

UNIVERSITE DE SAINT-ETIENNE
FACULTE DE MEDECINE JACQUES LISFRANC

ANNEE 2011 N° 2011- 40

**LA PRISE EN CHARGE DES TROUBLES AIGUS BÉNINS EN MÉDECINE GÉNÉRALE :
AVEC OU SANS MÉDICAMENTS ?**

THESE
présentée
à l'UNIVERSITE de SAINT-ETIENNE
et soutenue publiquement le 17 octobre 2011
POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE
PAR :

Dominique BEDOIN
Né le 11 juin 1983
A Firminy

SOMMAIRE

Composition du jury.....	3
Liste des directeurs de thèse, faculté de médecine Jacques Lisfranc.....	4
Serment d'Hippocrate.....	6
Remerciements.....	7
Résumé.....	8
Summary.....	9
Introduction.....	10
Matériel et méthodes.....	11
Résultats.....	12
Un contexte favorable à la médicalisation, des habitudes qui se sont créées.....	12
Comment répondre à la plainte ? Analyse des logiques de prise en charge.....	13
La logique de réparation par les médicaments.....	13
La logique de restriction vis-à-vis des médicaments.....	14
L'utilisation de placebos impurs en question	15
Vers un changement de contexte ?.....	16
Discussion.....	17
Conclusion.....	22
Bibliographie.....	23

UNIVERSITE DE SAINT-ETIENNE
FACULTE DE MEDECINE JACQUES LISFRANC

THESE DE : **Dominique BEDOIN**

COMPOSITION DU JURY

Président :

M. le Professeur Pascal CATHEBRAS

Faculté de : Saint-Étienne

Assesseurs :

Mme le Professeur Catherine MASSOUBRE

Faculté de : Saint-Étienne

Mme le Docteur Béatrice TROMBERT

Faculté de : Saint-Étienne

M. le Docteur Rodolphe CHARLES

Faculté de : Saint-Étienne

FACULTE DE MEDECINE JACQUES LISFRANC

LISTE DES DIRECTEURS DE THESE

Anatomie	M. le Pr Jean-Michel PRADES	PU-PH 1C
Anatomie et cytologie pathologiques	M. le Pr. Michel PEOC'H	PU-PH 2C
Anatomie et cytologie pathologiques	Mme le Dr Anne GENTIL PERRET	MCU-PH 1C
Anatomie et cytologie pathologiques	Mme le Dr ML CHAMBONNIERE	MCU-PH 2C
Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale	M. le Pr. Christian AUBOYER	PU-PH C except
Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale	M. le Pr. Serge MOLLIEUX	PU-PH 1C
Bactériologie – Virologie - Hygiène	M. le Pr. Bruno POZZETTO	PU-PH 1C
Bactériologie – Virologie - Hygiène	Mme le Dr. Florence GRATARD	MCU-PH1C
Bactériologie – Virologie – Hygiène	M. le Pr Thomas BOURLET	PU-PH 2C
Bactériologie – Virologie – Hygiène(opt Hygiène)	M. le Pr Philippe BERTHELOT	PU-PH2C
Biochimie et biologie moléculaire	M. le Pr. Jacques BORG	PU-PH 2C
Biologie cellulaire	Mme le Pr Marie Hélène PROUST	PU-PH2C
Biophysique et médecine nucléaire	M. le Pr. Francis DUBOIS	PU-PH 1C
Biophysique et médecine nucléaire	M. le Dr Philippe RUSCH	MCU-PH HC
Biophysique et médecine nucléaire	Mme le Dr Nathalie PREVOT	MCU-PH 1C
Cancérologie - Radiothérapie (opt Radiothérapie)	M. le Pr. Thierry SCHMITT	PU-PH 2C
Cancérologie - Radiothérapie (opt Cancérologie)	M. le Pr. Yacine MERROUCHE	PU-PH 1C
Cardiologie	M. le Pr. Karl ISAAZ	PU-PH 1C
Cardiologie	M. le Pr Antoine DACOSTA	PU-PH 2C
Chirurgie digestive	M. le Pr Jack PORCHERON	PU-PH 2C
Chirurgie générale	M. le Pr Olivier TIFFET	PU-PH 2C
Chirurgie Infantile	M. le Pr. François VARLET	PU-PH 1C
Chirurgie Infantile	M. le Pr. Bruno DOHIN	PU-PH 2C
Chirurgie orthopédique	M. le Pr Frédéric FARIZON	PUPH 2C
Chirurgie Vasculaire	M. le Pr. Xavier BARRAL	PU-PH C except
Chirurgie Vasculaire	M. le Pr. Jean Pierre FAVRE	PU-PH1C
Chirurgie Vasculaire	M. le Pr Jean Noël ALBERTINI	PU-PH 2C
Chirurgie Vasculaire	M. le Pr Jean François FUZELLIER	PU-PH 2C
Dermato - vénéréologie	M. le Pr. Frédéric CAMBAZARD	PU-PH 1C
Endocrinologie et Maladies Métaboliques	M. le Pr. Bruno ESTOUR	PU-PH 1C
Epidémiologie- Economie de la Santé et Prévention	M. le Pr. Jean-Marie RODRIGUES	PU-PH 1C
Epidémiologie- Economie de la Santé et Prévention	M le Pr Franck CHAUVIN	PU-PH 2C
Epidémiologie- Economie de la Santé et Prévention	Mme le Dr Béatrice TROMBERT	MCU-PH 1C
Gériatrie	M. le Pr. Régis GONTHIER	PU-PH 1C
Gynécologie et Obstétrique	M. le Pr. Pierre SEFFERT	PU-PH 1C
Gynécologie et Obstétrique	M. le Dr Gautier CHENE	MCUPH 2C
Hématologie	M. le Pr. Denis GUYOTAT	PU-PH 1C
Hématologie	Mme le Pr Lydia CAMPOS GUYOTAT	PU-PH 2C
Hématologie	Mme le Dr Emmanuelle TAVERNIER	MCUPH 2C
Hépatologie – Gastro - Entérologie	M. le Pr Jean Marc PHELIP	PU-PH 2C
Histologie – Embryologie - Cytogénétique	Mme le Pr Michèle COTTIER	PU-PH 2C
Histologie – Embryologie - Cytogénétique	Melle Delphine BOUDARD	MCU-PH 2C
Immunologie	M. le Pr. Christian GENIN	PU-PH 1C
Immunologie	M. le Pr Olivier GARRAUD	PU-PH 2C
Immunologie	M. Stéphane PAUL	MCU-PH 1C
Maladies Infectieuses - maladies tropicales	M. le Pr. Frédéric LUCHT	PU-PH C except
Médecine et santé au Travail	M. le Dr. Dominique FAUCON	MCU-PH HC
Médecine et santé au Travail	M. le Pr Luc FONTANA	PU-PH 2C
Médecine interne	M. le Pr. Pascal CATHEBRAS	PU-PH 2C

