (même si elles peuvent évoluer suite à des ruptures de santé chez les médecins et/ou de leurs proches). Cependant, les enquêtés dont les centres d'intérêts étaient déjà peu tournés vers les patients et qui avaient le plus d'*a priori* à leurs égards en entrant en faculté de médecine sont devenus les plus prescripteurs de médicaments, et inversement. A ce sujet, cette étude montre une césure déterminante entre les médecins qui ont multiplié les expériences post universitaires (les petits prescripteurs minoritaires en France), et tous les autres enquêtés. En effet, les médecins les moins prescripteurs, du fait de leurs fortes motivations soignantes, ont tous éprouvé le besoin ou le désir de se confronter à des patients « hors normes » avant de s'installer (ils ont travaillé en planning familial, prisons, PMI, en médecine scolaire, de la marine, soins palliatifs, aux urgences, etc.). Ces confrontations sont à l'origine de prise de conscience de réalités socioculturelles (quasiment absentes des enseignements en facultés) et des limites du « reflexe » ordonnance-médicament. Ceci a poussé la grande majorité de ces enquêtés à se reformer, c'est-à-dire à développer des regards critiques concernant les informations sur les produits (monopolisées par les firmes), et/ou à développer d'autres alternatives thérapeutiques (notamment, *cf infra*).

Autrement dit, cette étude permet de distinguer nettement les médecins qui ont pallié les formations en faculté (cherché à adapter leurs pratiques, créé des réponses généralistes adaptées à des patients plus actifs dans les soins), et leurs confrères restés dans une culture de la reproduction des pratiques dominantes en France (défavorable à l'écoute et à la participation des patients aux décisions de soins).

Les différents profils des prescripteurs : des responsabilités plus ou moins assumées

Plusieurs items indiquent l'appartenance des médecins aux groupes des petits, des moyens ou des gros prescripteurs : ce qui a motivé l'entrée en faculté, les choix des lieux et des secteurs d'exercice au sortir de la faculté (les perceptions des patients et le profil des patientèles recrutées), le fait d'avoir ou non poursuivi des socialisations auprès de médecins (plutôt qu'aux côtés de patients).

* L'exception : « des omnipraticiens » prenant en charge tous les patients

Les médecins qui avaient d'emblée une forte motivation soignante et une vision élargie du rôle du médecin généraliste sont devenus des petits prescripteurs. Ils ont acquis une meilleure connaissance des réalités socioculturelles qui traversent les soins : non seulement ils médicalisent moins les problèmes sociaux (mieux connus), mais ils ont le réflexe de chercher des étiologies sociales à la plupart des maux de leurs patients (notamment en s'intéressant à

⁵⁷⁴ En particulier les strates religieuses (Fainzang, 2001/1).

leurs conditions et à leurs priorités dans la vie). De plus, suite à leurs expériences post universitaires, ces médecins ont pris l'habitude de partager leurs décisions avec d'autres professionnels - en particulier concernant des personnes toxicomanes et « psychiatriques » -, ce qu'ils continuent à faire afin de mieux prendre en charge leurs patients (ainsi, tous travaillent avec des spécialistes du « Psyché » et/ou avec des professionnels du social et des paramédicaux. Tous ont maintenu des liens privilégiés avec l'hôpital, où certains travaillent avec des pharmacologues). Ces médecins se sont familiarisés avec ce type de patients (qui restent au contraire stigmatisés et redoutés par leurs confrères), mais aussi avec des situations d'urgences vitales, qu'ils prennent également en charge sans crainte. Enfin, ils ont développé des savoirs en pharmacologie, en particulier en addictologie. Et la plupart se sont reformés.

En conséquence, ils sont parvenus à dépasser des problèmes d'assurance au travail et tous sont devenus des « omnipraticiens » : ils sont capables de prendre en charge seuls - au moins dans un premier temps - toutes sortes de patients, sans discrimination⁵⁷⁵, y compris sur des domaines habituellement spécialisés (ex. petite chirurgie, « écoute empathique », prescription de neuroleptiques, etc.). Ainsi, ils évitent des recours aux urgences et à des consultations spécialisées (développés chez leurs confrères). Ils ont moins recours aux benzodiazépines et associent moins de produits psychotropes (motivés par la crainte des « TA » chez leurs confrères). Ils cherchent également à modérer leurs propres ordonnances : en médicalisant au minimum les maux bénins (ils éduquent plutôt les patients à attendre leurs évolutions), et en utilisant des produits plus anciens que leurs confrères, car ils connaissent leurs effets (et ces médicaments sont également moins coûteux). A ce sujet, les médecins les moins prescripteurs déprescrivent des médicaments initiés abusivement, y compris par des médecins spécialistes. Autrement dit, ils font le tri dans les ordonnances, palliant le problème majeur en France du maintien et du cumul de produits (auxquels des patients s'habituent) : ils jouent, en connaissance de cause, un rôle de modérateur des ordonnances (habituellement endossé par les urgentistes, les gériatres, les pharmaciens et les paramédicaux en France). Cependant, tous les enquêtés de ce groupe ont des pratiques « hors normes » : ils sont également nombreux à s'être formés à la pratique de médecines hétérodoxes.

Quelles que soient leurs orientations dans les soins, ces médecins, plus informés sur les médicaments (de façon indépendante), informent davantage leurs patients considérés comme responsables. Ils partagent avec ces derniers leurs responsabilités. Ce sont même les seuls praticiens à mettre réellement en pratique une « autre » médecine : dédiée et adaptée à l'ensemble de patients (porteurs de savoirs), atteints d'affections chroniques, bénignes ou débutantes d'une extrême diversité, sans supports lésionnels et fréquemment liées à leur conditions de vie.

Par opposition, tous les autres enquêtés plus prescripteurs s'investissent moins auprès des patients à qui ils accordent moins leur confiance. Ils collaborent davantage avec les firmes pharmaceutiques (tout en déniaient être influencés par ces dernières, dont la plupart méconnaissent les stratégies), et ils délèguent une grande partie de leurs soins aux médecins spécialistes. En effet, ils sont caractérisés par le fait de méconnaître aussi des pans entiers de la médecine générale suite à des besoins de conformité et de réassurance, et suite à des désirs de spécialisation (au lieu de trier les produits des ordonnances, les plus prescripteurs sélectionnent leurs patients sur lesquels ils exercent ou abusent de leur pouvoir).

* Les moyens prescripteurs : des « petits gestionnaires » des patients

Les enquêtés qui avaient des motivations floues en entrant en faculté et une vision plus restreinte du rôle du médecin généraliste sont plutôt devenus des moyens prescripteurs. Ces médecins sont paradoxalement dans les « normes ». Ils suivent les consensus professionnels et

⁵⁷⁵ Y compris en termes de solvabilité.

les recommandations (ils font confiance aux produits déjà les plus prescrits et aux organismes chargés de la mise sur le marché des produits). Ils sont caractérisés par leur modestie, c'est-à-dire en fait par le fait de douter de leurs propres compétences : une majorité exprime des besoins de réassurance, gérés grâce à des prescriptions de médicaments, mais surtout d'examens et de consultations spécialisées. Autrement dit, leurs ordonnances pallient un manque de compétences généralistes, et sont surtout contrôlées par leurs patients⁵⁷⁶. Les moins prescripteurs ont un profil d'« accompagnateurs » des patients dans leur parcours de soins. Mais d'une part ils éprouvent souvent des difficultés à gérer leurs dossiers. D'autre part, ils pensent jouer un rôle mineur dans les soins ce qui les conduit à s'abstenir d'intervenir dès que les situations de soins s'avèrent être complexes (ils adressent alors systématiquement leurs patients aux médecins spécialistes). Dans ce sens, les médecins les plus prescripteurs de ce groupe ont un profil d'« orientateurs » : ils se contentent d'adresser les patients à d'autres médecins. Quels que soient leurs profils, ces enquêtés sont caractérisés par des difficultés et des peurs face aux responsabilités dans les soins. Ils ont tendance à se cantonner à de « petits » soins (à déléguer leurs responsabilités), également du fait de fatigues à « gérer » le « tout venant ».

