

Apprendre à prescrire... sous influence

L'internat, comparativement à l'externat, c'est le moment où l'on devient "prescripteur" (prescriptrice ? prescriptrice ?). Externe, on apprenait quel genre de molécule il fallait utiliser pour chaque pathologie, maladie des doigts de pieds carrés qui touche une personne sur un milliard (sels d'hydroxy-orteillase), ou la troisième ligne de traitement à la mode cette année-là pour le mélanome en phase IV (SuperPiluleTrèschère®). Mais là, ça y est. C'est nous qui avons le stylo et le tampon, c'est nous qui prescrivons.

Cela commence aux Urgences. C'est le stress. Il faut faire vite, débiter du patient suffisamment rapidement. Les chefs nous mettent la pression. « *Allez allez ! Faut aller plus vite que ça, regarde la file d'attente !* » Mais on hésite. On n'a pas pris toutes ces décisions avant. On demande conseil. Que faire pour M. Duchmol qui vomit ? « *Mets-lui du Vogalène® !* » Pourtant, le Vogalène®, on m'en a dit tellement de mal... Pour cause d'effets secondaires graves possibles, Prescrire le déconseille, la HAS ne le recommande pas non plus pour le cas de M. Duchmol. Mais si vous ne prescrivez pas de Vogalène®, on vous regarde de travers : tortionnaire ! On ne sait plus trop où donner de la tête. « *Vite vite ! Tu l'as pas encore fait sortir Duchmol ?* » Et puis il y a Mme Dubidon qui semble faire une colique néphrétique. « *Mets-lui du Spasfon® !* » dit la cheffe. L'infirmier est debout devant le bureau, l'ampoule dans la main : « *Alors, je lui mets un Spasfon® ?* » Mais en lisant les rapports de la HAS, le Spasfon® ne fait pas rêver par son efficacité, on lit aussi « *SPASFON n'a pas de place dans la stratégie thérapeutique de prise en charge des patients ayant des coliques néphrétiques* ». Mais l'ampoule est déjà passée depuis un moment. Et on vous fait comprendre que tout ça, ici c'est du réflexe : Vogalène®, Spasfon®, paf paf on ne réfléchit pas, on clic clic, on prescrit.

Bien sûr on va finir par prescrire le Xaratata®.

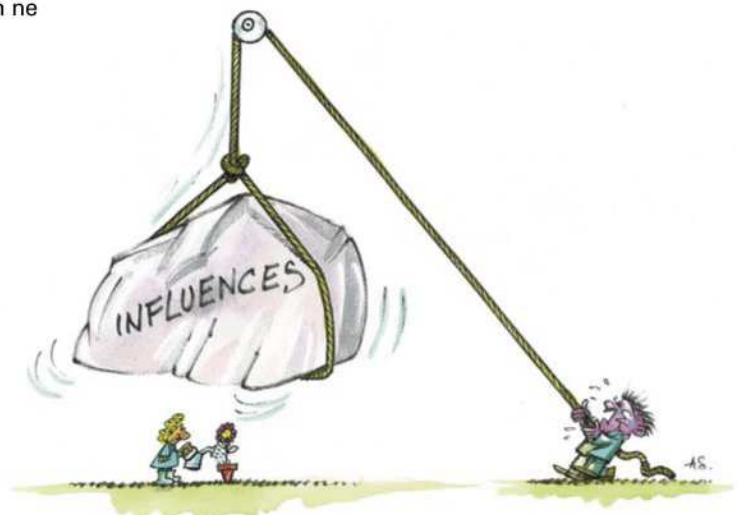
Puis c'est la phlébite qui tombe sur le nez de M. Dupont. Ou plutôt sur son mollet. Comme une grosse jambe rouge. Il faut donc prescrire un

anticoagulant. On les connaît bien, on n'a appris que ça. La cheffe nous dit : « *Mets-lui du Xaratata®* ». « *Ah bon ? Pourquoi du Xaratata® et pas telle héparine comme on me l'a appris ?* » La cheffe tient dans la main le dépliant du laboratoire qui produit le Xaratata® et qui leur a fait une présentation ce matin, ils ont d'ailleurs laissé une pile de flyers près de la machine à café. Pensez-vous vraiment qu'il est facile pour le jeune interne premier semestre d'argumenter sur la prescription avec la cheffe qui exerce depuis 20 ans et tient le dépliant ? Bien sûr on va finir par prescrire le Xaratata®.

Et cela continue... On apprend des réflexes. Il est clairement plus valorisé d'avoir le réflexe de prescrire ceci et cela que de réfléchir sur sa prescription. Évidemment, aux Urgences, il faut aller vite. Mais ces réflexes de marques rentrent insidieusement dans les têtes.

Puis c'est le semestre au cabinet de médecine générale, et là on doit se plier peut-être encore davantage aux habitudes du lieu, tant on est surveillé de près. Ici, pour une gastro, on repart avec Doliprane®, Vogalène®, Spasfon® et Tiorfan®. Pas exactement ce que l'on nous a enseigné. Toutes ces années à nous répéter « *ne mettez pas d'anti-diarrhéïques !!* » Et voilà qu'au-dessus de notre épaule, le médecin généraliste nous dit « *Mets-lui du Tiorfan®* ». Et c'est ainsi pour beaucoup de médicaments. Même en sachant que le médicament a peu d'effet, on le prescrit parce que c'est l'habitude, c'est ce que la personne attend de la consultation. On valorise le fait que vous sachiez remplir une grosse ordonnance pleine de noms de médicaments, cela vous donne un air expert.