Médecine Légale	M. le Pr. Michel DEBOUT	PU-PH C except
Médecine Légale	M. le Dr Sébastien DUBAND	MCUPH 2C
Médecine Physique et réadaptation	M. le Pr. Vincent GAUTHERON	PU-PH1C
Médecine Physique et réadaptation	M. le Pr Pascal GIRAUX	PU-PH 2C
Médecine vasculaire	M. le Dr. Christian BOISSIER	MCU-PH HC
Néphrologie	M. le Pr. F. BERTHOUX (en surn U)	PU-PH C except.
Néphrologie	M. le Pr Eric ALAMARTINE	PU-PH 1C
Néphrologie	M. le Pr Christophe MARIAT	PU-PH 2C
Neurochirurgie	M. le Pr. Christophe NUTI	PU-PH 2C
Neurologie	M. le Pr Jean Christophe ANTOINE	PU-PH 1C
Neurologie	M. le Pr. Bernard LAURENT	PU-PH C except
Nutrition	M. le Dr. Christian PERIER	MCU-PH HC
Ophtalmologie	M. le Pr Philippe GAIN	PU-PH 2C
Ophtalmologie	M le Pr Gilles THURET	PU-PH 2C
Oto - Rhino - Laryngologie	M. le Pr. Christian MARTIN	PU-PH C except
Parasitologie et mycologie	M. le Pr. Roger TRAN MANH SUNG	PU-PH 1C
Parasitologie et mycologie	M. le Dr Pierre FLORI	MCU-PH 1C
Pédiatrie	M. le Pr. Jean Louis STEPHAN	PU-PH 2C
Pédiatrie	M. le Pr. Georges TEYSSIER	PU-PH 1C
Pharmacologie Clinique	M. le Pr Patrick MISMETTI	PU-PH2C
Pharmacologie Clinique	Mme Silvy LAPORTE	MCU-PH 1C
Pharmacologie Fondamentale	M. le Pr. Michel OLLAGNIER	PU-PH 1C
Physiologie	M. le Pr. André GEYSSANT	Pr émérite
Physiologie	M. le Pr. Christian DENIS	PU-PH 2C
Physiologie	M. le Dr. Jean Claude BARTHELEMY	MCU-PH HC
Physiologie	M. le Dr. Jean Claude CHATARD	MCU-PH1C
Physiologie	M. le Dr Frédéric ROCHE	MCU-PH 1C
Physiologie	M. le Dr Léonard FEASSON	MCU-PH 1C
Pneumologie	M. le Pr. Jean-Michel VERGNON	PU-PH 1C
Psychiatrie d'adultes	Mme le Pr Catherine MASSOUBRE	PU-PH 2C
Psychiatrie d'Adultes	M. le Pr. François LANG	PU-PH 1C
Psychiatrie d'Adultes	M. le Pr. Jacques PELLET	Pr émérite*
Radiologie et imagerie médicale	M. le Pr. Charles VEYRET	PU-PH1C
Radiologie et imagerie médicale	M. le Pr. Fabrice - Guy BARRAL	PU-PH1C
Radiologie et imagerie médicale	M. le Dr Fabien SCHNEIDER	MCU-PH1C
Réanimation Médicale	M. le Pr. Jean-Claude BERTRAND	PU-PH C except
Réanimation Médicale	M. le Pr. Fabrice ZENI	PU-PH1C
Réanimation médicale	M. le Dr. Yves PAGE	MCU-PH1C
Rhumatologie	M. le Pr. Christian ALEXANDRE	PU-PH C except
Rhumatologie	M. le Pr Thierry THOMAS	PU PH2C
Stomatologie et Chirurgie Maxillo - Faciale	M. le Pr. Pierre SEGUIN	PU-PH1C
Thérapeutique	M. le Pr. Hervé DECOUSUS	PU-PH C except
Thérapeutique	M. le Pr Bernard TARDY	PU-PH 2C
Urologie	M. le Pr. Jacques TOSTAIN	PU-PH 1C

Légende :

PU-PH :	Professeur des Universités - Praticien Hospitalier
MCU-PH :	Maître de Conférences des Universités - Praticien Hospitalier
1C	1ère classe
2C	2ème classe
C. excep.	Classe exceptionnelle
HC	Hors classe

Mise à jour : 1^{er} septembre 2010

SERMENT D'HIPPOCRATE

"Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

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

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

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés.

Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

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

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses : que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque."

REMERCIEMENTS

Merci tout d'abord aux membres du jury, à Rodolphe Charles et à Monsieur Cathébras ; vous avez pris du temps pour m'aider, m'aiguiller, me conseiller ; merci également à Madame Massoubre et Madame Trombert d'avoir accepté de juger ce travail.

Nous ne nous connaissons guère; si je vous ai demandé de faire partie du jury pour ma thèse, c'est que j'ai gardé de vous, grâce à vos enseignements tout au long de mon cursus étudiant, l'image de médecins pertinents, respectueux et humains. Merci pour votre investissement.

Un grand merci aux médecins qui ont accepté de jouer le jeu de l'entretien pour la thèse, merci pour votre confiance et ce que nous avons partagé.

Merci aux médecins que j'ai eu la chance de rencontrer dès mes premiers stages, vous m'avez transmis chacun un peu de vous-mêmes, de votre façon d'exercer ; c'est grâce à vous que j'ai pu me construire.

Merci aux équipes soignantes avec qui j'ai eu la joie de travailler, vous me ferez regretter l'hôpital !

La thèse est une page qui se tourne, celle des études universitaires, mais le livre de la médecine est bien épais ! Pour autant, la vie continue ! Merci à Magali, à ma famille, à mes amis, pour tout ce que nous avons vécu, pour tout ce que nous vivons, et pour tout ce que nous vivrons !

La prise en charge des troubles aigus bénins en médecine générale : avec ou sans médicaments ?

RÉSUMÉ

Les médecins généralistes ont souvent des patients présentant des affections transitoires bénignes caractérisées par une évolution naturelle spontanément favorable. Pourtant, la prescription médicamenteuse reste considérable dans ce cadre.

Le service universitaire de médecine générale de Saint-Étienne a réalisé une enquête qualitative en 2011 auprès de médecins généralistes de la Loire pour comprendre leurs logiques de prescription médicamenteuse pour ces troubles.

Les médecins oscillent entre deux logiques. La première vise à « réparer » le patient avec des médicaments, parfois des placebos impurs (justification par l'expérience de leur efficacité et de leur innocuité) ; prescrire permet d'entretenir la confiance des patients en maintenant une image de puissance ; les critiques médico-économiques auxquelles sont soumis les médicaments (déremboursements, recommandations) sont récusées. La seconde est « restrictive » en médicaments, le soin passant par la réassurance et les conseils ; les placebos impurs sont critiqués (effets secondaires, malhonnêteté, relation de dépendance) ; les recommandations sont une aide face au patient.