* Les gros prescripteurs : des médecins « malgré eux » et des distributeurs de médicaments

Les enquêtés qui avaient, en plus, des visions négatives des patients et/ou un appât pour le gain en entrant en facultés sont devenus des gros, ou des très gros prescripteurs de médicaments (ce sont des médecins « techniciens », spécialisés dans la « bobologie », dans la « dépression » - dont certains sont persuadés du sous-basement biologique -, et dans la prise en charge de patients âgés). Ces médecins sont tous caractérisés par le fait de continuer à juger les « profanes » peu responsables et souvent irresponsables (d'où des visions amplifiées des risques encourus par ces derniers). Ils cherchent donc à manipuler et/ou à tromper la plupart de leurs patients, généralement sous-informés, fidélisés et/ou rendus dépendants : pour leur « bien », mais aussi souvent dans leurs propres intérêts. En effet, leurs pratiques de prescriptions sont sous-tendues par des logiques d'action (recentrée sur le biologique), mais aussi par la recherche de leurs confort personnels (principale raison de leurs venues à la médecine). Pour les mêmes motifs, ils recrutent surtout des patients « malléables », et ils instrumentalisent également les médecins spécialistes avec qui ils travaillent (en restreignant leurs échanges avec tous les autres professionnels). Enfin, une partie de ces enquêtés cherche non seulement à se rassurer (comme les médecins « moyens » prescripteurs), mais à se protéger : à ne prendre aucun risque. Dans ce sens, ils ne font preuve d'aucune créativité en matière de réponses thérapeutiques.

- Plus précisément, en secteur libéral comme en secteur salarié, les enquêtés gros prescripteurs pallient *via* les médicaments des difficultés de relations avec leurs patients, voire l'absence d'empathie pour ces derniers, à propos desquels ils ont des jugements normatifs (leurs rapports à l'altérité restent problématiques). Ils médicalisent souvent des problèmes psycho-sociaux (faute de connaissance de ces problèmes), en endossant des responsabilités (suite à des jugements d'irresponsabilité de patients et/ou de leurs proches). Autrement dit, ils utilisent des produits psychotropes pour « guérir » de déviances sociales. Cependant, des surprescriptions leur permettent de mettre fin à des échanges jugés souvent dénués d'intérêt, et considérés comme souvent éprouvants. Enfin, ils posent souvent un regard négatif sur leurs propres pratiques. En effet, du fait de leurs usages importants et particuliers des médicaments, ils sont en fait particulièrement confrontés aux limites de ces derniers, et passent la plupart de

⁵⁷⁶ Certains seraient potentiellement de « gros » prescripteurs car leurs ordonnances sont modérées par leurs patients. Inversement, d'autres enquêtés étaient à la base des « petits » prescripteurs, mais doivent soigner « malgré eux » des personnes-âgées (suite à des partages locaux des patients entre médecins).

leur consultation à gérer leurs effets iatrogènes. Ils sont alors conduits à cacher ces effets à leurs patients, c'est-à-dire à se mettre en scène : à faire semblant d'avoir de l'intérêt pour les problèmes de ces derniers, de maîtriser les effets des produits, et plus globalement d'avoir réponse à tout (leurs consultations sont de longs monologues). Mais ce faisant, ils s'exposent à ressentir de la solitude. Plus précisément, ils sont nombreux à avoir exprimé des sentiments d'imposture, mais aussi des angoisses. Car en même temps, ils restent conscients de leurs propres limites relationnelles, de celles de leurs savoirs et de celles de la médecine spécialisée. *In fine*, ces médecins se placent souvent eux-mêmes dans des situations de tension et d'impuissance. Malgré leur aspiration à « *ne rien prescrire du tout* », ils ne peuvent changer leurs pratiques : ils n'ont pas d'autres alternatives que de recourir aux produits pour ne pas s'investir auprès de patients. Autrement, ces médecins « malgré eux » sont dans des « cercles vicieux ». En effet, surseoir à la relation médecins-malade équivaut à éprouver davantage les limites de la médecine : à ne plus trouver de sens et de légitimité dans les pratiques de soins.

- Les très gros prescripteurs – qui sont exclusivement des hommes travaillant en secteur libéral dans cette étude - ont pallié ces problèmes. Ils n'endossent pas de responsabilités. En effet, ils « cadrent » leur consultation (très courte et sans négociation possible, avec des formes de sacralisation de leur ordonnance) et leur clientèle. Cette dernière est triée de façon à exclure les personnes leur faisant courir trop de risques et peu rémunératrices⁵⁷⁷. En revanche, ils ont développé les échanges avec les représentants des laboratoires qui les écoutent et les forment. Leurs ordonnances sont inflationnistes car elles ne sont contrôlées que par ces derniers et par des médecins conseils⁵⁷⁸. Autrement dit, ces médecins ne font pas de tri dans leurs ordonnances : ce sont des « distributeurs » de médicaments de confort, et certains prescrivent un produit par symptôme. De plus, il existe dans ce sous groupe des médecins particulièrement « *véniaux* » : ils s'appuient sur le système du paiement à l'acte, mais utilisent aussi l'ensemble des dispositifs étatiques leur permettant des gains financiers (dont le CAPI). Enfin, l'étude confirme l'existence de praticiens « *voyous* » : en nouant des liens avec d'autres praticiens « *bien placés* », ils parviennent à contourner l'ensemble des dispositifs législatifs, et certains échappent à tous contrôles (le plus souvent en déménageant régulièrement sans laisser d'adresse).

Cependant, cette étude montre que les motivations financières n'expliquent pas tous les abus de ces médecins. En effet, comme une partie de leurs confrères moins prescripteurs, des enquêtés cherchent aussi à se surprotéger. Ainsi, c'est dans ce sous groupe que l'on trouve le plus de peurs d'accidents professionnels, éprouvés ou rapportés par des confrères. Ces angoisses ne sont pas dépassées car ces médecins refusent généralement d'en discuter avec des confrères (autrement dit, ces médecins sont également dans des « cercles vicieux » : ils ne parviennent pas à dépasser certaines de leurs peurs car ils ont déjà peu d'échanges sur leurs pratiques et de nombreuses pratiques abusives à « cacher »). Ces médecins sont donc également caractérisés par des perceptions des risques de santé plus importantes que dans les deux autres groupes, expliquant certaines de leurs pratiques (de prescriptions)⁵⁷⁹.

⁵⁷⁷ Ces médecins sont « stakhanovistes » : ils organisent leurs consultations pour gagner du temps donc de l'argent en traitant à la chaîne des patients « rapides », déjà consommateurs (qui cherchent aussi à avoir rapidement des réponses techniques à leurs maux). Ces médecins sur médicalisent donc presque uniquement des problèmes de santé bénins.

⁵⁷⁸ La présence de ces deux acteurs dans leurs consultations indique le fait qu'ils aient des prescriptions abusives.

⁵⁷⁹ Certains enquêtés ont par exemple recours systématiquement à des antibiotiques en cas de rhume, parce qu'un de leurs patients non traités a eu de graves problèmes de santé. Ces « accidents » de parcours, rapportés également chez des médecins spécialistes « adressants », seraient à l'origine de nombreux abus de prescriptions en France.

