

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>

ANNEE 2019 N° 355

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

THESE D'EXERCICE DE MEDECINE

Présentée à l'Université Claude Bernard Lyon 1

Et soutenue publiquement le **21 novembre 2019**

En vue d'obtenir le titre de Docteur en Médecine

Par

Bastien DOUDAINÉ

Né le 21/10/1990, à Annonay (07)

Sous la direction du **Professeur Christian DUPRAZ**

SOMMAIRE

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

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD – LYON I

Président	Pr Frédéric FLEURY
Président du Comité de Coordination Des Etudes Médicales	Pr Pierre COCHAT
Directeur Général des services	M. Damien VERHAEGHE

Secteur Santé :

Doyen de l'UFR de Médecine Lyon Est	Pr Gilles RODE
Doyenne de l'UFR de Médecine Lyon-Sud Charles Mérieux	Pr Carole BURILLON
Doyenne de l'Institut des Sciences Pharmaceutiques (ISPB)	Pr Christine VINCIGUERRA
Doyenne de l'UFR d'Odontologie	Pr Dominique SEUX
Directrice du département de Biologie Humaine	Pr Anne-Marie SCHOTT

Secteur Sciences et Technologie :

Administratrice Provisoire de l'UFR BioSciences	Pr Kathrin GIESELER
Administrateur Provisoire de l'UFR Faculté des Sciences et Technologies	Pr Bruno ANDRIOLETTI
Directeur de l'UFR Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives (STAPS)	M. Yanick VANPOULLE
Directeur de Polytech	Pr Emmanuel PERRIN
Directeur de l'IUT	Pr Christophe VITON
Directeur de l'Institut des Sciences Financières et Assurances (ISFA)	M. Nicolas LEBOISNE
Directrice de l'Observatoire de Lyon	Pr Isabelle DANIEL
Administrateur Provisoire de l'Institut National Supérieur du Professorat et de l'Education (INSPé)	M. Pierre CHAREYRON
Directrice du Département Composante Génie Electrique et Procédés (GEP)	Pr Rosaria FERRIGNO
Directeur du Département Composante Informatique	Pr Behzad SHARIAT TORBAGHAN
Directeur du Département Composante Mécanique	Pr Marc BUFFAT

Faculté de Médecine Lyon Est

Liste des enseignants 2019/2020

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Classe exceptionnelle Echelon 2

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

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Classe exceptionnelle Echelon 1

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

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers

Première classe

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

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Seconde Classe

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

Professeur des Universités Classe exceptionnelle

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

Professeur des Universités - Médecine Générale

FLORI	Marie
LETRILLIART	Laurent
ZERBIB	Yves

Professeurs associés de Médecine Générale

FARGE	Thierry
LAINÉ	Xavier

Professeurs associés autres disciplines

BERARD	Annick	Pharmacie fondamentale ; pharmacie clinique
LAMBLIN	Géry	Médecine Palliative

Professeurs émérites

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

Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers Hors classe

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

Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers Première classe

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

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

Maîtres de Conférences – Praticiens Hospitaliers

Seconde classe

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

Maître de Conférences

Classe normale

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

Maîtres de Conférences de Médecine Générale

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

Maîtres de Conférences associés de Médecine Générale

DE FREMINVILLE	Humbert
PERROTIN	Sofia
PIGACHE	Christophe
ZORZI	Frédéric

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission.

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

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

REMERCIEMENTS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

A Déborah et Romain, Laura et Nicolas. Pour toutes ces années depuis le lycée. 🧑🧑🧑🧑

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

A Julia. Grâce à toi, ce deuxième semestre valentinois a été haut en couleurs ! Ton écoute et ton soutien sont importants à mes yeux. A nos futures escapades et soirées. #bestcointerneforever #applejuicepower. 🧑🧑🧑🧑🧑🧑🧑🧑

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

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

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

A Meghann. Les années passent et les liens restent. Aux prochaines déambulations. 🦋🌍🧑🧑

A Thibaut. Au Joker du Sonic. Et aux moments plus studieux. #c'estpastrèsCOP21toutça #ilnyapaspluslaidquune pharmacie. 📺🧑🧑🧑🧑

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

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

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

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

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

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

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

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

A Yorinne, Sam, Abi et Nathan. Pour votre accueil sur l'île, votre présence, et bien sûr pour nos soirées jeux. 🏠📺

Aux ami-es du 974 et de la LIR (Ligue d'Improvisation Réunionnaise). 🗣️🇷🇺🇵🇸

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

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

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

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

A Boris. #Coucou! 🗣️🗣️

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

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

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

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

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

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

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

A Laura, Nicolas, Pierre, et Thibaut. Pour le Colin embryonnaire. 🩹👶📺

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Aux tou-tes les collègues de Cambuston. Et une pensée toute particulière pour **Andrew**.