Deux modèles s'opposent : un modèle empirique dans lequel les comportements des médecins et des patients se renforcent mutuellement au gré d'expériences positives ; un modèle factuel visant à déterminer l'utilité d'un soin pour le patient – rapport bénéfice/(risque+coût) comparé à celui des alternatives thérapeutiques. Ceci interroge sur le rôle des médecins face aux affections transitoires bénignes. Pour aider la décision médicale, une réflexion critique sur la pharmacopée, le rôle attribué au médecin par la société et sur l'organisation des soins semble nécessaire.

Mots clés : médecine générale ; enquête qualitative ; prescription ; médicament confort ; placebo ; rôle du médecin

General practitioners' attitudes towards acute benign affections : with or without drugs ?

SUMMARY

General practitioners often have to take care of patients with acute benign affections which would naturally heal themselves. Nevertheless drug prescriptions remain substantial.

This qualitative study was conducted in 2011 in Saint Etienne among 11 GPs. Our aim was to analyze their logic in prescribing drugs.

Physicians sway between two logics. The first one targets curing with drugs which are sometimes impure placebos (their use being justified by their harmlessness and their effectiveness). Prescribing is a way of maintaining the patients' trust in their authority. The medico-economic criticism against those drugs, i.d. the end of reimbursement and the new guidelines, are being ignored. The second logic is one of reduction in drug prescription : reassuring and counseling becoming thus a way of curing. Impure placebos are being criticized because of their secondary effects and the dishonesty and dependency they imply. Guidelines are thus a help to deal with the patients.

Two models may be opposed. The first one is empiric : relations between GPs and patients are strengthened thanks to positive experiences. The second one is based on a factual model which aims at determining the clinical utility of the treatment. The risk-and-cost-to-benefit ratio is compared to that of therapeutic alternatives. This questions the physician's role in the treatment of these acute benign affections. To help in the medical decision, there is a need for a critical discussion on drug prescription, on the way society looks at the role of doctors and on the organization of the health care system.

Key-words : General Practice ; Qualitative research ; Placebo effects ; Drug prescriptions ; Unnecessary procedures; Physician's role

*« Un rhume bien soigné dure une semaine;
non soigné, il dure sept jours... »*

Adage populaire

INTRODUCTION

Les Français ont souvent recours au système de soins pour faire face aux multiples affections sans gravité qui les atteignent couramment ; par exemple, la rhinopharyngite vient en quatrième position dans les consultations des médecins généralistes (1). Il n'existe pas à notre connaissance de terme définissant les troubles bénins dont l'évolution est spontanément favorable sans traitement spécifique. Nous proposons celui d'« affections transitoires bénignes » (ATB), plus précis que celui d'« affections courantes » (en anglais « common diseases ») qui signe leur caractère banal et sans gravité mais n'exclut pas celles qui persistent en l'absence de soin. La modélisation des consultations pour ATB fait apparaître quatre entités :

- l'état morbide diagnosticable, de pronostic favorable.
- la personne qui en souffre, inscrite dans une réalité sociale (travail, enfants...), avec ses propres représentations sur l'origine, la gravité, la façon dont elle devrait être soignée.
- la multitude de traitements possibles, beaucoup de médicaments, tous facultatifs, souvent à visée symptomatique, d'efficacité variable et souvent mal évaluée (pour certains si faible qu'on les appelle des placebos « impurs », pour les démarquer des placebos « purs », formés uniquement d'excipient), avec des effets secondaires éventuels ; les représentations qu'en ont les usagers et les médecins sont variées, faites de non-dits, d'expériences individuelles et collectives, d'imaginaires.
- le médecin généraliste qui reçoit la plainte, établit un diagnostic et fournit une réponse. C'est celle-ci qui sera au centre de notre travail.

Quelques données statistiques permettent une approche différente du sujet abordé. L'affirmation « Les Français sont les plus gros consommateurs de médicaments au monde (avec les Américains) » (2) fait écho à celle-ci : « La France a le meilleur système de santé au monde » (3). Alors, le médicament, c'est la santé ? Les critiques médico-économiques croissantes (4) concernant les médicaments (dépenses de santé, risques iatrogènes, réévaluation à la baisse du service médical rendu...) ainsi que la comparaison avec les Pays-Bas permettent de nuancer cette idée : en France, deux fois plus de consultations se terminent par une ordonnance (90% contre 48%) (5), la dépense médicamenteuse par habitant est supérieure (36% de plus, en 2009) (6), et pourtant, la santé des

Néerlandais est aussi bonne que celle des Français (l'espérance de vie globale à la naissance est similaire entre les deux pays, et la perception de l'état de santé est meilleure aux Pays-Bas) (6). Les médicaments sur-prescrits et sur-consommés en France relativement aux Pays-Bas seraient-ils facultatifs ? Comment expliquer ces disparités ? Une étude récente (7) a comparé les pratiques de médecins français et néerlandais en matière de prescription médicamenteuse globale à partir d'entretiens et d'observations de consultations. L'auteur, S. Rosman, a pu dégager deux « logiques de prescription » : la première, une logique de « restriction », plus fréquente aux Pays Bas, consiste à limiter les prescriptions médicamenteuses, à privilégier les conseils d'hygiène de vie et la réassurance, tandis que la seconde est plutôt une « réparation » basée sur le recours immédiat au médicament et s'observe majoritairement en France.

Le cadre des ATB permet d'aborder clairement les facteurs non-scientifiques motivant les prescriptions des médecins puisqu'ils se retrouvent ici sans les moyens recommandés qu'ils ont habituellement à disposition pour faire face aux pathologies nécessitant des soins spécifiques. Nous avons volontairement exclu du cadre les troubles chroniques ou graves qui nécessitent une approche différente. Il n'y a pas, à notre connaissance, d'étude qualitative en France portant spécifiquement sur les ATB ; des enquêtes par le biais de questionnaires (8,9,10) ont été réalisées mais elles ne permettent pas de comprendre les logiques de prescription des médecins : prescrire ou ne pas prescrire, comment et pourquoi ?

MATÉRIEL ET MÉTHODE

Cette étude qualitative se base sur onze entretiens individuels réalisés par l'auteur avec des médecins généralistes de la Loire de janvier à juin 2011. L'échantillon est varié, ce sont des médecins homme [6] et femme [5], installés depuis plus ou moins longtemps (2 il y a moins de 5 ans, 5 entre 6 et 25 ans, 4 depuis plus de 25 ans), travaillant en milieu rural [3], semi-rural [4] ou urbain [4]. Si quatre médecins prescrivent facilement de l'homéopathie en fonction des patients, un seul est strictement homéopathe.

