

UNIVERSITE DE SAINT-ETIENNE
FACULTE DE MEDECINE JACQUES LISFRANC

ANNEE 2019

N°2019 -

Désaccord avec le médecin traitant autour des statines ?

THESE
présentée
à l'UNIVERSITE de SAINT-ETIENNE
et soutenue publiquement le : 10 Octobre 2019
POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE
PAR :

SANDRINE ALEXANDRA GAGNAIRE
NEE COTTAZ, LE 30/08/1990
A : Saint-Priest (69)

UNIVERSITE DE SAINT-ETIENNE
FACULTE DE MEDECINE JACQUES LISFRANC

THESE DE : Sandrine GAGNAIRE (Née COTTAZ)

COMPOSITION DU JURY

Président :	Pr François LANG	Faculté : Jacques Lisfranc, Saint-Etienne
Assesseurs :	Pr Pascal CATHEBRAS	Faculté : Jacques Lisfranc, Saint-Etienne
	Dr Jean-Noël BALLY	Faculté : Jacques Lisfranc, Saint-Etienne
	Dr Sébastien BRUEL	Faculté : Jacques Lisfranc, Saint-Etienne
Invité :	Dr Isabelle CLER-GARABOUX	Faculté : Jacques Lisfranc, Saint-Etienne

FACULTE DE MEDECINE JACQUES LISFRANC

Liste des Directeurs de Thèse

Anatomie	M. le Pr Jean-Michel PRADES	PU-PH CE
Anatomie et cytologie pathologiques	M. le Pr. Michel PEOC'H	PU-PH 1C
Anatomie et cytologie pathologiques	M. le Dr Fabien FOREST	MCUPH 1C
Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale	M. le Pr. Christian AUBOYER	PU-PH CE
Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale	M. le Pr. Serge MOLLIEUX	PU-PH CE
Bactériologie – Virologie - Hygiène	M. le Pr. Bruno POZZETTO	PU-PH CE
Bactériologie – Virologie – Hygiène	M. le Pr Thomas BOURLET	PU-PH 1C
Bactériologie – Virologie - Hygiène	Mme le Dr. Florence GRATTARD	MCU-PH HC
Bactériologie – Virologie - Hygiène	Mme le Dr. Sylvie PILLET	MCU-PH 1C
Bactériologie – Virologie – Hygiène	M. le Dr Paul VERHOEVEN	MCUPH 2C
Bactériologie – Virologie – Hygiène(opt Hygiène)	M. le Pr Philippe BERTHELOT	PU-PH 1C
Biochimie et biologie moléculaire	M. le Pr Philippe GONZALO	PUPH 2C
Biochimie et biologie moléculaire	Mme Nadia BOUTAHAR	MCUPH 1C
Biochimie et biologie moléculaire	M. le Dr Yannick THOLANCE	MCUPH 2C
Biologie cellulaire	Mme le Pr Marie Héléne PROUST	PU-PH 1C
Biophysique et médecine nucléaire	Mme le Pr Claire BILLOTEY	PU-PH 2C
Biophysique et médecine nucléaire	M. le Dr Philippe RUSCH	MCU-PH HC
Biophysique et médecine nucléaire	Mme le Dr Nathalie PREVOT	MCU-PH HC
Biostatistiques informatique médicale et technologie de la communication	M. le Pr. Jean-Marie RODRIGUES	prof émérite
Biostatistiques informatique médicale et technologie de la communication	Mme le Pr Béatrice TROMBERT	PU-PH 2C
Cancérologie - Radiothérapie (opt Radiothérapie)	M. le Pr. Nicolas MAGNE	PU-PH 2C
Cardiologie	M. le Pr. Karl ISAAZ	PU-PH CE
Cardiologie	M. le Pr Antoine DACOSTA	PU-PH 1C
Chirurgie digestive	M. le Pr Jack PORCHERON	PU-PH 1C
Chirurgie générale	M. le Pr Olivier TIFFET	PU-PH 1C
Chirurgie Infantile	M. le Pr. François VARLET	PU-PH CE
Chirurgie Infantile	M. le Pr. Bruno DOHIN	PU-PH 1C
Chirurgie orthopédique	M. le Pr Frédéric FARIZON	PU-PH 1C
Chirurgie orthopédique	M. le Pr Rémi PHILIPPOT	PUPH 2C
Chirurgie Vasculaire	M. le Pr. Jean Pierre FAVRE	PU-PH CE
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 CE
Endocrinologie et Maladies Métaboliques	M. le Pr. Bruno ESTOUR	prof émérite
Endocrinologie et Maladies Métaboliques	Mme. le Pr. Natacha GERMAIN	PU-PH 2C
Epidémiologie- Economie de la Santé et Prévention	M le Pr Franck CHAUVIN	PU-PH CE
Gériatrie	M. le Pr. Régis GONTHIER	PU-PH CE
Gynécologie et Obstétrique	Mme le Pr Céline CHAULEUR	PUPH 2C
Gynécologie et Obstétrique	M. le Pr Pierre SEFFERT	Prof émérite
Gynécologie et Obstétrique	Mme le Dr Tiphaine BARJAT	MCUPH 2C
Hématologie	M. le Pr. Denis GUYOTAT	PU-PH 1C
Hématologie	Mme le Pr Lydia CAMPOS GUYOTAT	PU-PH 1C
Hématologie	Mme le Dr Emmanuelle TAVERNIER	MCUPH 1C
Hépatologie – Gastro - Entérologie	M. le Pr Jean Marc PHELIP	PU-PH 1C
Hépatologie – Gastro - Entérologie	M. le Pr Xavier ROBLIN	Pr Associé
Histologie – Embryologie - Cytogénétique	Mme le Pr Michèle COTTIER	PU-PH CE
Histologie – Embryologie - Cytogénétique	Melle Delphine BOUDARD	MCU-PH 1C
Histologie – Embryologie – Cytogénétique	M. le Dr Jean Philippe KLEIN	MCUPH 2C
Immunologie	M. le Pr Olivier GARRAUD	PU-PH 1C
Immunologie	M. Stéphane PAUL	PU-PH 2C
Maladies Infectieuses - maladies tropicales	M. le Pr. Frédéric LUCHT	PU-PH CE
Maladies Infectieuses - maladies tropicales	Mme le Dr Elisabeth BOTELHO NEVERS	PU-PH 2C
Médecine et santé au Travail	M. le Pr Luc FONTANA	PU-PH 1C
Médecine générale	M le Dr Paul FRAPPE	MCUMG 1C