Dans tous les cas, ces enquêtés personnalisent leurs ordonnances : ils font leur propres « cuisines », à laquelle peuvent s'ajouter celles de leurs « adressants », sans parler de celles des firmes pharmaceutiques qui les maintiennent également sous influences en jouant de leurs appétits (en finançant tous les pots de leurs réunions, mais aussi *via* des invitations dans des restaurants courus et *via* la dégustation des meilleures spécialités gastronomiques locales). A ce sujet, cette étude souligne combien les métaphores culinaires, utilisées par de nombreux médecins en France (où la cuisine et le médicament ont tous deux des connotations positives), qualifient on ne peut mieux leurs pratiques de prescriptions. Ainsi, les jeunes médecins, encore apprentis apprennent à faire monter « *la mayonnaise* » (à trouver et à ajouter des produits efficaces). Les médecins moyens prescripteurs sont constamment en attente de « *recettes* ». Quant aux médecins plus prescripteurs, ils valorisent l'autonomie en cuisine (« *à chacun ses habitudes* », « *chacun fait sa petite sauce* »). Parmi eux, certains ont une approche plus pragmatique de la cuisine (ou du médicament) : ils procèdent souvent à une suite d'opérations pour obtenir des résultats escomptés. Il s'agit de faire recette (d'avoir de nombreuses étoiles dans leurs relevés d'activité) en cherchant à capter des patients gourmands, mais aussi à proposer des menus copieux déconnecté des besoins de populations locales. Dans ce sens, leurs pratiques de prescription ne sont pas dénuées d'artifices, voire de cynisme.

Pistes de travail pour un usage plus raisonné des médicaments en France

Cette étude permet de souligner aux moins trois problématiques centrales, à partir desquelles il conviendrait de travailler, en repartant des pratiques développées par les petits prescripteurs.

1. En effet, à y regarder de plus près, ces médecins ont surtout côtoyé et apprivoisé une figure particulièrement crainte en France : la mort. Ainsi, contrairement à leurs confères, leurs prescriptions ne sont pas motivées par des peurs de l'arrêt respiratoire et par des peurs du suicide (chez les patients déprimés). En développant et en gardant des liens directs avec l'hôpital, ils parviennent également à ne plus avoir « *peur de passer à côté de quelque chose de grave* ». De même, parce qu'ils ont pris l'habitude de davantage partager leurs décisions avec leurs confrères, ils peuvent sinon pallier des « accidents » professionnels, du moins parler et lever ce qui resterait un des tabous les plus importants en médecine : la responsabilité de « *cadavres dans le placard* ».

* Il s'agirait donc de développer, dès les facultés de médecine, des formations et des stages centrés sur ce qui reste un double tabou culturel et médical, en invitant de médecins petits prescripteurs à venir parler de leurs pratiques.

* Dans ce sens, il s'agirait de développer les stages de médecine générale aux urgences, en psychiatrie, en gériatrie et en soins palliatifs, mais aussi en planning familial et auprès de patients démunis. L'objectif serait de familiariser plus précocement les étudiants à des réalités auxquelles ils risquent d'être confrontés et de développer des habitudes de partage de décisions avec des psychiatres et avec des acteurs non médecins.

* Il conviendrait aussi d'aider l'organisation de groupes de pairs, de formations continues sur le « stress » permettant en particulier de dédramatiser des erreurs médicales (comme le propose aussi le médecin généraliste et Maître de conférence Eric Galam), mais aussi de lever d'autres interdits implicites⁵⁸⁰.

⁵⁸⁰ Durant plus de 20 ans de travail auprès de professionnels de la santé, les confidences qui m'ont été faites en qualité d'enquêtrice non soignante sont toujours les mêmes : ne plus supporter des patients (avoir refusé des

2. Un travail sur les idéaux et les centres d'intérêts motivant la venue en faculté serait également à entreprendre. En effet, cette étude souligne des liens directs entre de faibles niveaux de prescription et de fortes motivations soignantes (allant de pair avec un travail d'écoute et d'adaptation aux besoins des populations). Et inversement : les tentations de recourir davantage aux médicaments semblent plus importantes chez des étudiants dont les motivations initiales à devenir médecin généralistes sont plus floues, ou sans lien avec des intérêts tournés vers les patients.

* Il s'agirait donc de développer, avec des internes en médecine générale, des ateliers dédiés en priorité à ces étudiants, peut-être en invitant également des médecins petits prescripteurs à venir parler de leurs pratiques alternatives aux médicaments allopathiques. Les bilans de compétences sont également à développer en cours d'exercice, y compris pour envisager des reconversions⁵⁸¹.

* Cependant, plus globalement, des cursus en pharmacologie (avec des pharmacologues) semblent indispensables pour aider tous les étudiants à avoir des usages plus « raisonnés » des médicaments. Leur contenu devrait permettre de relativiser les notions de progrès en matière de médicaments : d'explicitier ce que sont les « me too », les notions de SMR, ASMR, et quels sont les produits (et leurs associations) ayant des effets délétères en insistant notamment sur les benzodiazépines.

* Dans ce sens, les campagnes d'information des médecins et des usagers sur les produits devraient être poursuivies en aval (à l'instar de celles portant sur les antibiotiques) : sur les benzodiazépines⁵⁸² et sur les produits du rhume. Les instances de décisions sanitaires devraient alors veiller à ne pas incriminer uniquement les consommateurs et à ce que leurs recommandations soient réellement indépendantes, compte tenu de l'omniprésence des laboratoires pharmaceutiques à tous les niveaux du système de soins (d'où des conflits d'intérêts)⁵⁸³. La Cnamts pourrait dans ce sens s'appuyer sur des réseaux d'experts indépendants, comme ceux appartenant à la mouvance de la revue *Prescrire*, et à des associations comme le *Formindep*.

Concernant le format des informations à divulguer, nous recommandons de procéder exactement comme le font les laboratoires pharmaceutiques : des synthèses, de petites plaquettes concernant des produits devraient être commentés oralement, en face à face avec chaque médecin, et laissés à ces derniers. L'idéal serait également de cibler les profils de prescription de chaque médecin prescripteur visité. En effet, les enquêtés lisent peu, en particulier les articles longs qui ne les concernent pas directement. Il conviendrait dans ce sens de mieux faire connaître et de faciliter l'accès Internet à la base de données en cours de réalisation par l'HAS⁵⁸⁴. Enfin, pourquoi ne pas transformer l'image de la Cnamts (« *le bâton* », « *la Stasi* », « *les incitations purement comptables venant de la Sécurité Sociale* », etc.), en s'appuyant sur d'autres stratégies des firmes tout aussi efficaces ? Il s'agirait de laisser également aux médecins (les plus prescripteurs) des échantillons de médicaments, de les convier à des formations où le plaisir de la gastronomie n'est pas absent, et surtout

soins) ; être soi-même en situation d'addiction (à des médicaments, à l'alcool, à son travail, etc.). Enfin, des femmes médecins ont souvent du subir des violences de genre en facultés, et certaines des violences conjugales.

⁵⁸¹ Nombreuses et facilitées en France (Vega *et al.* 2008).

⁵⁸² L'étude récente de Bocquier *et al.* (2009) conclut également sur la nécessité d'une information de la population et des professionnels de santé sur les effets secondaires des benzodiazépines et sur les alternatives thérapeutiques (en plus d'une meilleure formation des médecins, généralistes notamment).

⁵⁸³ Une attention devrait être apportée tout particulièrement aux recommandations à l'égard de la prévention du cancer du col de l'utérus (ex. Vaccin Gardasil ®).