Les entretiens ont été enregistrés au magnétophone et retranscrits verbatim. Les médecins ont été initialement recrutés au hasard via un courrier, mais un seul ayant répondu favorablement malgré des relances téléphoniques, les suivants ont été recrutés par connaissance directe ou indirecte avec l'auteur, inclusion stoppée à saturation des données. Le tableau I résume les thèmes abordés. L'analyse a été faite manuellement sur le mode incrémentiel. Il n'y a pas eu de triangulation des méthodes de recueil ni d'analyse. L'étude a bénéficié d'une déclaration simplifiée à la Commission Nationale Informatique et Libertés.

Tableau I : Grille d'entretien

- Historique personnel des prescriptions face à une ATB (exemple du rhume)
- Exploration des changements dans les habitudes de prescription, influence des déremboursements et des nouvelles contre-indications
- L'influence des patients
- La consultation sans ordonnance, les difficultés de ne pas prescrire
- Le bénéfice-risque des médicaments pour des troubles bénins
- Regard critique sur l'évolution des pratiques, des demandes...

RÉSULTATS

Un contexte favorable à la médicalisation, des habitudes qui se sont créées

Les médecins ont dénoncé le recours croissant des usagers à la médecine pour des ATB. Pour eux, la raison est double :

- d'une part, les attentes vis-à-vis de la médecine se seraient étendues, les usagers devenant des consommateurs. La perte des savoirs populaires en matière de santé associée à la médiatisation souvent peu objective de données médicales susciterait angoisses ou désirs consuméristes : « *Le discours des labos avec la pub, c'est " vous avez tel symptôme, ne restez pas chez vous, allez voir votre médecin ou votre pharmacien ", c'est malhonnête* », a expliqué le docteur GC. Il existerait également une moindre tolérance des usagers face aux symptômes, expliquée par l'élargissement du concept de santé à la recherche du bien-être : « *On est dans une société où il faut soigner tous les petits maux, et on ne peut pas tolérer d'avoir des petites misères* » (Dr CDr). Les changements sociaux comme le travail des deux parents, la pression économique et le souci de rentabilité entraîneraient également une moindre tolérance sociale devant les faiblesses transitoires des salariés : « *Aucune mère ne supporte que son gamin ne soit malade plus de deux jours : " Il faut me donner quelque chose parce qu'il ne dort plus, alors moi non plus, et vous comprenez au boulot... ". Ce n'est pas la santé de l'enfant, c'est le travail de la mère qui importe.* » (Dr AS). Enfin, l'arrivée médiatisée de médicaments curatifs efficaces aurait modelé un imaginaire collectif de toute-puissance de la médecine susceptible de tout guérir, y compris les ATB : « *Moi qui suis installée depuis 25 ans, j'ai vu l'évolution, il faut guérir... le médecin il n'est pas là pour soigner, il est là pour guérir.* » (Dr AS).

- d'autre part, les médecins auraient pris l'habitude de prescrire des médicaments dans ces situations. L'industrie pharmaceutique a mis à disposition des médecins tout un arsenal thérapeutique pour répondre aux symptômes, leur faisant de la promotion pour des médicaments alors remboursés dont l'activité pharmacologique était sensée être synonyme d'utilité pour les malades. Les médecins, sans recommandations claires ni données objectives sur la prise en charge des ATB, les ont utilisés pour soigner leurs patients, soignant au passage la relation qu'ils avaient avec eux dans un contexte concurrentiel lié au libre choix du médecin.

Ainsi, « on est aujourd'hui dans une situation où le médecin est vu comme un prescripteur, c'est à dire que si on va consulter, il doit y avoir une réponse médicamenteuse. Repartir de chez un médecin sans ordonnance, je crois que ça n'est pas concevable. » explique le docteur GT.

Comment répondre à la plainte ? Analyse des logiques de prise en charge

Comme Rosman (7), nous avons retrouvé les logiques de réparation par les médicaments et de restriction en filigrane de tous les entretiens, mais il serait difficile de catégoriser tous les médecins face aux ATB. Même si certains tendent plus vers l'une ou l'autre, chacun oscille globalement entre les deux logiques, en fonction du patient qu'il a en face de lui, mais aussi en fonction du trouble à soigner, de ses représentations vis à vis des traitements disponibles, ainsi que la manière dont il conçoit son rôle de médecin.

La logique de réparation par les médicaments.

Des facteurs pragmatiques motivent au premier abord les prescriptions. Un médecin est plus enclin à prescrire un médicament s'il a lui-même été soulagé par sa prise en cas d'ATB, et s'il a ressenti une gêne importante. Cette expérience personnelle associée aux retours positifs des patients finit par constituer un véritable « savoir » empirique propre à chacun. Comme cette « efficacité observée » du médicament s'associe à une apparente innocuité, le médecin acquiert la conviction intime d'une balance bénéfice-risque favorable, ceci à un point tel que les récentes contre-indications (exemple des mucolytiques chez les nourrissons) ainsi que les déremboursements de nombreux médicaments au service médical rendu insuffisant n'ont pas toujours été compris ni acceptés.

Ces facteurs pragmatiques pris en compte, les médecins prescrivent car cela leur permet de répondre à deux « désirs inconscients » : celui de réparer et celui d'avoir du pouvoir (11). Réparer, c'est rétablir la santé. Or, pour beaucoup de médecins, la thérapeutique est nécessairement

médicamenteuse ; c'est ce qu'ils ont d'abord appris à l'université, puis ce qu'ils ont fait au cabinet, souvent par méconnaissance initiale d'autres formes de soins : *« On sortait [de la fac] avec un bouquin de thérapeutique et on donnait des traitements symptomatiques. On pensait être bien-traitants, et c'était bien comme ça. »* (Dr RM). De plus, le médicament permet de matérialiser le soin, le médecin « se donne » au patient à travers l'ordonnance, ce qui a pour effet de rassurer l'un et l'autre : *« On est toujours tenu de donner »* (Dr GT). Enfin, soigner est agréable au médecin s'il se sait efficace, s'il a un certain pouvoir sur la maladie. En matière d'ATB, les médicaments n'ayant au mieux qu'une action symptomatique, leur efficacité est particulièrement liée à leur « pouvoir subjectif d'amélioration » appelé « effet placebo » dont ils sont investis, comme l'a expliqué le docteur CDr : *« Quand on vend bien un médicament, même un truc qui est complètement placebo ou presque placebo, ça marche bien ! Je ne leur vends pas un médicament miraculeux, loin de là, je leur dis " ça va aller mieux ", j'y vais un peu au bluff, " quelque chose qui va vous remonter, qui va vous déboucher le nez, qui va soulager vos maux de tête, qui va vous guérir... ". Voilà, on s'implique dans la prescription, on ne fait pas juste un papier qu'on donne aux gens. Je pense que ça, c'est vraiment très important. Un médicament, il n'a pas besoin d'être très efficace s'il est bien vendu, s'il est bien prescrit. ».*