Médecine générale	M. le Pr Christophe BOIS	PAMG
Médecine générale	Mme le Pr Josette VALLEE	PUMG
Médecine générale	M. le Dr Rodolphe CHARLES	MCAMG
Médecine générale	M. le Dr Xavier GOCKO	MCUMG
Médecine générale	M. le Dr Jean Noel BALLY	MCAMG
Médecine générale	M. le Dr Hervé BONNEFOND	MCAMG
Médecine interne	M. le Pr. Pascal CATHEBRAS	PU-PH 1C
Médecine Légale	M. le Dr Sébastien DUBAND	MCUPH 1C
Médecine Physique et réadaptation	M. le Pr. Vincent GAUTHERON	PU-PH CE
Médecine Physique et réadaptation	M. le Pr Pascal GIRAUX	PU-PH 2C
Médecine vasculaire	M. le Dr. Christian BOISSIER	MCU-PH HC
Médecine vasculaire	Mme le Pr Claire LE HELLO	PUPH 2C
Néphrologie	M. le Pr Eric ALAMARTINE	PU-PH CE
Néphrologie	M. le Pr Christophe MARIAT	PU-PH 1C
Neurologie	M. le Pr Jean Christophe ANTOINE	PU-PH CE2
Neurologie	M. le Pr. Bernard LAURENT	PU-PH CE
Neurologie	M. le Pr JP CAMDESSANCHE	PUPH 2C
Neurologie	M. le Pr Roland PEYRON	Pr associé
Nutrition	M. Le Pr Bogdan GALUSCA	PUPH 2C
Ophtalmologie	M. le Pr Philippe GAIN	PU-PH 1C
Ophtalmologie	M le Pr Gilles THURET	PU-PH 1C
ORL	M. le Dr Alexandre KARKAS	MCUPH 2C
Parasitologie et mycologie	M. le Pr Pierre FLORI	PU-PH 2C
Pédiatrie	M. le Pr. Jean Louis STEPHAN	PU-PH 1C
Pédiatrie	M. le Pr. Hugues PATURAL	PU-PH 1C
Pharmacologie fondamentale	M. le Dr Xavier DELAVENNE	MCUPH 1C
Pharmacologie clinique	M. le Pr Patrick MISMETTI	PU-PHCE1
Pharmacologie clinique	Mme Silvy LAPORTE	MCU-PH HC
Physiologie	M. le Pr André GEYSSANT	Prof émérite
Physiologie	M. le Pr. Jean Claude BARTHELEMY	PU-PH 2C
Physiologie	M. le Dr. Jean Claude CHATARD	MCU-PH HC
Physiologie	M. le Pr Frédéric ROCHE	PU-PH 1C
Physiologie	M. le Pr Léonard FEASSON	PU-PH 2C
Physiologie	M. le Dr Pascal EDOUARD	MCUPH 1C
Physiologie	M. le Dr David HUPIN	MCUPH 2C
Pneumologie	M. le Pr. Jean-Michel VERGNON	PU-PH CE
Psychiatrie d'adultes	M. le Pr Eric FAKRA	PUPH 2C
Psychiatrie d'adultes	Mme le Pr Catherine MASSOUBRE	PU-PH 1C
Psychiatrie d'Adultes	M. le Pr. François LANG	prof émérite
Radiologie et imagerie médicale	M. le Pr. Fabrice - Guy BARRAL	PU-PH CE
Radiologie et imagerie médicale	M le Pr Pierre CROISILLE	PUPH 2C
Radiologie et imagerie médicale	Mme le Dr Claire BOUTET	PUPH 2C
Radiologie et imagerie médicale	M. le Dr Fabien SCHNEIDER	MCU-PH1C
Réanimation	M. le Pr. Fabrice ZENI	PU-PH CE
Réanimation	Mme le Dr Sophie RAGEY PERINEL	MCUPH 2C
Réanimation	M. le Dr Alain VIALLO	Pr associé
Rhumatologie	M. le Pr Thierry THOMAS	PU PH1C
Rhumatologie	M. le Pr Hubert MAROTTE	PUPH 2C
Stomatologie et Chirurgie Maxillo - Faciale	M. le Pr. Pierre SEGUIN	prof émérite
Thérapeutique	M. le Pr. Hervé DECOUSUS	prof émérite
Thérapeutique	M. le Pr Bernard TARDY	PU-PH 1C
Thérapeutique	M. le Pr Laurent BERTOLETTI	PUPH 2C
Urologie	M. le Pr Nicolas MOTTET	PUPH 1C

Légende :

PU-PH :	Professeur des Universités - Praticien Hospitalier
MCU-PH :	Maître de Conférences des Universités - Praticien Hospitalier
1C	1ère classe
2C	2ème classe
CE	Classe exceptionnelle
HC	Hors classe
MCAMG	Maître de conférences associé de Médecine générale
PAMG	Professeur associé de médecine générale

Mise à jour : 11 septembre 2017

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

Je tiens tout d'abord à remercier les membres du Jury, Pr François LANG, Pr Pascal CATHEBRAS, Dr Jean-Noël BALLY, Dr Sébastien BRUEL et Dr Isabelle CLER-GARABOUX, pour leur présence et leur intérêt porté à mon travail de thèse.

Je remercie plus particulièrement mes directeurs de Thèse. Le Dr Jean-Noël Bally, pour sa disponibilité et son implication incessante dès le début de mon travail. Le Dr Sébastien Bruel pour ses relectures, ses conseils et son soutien. Merci à eux pour leurs encouragements et pour les heures passées à relire mes longs comptes rendus.

Je remercie le Pr Rodolphe Charles et les membres de la revue Médecine, qui ont relu, amélioré et valorisé mon travail.

Merci au Département de médecine générale de la faculté de médecine de Saint-Etienne pour la formation que j'ai pu suivre.

Je remercie le GRRRAQ (groupe de soutien à la recherche qualitative) pour tous ses conseils, remarques, critiques et ouvertures.

Merci à mon Groupe d'Echange de Pratiques.

Je remercie mes maîtres de stages universitaires pour tout ce qu'ils m'ont appris, pour leur soutien aussi bien professionnel que personnel.

Merci au Dr Marie-Paule Vincent, au Dr Guillaume Chambon et au Dr Sylvie Rousson, pour m'avoir fait découvrir la réalité de la pratique de la médecine générale, et m'avoir fait prendre confiance en moi.

Merci Dr Anne Plagnard, pour m'avoir fait découvrir la pratique de la médecine générale en milieu défavorisé, pour ta bonne humeur et nos longs débriefings toujours enrichissants.

Merci au cabinet de Fraisses pour l'ambiance conviviale qui y règne et qui donne envie de travailler dans la sérénité. Merci Dr Nathalie Daniel et Dr Patrick Carrère, pour votre encadrement bienveillant. Merci Coralie et Perrine pour votre aide. Merci Véronique, pour les discussions dans le cagibi entre les consultations. Sans oublier Nabil, pour tes blagues hilarantes et spontanées, ainsi que Morgane, pour ton accueil toujours très chaleureux et souriant.

Je remercie le Dr Catherine Tran pour ses conseils toujours aiguillant, et le Dr Marwan Zoubian pour ses conseils administratifs et médicaux ainsi que pour les repas japonais !

Merci Dr Isabelle Cler-Garaboux pour ta bonne humeur, ton accueil toujours chaleureux mais aussi pour ton implication dans ma thèse et ma formation. Je remercie également Christophe pour ta convivialité et tes talents culinaires !

Je n'oublie pas non plus la PMI du GOP (Gier Ondaine Pilat) et le planning familial de Saint-Etienne. La pédiatrie et la gynécologie sont devenues grâce à vous des centres d'intérêt majeurs pour ma pratique future.

Merci au service de gériatrie de Saint-Chamond pour m'avoir fait découvrir ce qu'était l'internat, l'art de la prescription, la délicatesse de la prise en charge et de l'accompagnement de fin de vie et ainsi l'importance de la relation soignant-soigné.

Je te remercie Gabrielle d'avoir éclairé ma lanterne lorsque j'envisageais de faire médecine et de m'en avoir montré le chemin. Je te remercie pour tous tes conseils et pour notre amitié.

Merci aux patients de l'étude. Merci pour votre accueil chaleureux le temps d'un entretien, toujours dans une ambiance conviviale. Vous m'avez beaucoup appris.

Merci aux patients qui ont croisé ou croiseront ma route. Vous me permettez d'exercer un métier fabuleux tout en continuant d'apprendre à votre contact.