Les lecteurs sont libres d'exprimer dans la rubrique "Forum" leurs opinions quelles qu'elles soient. Seuls les textes anonymes ou publicitaires ou injurieux sont systématiquement écartés. La Rédaction de Prescrire, qui ne partage pas forcément les opinions exprimées ici, n'intervient que sur la forme, les titres, les intertitres, les illustrations et les dénominations des médicaments. Communication directe via : forum@prescrire.org



Surprise, les marques de médicaments qui vous rentrent le mieux en tête sont celles qui ont un nom commercial mnémotechnique. L'antibiotique Birodogy^l, utilisé pour les affections dentaires, qui a pratiquement un nom de dentifrice par exemple... Le Tanganil[®] qui sonne comme "tanguer" et que l'on donne lorsque les gens ont la tête qui tourne, etc. En résumé, on se souvient plus facilement de prescrire du « UroMax[®] » pour des problèmes urinaires que du *silicate d'hydroxychlorosulfate de prescilium*, et cela peut poser un problème en termes d'indépendance vis-à-vis de l'industrie.

Pendant l'internat, nous allons prescrire beaucoup de choses. Pourtant, aucune formation dédiée à savoir choisir quoi prescrire. Nous n'avons que des formations sur les ressentis, les relations, les entretiens... C'est intéressant, mais la formation à la prescription fait défaut. S'il faut choisir par exemple

entre une gamme d'anxiolytiques à prescrire, c'est à l'interne de se former seul, de faire ses recherches, et de décider quel anxiolytique prescrire. Finalement, dans la pratique réelle avec sa cadence à tenir, l'interne va se retrouver à prescrire la marque favorite de son maître de stage ou de son service d'Urgences. Alors qu'une formation indépendante pourrait faire le point sur les études indépendantes pour les médicaments le plus utilisés dans la spécialité. Mais non, cette partie de la formation est négligée, repoussée, à faire en "auto-formation" (comme la plupart des choses). La conséquence est que les internes apprennent des façons de prescrire qui sont biaisées par les visiteurs médicaux des laboratoires passés visiter leurs maîtres de stage et leurs services hospitaliers.

L'interne à vapeur

Quel avenir pour l'interprétariat présentiel, en région Grand Est ?

Imaginerait-on faire, aujourd'hui, l'examen d'un patient sourd sans l'aide d'un interprète en langue des signes ? Être écouté (à défaut d'être entendu) constitue le vœu que tout patient forme quand il présente une plainte et formule une demande parfois difficile à exprimer, surtout dans le cadre intime de la consultation médicale et/ou psychiatrique.

Depuis 2007, ce qui est aujourd'hui l'Agence régionale de santé (ARS) et l'Union régionale des professionnels de santé des médecins libéraux (URPSML) du Grand Est (GE) portent et financent un dispositif qui permet la présence d'un interprète professionnel, via l'association Migrations Santé Alsace, lors des consultations de médecine générale ou spécialisées dans les villes de Strasbourg et Mulhouse. Cet outil est précieux pour la prise en charge de certains patients qui maîtrisent peu ou pas le français. En effet, comme le recommande la Haute Autorité de Santé, « *l'interprétariat linguistique dans le domaine de la santé garantit, d'une part, aux patients, les moyens de communication leur permettant de bénéficier d'un égal accès aux droits, à la prévention et aux soins de manière autonome et, d'autre part, aux professionnels, les moyens d'assurer une prise en charge respectueuse du droit à l'information, du consentement libre et éclairé du patient et du secret médical* » (HAS 2017).

Il est fondamental que l'interprète soit un professionnel formé, qui puisse retranscrire au mieux la parole de la personne, mais également les nuances, les traits d'humour, les émotions... Spécialiste des échanges verbaux, il veille à la bonne compréhension des propos des patients mais également des professionnels de santé. Le recours à un tiers non formé à l'interprétariat (parents, proche, enfants) ne permet pas le respect du cadre déontologique : fidélité de la traduction, impartialité, secret médical... Il empêche également l'abord de certaines problématiques touchant à l'intime, et le médecin comme le patient se retrouvent amputés d'une partie essentielle et nécessaire au soin.

L'absence d'interprétariat en santé conduit à des mauvaises prises en charge, des erreurs diagnostiques, la répétition coûteuse d'examen complémentaires, des traitements inadaptés voire dangereux... Ces coûts seront supportés par le patient qui souffrira d'une prise en charge de moindre qualité (et aussi des risques pour sa santé ?), mais également par le système de santé qui devra l'assumer.

Nous avons appris que le dispositif d'interprétariat présentiel ne serait plus porté par l'URPSML GE à partir de janvier 2021, et que le financement du dispositif était en question, au risque de voir disparaître ce mode d'appui à nos prises en charge. Dans le même temps, l'ARS GE déploie sur toute la région un service d'interprétariat téléphonique ouvert à tous les médecins. Cette mise à disposition à tout le Grand Est illustre parfaitement la nécessité de l'interprétariat en santé et nous saluons donc cette reconnaissance. Son extension va favoriser l'équité pour les patients allophones, et permettre une réelle amélioration de l'accès au soin.

Néanmoins, si l'interprétariat par téléphone semble plus simple en termes de logistique, plus rapide en disponibilité, avec un accès sans rendez-vous utile pour les consultations d'urgence, il ne saurait se substituer à l'interprétariat présentiel, dans les zones où les deux sont également accessibles. Il reste un dispositif qui peut être ressenti comme froid et impersonnel, qui ne permet pas la prise en compte de la dimension "non-verbale" de la consultation. Son utilisation ne permet pas d'être dans une prise en soin optimale pour un certain nombre de consultations-clés : consultations de synthèse, consultation d'annonce, éducation thérapeutique, consultations psychiatriques, accompagnement de fin de vie, accompagnement social...

Dans ces moments essentiels de la relation thérapeutique, l'interprète, aux côtés du patient, permet la mise en confiance, par le regard, la présence soutenance, le renforcement du