Pour finir, la relation médecin-patient tient une place primordiale. Beaucoup de médecins se sentent sous pression ; la peur de paraître incompétents s'ils ne tenaient pas leur rôle de prescripteur les incite à prescrire : *« En France les gens viennent chercher un médicament, donc le médecin qui ne donne rien, il est nul, il a été incapable de me trouver un remède ! »* (Dr MP). Cette crainte semble provoquée par des cas de patients insatisfaits qui re-consultent ailleurs, entraînant chez les médecins une blessure narcissique telle qu'ils généralisent la demande médicamenteuse et prescrivent d'emblée. En corollaire, la prescription permet de maintenir ou faire grandir la confiance du patient en « son » médecin : elle valide à ses yeux sa démarche, car il pourrait se sentir lui aussi blessé dans le cas contraire. Satisfaire le patient n'est-il pas exercer une forme de charme ? *« Pourquoi je donne du sirop pour la toux ? Je ne sais pas.... pour faire plaisir ? »* (Dr MD). Enfin, la prescription est parfois une facilité pour le médecin pressé qui a affaire à un patient susceptible de ne pas accepter facilement l'absence de médicament : *« il y a des gens, on se dit : " ça va être compliqué ", donc on laisse tomber, on va mettre une ligne d'antitussif sur l'ordonnance, c'est pas si... »* (Dr MD).

La logique de restriction vis-à-vis des médicaments

La plupart des médecins ont malgré tout exprimé des réserves, souvent ponctuelles mais parfois plus globales, quant à la prescription médicamenteuse.

Là encore, les facteurs pragmatiques sont importants. Certains médicaments sont perçus comme inefficaces, par expérience personnelle ou par un retour d'expérience négative des patients, mais aussi comme inutiles lorsque l'expérience de leur non-prise n'a pas eu de conséquence néfaste, et surtout comme dangereux lorsque des effets secondaires sont survenus.

D'autres données, scientifiques, viennent souvent s'ajouter à ces justifications : ce sont les recommandations fondées sur des études cliniques et des données de pharmacovigilance. Certains médecins imprégnés de cette logique ont perçu les déremboursements et les nouvelles contre-indications comme des aides face aux patients : « *Ça nous dédouane un peu* » (Dr GT).

A côté de cela, l'histoire et la culture de la personne médecin tiennent une place importante, ses représentations agissant comme « garde-fou » lors de la prescription : le docteur MD parle du médicament comme du pharmakon grec représentant tout à la fois le poison et le salut : « *dans ma famille, il y avait bien la notion qui est restée très forte en moi que le médicament c'est à la fois quelque chose de bon mais que ça peut être du poison. Ma grand mère prenait de la digitaline pour le coeur, on comptait les gouttes, on nous expliquait que c'était un médicament qui était pour elle et que si on en prenait nous, c'était poison.* ». Le modèle de certains médecins est attentiste, privilégiant le respect des symptômes, en confiance avec la nature bienfaitrice qui amènera la guérison : « *il faut laisser s'exprimer [les symptômes]* » (Dr CDo).

Malgré tout, le soin existe, il peut être de plusieurs ordres :

- psychique : expliquer la maladie (sa cause éventuelle, son évolution naturelle) en étant en phase avec les représentations du patient suffit souvent à le rassurer ; le médecin recueille la part d'angoisse inhérente aux symptômes qui les rend difficilement tolérables.
- symptomatique : les conseils d'ordre « hygiéno-diététique » sont mis en avant, investis également d'effet placebo comme ces bonbons au miel « prescrits » par le docteur MD.
- préventif - éducatif : certains médecins proposent un transfert de connaissance aux patients pour qu'ils deviennent aussi autonomes qu'ils voudraient l'être vis-à-vis de ces ATB, sans recours systématique à une aide extérieure, médecin ou médicament. Ils essayent parfois de rendre les patients critiques vis-à-vis de médicaments devenus des biens de consommation courante, afin d'éviter la consommation de soins pour des troubles bénins.

L'utilisation de placebos impurs en question

Au cœur de la problématique se trouvent ces médicaments, reconnus peu efficaces par des médecins schématiquement divisés sur la légitimité de leur prescription :

- d'un côté, ceux qui estiment qu'il n'y a pas lieu de prescrire de placebo impur dans la mesure où le risque d'effet indésirable existe. Ils jugent le procédé malhonnête, entraînant en outre chez l'usager la croyance erronée que le médicament est efficace et nécessaire. « *Si on est honnête avec les patients, il faut leur dire qu'effectivement il y en aura pour 4-5 jours, qu'il faut qu'ils continuent l'Effergal®; après il y a peut être certains médecins qui ne jouent pas le jeu, ils font miroiter des solutions miracles* » (Dr GC)
- de l'autre, les paternalistes placent la confiance à un autre niveau : « *[la personne] me fait confiance pour que je l'améliore ; si je l'améliore avec un placebo, où est le problème ? Il n'y a pas de problème, je sais pas...* ». (Dr MP).

Mais rien n'est souvent aussi caricatural, la plupart des médecins laissant apparaître leurs propres contradictions en la matière. Par exemple, le docteur CDr cité précédemment prescrit ces médicaments avec une promesse « miraculeuse » de soulagement et de guérison, mais s'en éloigne aussitôt, comme si cette pratique était honteuse, proche de la charlatanerie : « *Je ne leur vends pas un médicament miraculeux, loin de là* ». Le docteur BD pointe du doigt cette ambiguïté : « *là où ça me met mal à l'aise, c'est que des fois on prescrit des trucs en se disant que scientifiquement, ce n'est pas prouvé que c'est efficace* », tout comme le docteur RM : « *on se compromet dans des traitements qui n'en sont pas* ».

Vers un changement de contexte ?

Si les médecins ont globalement critiqué la médicalisation des ATB, ils sont quelques-uns à avoir évoqué des espoirs de changement. Signe en est la satisfaction exprimée par les médecins qui arrivent à avoir une position restrictive : « *maintenant, ça ne me gêne pas du tout de faire une consultation sans ordonnance ! Je suis même très content quand j'y arrive ! Et je le dis aux gens, et ils me disent « et bien moi aussi ! », donc ça a évolué...* » (Dr CDr).

Plusieurs points pourraient favoriser ce changement d'après les médecins interrogés : la participation aux formations médicales continues, la lecture critique d'articles ou de revues indépendantes, un changement progressif de génération formée à l'Evidence Based Medicine (EBM), bref tout ce qui semble pouvoir remettre en cause des comportements fondés sur des habitudes et des connaissances empiriques.