Je remercie mes proches, qui m'aident chaque jour à m'épanouir dans ma vie, mes études et mon travail.

Didier, merci de m'avoir toujours soutenu, d'avoir supporté mes longues journées, soirées, week-end révisions depuis des années. Merci d'avoir relu mon travail avec la distance qui est la tienne. Tu m'apportes l'énergie, la positivité, l'amour et la tendresse dont j'ai besoin pour avancer, surmonter mes doutes, mon stress, mes angoisses. Merci d'être là dans les meilleurs moments mais aussi les plus difficiles. Merci d'avoir tout supporté avec moi pour réaliser ce beau rêve qu'est la parentalité. Merci de partager ma vie.

Merci à mes parents d'avoir relu mon travail avec intérêt.

Merci maman pour ton écoute, ton amour éternel et ta bienveillance, pour nos discussions quotidiennes qui font du bien.

Merci papa de m'avoir appris ce qu'est la persévérance, le travail mais aussi l'altruisme. Merci pour ton amour et ton partage des valeurs fondamentales.

Merci Amandine et Cyril pour notre complicité et tous les souvenirs d'enfance que nous partageons. Je ne vous dirais jamais assez à quel point l'amour fraternel est important pour moi.

Je remercie mes beaux-frères Jérémy et Maxime qui prennent soin d'eux.

Merci à ma marraine Brigitte pour sa présence, et pour les leçons de vie, de tolérance et d'amour, que j'ai appris à ses côtés.

Merci Sophie et Thierry pour beaucoup de choses mais surtout pour les soirées Time's up !

Je remercie aussi toute ma belle famille pour sa gentillesse et tous les bons moments partagés.

Christian, Lucienne, Christelle, Manu, Jean-Marie, Amandine, Francis, Albéna, Patrick et les autres.

Merci Francis et Albéna pour le temps passé avec moi sur mon abstract.

J'adresse un sincère remerciement à mes neveux et petites cousines. Vous m'apportez un bonheur immense et la joie de prendre soin de vous n'a pas de prix.

Je n'oublie pas non plus de remercier mes amies de longue date, Stéphanie et Alicia. Toujours présentes pour discuter de tout et de rien (surtout à l'heure de la sieste de leurs petits). Nos conversations sont très importantes pour moi, alors merci pour tout ça. Et merci également à Ben et Enguerran pour leur amitié.

Merci Ossama de toujours tenter de tout faire pour être présent dans les moments importants pour moi.

Je remercie tous ceux que je n'aurais pas cités, famille, ami ou connaissance, qui participent à l'enrichissement de ma vie professionnelle ou personnelle.

Merci à tous.

A Lucas, mon fils, notre petit guerrier...
« Vivre la naissance d'un enfant est notre chance la plus accessible de saisir le sens du mot miracle. » Paul Carvel

SOMMAIRE

RESUME	10
ABSTRACT	11
ABREVIATIONS.....	12
INTRODUCTION	13
METHODE	14
RESULTATS ET DISCUSSION	15
« Avec mon médecin, il n’y aura pas de désaccord. ».....	15
Le débat dans la confiance.....	16
Convaincre ?.....	17
Être entendu et surtout écouté.....	18
« Un paternalisme inversé »	19
Points forts et limites de l’étude	19
CONCLUSION	20
CONCLUSION SIGNEE.....	21
REFERENCES.....	22
ANNEXE 1 – Guide d’entretien	23
TABLEAU I – Tableau d’anonymisation	24

RESUME

INTRODUCTION : L'opposition au sein du débat médecin-patient fait parfois émerger un sentiment d'inutilité du médecin responsable de frustrations. La prescription de statine est un exemple prototypique d'une situation de prescription complexe. L'objectif était d'étudier les enjeux relationnels lors de débats patient-médecin traitant, au travers du vécu des patients lors de réticences au traitement par statine.

METHODE : Il s'agit d'une étude qualitative par entretiens semi-dirigés et observations de consultations. Les patients étaient inclus par les médecins généralistes. Les patients devaient être opposant à la prise de statine et l'avoir verbalisé au cours d'un débat quelle qu'en ait été l'issue.

RESULTAT : L'enquêtrice a assisté à deux consultations et réalisé 10 entretiens. La plupart des patients ne considèrent pas cette situation comme étant un désaccord, terme possédant une connotation péjorative conduisant à la rupture relationnelle. Avec la confiance, le débat peut se transformer en dialogue. Il permet l'écoute et l'action pédagogique adaptée qui elles-mêmes renforcent la confiance et favorisent le maintien relationnel. La non-prise en compte des représentations et priorités des patients sont des freins à la relation. Ambivalents, les patients prônent leur libre choix et la fermeté du médecin qui est valorisée dans un contexte de bienveillance. Les patients donnent l'impression de vouloir protéger le médecin et leur relation.

CONCLUSION : Les enjeux identifiés dans l'étude sont l'écoute, l'action pédagogique et la prise en compte des représentations des patients, dans un dialogue mené en toute confiance. L'étude met en avant l'importance des compétences communicationnelles du médecin et constate un paternalisme inversé.

ABSTRACT

TITLE : Disagree with the general practitioner about statins therapy ?

BACKGROUND : Physicians feel a sense of worthlessness and experience frustration when patients disagree with the prescribed treatment. Statin prescription is a typical example of a complex prescription situation. The study aims to explore the patient perspective on arising relationship issues during the debate between the patient and general practitioner due to the patient reluctance to statin therapy.

METHOD:

The study utilizes the qualitative method through semi-structured interviews of patients and observations of medical consultations. Patients were introduced to the study by their general practitioners. The patients must have verbalized during a debate with their doctors an initial opposition to taking statins.

RESULT: The interviewer attended two consultations and conducted 10 interviews. Most patients do not consider this situation to be a disagreement, a term with a pejorative connotation leading to a relationship breakdown. With trust between doctor and patient, the argument can turn into a dialogue. It permits listening and tailor the medical explanation to strengthen the trust and the doctor-patient relationship. Failure to take into account the opinions and priorities of patients is a hindrance to the doctor-patient relationship. Patients are conflicted between their freedom of choice and the firmness of the doctor, which is interpreted as benevolent. Patients give the impression of wanting to protect both the doctor and their relationship.

CONCLUSION: The issues identified in the study are listening, pedagogical action and taking into account the opinions of patients, in a dialogue conducted with mutual trust. The study highlights the importance of the communication skills of the doctor and notes a reverse paternalism.

ABREVIATIONS

CHU : Centre Hospitalo-Universitaire

CIM : Convaincre, Implanter, Maintenir

CNIL : Commission nationale de l'informatique et des libertés

RCH : Rectocolite Hémorragique

INTRODUCTION

Les consultations sont vécues comme difficiles par les médecins généralistes dans 15 à 20 % des situations [1,2]. L'inobservance ressentie comme «acte d'autonomie à l'égard de la médecine» peut s'exprimer par une «défiance» [3]. Des réticences envers les médicaments vont s'exprimer dans un processus de négociation [4]. La valorisation de l'autonomie avec la décision médicale partagée est aussi garante du respect de la personne et d'une meilleure observance par sa participation active aux décisions et aux soins [5,6]. Ces situations d'opposition au sein du débat médecin-patient, font parfois émerger un sentiment d'inutilité du médecin, responsable de frustrations [2].