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

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

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

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

Aux rencontres passées et éphémères.

Aux utopies.

Aux oiseaux de passages.

A l'amour de la Terre.

A la rage du phacochère.



DECLARATION PUBLIQUE D'INTERETS

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

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

Je suis abonné à La Revue Prescrire depuis 2013.

Je déclare ainsi, avoir reçu durant mon externat :

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

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

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

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

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

ABREVIATIONS

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

ECRITURE INCLUSIVE

Cette thèse est écrite en écriture inclusive, conformément aux recommandations du rapport du 20 octobre 2014 relatif à la lutte contre les stéréotypes : Pour l'égalité femmes-hommes et contre les stéréotypes de sexe, du Haut Conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes¹.

Pour guider la lecture de cette thèse et la compréhension du point médian², voici quelques exemples.

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

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

2. Raphaël Haddad. Manuel d'écriture inclusive. Mots-clés. Septembre 2016. URL : http://www.univ-tlse3.fr/medias/fichier/manuel-decriture_1482308453426-pdf

PREAMBULE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Alors comment pratiquer dans ce contexte ?

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

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

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

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

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

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

des effets secondaires médicamenteux.

INTRODUCTION

Le 28 janvier 2011, le Dr. Claude Leicher, médecin généraliste et président du syndicat MG France, déclarait à l'antenne de France Culture qu'il est difficile d'arrêter un traitement médicamenteux prescrit à l'hôpital même si sa balance bénéfices-risques est défavorable, en utilisant l'exemple des médicaments de la maladie d'Alzheimer¹. Nous sommes dans le contexte de l'après *Médiator*[®] et ce travail s'intéresse à la manière dont les médecins utilisent le pouvoir de prescription médicamenteuse.

I. L'ampleur de la iatrogénie.

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

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

En 1964, l'équipe du Dr. Schimmel s'intéresse aux « adverse episodes » chez des patient-es hospitalisés³. Durant huit mois, illes analysèrent tous les « épisodes fâcheux, découlant d'un acte diagnostique ou thérapeutique, et non liés à une erreur d'un médecin ou d'une infirmière ou à une complication post-opératoire » au centre hospitalier de Yale. La conséquence fut de proposer l'adoption d'une « sélection judicieuse des actes diagnostiques ou thérapeutiques en fonction de leurs bénéfices attendus et de leurs dangers potentiels ». Dans les suites, les termes anglais d'« adverse event » et de sa traduction française « évènement indésirable » s'imposent progressivement dans la littérature scientifique et dans la pratique.

Le terme de iatrogénie provient du grecque *ιατρός* (iatros), signifiant « médecin » et de *γεννάω* (gennân), « engendrer », suggérant un rôle du médecin dans la survenue d'un effet secondaire^{4,5}. En 1969, l'OMS proposait une première définition de la iatrogénie médicamenteuse⁶ [IA] comme étant « tous les effets nocifs, involontaires et indésirables d'un médicament, se produisant aux posologies normalement utilisées chez l'homme, à des fins prophylactiques, diagnostiques et thérapeutiques, ou pour des modifications des fonctions physiologiques ». Cette première définition excluant les phénomènes mineurs, Edwards et Aronson proposent une réactualisation en 2000 : « toute réaction nocive ou désagréable liée à l'utilisation d'un médicament, qui pourrait entraîner un danger lors d'une nouvelle utilisation et qui justifie prévention, traitement spécifique, et/ou modification de la posologie ou arrêt du produit »⁷. La iatrogénie médicamenteuse regroupe alors des symptômes très divers, depuis la simple fatigue jusqu'à l'infarctus du myocarde, ou au décès, en lien avec la prise médicamenteuse. Cette dernière définition inclut également l'erreur de prescription et de dosage. Depuis, d'autres définitions sont proposées, comme celle de l'EMA (European Medicines Agency)⁸ : « une réaction à un produit pharmaceutique nuisible et inattendue », ou l'Évènement Indésirable Associé aux Soins [EIAS], défini par la HAS comme « un évènement indésirable est un évènement ou une circonstance associée aux soins qui aurait pu entraîner ou a entraîné une atteinte pour un patient et dont on souhaite qu'il ne se produise pas de nouveau »⁹. Cette dernière définition s'applique notamment pour certaines études d'incidence évaluant la iatrogénie.