⁵⁸⁴ Cette base, à la condition d'être validée par des experts indépendants et d'inclure les taux de remboursement de chaque produits, pourrait même être imprimée pour être présentée à chaque médecin.

d'écouter leurs doléances. En effet, tous les médecins sont des « écouteurs » : la plupart éprouvent le besoin d'être écouté.

* En revanche, les revalorisations financières présentent selon nous de nombreux risques. A cet égard, la Cnamts devrait également veiller à ce que le CAPI ne devienne pas simplement un gain financier supplémentaire pour les médecins les plus prescripteurs de médicaments. En effet, ces derniers sont caractérisés par le fait de savoir tirer profit et contourner les différents dispositifs mis en place depuis de longues années. Dans ce sens, il nous semblerait plus intéressant d'aider plutôt les médecins peu prescripteurs, qui sont nombreux à souffrir d'un manque de reconnaissance par les pouvoirs publics (en secteur libéral, comme en milieu salarié, ce sont généralement des médecins qui travaillent réellement en équipe transdisciplinaire : qui s'appuient sur des décisions plus horizontales). Il semble tout aussi urgent d'aider toutes les initiatives permettant de mieux coordonner les soins, qu'il s'agisse de pratiques formelles ou informelles (un état des lieux devrait être fait dans ce sens, concernant les prises en charge de soins primaires).

Enfin, l'ensemble des dispositifs mis en place par l'Etat (à l'adresse des « gros », comme des « petits prescripteurs ») semble avoir eu peu d'impact sur les niveaux de prescription et de consommation en France, hormis ceux qui ont fait baisser les taux de remboursement de produits. Il semble donc paradoxal que ce taux soit toujours élevé en France concernant les produits psychotropes (paradoxe déjà signalé par P. Le Moigne, *op.cit*), notamment. Inversement, les produits moins coûteux et/ou ayant moins d'effets néfastes sur la santé devraient être mieux remboursés.

3. *In fine*, la façon dont sont recrutés les médecins mériterait d'être réinterrogée. En effet, la survalorisation de valeurs « scientifiques » poussent de nombreux praticiens à exclure de leurs décisions les patients et les professionnels non médicaux (jugés peu « rationnels »). Et inversement : des médecins adhèrent d'autant plus facilement aux discours des laboratoires pharmaceutiques que ces derniers affirment tous s'appuyer sur des études randomisées, statistiquement prouvées, etc. De plus, la valorisation d'une culture libérale (libre choix de son lieu d'installation et de ses pratiques) favorise des soins plus adaptés aux praticiens qu'aux populations soignées. Dans ce sens, l'autonomie laissée aux praticiens, couplée à des hiérarchisations (fonctions de leurs niveaux de diplômes), est à l'origine de partages très déséquilibrés des patients : de surcharges de travail chez des médecins (généralistes), propices à des épuisements professionnels lesquels amplifient des problèmes de répartitions des médecins sur le territoire.

* Il s'agirait de contrecarrer ces tendances, d'abord en développant des cursus en santé publique et en sciences humaines dans les facultés de médecine, afin d'attirer l'attention des futurs généralistes sur les dimensions socioculturelles des soins. En plus d'apporter sur l'impact des conditions de vue sur la santé, l'objectif de ces enseignements serait de déconstruire la vision dominante du « bon » soignant en France, et les oppositions binaires profanes/soignants (irrationalité/scientificité). Dans l'idéal, il s'agirait de présenter aux étudiants les facteurs objectifs et « subjectifs » qui motivent les prescriptions (dont l'importance des strates culturelles), et de les mettre en garde contre les stratégies des laboratoires pharmaceutiques : en leur présentant des documentaires⁵⁸⁵, des études sur l'influence réelle des commerciaux (mais aussi sur l'impact du financement des colloques, des revues professionnelles et de « simples » réunions locales), sans taire l'importance des enjeux politiques et financiers liés aux médicaments dans le monde.

* Une dernière piste de travail consisterait à aider au développement d'une véritable recherche en médecine générale, condition pour que cette dernière soit reconnue dans les cursus

⁵⁸⁵ Comme celui d'Horel *et al*, *op.cit* (« Les médicamenteurs »), mais aussi des films de fiction sur l'image du médecin (en partie référencés dans Mouillié *et al*. 2007)

universitaires. Dans ce sens, les expériences québécoises semblent être prometteuses... à conditions d'avoir le courage politique de mettre fin à une tradition française d'autonomie médicale (le corps médical reste finalement très peu réglementé), voire de secret et d'impunité que l'affaire du Mediator ne semble pas avoir suffi à lever. Dans ce sens, il semble important de poursuivre des études par observation des consultations, pour mieux comprendre pourquoi des médecins (généralistes et hospitaliers) prescrivent hors des AMM.

Cependant, La Cnamts devrait peut-être surtout financer des recherches permettant de contrecarrer directement le pouvoir des firmes pharmaceutiques, en particulier des études ethnographiques par immersion dans des firmes : s'appuyant sur la participation à des réunions non officielles, informelles⁵⁸⁶ (ex. lobbying auprès de parlementaires⁵⁸⁷), s'attachant à retrouver la source d'informations hyper médiatisées (ex. les campagnes menées autour du vaccin Gardasil ®). L'idéal serait suivre en détail les différentes étapes de mises sur le marché de produits « me too », ou toxiques. En effet, tant que l'ensemble de ces processus ne seront pas rendus visibles - communiqués directement aux usagers et individuellement aux médecins -, il nous semble vain de prétendre pouvoir faire diminuer notablement les niveaux de prescription et de consommation des médicaments en France.

4. Plus concrètement, nous invitons la Cnamts à rendre ses relevés d'activité plus simples à déchiffrer, ou à donner des explications plus compréhensibles aux médecins (accompagnant ces relevés). En effet, aucun enquêté de cette étude n'a été en mesure de nous expliciter de nombreux items qui concernent pourtant directement leurs pratiques (de prescription).

⁵⁸⁶ A l'instar de l'étude menée par S. Dalgarrondo (2004).

⁵⁸⁷ En effet, comme le souligne le sociologue F. Védalago, si « le lobbying des industries pharmaceutiques auprès des instances de régulation est bien connu », il y a en France un besoin de nouvelles recherches toujours plus indépendantes, qu'il s'agisse d'études qualitatives auprès de médecins généralistes, ou d'études « plutôt de type descriptif, présentant le tissu d'organisations professionnelles diverses situées entre l'industrie du médicament, les institutions de l'Etat et de l'Union Européenne » (2009, p.3).