La prescription de statine est un exemple prototypique d'une situation de prescription complexe [7]. Ce traitement fait l'objet de recommandations débattues au sein même des experts [8-10]. Le conflit autour des statines ne présente pas de valeur intrinsèque morale (ou religieuse), ni pour le médecin ni pour les usagers, contrairement à la substitution à la méthadone ou la mise en place d'une sédation profonde, par exemple. Le débat autour des statines ne se joue pas dans un contexte de prévention ou d'action sur un danger imminent comme le traitement de fond de l'asthme ou l'immunothérapie pour une RCH. Le conflit est médiatisé, se joue autour d'une heuristique complexe à la limite de l'enseignabilité, pour le médecin et l'usager, autour d'un *continuum* de facteurs de risque de mort ou d'évènements cardiovasculaires évitables. Le débat au sein de la communauté scientifique et profane se situe entre prévention, économie, écologie, autonomie, et principe de précaution, mais hors des champs de la morale, de l'éthique, et de l'assistance à personne en danger. Certains médecins rapportent se sentir peu confiants pour discuter une prescription de statine [7]. Le niveau d'adhésion est estimé à 50 % en France [11]. La peur des effets indésirables, l'impression d'inutilité, la volonté de recourir à un autre moyen notamment hygiéno-diététique sont les principales causes d'opposition [7,12,13]. Des outils d'aide à la décision partagée, tels que celui de la Mayo Clinic [14] permettraient de diminuer les conflits décisionnels durant les trois premiers mois de traitement [15].

Alors que la confiance est l'un des principaux facteurs d'observance, les patients des consultations vécues comme difficiles par le médecin, seraient moins confiants et plus souvent insatisfaits de la consultation [1]. L'opposition entre deux personnes socialement liées peut également procurer une «*satisfaction intérieure [...], un soulagement*», «*le sentiment de ne pas être écrasé dans cette relation*» [16]. L'objectif de cette étude consistait à étudier les enjeux relationnels lors de débats patient-médecin traitant, au travers du vécu des patients lors de situations de réticence au traitement par statine.

METHODE

Il s'agit d'une étude qualitative par entretiens semi-dirigés et observations.

Des médecins généralistes de la Loire connus de l'enquêtrice ont été contactés pour expliquer les critères d'inclusions. Il leur a été demandé de proposer aux patients éligibles de rencontrer l'enquêtrice pour être interrogés sur la relation médecin-malade. En cas d'accord, ils transmettaient leurs coordonnées à l'enquêtrice.

Les personnes incluses dans l'étude étaient des patients pour lesquels un traitement par statine était recommandé par le médecin généraliste traitant. Il devait y avoir eu une opposition du patient sur l'initiation ou le renouvellement d'ordonnance. Il devait en avoir discuté avec le médecin au cours d'un débat, quelle qu'en ait été l'issue. L'échantillonnage a été raisonné en termes d'âge, de sexe, de niveau socioprofessionnel, du type de prévention (primaire ou secondaire) (*Tableau 1*).

Des entretiens semi-directifs ont été réalisés, le plus souvent au domicile du patient. Un guide d'entretien a été modifié au cours de l'étude (*Annexe 1*). Les entretiens ont été enregistrés puis retranscrits intégralement.

L'enquêtrice a pu assister à des consultations pour renouvellement de statine considérées par les médecins généralistes comme difficiles. L'accord du patient à sa présence a été demandé en début de consultation. Un enregistrement vocal a été réalisé. La prise de notes manuscrites était complémentaire. Il était prévu que ces patients soient vus par la suite en entretien.

L'analyse s'est faite par codage sur retranscription intégrale par l'enquêtrice. Une seconde analyse a été effectuée par un responsable de l'étude. L'étude a été discutée à trois reprises au sein d'un groupe de travail en recherche qualitative du département de médecine générale de la faculté de médecine de Saint-Étienne.

Une déclaration, auprès de la CNIL, a été validée le 15/05/2017.

Un avis favorable du comité d'éthique du CHU de Saint-Étienne a été obtenu le 30/01/2018 sous la référence IRBN822017/CHUSTE. Une notice d'information a été remise au patient et un accord oral a été obtenu.

L'enquêtrice a pu assister à deux consultations, l'un des deux patients a pu être vu en entretien par la suite. Au total, 10 entretiens ont été réalisés entre avril 2017 et juillet 2018 (*tableau 1*).

RESULTATS ET DISCUSSION

« Avec mon médecin, il n'y aura pas de désaccord. »

Le désaccord contient une connotation péjorative et conduit à la rupture relationnelle : « *Le jour où je suis en désaccord avec elle, je n'ai plus qu'à chercher un autre médecin ! Parce que si vous êtes en désaccord avec votre médecin, c'est qu'il n'y a plus la relation de confiance* » (Liliane).

Il est difficile pour les patients d'explicitier pourquoi ce débat ne constitue pas un désaccord. Seule Thérèse avance que certains facteurs indépendants à la relation font que les attitudes peuvent être en contradiction avec les propositions du médecin ou un désir du patient : « *Parce que même si aujourd'hui il me dit qu'il faudrait arrêter de fumer, j'en suis consciente de ça, mais je ne peux pas. Pour x raisons !* »

L'explication se situe sur la répartition des rôles de chacun. Le patient reconnaît le rôle d'expertise au médecin, le sien serait de décider comment utiliser cet avis au titre de sa liberté d'agir, en fonction de son expertise personnelle, de son vécu, de ses contraintes : « *Elle m'a dit les tenants et les aboutissants, après c'est à moi de prendre ou de ne pas prendre le risque. Mais ce n'est pas une décision où il pourrait y avoir un désaccord. Parce que ce n'est jamais un médecin qui va me forcer !* » (Liliane) « *Tout ce que me dit mon médecin traitant, je le prends comme conseil. [...] Mais conseil ne veut pas dire que je suis obligée d'accepter.* » (Thérèse)

Parfois, il existe une erreur de cible : « *Si vous voulez, mon désaccord est profond et il va plutôt contre les laboratoires, la fabrication des médicaments. [...] Mais ce n'est pas du tout un désaccord avec mon médecin* ». (Thérèse) Le désaccord avec le médecin traitant semble inenvisageable. Les patients s'appuient sur la définition affective du terme désaccord : « *une mésentente, une désunion* » et non intellectuelle : « *une divergence d'opinions* » [17]. Thomas d'Ansembourg, conseiller juridique et enseignant en communication non violente, identifie « *qu'il est souvent difficile de constater paisiblement, avec estime et bienveillance, que nous ne sommes pas d'accord. La différence et donc le désaccord sont fréquemment perçus comme une menace.* » La question des rôles est importante pour ne pas définir la situation comme désaccord. Pour lui, « *l'obéissance a longtemps été promue comme valeur morale, nous avons bien de la peine [...] à simplement constater que nous ne sommes pas d'accord* » [18].