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

- EMIR¹⁰ (*Effets indésirables des Médicaments : Incidence et Risque*), diligentée par les centres de pharmacovigilance français, montre que 3,6% des hospitalisations en France sont liées à la iatrogénie médicamenteuse. Ce qui correspondrait à un nombre de 143 915 hospitalisations par an, d'après l'extrapolation de la DGOS (Direction Générale de l'Offre de Soins).
- ENEIS 2^{11,12} (*L'enquête nationale sur les événements indésirables liés aux soins*), publiée en 2009 montre que 275 000 à 395 000 effets indésirables graves [EIG] surviennent chaque année lors d'une hospitalisation, dont 95 000 à 180 000 sont considérés comme évitables, soit un peu moins de la moitié. Concernant les soins primaires, 4,5% des hospitalisations étaient motivées par un EIG, soit 330 000 à 490 000, dont 160 000 à 290 000 EIG évitables. Il n'y a pas eu de changement significatif entre les données de 2004 et de 2009.

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

- Une revue de la littérature sur la prévalence des EIAS d'après les données d'ECOGEN¹³ (étude des Éléments de la COnsultation en médecine GENérale) a été proposé par Simon Chabas^{14,15}. Incluant 78 études, entre 1980 et 2012, il a été conclu, que pour une journée moyenne de 20 à 30 actes par jour, chaque médecin généraliste pouvait être confronté à 3 patient-es par jour présentant un EIAS.
- EVISA¹⁶ (*Etude sur les événements indésirables liés aux soins extrahospitaliers : fréquence et analyse approfondie des causes*) est issue du Comité de coordination de l'évaluation clinique et de la qualité en Aquitaine. Dans cette étude mixte, qualitative et quantitative, l'objectif initial était d'estimer la fréquence des événements indésirables médicamenteux, leur gravité, leur caractère évitable, d'analyser le contexte et les facteurs contributifs de leur survenue et

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

- ESPRIT¹⁷, Etude nationale en Soins PRimaire sur les événements indésirables, est la prolongation d'EVISA au niveau national. Celle-ci est centrée sur les cabinets de médecine générale. Les auteur-trices concluent à une grande variabilité de fréquence des effets indésirables, de 2 à 240 pour 1000 consultations.

Les chiffres avancés dans ces études sont le reflet de l'ampleur du phénomène du point de vue du coût humain. Le coût économique est lui aussi considérable, considérant les soins à apporter en supplément à chaque personne touchée par la iatrogénie médicamenteuse. Il est estimé, en France, à environ dix milliards d'euros par an, incluant les prescriptions considérées comme inappropriées et les coûts induits par la iatrogénie¹⁸. L'Assurance maladie, quant à elle, estime que la prise de médicaments s'est aujourd'hui banalisée et ces risques sont trop souvent sous-estimés¹⁹.

Dans les différentes études citées, la notion d'évitabilité est abordée. Il n'existe pas à ce jour de définition standardisée et chaque auteur-trice élabore un protocole propre à une étude donnée²⁰. Nous ne pouvons retenir une méthode spécifique, mais ce qui est le plus couramment observé est la conformité des prescriptions aux recommandations de bonne pratique. Ce critère est critiquable, les recommandations évoluant dans le temps et ne prenant pas toujours en compte les particularités individuelles, ou les critères d'exclusion des études cliniques.

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

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

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

Le bénéfice attendu d'une molécule est estimé dans une population donnée par les études cliniques réalisées²³. Les risques proviennent de toutes les données de pharmacovigilance recueillies depuis la primo-utilisation en recherche scientifique de la molécule, ainsi que des possibles interactions médicamenteuses. Ces deux données sont évolutives, en fonction des résultats des études complémentaires et du recueil effectué par toutes les bases de pharmacovigilance. C'est ce que la Revue Prescrire appelle la « balance bénéfices-risques au niveau collectif »²⁴.

La prise en compte de la notion de bénéfices-risques est apparue comme essentielle lors d'une prescription d'une thérapeutique ou de sa reconduction. La balance bénéfices-risques n'est pas immuable et est amenée à évoluer dans le temps, d'où la nécessité de réévaluer régulièrement chaque prescription avec les dernières données de l'Evidence-Based Medicine²⁵, afin d'assurer la qualité des soins.