Parallèlement, les médecins ont l'impression que le recours à la consultation est progressivement moins spontané, et que les attentes des usagers changent : l'expertise médicale et les conseils deviennent plus importants que la prescription systématique.

DISCUSSION

Ce travail s'intègre dans une démarche critique de l'auteur quant à sa pratique médicale; terminant sa formation de médecin généraliste, il se sentait gêné face à des ATB pour lesquelles les confrères qu'il côtoyait prescrivaient chacun selon ses habitudes nombre de médicaments qui lui étaient inconnus. Une tendance personnelle « restrictive » associée à une réflexion sur la médicalisation l'ont conduit à vouloir comprendre ce qui poussait les médecins, lui compris, à prescrire.

Les médecins interrogés ont pu s'exprimer sur des sujets difficilement abordables avec un profane (au vu de leur caractère justement profanateur), offrant à un de leurs futurs confrères des conseils, des analyses intimes et un regard critique sur leur pratique... Ils n'ont pas cherché à apparaître sous une forme policée, mais bien comme ils pensaient être. Pour eux comme pour l'auteur, ce travail a permis l'analyse d'une pratique médicale courante qui a mobilisé finalement beaucoup de données d'ordre intime, allant des difficultés personnelles aux motivations soignantes, bref un regard profond sur leur rôle de médecin.

Cette étude tente de dégager des pistes de compréhension. Nous retrouvons celles mises en évidence par Rosman dans son étude comparative entre médecins français et néerlandais (7), à savoir que la prescription permet de montrer au patient que sa plainte est comprise (entendue et prise en charge), mais aussi qu'elle permet de le fidéliser (contrainte liée à l'exercice libéral et concurrentiel), et de légitimer la compétence professionnelle du médecin. Rosman fait également une analyse comparée des systèmes de santé néerlandais et français pour montrer leur influence respective dans la genèse de comportements restrictifs ou réparateurs chez les médecins.

Les représentations des médicaments pour les usagers et les médecins, leurs fonctions dans la relation de soin font l'objet de recherches en anthropologie, sociologie, philosophie... La pharmacologie sociale explore les facteurs non cliniques et non rationnels qui sont à l'origine de leur usage (12). Sans entrer dans le détail des réflexions, citons la sociologue canadienne J. Collin qui résume ici beaucoup de choses : « dans le cadre de la relation thérapeutique, le médicament peut s'inscrire dans une fonction métaphorique en ce sens qu'il incarne un objet concret de soulagement ou encore la preuve tangible d'un état de maladie. Mais par ailleurs, il peut également assumer une fonction métonymique lorsqu'il est perçu comme incorporant en lui-même l'expertise du médecin et sa capacité de soigner. » (13). Les attentes des patients ne semblent pas toujours bien décryptées par des médecins souvent persuadés que le médicament est nécessaire pour satisfaire le patient : une étude a comparé par questionnaire les attentes de 1862 patients et la perception de ces attentes par leur médecin généraliste : 88% des patients ont affirmé ne pas attendre de médicament à chaque consultation, alors que 41% des médecins pensaient le contraire (14).

Mais en amont du médicament, c'est le rôle du médecin généraliste qu'il faut clarifier. Face aux nombreuses plaintes de ses patients, le médecin a la tâche de repérer les problèmes susceptibles de persister ou de s'aggraver sans intervention médicale. Dans le cas inverse qu'est celui des ATB, rassurer le patient sur la nature de son affection est primordial ; le traitement l'est moins. Malgré tout, la réponse soignante du médecin reste importante, signe de son engagement à côté du patient. A plusieurs reprises, les médecins ont évoqué la prescription médicamenteuse sous la forme d'un « don », d'autant plus impérieux que les liens qu'ils ont avec leurs patients sont forts. Les travaux de Mauss (15) sur le don ainsi que ceux qui lui ont succédé peuvent éclairer cet aspect de la relation thérapeutique. Pour Godbout (16), le don est « l'expression de la nature symbolique de la communication humaine », un acte à la fois libre et obligé, comme si « le "besoin" de donner (...) provenait du fait que nous sommes tous, au départ, en état de dette, et que notre identité se construit dans la mesure où nous rendons actifs ce que nous avons reçu, en donnant à notre tour ». Le don dans la relation thérapeutique s'est construit sur un bien matériel, le médicament, et il est difficile d'en changer tant il est reconnu comme opérant depuis longtemps. Cependant, Godbout suggère que ce qui est à l'œuvre dans ce don est sûrement et avant tout un don de soi, un transfert d'identité : le médecin « se donne », il s'engage à côté du patient.

La prescription de médicaments, support du don, n'a pas, malgré sa puissance et sa facilité d'usage, l'exclusivité en la matière : il semblerait qu'il soit possible de soigner sans prescrire. Comment être efficace ? La réflexion de Benoist sur l'effet-placebo peut nous aider (17); il développe l'idée proche de Mauss selon laquelle le soin comprend toujours une transformation du patient : « la parole (ou les gestes chargés de sens) exerce une véritable intervention au sein de la représentation [du malade] qu'elle vient, littéralement, soigner. Qu'elle accompagne une médication biologiquement active ou qu'elle intervienne seule, cette parole est opératoire ». Comme en ont témoigné certains médecins, il n'y a pas forcément besoin de médicament car la parole rassurante, les conseils, sont efficaces sur le patient : ils sont performatifs, « l'acte de parole » est investi du même pouvoir de transformation que l'acte de prescription dont il prend la place.

Pour remettre en cause la logique de réparation par la prescription médicamenteuse, un regard critique sur le mode de fonctionnement des décisions médicales en matière d'ATB est nécessaire. D'après nos résultats, il peut être schématisé sous la forme de deux modèles a priori antagonistes mais en pratique souvent associés :

- le modèle empirique, dans lequel les convictions des acteurs sont fondées sur des données sensibles issues de l'expérience, elles servent à justifier les pratiques. Le retour positif d'une action encourage sa répétition, et inversement. Aussi bien médecins que patients sont sensibles à ce phénomène de « rétroaction » qui agit souvent dans le cas des ATB de manière amplificatrice. On peut le modéliser de la façon suivante :