Le débat dans la confiance

La confiance, en créant un climat favorable au dialogue, fait émerger les représentations des patients et leurs priorités. La confiance permet de ne pas faire ressentir le débat comme un désaccord. *« Oui, j'étais en désaccord avec la remplaçante du Dr B. Mais après, j'en ai parlé librement avec le médecin... La relation de confiance que vous avez avec votre médecin traitant, vous ne l'avez pas le jour où vous voyez sa remplaçante... Enfin moi non ! Là, je n'ai pas osé lui dire : "non je ne veux pas". Mais avec le Dr B, ce n'était pas un désaccord. Parce que je pense que si ça avait été le Dr B [...] j'allais dire "écoutez docteur, on va attendre voir ce que ça donne, parce que si la tension baisse, bon j'ai trois risques, mais il y en a un qui baisse." Je pense qu'il l'aurait accepté. » (Thérèse)*

Ce climat de confiance peut être favorisé par la réponse du médecin dans un contexte d'heuristique complexe : *« Elle m'a très bien expliqué donc je suis beaucoup plus à l'aise, je suis plus confiant, et s'il y a un problème ou un doute sur le traitement, ou sur ce qu'elle propose, je reste ouvert à lui en faire part. » (Bertrand)*

La discussion devient source de clarification. *« Je ne suis pas à la hauteur de toutes les explications. Il a un dialogue simple et qui me met à l'aise. » (Thérèse)* La tournure pédagogique de l'échange est appréciée. Selon Philippe Barrier, la relation pédagogique dans le soin correspond à *« l'ajustement rationnel que permet l'apport de connaissances scientifiques »*, elle *« peut prolonger l'effort réflexif que le patient avait pu entamer à partir de sa propre expérience »* et ne s'y substitue donc pas [19].

L'écoute participe au développement de la relation de confiance. *« Ma confiance en mon médecin est totale et d'autant plus renforcée qu'il écoute ce que je vais lui dire. Quand je lui ai dit "oh non, j'aimerais mieux essayer..." , il ne m'a pas dit non, il m'a dit : "on va essayer. Et à la prochaine prise de sang, on en rediscute". » (Thérèse)*

Si la confiance favorise le dialogue, à l'inverse, le manque de dialogue altère la relation de confiance : *« Et bien disons que s'il avait été un peu plus ouvert ou s'il avait un peu plus insisté sur la statine, le pour et le contre, ça aurait amené à un peu plus de confiance, je pense. [...] Je lui ai dit : "j'avais arrêté." Il m'a répondu : "non, il ne faut pas, ça peut être dangereux" et puis c'est tout ! » (Bertrand)*

Pour les patients, la confiance précède parfois le débat, car elle est associée à la fonction de médecin généraliste ou à l'établissement d'une relation passée qui a fait ses preuves : *« Ça fait quand même 20 ans que c'est mon médecin ! » (Gérard)* *« Je suis bien avec le Dr B, quand je vais le voir je suis en confiance. [...] c'est lui qui détient le savoir, donc je suis en confiance tout le temps. » (Jacques)*

La confiance peut même se substituer à l'argumentation. Suzanne, après avoir révélé à son médecin son inobservance au traitement par statine, confie avoir été convaincue de le reprendre grâce au repositionnement du rôle du médecin traitant comme référent/expert et symbole de confiance. *« Quand elle m'a dit : "mais qui est le médecin ? C'est votre sœur ou c'est moi ?" d'un air de dire "il ne faut pas que j'écoute deux sons de cloches, il faut que je fasse confiance à mon médecin". Je me suis dit : "bon, finalement, mince, c'est mon médecin donc... Ce n'est pas la moitié d'une imbécile" ».*

La confiance apparaît au premier plan dans le processus de maintien relationnel. Le débat peut devenir dialogue. Ce dernier permet l'écoute et l'action pédagogique adaptée qui renforcent la confiance et favorisent le maintien relationnel. Le désaccord devient supportable. Des processus de dynamiques de confiances ont été explorés [20]. Thérèse précise : *« j'apprécie d'autant plus le Dr B qui est très humain, efficace, je pense, honnêtement, j'ai énormément confiance en lui. »* Une confiance résiliente, définie comme *« croyance non calculatrice en l'intégrité morale des autres »* *« permet de croire en la valeur intrinsèque de la relation »* et ainsi favorise la flexibilité, la coopération et l'évolution de la relation dans des systèmes complexes. Elle s'oppose à l'initiale *« confiance fragile »* fondée sur la réputation [20].

Convaincre ?

Thomas d'Ansembourg nuance la fermeté selon sa façon d'être exprimée : « *Mais ne pouvons-nous pas apprendre à être ferme et fort sans être agressif, apprendre à dire [...] sans juger, mais en exprimant fermement ce que nous voulons et en reconnaissant à l'autre le droit de ne pas être d'accord ?* » [18]. Associée à la bienveillance, la fermeté peut être décrite comme gage du degré de conviction du médecin. Ambivalents, les patients prônent le libre choix, mais aussi la fermeté avec reconnaissance d'un rapport d'autorité. « *Je ne pense pas qu'elle insiste vraiment. Sauf si ma santé était vraiment mise en danger. J'imagine que si le taux monte un peu trop haut là à mon avis elle me rappellera à l'ordre. [...] Elle aura un discours plus ferme peut-être, un peu plus autoritaire.* » (Georges)

« *C'est toujours lui qui a le dernier mot en principe.* » (Thérèse) Claude Curchod rappelle que le paternalisme est issu du « *principe de bienfaisance qui orientait les décisions du médecin et lui donnait une légitimité* » [6]. Les nombreux soucis éthiques qu'il implique et la valorisation des libertés du patient ont conduit à la mise en avant des prises en charge partenariales. Il prône « *l'individualisation de partenariat* » correspondant à « *un curseur qui se déplace sur un axe qui va de l'obéissance passive à une co-construction assumée* ». Pour lui, la position du curseur doit être décidée par le patient, car imposer un partenariat constituerait encore un jeu de pouvoir [6].

« *Oui, ça a été clair, elle m'a donné ses arguments, moi je lui ai dit les miens. Et puis c'était quand même un peu à moi de trancher, je n'étais pas très d'accord pour le prendre, mais grâce à ses explications, on se fie quand même à son médecin. C'est quand même une référence* » (Liliane). Un des 5 axiomes de communications décrits par Paul Watzlawick postule que la relation est soit symétrique soit complémentaire. L'enquête voit les patients parfois revendiquer une forte expertise symétrique puis l'écoute de l'expertise médicale, en posture basse, ou dite complémentaire [21].

Être entendu et surtout écouté

« L'écoute permet à celui qui parle de pouvoir s'entendre dire ce qu'il dit, c'est-à-dire souvent autre chose encore que ce qu'il voulait dire. » [22]. Pour Lacan, le sujet évolue dans 3 dimensions (symbolique, imaginaire et le réel). Pour saisir cette triple dimension dans laquelle vit le sujet, il convient au médecin de laisser parler le patient et ainsi mieux comprendre ses attentes [22].

L'écoute permet de travailler sur les réticences et aide à la réflexion partagée. Elle permet de « faire émerger les préférences du patient » permettant « d'agir de manière efficace [6]. L'écoute est une condition à la construction d'un projet de soin négocié dans un contexte partenarial. Tenir compte des préférences permet de diminuer la « réactance psychologique » décrite par J.W. Brehm en 1966 comme « réaction de l'individu qui se sent privé d'une liberté qu'il considère comme légitime » [6].

Explorer l'ensemble des représentations des patients est essentiel. Ne pas analyser l'expertise de la sœur de Suzanne, considérée comme une « encyclopédie », a conduit à une rupture du débat, une inobservance et à une prise cachée de levure de riz rouge. « Mais enfin, mais qui est le médecin ? C'est votre sœur ou c'est moi ? Mon médecin était tellement contre ce que je lui disais à propos de la levure de riz rouge, elle était tellement contre que je n'ai pas voulu outrepasser ce qu'elle pensait. J'ai laissé couler, dans ma tête, j'ai dit la discussion est close, je ne lui parle de plus rien, je ne prends pas mes statines, un point, c'est tout. » Le médecin n'a pas su tenir compte du lien affectif entre les deux sœurs et n'a pu explorer les représentations du patient sur les avantages et inconvénients potentiels des levures.