BIBLIOGRAPHIE

- Abélès M., (1995), « Pour une anthropologie des institutions », *L'Homme*, 135 : 65-85.
- Amar E., Pereira A.M, *Les prescriptions des médecins généralistes et leurs déterminants*, Dress, Etudes et Résultats, n° 440, 2005.
- Audisio M. (1988) « Prescrire : épistémologie d'une question éthique », *Perspectives psychiatriques*, 27^{ème} année, n° 15 : 370-374.
- Aïach P., Fassin D., et Saliba J., (eds.), *Les métiers de la santé. Enjeux de pouvoir et quête de légitimité*, Paris, Anthropos, 1994.
- Arliaud M., *Les médecins*, La Découverte, Paris, 1987.
- Bachimont J., Cogneau J., Letourmy A. (2006), « Pourquoi les médecins généralistes n'observent-ils pas les recommandations de bonnes pratiques cliniques ? L'exemple du diabète de type 2 ». *Sciences Sociales et Santé*, vol. 24, n°2 : 76-103.
- Bagros P., et de Toffol B., *Introduction aux sciences humaines en médecine*, Paris, Ellipses, 2001
- Baszanger I. (1981) « Socialisation professionnelle et contrôle social. Le cas des étudiants en médecine futurs généralistes », *Revue française de sociologie*, vol XXII : 223-45.
- Baszanger I. (1991), « Déchiffrer la douleur chronique. Deux figures de la pratique médicale, *Sciences Sociales et Santé*, vol IX : 31-79.
- Baszanger I., Bungener M. (1995), « Heureux, moi non plus. Vingt ans d'enquête : le regard des généralistes », *Le Généraliste*, 20 octobre.
- Benaroyo L., *Ethique et responsabilité en médecine*, Genève, Ed. Médecine et Hygiène, 2006. Professeur d'éthique et philosophie médicale à la Faculté de Biologie et de Médecine de l'Université de Lausanne
- Bergeron H., Castel P. « Captation, appariement, réseau : une logique professionnelle d'organisation des soins », *Sociologie du Travail*, Vol 52/4 : 441-460.
- Bloy G. (2008), « L'incertitude en médecine générale : sources, formes et accommodements possibles », *Sciences sociales et Santé*, vol 26 : 67-89.
- Bloy (2009), « L'identité de la médecine générale au prisme des consultations simulées », in *Singuliers généralistes, Sociologie de la médecine générale*, G. Bloy et F-X. Schweyer (dir.), Presses de l'EHESP, Rennes : 189-203
- Bocquier A., Nauleau S., Verser P. (2009) « Intérêt des données de l'Assurance maladie pour l'étude des disparités territoriales de santé : l'exemple des anxiolytiques et des hypnotiques ». *Pratiques et organisations des soins*, vol. 40, n°2 : 91-97.
- Boissonnat V. (2003), « Un objet réseau : la radiographie de dépistages du cancer du sein, in G. Cresson et F. Schweyer (dir.), *Coopérations, conflits et concurrences dans le système de santé*. Rennes, éditions de l'ENSP : 47-73.
- Bouchayer F. (2009), « Un regard transversal sur la fonction soignante de proximité » in *Singuliers généralistes. Sociologie de la médecine générale*, G. Bloy et F-X. Schweyer (dir.), Presses de l'EHESP, Rennes : 169-187.
- Bourgueil Y., *La régulation des professions de santé. Etudes monographiques : Allemagne, Royaume-Uni, Québec, Belgique, Etats-Unis*, rapport final de la DRESS, 22, mars 2002.
- Bungener M., Demagny L., Hortedahl K.A, Letourmy A. (2009) « La prise en charge du cancer : quel partage des rôles entre médecine générale et médecine spécialisée ? », *Pratiques et Organisations des Soins*, vol 40, n°3 : 191-196.
- Burton-Jeangros C., *Cultures familiales du risque*, Anthropos (collection « sociologiques »), Paris, 2004.

- Carricaburu D et Ménoret M., *Sociologie de la santé. Institutions, professions et maladies*, Armand Colin, 2004.
- Castel P., (2005), « Le médecin, son patient et ses pairs. Une nouvelle approche de la relation thérapeutique », *Revue Française de sociologie*, vol 46, 3 : 443-467.
- Chauvenet A., (1972) « Professions hospitalières et division du travail », *Revue française de sociologie*, XIII-2 : 145-163.
- Carpentier J., *Thèses sur l'art médical*, Editions du losange, Nice, 2008 (3^{ème} édition).
- Chamak B. (2009), « Prescription de psychotropes aux enfants et aux adolescents : conflits d'intérêts », *Médicaments et société, entre automédication et dépendance, Sociologie santé*, numéro spécial n°30 : 267-283.
- Chevandier C., *L'hôpital dans la France du XXe siècle*, Paris, Perrin, coll. Pour l'Histoire; 2009.
- Cohen D., *Production, promotion, prescriptions et consommation de médicaments psychotropes : inventaire des recherches en sciences humaines, 1988-1993*, Rapport Mire, 1994.
- Cohen D. & McCubbin M. (1990). The political economy of tardive dyskinesa : asymmetries in power and responsibility. *Journal of mind and behavior*, vol. 11, nos. 2&3, pp : 465-488.
- Cohen D., et Karsenty S., *Les représentations sociales des effets secondaires des anxiolytiques, une étude comparative Québec-France*. Rapport de recherche du programme 'médicaments et santé mentale' de la MIRE, GRASP/INSERM, mai 1998.
- Cormack M.A & Howells E. (1992) « factors linked to the prescribing of benzodiazepines by general practice principals & trainees », *Family Practices* : 466-471.
- Cuche D., *La notion de culture dans les sciences sociales*, La Découverte, Paris, 1996.
- Dalgalarondo S., *Sida la course aux molécules*, Paris, Editions de l'EHESS, 2004.
- Dana J. & Loewenstein G. (2003), « A social science perspective on gifts to physicians from industry », *JAMA*, 2003, vol 290 : 252-255.
- Daneault S., et al, *Souffrance et médecine*, Presses de l'Université du Québec, 2006.
- Danet F. (2007), « La dramaturgie de l'urgentiste », *Esprit*, 2 : 143-57.
- Davezies P., Daniellou F., L'épuisement professionnel des médecins généralistes, une étude en Poitou-Charentes, Union Régionale des Médecins Libéraux de Poitou-Charentes, Avril 2004.
- Desclaux A., *Interprétation maternelles et médicales du risque de transmission mère-enfant du VIH et processus de décision en matière de procréation*, Rapport final, projet ANRS, 2001.
- Desclaux A. et Lévy J.J., « Introduction générale », *Cultures et médicaments, Anthropologie et sociétés*, 2003, 27-2 : 5-21.
- Dodier N. *L'expertise médicale. Essai de sociologie sur l'exercice du jugement*. Paris: Métailié; 1993.
- Drogues et dépendance. Le livre d'information* (états des connaissances : mars 2007), Editions INPES, 2007.
- Dupuy J.P et Karsenty S., *L'invasion pharmaceutique*, Paris, Seuil, 1974.
- Ehrenberg A., *La fatigue d'être soi*, Paris, Editions Odile Jacob, 1998.
- Ehrenberg A. (2006), « Contre le tournant subjectiviste », *Sciences Humaines*, n°173 (www.scienceshumaines.com/alain-ehrenberg-contre-le-tournant-subjectiviste_fr_14679.html).
- Enjeux des coopérations et des délégations entre médecins généralistes et paramédicaux en secteur libéral : les pratiques déjà en œuvre sur le terrain*, Haute Autorité de Santé (rapport du groupe de travail en ligne, présidé par M. Elbaum), 2007.
- Etude Polychrome*, rapport final INSERM, 30 octobre 2009 (en ligne).
- Fainzang S., (1994) « L'objet construit et la méthode choisie, l'indéfectible lien », *Terrain*, 23

: 161-172 (en ligne).

Fainzang S., (2001) « Récents développements de l'anthropologie médicale », *Sciences Sociales et Santé*, vol 19, 2 : 5-27.

Fainzang S., *Médicaments et société*, PUF (Ethnologies Controverses), 2001/1.

Fainzang S. (2005) « L'anthropologie médicale en France », in *Anthropologie médicale. Ancrages locaux, défis globaux*, F. Saillant et S. Genest (dir), éd. Les Presses de l'Université de Laval : 167.

Fainzang S., *La relation médecins-malades : information et mensonge*, PUF (coll. Ethnologies), 2006.

Fainzang S., (2007), « Anthropologie du médicament », in *Dictionnaire du corps*, M. Marzano (dir.), PUF : 569-575.