- chez le patient : une ATB peut entraîner une consultation chez un médecin qui peut prescrire un traitement médicamenteux. L'amélioration étant très probable (évolution naturelle favorable, effet pharmacologique éventuel, « effet placebo »), cela renforce en lui l'idée que le médicament est le bon, et que le médecin est compétent ; ajoutés aux bénéfices secondaires, ces résultats se potentialisent pour inciter le patient à réitérer ce comportement en cas de récurrence.
- chez le médecin : comme nous l'avons vu, les facteurs rétroactifs sont de plusieurs ordres. D'abord, l'importance accordée à la satisfaction de l'attente du patient et au maintien de sa confiance favorise les comportements qui les renforcent. Ensuite, le choix du médicament prescrit est souvent déterminé par les retours d'expérience, des patients comme des médecins eux-mêmes. Enfin, il faut garder à l'esprit, même si ce n'est pas le moteur du modèle, que le paiement à l'acte et la crainte que le patient consulte un autre médecin favorisent la prescription (18).
- Le modèle « EBM » : le médecin se fonde sur des données issues d'études épidémiologiques, de pharmacovigilance pour proposer une conduite à tenir au patient. Le but est de déterminer avec lui l'utilité de telle ou telle thérapeutique dans son cas précis. Encore plus que l'éventuelle activité pharmacologique d'un médicament et que son efficacité clinique, déterminer son utilité « impose d'associer aux données d'efficacité des informations en terme de stratégie thérapeutique, de rapport bénéfice/risque (B/R), et d'existence d'alternatives thérapeutiques » (19). On pourrait aussi rajouter le coût financier du traitement pour le patient ou la société. Mises en balance avec l'évolution naturelle spontanément favorable du trouble, toutes ces données doivent permettre au patient aidé par le médecin de décider du meilleur traitement pour lui. En matière d'ATB, les données factuelles sont souvent rares ; la revue Prescrire a eu le mérite de proposer dans son numéro spécial d'été 2011 un regard plus objectif sur les traitements afin d'aider usagers et praticiens à faire leur choix (20). Le comportement « restrictif » des médecins se fonde en partie sur cette démarche factuelle (l'évolution naturelle favorable et la bénignité du trouble mises en balance avec les risques potentiels des médicaments et leur coût sont vite en défaveur du médicament), mais même l'appréciation de l'absence de bénéfice clinique est plus dans notre étude un constat empirique du médecin qu'une donnée issue d'études cliniques.

Idéalement dans le modèle EBM, le rapport médecin-patient est différent de celui qui prévaut dans le modèle empirique : la relation de pouvoir et de dépendance laisse place à un transfert de savoir suffisant pour que le patient décide par lui-même. En réalité, cette autodétermination est impossible puisque le médecin influence toujours la décision au point de la prendre souvent lui-même pour la justifier ensuite... Le médecin perd en pouvoir mais gagne par contre en confiance et respect

si le patient a compris la démarche et s'est senti soutenu, ce qui nécessite plus de temps et de motivation de la part du médecin. Certains d'ailleurs évoquent leurs difficultés avec des patients qui selon eux ne pourraient pas comprendre, et renoncent de ce fait à entrer dans une démarche « EBM ».

Pour finir, les facteurs de médicalisation des ATB peuvent être discutés. L'étude de Rosman (7) laisse à penser que l'organisation de la médecine générale en France favorise les consultations et la prescription médicamenteuse : le seuil de consultation est bas (il n'y a pas de filtre dans l'accès au médecin contrairement aux Pays-Bas où une assistante médicale fait un tri), le paiement à l'acte encourage les consultations « rapides » qui compensent financièrement les autres plus longues et compliquées, et le libre choix du médecin entraîne une pression de prescription.

De plus, le rôle social annexe attribué au médecin devrait être soumis à réflexion collective. La société accepte mal les retentissements passagers des ATB sur ceux qui en souffrent, et les médecins interrogés s'agacent des certificats qu'on leur demande... Penser qu'une consultation est nécessaire pour « valider » le trouble et autoriser la personne à se reposer ne serait-il pas lié au manque de confiance des membres de la société entre eux ? Pourrait-on envisager une autre forme de contrôle social ?

Également, il semble possible de remettre en question la pharmacopée française : « il existe près de 9 500 présentations disponibles sur le marché officinal français » (21). Pour comparaison, l'OMS a cherché à établir une liste de médicaments considérés comme indispensables à un bon exercice de la médecine (22), liste révisée depuis, comportant 350 médicaments « essentiels ». Le rapport des professeurs Even et Debré réalisé en 2011 suite à l'affaire du Mediator® dénonce (23): la moitié des molécules originales commercialisées en France serait « sans intérêt » selon eux, chiffres qui seraient proches de ceux de la Commission de Transparence et de la revue Prescrire. À cela s'ajoute la question de leurs effets indésirables. N'y aurait-il pas dans les esprits des médecins comme des usagers ce syllogisme grave : un « petit » médicament utilisé pour soigner une « petite » maladie ne saurait avoir que des « petits » risques ? L'affaire du Mediator® est là pour nous prouver le contraire...

La question du pouvoir thérapeutique non médicamenteux des médecins se pose. « Leur formation à la thérapeutique ne leur donne pas les éléments de recul nécessaires pour pouvoir prescrire en totale indépendance. Ils n'ont pas non plus la faculté de mesurer le bénéfice attendu et le risque pour chaque patient » explique le docteur Hubert, ancien Ministre de la Santé dans un entretien au Point (24) suite à sa mission de concertation sur la médecine de proximité. Le moule de « toute-puissance » dans lequel les médecins sont formés, pour reprendre l'expression d'un médecin interrogé, peut-il laisser place à l'apprentissage d'une « médecine sobre » (25), une médecine

individualisée fondée sur les données normatives ? Une formation médicale initiale et continue différente pourrait la favoriser.

Enfin, les médecins sont critiques envers les médias qui génèrent angoisses et demandes médicales exagérées. Il semble que l'information actuelle soit biaisée par un contenu parfois peu objectif (26). On comprend les difficultés des usagers face à de tels messages qu'il serait possible de faire évoluer, simplement par l'interdiction de la publicité directe ou indirecte pour les médicaments, et la diffusion d'une information beaucoup plus claire et objective en terme d'évaluation de la balance bénéfice-risque.

CONCLUSION

L'approche qualitative de la prise en charge des troubles aigus bénins met en lumière l'hétérogénéité des pratiques des médecins généralistes, mus par l'envie de « réparer » le patient et ses symptômes mais confrontés à la remise en cause de l'utilité de leurs moyens médicamenteux habituels. Le modèle empirique de prescription qui prévalait grâce à un mécanisme de rétroaction amplificatrice sur le médecin et le patient semble montrer quelques faiblesses au profit d'un modèle factuel hérité de l'EBM. Celui-ci transformerait la relation médecin-patient, bouleverserait les représentations des usagers et tendrait à démedicaliser ces troubles banals. Il reste de nombreuses questions en suspens, que l'actualité de la pharmacovigilance commence à mettre à jour.