Les réticences des patients à la prise du traitement par statine font l'objet d'une grande variété de représentations et de croyances qui conditionnent son raisonnement. Chacun possède sa propre perception du réel du fait de « filtres interprétatifs » socioculturels, cognitifs ou encore contextuels. La réalité du patient n'est pas moins proche de la vérité [6] : « Je ne fais pas du tout confiance aux laboratoires... C'est une agression au corps. » (Therese) « D'autant plus qu'il y a d'autres problèmes à régler en ce qui me concerne, donc euh... Je n'estime pas que ça se soit une priorité. » (Georges) « C'est moins je prends de médicaments plus je suis contente j'ai la hantise que ces médicaments qu'il faudrait prendre me déclenchent une autre maladie. Mon cholestérol, je pense que ça vient aussi non pas de ce que je mange, mais de l'énervement. » (Jeanne)

Il existe bel et bien un enjeu pédagogique, d'émergence du débat, des représentations et des priorités des patients. Une approche communicationnelle CIM (convaincre, implanter, maintenir) développée par des médecins canadiens est explicitée au sein d'un livre référence en pédagogie de la communication en santé. Elle consiste à travailler sur « la disposition du patient à se soigner », à créer un « espace de pertinence, où se rejoignent les univers et donc les objectifs du soignant et du patient » afin de favoriser l'adhésion à un projet de soin co-construit. Quatre questions du médecin modélisent cette approche : le patient est-il convaincu de la présence d'un problème (P) ? De la gravité du problème (P) ? Qu'il existe un traitement (T) efficace ? Que le patient est capable de suivre le traitement (T) ? Ces quatre questions sont abordées d'un point de vue cognitif (discuter les croyances, faire de l'éducation...etc.) et affectif (écouter, être empathique, soutenir, rassurer, etc.) selon le modèle équationnel $(P2+T2)X2$ [23].

« Un paternalisme inversé » [24]

Dans l'étude, les patients donnent l'impression de vouloir protéger le médecin et leur relation. Le maintien relationnel est une volonté de la part des patients. « *Je ne veux pas qu'on modifie nos relations, bien au contraire* » (Gérard). Les patients ressentent une volonté de bienveillance du médecin et Gérard, par exemple, lui reconnaît une impossibilité d'omniscience, mais sous condition d'honnêteté : « *Moi je dis que les généralistes pour tout savoir c'est presque impossible. [...] Il a le droit de se tromper. [...] Le tout est de reconnaître qu'on se trompe.* » Certains patients décrivent divers mécanismes contribuant au maintien relationnel comme le cloisonnement temporel et structurel ou l'éviction du débat dans un contexte d'épuisement psychique. « *Ah non, non, on ne l'aborde plus, c'est un sujet de guerre ! Non, on parle politique, ça va mieux ! Alors suite à ça, j'en ai reparlé aussi, mais sommairement, et... alors là je ne sais pas exactement ce qu'on s'est dit à ce moment-là. Parce que c'était devenu un détail pour moi.* » (Gérard) « *Une fois que c'est passé finalement, je rentre chez moi et puis... je ne me pose plus de questions, j'ai autre chose à faire finalement que de me poser des questions !* » (Jeanne) Suzanne anticipe la représentation sociale que pourrait avoir son médecin traitant si elle avouait son inobservance et faisait émerger le débat : « *J'avais peur de sa réaction [...] C'est-à-dire que c'est elle le médecin et elle doit se dire : "Elle vient me consulter, c'est moi le médecin, c'est moi qui ordonne des médicaments, et elle finalement elle n'en fait qu'à sa tête."* »

Apparaît alors un enjeu semblant contradictoire d'émergence du débat et de désirabilité du patient envers le médecin ressenti comme référent de confiance. Madeleine Akrich, dans son travail sur l'influence d'Internet sur la relation médecin-patient, introduit la notion de « *paternalisme inversé* », ou le souci de protéger son médecin contre ce qu'il pourrait interpréter comme une remise en cause de sa compétence [24]. À partir d'une analyse bibliographique et d'une longue enquête sur les sites et forums de patients elle écrit « *l'accès accru à l'information et sa "discutabilité" croissante ne conduisent pas à plus de scepticisme ou moins de confiance dans le corps médical.* » [24].

L'étude présente des points forts.

Une triangulation d'analyse avec une personne expérimentée en recherche qualitative a été effectuée. Elle permet de pallier le manque d'expérience de l'enquêtrice en recherche qualitative.

L'échantillonnage était varié : les 11 patients avaient entre 52 et 80 ans, dont certains étaient en prévention primaire et d'autres en prévention secondaire, pris en charge par 7 médecins traitants différents, et dont les conduites vis-à-vis des statines étaient également variées : prise/ non prise/ levure de riz rouge/ non prise cachée au médecin traitant.

L'étude présente des limites.

L'enquêtrice était interne en médecine générale. Les patients pouvaient être moins ouverts à lui rapporter des faits négatifs sur leur relation avec leur médecin traitant. Toutefois, les entretiens se sont majoritairement déroulés au domicile du patient et l'enquêtrice se présentait comme interne et enquêtrice en sociologie médicale. Plusieurs patients ont rapporté ne pas avoir exprimé à leur médecin certaines de leurs réticences ou de leurs croyances et Suzanne nous a parlé de sa non prise cachée.

Il existe un biais de mémoire, inhérent à la réalisation des entretiens à distance du débat. L'enquêtrice a pu assister à deux consultations. Assister à d'autres consultations pourrait être phénoménologiquement intéressant mais ceci est difficilement réalisable car leur occurrence est peu prévisible, et médecins et patients pourraient agir de façon moins spontanée.

Il existe un possible biais de recrutement du fait que les patients étaient proposés par les médecins généralistes. Ils pouvaient avoir adressé des patients avec qui ils pensaient entretenir une bonne relation de confiance. Toutefois, Bertrand nous a raconté sa rupture relationnelle avec son ancien médecin traitant.

CONCLUSION

Cette étude a permis de constater que, pour le patient, le débat avec le médecin traitant dans le cadre de réticences à la prise de statine, n'est le plus souvent pas décrit comme un désaccord. Il est question des rôles attribués à chacun ou encore d'une erreur de cible. Il existe un enjeu à ne pas faire ressentir le débat comme un désaccord. Ce terme possède une connotation péjorative pouvant conduire à la rupture relationnelle.

Le maintien relationnel apparaît comme reposant en grande partie sur la relation de confiance qui favorise l'émergence du débat par le dialogue. Ce dialogue permet de ne pas faire ressentir au patient la situation comme étant un désaccord. Il permet l'écoute, la prise en compte des priorités et représentations des patients, ainsi que l'action pédagogique. Il s'agit de réels enjeux plébiscités par les patients qui favorisent à leur tour la relation de confiance. Ce constat met en avant l'importance des compétences communicationnelles du médecin.

Il apparaît dans l'étude qu'au delà du maintien relationnel, le patient semble vouloir protéger le médecin dans sa reconnaissance professionnelle.

Concernant la position du médecin dans le débat, les patients se montrent ambivalents. Ils prônent leur liberté de décision mais valorisent parfois la fermeté du médecin. Ils lui reconnaissent un certain degré d'autorité. Le patient plébiscite une relation qui oscille entre symétrique et complémentaire telle que décrite par Paul Watslawick.