Fainzang S., (2010), « L'automédication, une pratique qui peut en cacher une autre », *Anthropologie et Sociétés*, vol 34, n°1 : 115-133.

Fassin D., *Sida, immigration et inégalité : nouvelles réalités, nouveaux enjeux*. Paris, ANRS, 2002 : 4-6.

Fassin D., (2009), « Avant propos ». *Inégalités et santé. Problèmes politiques et sociaux*. Paris, La Documentation Française, n° 960 : 5-9.

Fassin D., (2009/1), « Une science sociale critique peut-elle être utile ? », *Tracés*, hors série : 199-211.

Faure Y., (2009), « Médecine générale : le tout pour le tout ? Tensions entre principes des choix et genèse des goûts », » in *Singuliers généralistes. Sociologie de la médecine générale*, G. Bloy et F-X. Schweyer (dir.), Presses de l'EHESP, Rennes : 329-342.

Freidson E., *Professional dominance, Profession of medicine*, Atherton Press, New-York, 1970 (chap 14 : 302-331).

Froment A., *Pour une rencontre soignante*, Paris, Éd. des archives contemporaines, 2001.

Galam E., *L'épuisement professionnel des médecins libéraux franciliens : témoignages, analyses et perspectives*, Commission Prévention et santé publique URML Ile-de-France. Juin 2007.

Gallay J-L., Alby M-L (2002), « Psychiatrie, souffrance psychique et médecine générale, *Encycl. Méd Chir*, Psychiatrie, 37-956-A-20.

Gervais A., et Grimaldi A., « Hôpital public à vendre », *Le Monde diplomatique*, n° 680, 57^e année, novembre 2010 : 20-21.

Giami A, La spécialisation informelle des médecins généralistes : l'abord de la sexualité, ANRS, 2003 (également résumé dans *Singuliers généralistes*).

Good B., *Comment faire de l'anthropologie médicale? Médecine, rationalité et vécu*, Le Plessis-Robinson, SynthéLabo, 1998.

Good M., *Medicine, Rationality and experience*, Cambridge University Press, Boston, 1994.

Guyart L., (2002) « Consultation gynécologique et gestion de l'intime », *Champ Psychosomatique*, 3, 27 : 81-92 (en ligne).

Hahn R.A., *Sickness and healing: an anthropological perspective*, Yale University Press, New Haven, 1995.

Hardy-Dubernet A-C, Faure Y., Le choix d'une vie. Etude sociologique des choix des étudiants de médecine à l'issue des épreuves classantes nationales, 2005, *document de travail, DREES*, décembre 2006.

Haxaire C., (resp.) *Représentations de la santé mentale et de la souffrance psychique par les médecins généralistes* (de Bretagne occidentale), programme de recherche « Sciences biomédicales, Santé, Société », CNRS/Inserm/DREES-MiRe (2005-2006), Cesames, 2005.

Haxaire C., Richard E., Bodénez P., Locquet C., (2010), « Appréhension et gestion des traitements psychotropes par les généralistes (Bretagne Occidentale) », *Revue Sociologie*

- Santé*, n°31 : 331-347 (également dans *Singuliers généralistes*).
- Healy D (2004), « Shaping the Intimate : Influences on the Experience of Everyday Nerves », *Social Studies of Sciences*, vol 34, n°2 (Intersections of Pharmaceutical Research and Marketing) : 219-245.
- Hémery-Bourgeois I. (2002), Dynamique d'adressage du patient et réseaux de correspondants en médecine générale, Communication aux journées du FROG : « Organisations, communautés, réseaux : les nouvelles formes de l'action collective.
- Herzlich C., « Du symptôme organique à la norme sociale : des médecins dans un 'groupe Balint' », *Sciences Sociales et Santé*, 1984, 2/1 : 11-31.
- Herzlich C., et Adam P., *Sociologie de la maladie et de la médecine*, Paris Nathan, 1994 : 5-7.
- Horel S., Redolfi A., Rossigneux. B., « Les médicamenteurs », © Beau comme une image / France 5, 2008 (*documentaire*).
- Keller P-H (2009) « Psychotropes : vrais faux médicaments de l'esprit ? », *Médicaments et société, entre automédication et dépendance, Sociologie santé*, numéro spécial n°30 : 227-242
- Horel S., Redolfi A. et Rossigneux. B., « Les médicamenteurs », © Beau comme une image / France 5, 2008 (*documentaire*).
- Jaisson M. (2002), « L'honneur perdu du généraliste », *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, 143 : 31-35.
- Johanne Collin C. (2003) « Médicament et vieillesse, trois cas de figures », in *Cultures et médicaments, Anthropologie et sociétés*, 27-2 : 119-138.
- La dépression en France : enquête Anadep*, INPES, collection étude et santé, 2005.
- La médecine générale. Synthèse générale*, rapport 2006-2007, ministère en charge du travail, de la santé et du budget, ONDPS, Paris, 2008.
- Lalande F., et Veber O., *La mort à l'hôpital*, rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales, Paris, novembre 2009 (*en ligne*)
- Laplantine F., *Anthropologie de la maladie*, Payot, Paris, 1998
- Langlois E. *Produire du soin : sociologie d'une action collective*. Université Victor Segalen, Bordeaux 2. LAPSAC-EA 495, 2007.
- Le Breton D. (2010) « La dimension culturelle de la douleur et sa relation aux soins », in *Des sciences sociales dans le domaine de la santé et des soins infirmiers*, N. Vonarx, L. Hamelin-*Le Care : entre une manière de penser le monde et le travail difficile et assidu du soin*, Aprionis, hors série, avril 2010.
- Brabant, L. Bujold (dir.), Presses de l'Université Laval, Québec : 97-115.
- Le Grand Sébille C. (2007), « Le dégoût » in *Médecine et sciences humaines*, J-M Mouillie, C. Lefève et L. Visier, Paris, Les Belles Lettres : 315-316.
- Leibing A. (2009), Tense Prescriptions ? Alzheimer Medications and the Anthropology of Uncertainty, *Transcultural psychiatry* : 180-206.
- Le Moigne P. (2009) « Entre maladie et mal être », *Médicaments et société, entre automédication et dépendance, Sociologie santé*, numéro spécial n°30, juin : 243-263. (*Tiré de : La dépendance aux médicaments psychotropes. Enquête auprès des usagers et des prescripteurs*, Paris, CESAMES-MILD, 2004).
- Léonard J., *La médecine entre les savoirs et les pouvoirs*, Aubier, 1981.
- Lupton D. (1998) "Consumerism, reflexivity and medical encounter", *Social Science and medicine*, vol 45, 3 : 373-381.
- Lustman M., Vega A. (2007) « Les logiques des réseaux informels en médecine générale : la nécessaire personnalisation des métiers du soin ? » *Sociologie Santé*, 27, 3 : 193-211.
- Lustman M., Vega A., Le Noc Y, Vallée J-P. (2009) « Cancer du col de l'utérus, regards croisés sur le dépistage », *Médecine*, vol 5, n°3 : 3-6.
- Maturo A. (2009), « Médicalisation, marketing pharmaceutique et inégalités sociales », *Médicaments et société, entre automédication et dépendance, Sociologie santé*, numéro

spécial n°30 : 177-187.

Membrado M. (1993) « La construction de la relation thérapeutique », *Ethnologie française*, XXIII, 4 : 526-533.

Ménoret M, *Les temps du cancer*, Editions CNRS, Paris, 1999.

Ménoret M. (2007) « Informer mais convaincre : incertitude médicale et rhétorique statistique en cancérologie », *Sciences Sociales et Santé*, vol 25, 1 : 33-53.