BIBLIOGRAPHIE

1. Observatoire de la Médecine Générale, Classement des 50 résultats de consultation les plus fréquents par patient pour tous les patients pour l'année 2009, [septembre 2011]. <http://omg.sfm.org>
2. Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance Maladie, Avis sur le médicament 29 juin 2006
3. OMS, Rapport sur la Santé dans le Monde 2000 : pour un système de santé plus performant.
4. Polton D, Ricordeau P, Allemand H. Peut-on améliorer à la fois la qualité et l'efficacité de la prescription médicamenteuse ? Quelques enseignements tirés de l'expérience de l'assurance maladie française. Rev Fr Aff Soc. 2007;3-4:73-86
5. Enquête déclarative menée pour la CNAM, Les Européens, les médicaments et le rapport à l'ordonnance. Février 2005
6. Statistiques de l'OCDE, [septembre 2011]. <http://stats.oecd.org>
7. Rosman S. Les pratiques de prescription des médecins généralistes. Une étude sociologique comparative entre la France et les Pays-Bas. In : Bloy G , Schweyer F-X (dir.). Singuliers généralistes : sociologie de la médecine générale, Rennes : EHESP; 2010. p.117-129
8. Cauchois C, Maltrasi G. Les déterminants des consultations sans prescription médicamenteuse et des prescriptions contre le gré des médecins généralistes en France : étude auprès de 631 médecins généralistes en France. Thèse : med : Université de Nice, 2009
9. Canel C, Bros B. Les médicaments de confort en médecine générale : enquête d'opinion, études des modalités et des facteurs de prescriptions auprès de 49 médecins généralistes. Thèse : med : Université de Toulouse, 2001
10. Bera JL, Vignon G. Pourquoi prescrit-on des médicaments à service médical rendu insuffisant ? Enquête d'opinion auprès de 254 médecins généralistes marnais. Thèse : med : Université de Reims, 2006
11. Jeammet P, Reynaud M, Consoli S. Psychologie médicale, Paris : Masson; 1980
12. Montastruc JL. La Pharmacologie Sociale, une nouvelle branche de la Pharmacologie Clinique. Thérapie. 2002;57(5):420-426
13. Collin J. Observance et fonctions symboliques du médicament. Gerontolog soc 2002;4(103):141-159.
14. Mauraizin G. La prescription médicamenteuse en médecine générale : attentes des patients, perceptions des médecins et comportements associés. Thèse : med: Université Paul Sabatier, Toulouse, 2007

15. Mauss M. Essai sur le don. Forme et raison de l'échange dans les sociétés archaïques. L'année sociologique, seconde série, 1923-1924, rééd. Paris : PUF, « Quadrige »; 2007
16. Godbout JT. L'actualité de l'«Essai sur le don». Sociologie et sociétés. 2004;36(2):177-188
17. Benoist J. Aspirine ou hostie? Au delà de l'efficacité symbolique. In Aules JJ, Benoist J, Maire P, Boussageon R et al. Placebo. Le remède des remèdes. Lyon : CEI;2008,192-202
18. Vega A. Médecins et médicaments. Un regard sociologique. Médecine. 2009;5(3),133-136
19. Bergmann JF. Médicaments utiles et inutiles : notion de service médical rendu. EMC – Médecine. 2004;1(1):51-58
20. Affections du quotidien : retenir les traitements utiles, avec ou sans médicament. Prescrire, 2011;31(334):561-640
21. Lancry PJ. Médicament et régulation en France Rev Fr Aff Soc. 2007;3-4:25-51
22. Velasquez G. Origine et évolution du concept du médicament essentiel promu par l'OMS. Tiers-Monde 1991;32(127):673-680
23. Debré B, Even P. Rapport de la mission sur la refonte du système français de contrôle de l'efficacité et de la sécurité des médicaments. Paris, Ministère du travail, de l'emploi, et de la santé. Mars 2011
24. Jeanblanc A. Jeunes médecins : la dure confrontation aux réalités. Le Point. 11/01/2011
25. Guiraud-Chaumeil B. Médecine sobre, médecine individuelle, médecine normative. Société Française de Sénologie et de Pathologie Mammaire, 27èmes journées, Deauville, France, 16-18 novembre 2005
26. Brune E. Médicalisation de la qualité de vie : le rôle des médias. In : 1er colloque de l'Association méditerranéenne d'andrologie. Qualité de vie et sa médicalisation. Rabat, Maroc, novembre 2002

THESE DE MEDECINE - SAINT-ETIENNE

NOM DE L'AUTEUR : Dominique BEDOIN		N° DE THESE : 2011- 40
TITRE DE LA THÈSE : LA PRISE EN CHARGE DES TROUBLES AIGUS BÉNINS EN MÉDECINE GÉNÉRALE : AVEC OU SANS MÉDICAMENTS ?		
RESUMÉ : <u>Contexte</u> : Les médecins généralistes ont souvent des patients présentant des affections transitoires bénignes caractérisées par une évolution naturelle spontanément favorable. Pourtant, la prescription médicamenteuse reste considérable dans ce cadre. <u>Méthode</u> : Le service universitaire de médecine générale de Saint-Étienne a réalisé une enquête qualitative en 2011 auprès de médecins généralistes de la Loire pour comprendre leurs logiques de prescription médicamenteuse pour ces troubles. <u>Résultats</u> : Les médecins oscillent entre deux logiques. La première vise à « réparer » le patient avec des médicaments, parfois des placebos impurs (justification par l'expérience de leur efficacité et de leur innocuité) ; prescrire permet d'entretenir la confiance des patients en maintenant une image de puissance ; les critiques médico-économiques auxquelles sont soumis les médicaments (déremboursements, recommandations) sont récusées. La seconde est « restrictive » en médicaments, le soin passant par la réassurance et les conseils ; les placebos impurs sont critiqués (effets secondaires, malhonnêteté, relation de dépendance) ; les recommandations sont une aide face au patient. <u>Discussion</u> : Deux modèles s'opposent : un modèle empirique dans lequel les comportements des médecins et des patients se renforcent mutuellement au gré d'expériences positives ; un modèle factuel visant à déterminer l'utilité d'un soin pour le patient – rapport bénéfice/(risque+coût) comparé à celui des alternatives thérapeutiques. Ceci interroge sur le rôle des médecins face aux affections transitoires bénignes. Pour aider la décision médicale, une réflexion critique sur la pharmacopée, le rôle attribué au médecin par la société et sur l'organisation des soins semble nécessaire.		
MOTS CLÉS :		
- médecine générale - enquête qualitative - prescription		- médicament confort - placebo - rôle du médecin
JURY :		
Président :	M. le Professeur Pascal CATHEBRAS	Faculté de : Saint-Étienne
Assesseurs :	Mme le Professeur Catherine MASSOUBRE Mme le Docteur Béatrice TROMBERT M. le Docteur Rodolphe CHARLES	Faculté de : Saint-Étienne Faculté de : Saint-Étienne Faculté de : Saint-Étienne
DATE DE SOUTENANCE : 17 octobre 2011		
ADRESSE DE L'AUTEUR : La Gare, 42220 Burdignes		