UNIVERSITE DE SAINT-ETIENNE JEAN MONNET
FACULTE DE MEDECINE JACQUES LISFRANC

CONCLUSIONS

Cette étude a permis de constater que, pour le patient, le débat avec le médecin traitant dans le cadre de réticences à la prise de statine, n'est le plus souvent pas décrit comme un désaccord. Il est question des rôles attribués à chacun ou encore d'une erreur de cible. Il existe un enjeu à ne pas faire ressentir le débat comme un désaccord. Ce terme possède une connotation péjorative pouvant conduire à la rupture relationnelle.

Le maintien relationnel apparaît comme reposant en grande partie sur la relation de confiance qui favorise l'émergence du débat par le dialogue. Ce dialogue permet de ne pas faire ressentir au patient la situation comme étant un désaccord. Il permet l'écoute, la prise en compte des priorités et représentations des patients, ainsi que l'action pédagogique. Il s'agit de réels enjeux plébiscités par les patients qui favorisent à leur tour la relation de confiance. Ce constat met en avant l'importance des compétences communicationnelles du médecin.

Il apparaît dans l'étude qu'au-delà du maintien relationnel, le patient semble vouloir protéger le médecin dans sa reconnaissance professionnelle. Concernant la position du médecin dans le débat, les patients se montrent ambivalents. Ils prônent leur liberté de décision mais valorisent parfois la fermeté du médecin. Ils lui reconnaissent un certain degré d'autorité. Le patient plébiscite une relation qui oscille entre symétrique et complémentaire telle que décrite par Paul Watslawick.

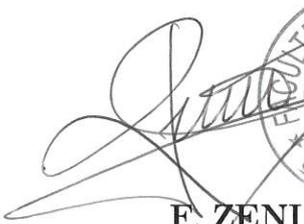
VU ET
PERMIS D'IMPRIMER

Saint-Etienne, le 3 Septembre 2019

Le Doyen
de la Faculté,

Le Président
de Thèse,

La Présidente
de l'Université,



F. ZENI

P2 F LANG



Les Directeurs de la Thèse



M. COTTIER

Dr BRUEL Sébastien / Dr BALLY Jean-Noël



REFERENCES

1. Hinchey SA, Jackson JL. A cohort study assessing difficult patient encounters in a walk-in primary care clinic, predictors and outcomes. *J Gen Intern Med.* 2011;26,(6):588-594.
2. Cannarella Lorenzetti R, Jacques CHM, Donovan C, Cottrell S, Buck J. Managing difficult encounters: understanding physician, patient, and situational factors. *Am Fam Physician.* 2013;87,(6):419-425.
3. Després C, Dourgnon P, Fantin R, Jusot F. Le renoncement aux soins : une approche socio-anthropologique. *Question d'économie de la santé.* 2011;(169):1-7.
4. Strauss A, Baszanger I. La trame de la négociation, sociologie qualitative et interactionnisme. L'Harmattan ; 1992.
5. Haute Autorité de Santé. Patient et professionnels de santé : décider ensemble. 2013. [18/05/2019] Disponible à l'URL : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-10/12iex04_decision_medicale_partagee_mel_vd.pdf
6. Curchod C. Prévenir et dénouer les conflits dans les relations soignants-soignés. Elsevier Masson ; 2018.
7. Bohan H, Van Doorn T, Witwicki C, Coulter A. Perceptions of Statins. Research with patients, GPs and Cardiologists. Picker Institute Europe. 2016 [18/05/2019] Disponible à l'URL : https://www.picker.org/wp-content/uploads/2016/07/P2941-BHF-Statins_Final-Report_Publication.pdf
8. Stone NJ, Robinson JG, Lichtenstein AH, Bairey Merz CN, Blum CB, Eckel RH, et al. 2013 ACC/AHA guideline on the treatment of blood cholesterol to reduce atherosclerotic cardiovascular risk in adults. *J Am Coll Cardiol.* 2014;63, (25 Pt B):2889-934.
9. Perk J, De Backer G, Gohlke H, Graham I, Reiner Z, Verschuren M, et al. European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *Eur Heart J.* 2012;33,(13):1635-701.
10. Bousageon R, Pouchain D, Letrillart L, Dibao-Dina C, Huas C, Renard V, et al. Lipides et Statines - Position du conseil scientifique du Collège national des généralistes enseignants sur la prise en charge des patients dyslipidémiques en prévention primaire. *exercer.* 2018;(140):75-81.
11. Haute Autorité de Santé. Efficacité et efficacité des hypolipémiants : une analyse centrée sur les statines. 2010. [18/05/2019] Disponible à l'URL : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-09/5_statines-argumentaire_complet_maj_sept_2010.pdf
12. Chee Y, Chan V, Tan N. Understanding patients' perspective of statin therapy: can we design a better approach to the management of dyslipidaemia? A literature review. *Singapore Medical Journal.* 2014;55, (8):416-421.
13. Ju A, S Hanson C, Banks E, Korda R, C Craig J, Usherwood T, et al. Patient beliefs and attitudes to taking statins: systematic review of qualitative studies. *British Journal of General Practice.* 2018;1-12.
14. Mayo Clinic. Statin Choice Decision Aid. [18/05/2019] Disponible à l'URL : https://statindecisionaid.mayoclinic.org/index.php/site/index?lang=fr_fr.
15. Nanchen D, Vonnez J-L, Selby K, Auer R, Cornuz J. Statines en prévention primaire : comment décider avec le patient ? *Revue médicale suisse.* 2015;(11):2222-6.
16. Simmel G, Freund J. *Le Conflit.* Circé ; 1995.
17. Centre National des Ressources Textuelles et Lexicales. DÉSAccORD : Définition de DÉSAccORD. [18/05/2019] Disponible à l'URL : <http://www.cnrtl.fr/definition/d%C3%A9saccord>.
18. D'Ansembourg T. Cessez d'être gentil soyez vrai : Être avec les autres en restant soi-même. Les éditions de l'homme ; 2004.
19. Delerue H, Bérard C. Les dynamiques de la confiance dans les relations interorganisationnelles. *Revue française de gestion.* 2007;175, (6):25-138.
20. Barrier P. *Le patient autonome.* Paris : Presse universitaire de France ; 2014.
21. Watzlawick P, Helmick Beavin J, Jackson DD. *Une logique de la communication. Proposition pour une axiomatique de la communication.* Édition du seuil. 1967.
22. Weber J-C. *La consultation.* PUF ; 2017. 128 p.
23. Richard C, Lussier M-T. *La communication professionnelle en santé. 2. ERPI - le renouveau pédagogique ;* 2016.
24. Méadel C, Akrich M. Internet, tiers nébuleux de la relation patient-médecin. *Les Tribunes de la santé.* 2010;29,(4):41-8.

ANNEXE 1

Guide d'entretien

1- PRESENTATION GENERALE

→ Je suis interne en médecine et j'ai choisi de réaliser une étude sociologique sur les situations de désaccord entre le patient et le médecin généraliste traitant.

→ Le but est d'étudier comment peut évoluer la relation avec le médecin traitant suite à ces situations parfois difficiles ; de mieux comprendre les réticences des patients et leur ressenti de ces consultations.

→ **Vous pouvez parler en toute tranquillité, toutes les informations resteront anonymes (Votre médecin ne sera pas informé de vos réponses de façon individuelle et nominative !)**

2- ABORDER LE SUJET : PREMIERES QUESTIONS

- On va parler du désaccord avec votre médecin concernant le traitement par statine pouvez vous me raconter comme ça c'est passé ?

3- FAIRE PRECISER : LA PERCEPTION DE LA POSITION DU MEDECIN

- Quel a été l'attitude du médecin ? Quel ton a-t-il employé ?