Mise au Point. Prévenir la iatrogénèse médicamenteuse chez les sujets âgés, Afssaps, juin 2005. *Mise au Point. Médicaments et conduite automobile. Actualisation*, Afssaps, mars 2009.

Mishler E.G., *The discourse of medicine. Dialectics of medical interviews*, Norwood, Ablex Publishing Corporation, NJ, 1984.

Mercadier C., *Le travail émotionnel des soignants à l'hôpital*, Paris, éd. Seli Arslan SA, 2002.

Mouillie J-M, Lefève C., Visier L. (dir.), *Médecine et sciences humaines*, Paris, Les Belles Lettres, 2007.

Moynihan R. (2008), « Key opinion leaders : independent experts or drug representatives I disguise ? », *British Medical Journal*, , vol 336 : 1402-1403.

Olivier De Sardan J.-P. (1995), « La politique du terrain. Sur la production des données en anthropologie », *Enquête*, 1 : 71-109.

Paille P., Mucchielli A., *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*, Armand Colin, 2005.

Peneff J., *Les malades des urgences*, Métailié, Paris, 2000.

Peneff J., *La France malade de ses médecins*, Les empêcheurs de penser en rond, Paris, 2005.

Pennec S., (2009) « La médecine générale, une profession consultante » in *Singuliers généralistes. Sociologie de la médecine générale*, dir. G. Bloy et F-X. Schweyer (dir.), Presses de l'EHESP, Rennes, 2009 : 207-218.

Pignarre, P., *Le grand secret de l'industrie pharmaceutique*, Paris, La découverte, 2003.

Picot G., (2009), « Les hommes et l'activité de soin : réalités et enjeux dans un contexte de changement de l'organisation du travail à l'hôpital », *Revue Sciences de la Société*, Presses Universitaires Du Mirail, n° 76 : 135-145.

Pouchelle M-C, *L'Hôpital corps et âme. Essai d'anthropologie hospitalière*, Paris, éd. Seli Arslan SA, 2003.

Rasmussen N. (2006), « Making the First Anti-Depressant : Amphetamine in American Medicine, 1929-1950 », *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*, Vol 61, n°3 : 288-323.

Rosman S., Les pratiques de prescription des médecins généralistes » in *Singuliers généralistes. Sociologie de la médecine générale*, dir. G. Bloy et F-X. Schweyer (dir.), Presses de l'EHESP, Rennes, 2009 : 117-129. (Tiré de *La pratique de prescription des médecins en France et aux Pays Bas*. Rapport de recherche CNAM, Paris, CERMES, 2008).

Rosman S. (2009/1) « Les pratiques de prescription des antibiotiques en médecine générale en France et aux Pays-Bas » in « Médicaments et société, entre automédication et dépendance », *Revue sociologie santé*, numéro spécial n°30 : 81-99.

Rosner F. (1992), Ethical relations between drug companies and the medical profession, *Chest*, vol 102, n°1: 226-269.

Saillant F., Gagnon E. (1999), « Vers une anthropologie des soins ? », *Anthropologie et Sociétés*, vol 23, 2 : 5-14.

Sainsaulieu I., (2009) « Le bon patient est sous contrôle. Communautés de service et pratiques soignantes à l'hôpital », *Swiss Journal of sociology*, 35-3, 1 : 551-570.

Sarradon-Eck A. (2007), « Prévoir la maladie cardiovasculaire : le discours médical et le discours profane », in Rossi I. (dir), *Prévoir et prédire la maladie. De la divination au pronostic*, Paris, Ed. Aux lieux d'être : 153-175.

- Sarradon-Eck A., Vega A., *Les réseaux informels de collaboration professionnelle : ethnographie des médecins de famille français*, 8^{ème} Conférence Internationale sur la Science des Systèmes en Santé, Genève, 1-3 septembre 04.
- Schweyer F-X (2009), « L'outil qui cache la réforme » in *Singuliers généralistes. Sociologie de la médecine générale*, dir. G. Bloy et F-X. Schweyer, Presses de l'EHESP, Rennes : 283-305.
- Schweyer F-X, Levasseur G, Mari C, Hugé S, Girard N. (2006), *L'installation des jeunes médecins généralistes. Peut-on concevoir un dispositif d'accompagnement ?* ENSP, Rennes1, URCAM, Conseil Régional, Pays de Guingamp.
- Serraf G., *Le médecin, le malade et le médicament*, Paris, la Nef, 1969.
- Stead & coll. (2001) « Communication about sexual problems and sexual concerns in ovarian cancer: qualitative study », *BNJ*, 323 : 836-837.
- Schwartz O. (1990), « L'empirisme irréductible », in N. Anderson. *Le Hobo, sociologie du sans-abri*, Paris, Nathan : 265-305.
- Trichard-Salembier A., *Suicide et burn out : « les médecins sont une population à risque »*, séminaire Santé, Travail, Ethique et Société, Université Lille 2, 1^{er} décembre 2010.
- Urfalino P. (dir.) Bonetti E., Bourgeois I., Dalgalarondo S., *Les recommandations à l'aune de la pratique médicale, le cas de l'asthme et du dépistage du cancer du sein*. Centre de sociologie des organisations, 2001.
- Urfalino P., *Le grand méchant loup pharmaceutique*, Ed. Textuel, Paris, 2005.
- Van der Geest S., Whyte S., et Hardon A. (1996), "The anthropology of pharmaceuticals, a biographical approach", *American review of anthropology*, 25 : 153-178.
- Vedelago F. (2009), « Appel à contribution : Médicaments et société », *Sociologie Santé*, n°30 : 3.
- Vega A., *Une ethnologue à l'hôpital*, Editions des Archives Contemporaines, Paris, 2000.
- Vega A., *Soignants-soignés, approche anthropologique des soins infirmiers*, Editions DeBoeck-Université, Paris, 2001.
- Vega A., *Dynamique des savoirs savants et profanes dans les réseaux de soins*. Rapport scientifique, Fondation Fyssen, 2003.
- Vega A. (2003/1), *Les cuisines des ministères*, Edition Hachette (collection vie quotidienne), Paris.
- Vega A., « Perceptions du travail et identité professionnelle : médecins salariés-médecins libéraux, même combat ? », *Dossier Solidarité et Santé*, La documentation Française, Hors série, 2007.
- Vega A. (2007/1) « Les soignants face aux différences culturelles et sociales », « Les souffrances des soignants aujourd'hui », in J-M Mouillie, C. Lefève, L. Visier (dir.), *Médecine et sciences humaines*, Editions Les Belles Lettres : 339-343.
- Vega A. (2011), « Regards sur l'hôpital : quand l'anthropologue fait mémoire », in *Image et santé (matériaux, outils, usages)*, T. Fillaut, F. Douguet et F-X Schweyer (dir.), Presses de l'EHESP (col. *Recherche, santé, social*), à paraître
- Vega A, Cabé M-H, Blandin O. (2008), « Cessation d'activité libérale de médecins généralistes : motivations et stratégies », *Dossier Solidarité et Santé*, 6 (en ligne).
- Vega A. et Soum-Pouyalet F., (2010) "Scientific rationality meeting individual beliefs : coping strategies of caregivers to serious illness ", *Anthropologie et sociétés*, 34-3 : 229-248.
- Vilbrod A., Douguet F., *Le métier d'infirmière libérale*, DREES, Document de Travail - Série Études, n° 58, 2006.
- Visier L. (2007), « Malade, patient et usagers », in J-M Mouillie, C. Lefève, L. Visier (dir.), *Médecine et sciences humaines*, Paris, Les Belles Lettres : 469-473.
- Zarifian E., *Le prix du bien-être. Psychiatrie et société*, Paris, Odile Jacob, 1996.

ANNEXE n°1 : **Retombées de la recherche**

- Publications :

Vega A., *Médecine* (ISSN : 1777-2044, rubrique « médecine et sciences humaines », John Libbey Eurotext), n°3, n°4, n°5, n°7 mars avril mai 2009 ; n°3, n°8 2010. Notes de lectures :

- « Médecins et médicaments, un regard sociologique », d'après *L'invasion pharmaceutique*, de J.P Dupuy et S. Karsenty, Seuil, Paris, 1974.
- « Informations des patients », d'après *La relation médecins-malades* de S. Fainzang S., PUF, 2006 et *Pour une rencontre soignante* d'A. Froment, EAC, 2001.
- « Les déterminants de la décision médicale », d'après *L'expertise médicale. Essai de sociologie sur l'exercice du jugement* de N. Dodier, Métailié, 1993.
- « Santé : risques perçus et pratiques préventives », d'après *Cultures familiales du risque*, de C. Burton-Jeangros, Anthropos, 2004.
- « Sociologie de la médecine : un pavé dans la mare », d'après *La France malade de ses médecins* de J. Peneff, Les empêcheurs de penser en rond, 2005.
- « L'hôpital revisité, le point de vue des historiens », d'après *L'histoire de l'hôpital au 20^{ème} siècle* de C. Chevandier, Perrin, Pour l'Histoire, 2010 (commentaire mis aussi en ligne dans la revue *Mouvement social*, le 1^{er} mars 2010).
- « Les faces cachées des pratiques soignantes », d'après *Singuliers généralistes. Sociologie de la médecine générale* de Bloy G., Schweyer (dir.), Rennes, Presse de l'EHESP, 2009.

Vega A., « Approches soignantes : la plus value de l'anthropologie », in *Sciences sociales et discipline infirmière : les lieux d'une rencontre*, Presses de l'Université Laval, Québec, 2010 : 247-270.

- Séminaires, colloques

*49^{ème} congrès national des centres de santé, 2009 (Paris).

« Initiation aux sciences humaines » (niveau P1), 19/5/2010, Faculté Libre de médecine (Lille).

Le Tiers dans les soins : l'empêchement de tourner en rond ? Journées Romandes des Soins Infirmiers, Lausanne, 11/2/10.

*4^{ème} congrès de la médecine générale, 2010 (Nice). *Mieux connaître les difficultés d'exercice et les stratégies pour s'épanouir au travail : quelques pistes d'amélioration*, 26/6/10.

La solitude du médecin généraliste : premiers résultats d'ethnographies. Séminaire Santé, Travail, Ethique et Société (dir. C. Le Grand Sébille) ; GIP CERESTE, université Lille 2, 2/02/10 (à paraître).

*1^{ère} et 2^{ème} rencontres annuelles de la maladie chronique, 2010 et 2011 (Paris).

- Nouvelles recherches :

Bourses pour deux études qualitatives sur la prise en charge du cancer (en médecine générale), en collaboration avec un médecin généraliste : fondation Roche et Inca (*Université Paris Ouest, Lasco, dir. P. Combessie*).

ANNEXE n°2 : Axes et thèmes privilégiés lors des observations et des entretiens

Grille d'observations

- Rapports aux patients et/ou à leurs proches (types de profils de patientèle, types de représentations et de discours : usagers passifs/actifs, responsabilités plus ou moins partagées).
- Rapports aux médecins spécialistes (types de coopération et d'alliance/mésententes ou concurrences locales, responsabilité partagée/reportée, rapports à l'expertise et aux recommandations).
- Rapports à l'ordonnance (types de représentation des médicaments et de leurs effets, produits les plus prescrits, types de produits psychotropes prescrits, type de rapports entretenus avec les firmes pharmaceutiques : collaboration, fréquence des visites, dénis d'influence, regards critiques).

*Grille d'entretiens*⁵⁸⁸

- 1. Formation(s) et stages marquants, exercice(s) médicaux expérimenté(s), facteurs ayant menés à l'exercice actuel (atouts et inconvénients du travail actuel au regard des motivations initiales, type de responsabilités médicales au regard d'autres exercices).
- 2. Type de population(s) prise (s) en charge, spécificités et éventuelles difficultés (observance, rapports à l'ordonnance, demandes particulières, temps d'écoute), motifs de consultation et types de prescription(s) les plus courants.
- 3. Avantage(s) et inconvénient(s) des médicaments actuellement les plus prescrits dans la spécialité (effets secondaires, risques), motivation présidant au choix préférentiel de médicaments (sources des connaissances : facultés, pharmaciens, expériences, publications, informations *via* des « visiteurs médicaux », autres) ; opinions relatives au rôle des firmes pharmaceutiques dans les prescriptions médicales, à des « abus » typiquement français en matière de prescriptions/consommation de médicaments (ex. psychotropes).
- 4. Type(s) de collaboration médicale, de réseaux d'entraide, principales évolutions du travail médical (opinions relatives aux FMC, aux protocoles, à l'EBM : Evidence Based Medicine).
- 5. Principales difficultés dans l'exercice de la médecine (usagers, contrôles du travail, solitude professionnelle, procès, etc.). Pistes d'amélioration possible du travail (besoins locaux, types de politiques souhaitables).

⁵⁸⁸ En anthropologie, l'enquêteur dispose d'un canevas d'entretien comprenant des thèmes à aborder, qu'il doit adapter à chaque enquêté. Mais l'idéal est que ce dernier aborde de lui-même les items (ex. sa conception du travail, de la relation médecin-malade, ses représentations de (l'évolution de) la profession, des différentes spécialités médicales, des médicaments, etc.).

ANNEXE n°3 : Principaux enquêtés

- Médecins interviewés et/ou suivis

Les principaux enquêtés généralistes interviewés et/ou suivis sont proches de la moyenne d'âge en 2010 (51,8 ans/51,2 ans). Nous avons veillé à tenir compte de la féminisation importante dans les jeunes générations, d'où une proportion égale d'hommes et de femmes.

* Petits prescripteurs

Fe, 39 ans, libérale, cabinet de groupe, semi-rural
Fe, 50 ans, libérale et salariée, banlieue
Fe, 55 ans, libérale, cabinet de groupe, banlieue
Fe, 62 ans, libérale, cabinet de groupe, urbain (gynécologue médicale)
Fe, 63 ans, libérale, urbain
Fe, 65 ans, libérale, cabinet de groupe
H, 48 ans, libéral, semi-urbain
H, 55 ans, libéral, cabinet de groupe, semi-rural
H, 68 ans, libéral, banlieue défavorisée
H, 72 ans, retraitée libéral, urbain.

* Moyens prescripteurs

Fe, 32 ans, salariée, banlieue
Fe, 43 ans, libérale, cabinet de groupe, semi-rural
Fe, 49 ans, salariée, banlieue
H, 43 ans, libéral, cabinet de groupe, semi-urbain
H, 48 ans, libéral, urbain

* Gros prescripteurs

Fe, 39 ans, salariée, banlieue
H, 53 ans, libéral, cabinet de groupe, semi-rural
H, 54 ans, libéral, urbain
H, 68 ans, libéral, cabinet de groupe, semi-urbain

- Informateurs privilégiés

H, 31 ans, libéral, cabinet de groupe, banlieue
H, 39 ans, salarié, banlieue
H, 45 ans, salarié, banlieue
H, 50 ans, libéral cabinet de groupe et salarié (formateur), urbain.