- Comment comprenez-vous son point de vue ?

- Comment avez-vous reçu les informations qu'il vous a données ?

- Quels arguments vous a-t-il donnés ? Qu'avez-vous ressenti à ce moment là ?

- Quels arguments auraient pu vous convaincre ?

4- FAIRE PRECISER : LA POSITION DU PATIENT

- Et vous, quel a été votre attitude ? Quel ton avez-vous employé ?

- Qu'avez-vous ressenti à ce moment là ? Quelle place vous a-t-il été laissé dans ce débat ?

- Quels ont été vos arguments ? Comment les avez-vous explicités au médecin ?

5- CARACTERISATION DE L'ENTRETIEN

- Comment qualifieriez-vous cette discussion ? Pourquoi ?

- S'agit-il d'un désaccord ? Pourquoi ?

- Qu'est ce qui pourrait faire de cette discussion un désaccord ? Un conflit ? Pourquoi ?

6- ABORDER L'EVOLUTION DE LA RELATION MEDECIN MALADE

- Comment caractériseriez-vous la relation que vous entreteniez avec votre médecin traitant avant ce désaccord ?

- Comment pensez-vous que ce désaccord a pu/pourra modifier la relation que vous entretenez avec votre médecin traitant ?

- Comment caractériseriez-vous la relation que vous entretenez avec votre médecin traitant actuellement, suite à ce désaccord ?

- Quelles autres conséquences y a-t-il eu suite à ce désaccord avec votre médecin ?

- Dans ce contexte, qu'est ce qui a fait que votre relation a pu/pourra changer ? / Qu'est ce qui a fait que votre relation n'a pas changé ?

- Vous n'étiez pas d'accord avec votre médecin, qu'est ce qui aurait pu ou pourrait entraîner la modification de la relation que vous avez avec lui ? Qu'est ce qui pourrait entraîner une rupture de la relation ?

TABLEAU I

Tableau d'anonymisation

TABLEAU I : Tableau d'anonymisation

<i>Patient</i>	<i>Age</i>	<i>Profession</i>	<i>Type de prévention</i>	<i>Prise/ Non Prise Statine</i>	<i>Médecin Traitant</i>	<i>Consultation</i>	<i>Durée entretien</i>
<i>Gérard</i>	<i>80 ans</i>	<i>Retraité, cadre</i>	<i>Secondaire</i>	<i>Prise puis arrêt</i>	<i>Dr A</i>	<i>Oui</i>	<i>45 min</i>
<i>Albert</i>	<i>64 ans</i>		<i>Primaire</i>	<i>Prise puis arrêt</i>	<i>Dr B</i>	<i>Oui</i>	
<i>Jeanne</i>	<i>75 ans</i>	<i>Retraîtée, secrétaire de direction</i>	<i>Secondaire</i>	<i>Prise puis arrêt puis reprise</i>	<i>Dr B</i>	<i>Non</i>	<i>43 min</i>
<i>Liliane</i>	<i>62 ans</i>	<i>Retraîtée</i>	<i>Primaire</i>	<i>Prise puis arrêt puis reprise</i>	<i>Dr A</i>	<i>Non</i>	<i>32 min</i>
<i>Hervé</i>	<i>69 ans</i>	<i>Retraité</i>	<i>Primaire</i>	<i>Prise puis arrêt puis reprise</i>	<i>Dr B</i>	<i>Non</i>	<i>18 min</i>
<i>Georges</i>	<i>52 ans</i>	<i>Cadre en activité</i>	<i>Primaire</i>	<i>Non prise</i>	<i>Dr C</i>	<i>Non</i>	<i>26 min</i>
<i>Thérèse</i>	<i>69 ans</i>	<i>Retraîtée</i>	<i>Primaire</i>	<i>Non prise puis prise</i>	<i>Dr B</i>	<i>Non</i>	<i>46 min</i>
<i>Suzanne</i>	<i>67 ans</i>	<i>Retraité</i>	<i>Primaire</i>	<i>Prise puis arrêt caché au médecin traitant avec prise levure de riz rouge puis reprise statine</i>	<i>Dr D</i>	<i>Non</i>	<i>39 min</i>
<i>Jacques</i>	<i>72 ans</i>	<i>Retraité, Artisan</i>	<i>Primaire</i>	<i>Prise puis arrêt puis levure de riz rouge</i>	<i>Dr B</i>	<i>Non</i>	<i>29 min</i>
<i>Véronique</i>	<i>70 ans</i>	<i>Retraité, Ouvrière</i>	<i>Secondaire</i>	<i>Prise puis arrêt</i>	<i>Dr E</i>	<i>Non</i>	<i>23 min</i>
<i>Bertrand</i>	<i>70 ans</i>	<i>Retraité, technicien</i>	<i>Primaire</i>	<i>Prise puis arrêt</i>	<i>Dr F puis Dr G</i>	<i>Non</i>	<i>43 min</i>

THESE DE MEDECINE - SAINT-ETIENNE

NOM DE L'AUTEUR : Sandrine GAGNAIRE (Née COTTAZ) N° DE THESE : 2019 -		
TITRE DE LA THESE : Désaccord avec le médecin traitant autour des statines ?		
RESUME :		
<p>INTRODUCTION : L'opposition au sein du débat médecin-patient fait parfois émerger un sentiment d'inutilité du médecin responsable de frustrations. La prescription de statine est un exemple prototypique d'une situation de prescription complexe. L'objectif était d'étudier les enjeux relationnels lors de débats patient-médecin traitant, au travers du vécu des patients lors de réticences au traitement par statine.</p> <p>METHODE : Il s'agit d'une étude qualitative par entretiens semi-dirigés et observations de consultations. Les patients étaient incluent par les médecins généralistes. Les patients devaient être opposant à la prise de statine et l'avoir verbalisé au cours d'un débat quelle qu'en ait été l'issue.</p> <p>RESULTAT : L'enquêtrice a assisté à deux consultations et réalisé 10 entretiens. La plupart des patients ne considèrent pas cette situation comme étant un désaccord, terme possédant une connotation péjorative conduisant à la rupture relationnelle. Avec la confiance, le débat peut se transformer en dialogue. Il permet l'écoute et l'action pédagogique adaptée qui elles-mêmes renforcent la confiance et favorisent le maintien relationnel. La non-prise en compte des représentations et priorités des patients sont des freins à la relation. Ambivalents, les patients prônent leur libre choix et la fermeté du médecin qui est valorisée dans un contexte de bienveillance. Les patients donnent l'impression de vouloir protéger le médecin et leur relation.</p> <p>CONCLUSION : Les enjeux identifiés dans l'étude sont l'écoute, l'action pédagogique et la prise en compte des représentations des patients, dans un dialogue mené en toute confiance. L'étude met en avant l'importance des compétences communicationnelles du médecin et constate un paternalisme inversé.</p>		
MOTS CLES :	-Médecine générale -Conflit -Confiance -Education thérapeutique	-General practice -Conflict -Confidence -Patient education
JURY :	Président : Pr François LANG Assesseurs : Pr Pascal CATHEBRAS Dr Jean Noël BALLY Dr Sébastien BRUEL Invité : Dr Isabelle CLER-GARABOUX	Faculté de : Saint-Etienne Faculté de : Saint-Etienne Faculté de : Saint-Etienne Faculté de : Saint-Etienne Faculté de : Saint-Etienne
DATE DE SOUTENANCE : 10 Octobre 2019		
ADRESSE DE L'AUTEUR : 81 Route de Pernette 01400 Châtillon-sur-Chalaronne		