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

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

Les instances de contrôle du médicament^{27,28} (EMA pour l'Union Européenne, FDA pour les Etats-Unis, ANSM pour la France, et autres), donnent leur avis pour la mise et le maintien sur le marché de nouvelles molécules. La balance bénéfices-risques est évaluée à l'échelle globale, se basant sur les données mises à disposition par les demandeurs de l'autorisation de mise sur le marché : les industriels du médicament. Ces données ne sont pas chiffrables de manière algorithmique²³, et cette balance peut être biaisée. Les firmes ne mettent parfois pas à disposition toutes les études réalisées²⁹. Les études cliniques sont menées dans une population ciblée, aboutissant à des preuves valables dans un cadre similaire ou identique. Elles sont donc un reflet parcellaire de l'efficacité d'une molécule. Lors de son autorisation de mise sur le marché, la liste évolutive des contre-indications relatives et absolues connues est publiée. Une zone d'incertitude scientifique, où les études cliniques n'ont pas encore apporté de réponses fiables, est alors laissée à l'appréciation personnelle du praticien-ne.

Au niveau individuel-le, tou-tes ne veulent pas prendre les mêmes risques. L'information au patient-e est un prérequis indispensable, qui a été inscrit dans la loi française depuis le 4 mars 2002, par le biais de la loi Kouchner³⁰. Les soignants de proximité seraient les mieux placés pour estimer la balance bénéfices-risques, en opposition aux organismes, agences ou aux industries pharmaceutiques²⁴.

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

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

de nombreux travaux ont mis au jour les stratégies du système d'influence de l'industrie pharmaceutique³². Une des conséquences de cette influence, pour le sujet qui nous occupe ici, réside surtout dans l'augmentation de l'exposition induite au risque médicamenteux^{33,34}. La population française en a aujourd'hui conscience, et sa confiance envers l'industrie pharmaceutique et les agences de contrôle sanitaire a été sévèrement écornée.

L'influence de cette industrie spécifique est majeure, d'autant plus qu'elle est passée maîtresse dans l'exercice d'un lobbying appuyé et efficace sur tous les maillons aboutissant à la délivrance de leurs produits³⁵. Figurant au tableau des entreprises les plus rentables au monde, les industriels du médicament investissent à ce jour plus dans le marketing que dans le Recherche et le Développement³⁶. Les stratégies mises en œuvre pour prospérer prennent leurs distances avec les anciennes techniques représentées par la visite médicale³⁷.

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

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

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

ordonnance est autorisée en France⁴⁴. Ils ne sont pourtant pas dénués d'effets secondaires. Il faut cependant compter sur une meilleure formation des personnels des officines pour délivrer un conseil, et sur l'éthique et le respect de leur Code Déontologie des pharmaciens pour mettre à disposition des patient-es les produits ayant la meilleure balance bénéfice-risque. Seulement, le risque de corruption consciente ou inconsciente par l'argent est présent et doit être pris en considération.

Nombreux sont les médecins qui ne croient pas à la puissance de cette influence pourtant largement documentée⁴⁷. Pour expliquer cela, le concept psychologique de l'unique invulnérabilité met en exergue que nombre de prescripteur-trices ne se sentent pas influencés, mais peuvent admettre que les autres le sont⁴⁸. La prise de conscience est bien présente mais lente à se mettre en place, et si une contre pression efficace existe en faveur des prescripteur-trices, elle ne les concerne pas tous.

En France, la prise de conscience vis-à-vis de l'influence de l'industrie pharmaceutique et de la surmédicalisation gagne principalement les étudiants en médecine et les jeunes médecins généralistes⁵⁰. En témoigne la récente campagne « No free lunch » du syndicat d'internes en médecine générale⁵¹, l'ISNAR-IMG, et la charte des Doyens en réponse au classement des facultés de médecine⁵². Les gériatres sont historiquement les principaux promoteurs-trices de la sécurité sur les ordonnances, c'est dans leur culture de savoir quand prescrire ou déprescrire, comme en témoignent les nombreuses études sur le sujet⁵³.

IV. Les spécificités de la prescription médicamenteuse en France.

La France est un des pays au monde les plus dépensiers en médicaments. En 2011, les dépenses étaient estimées à 34,7 milliards d'euros⁵⁴. Elle est au 2^{ème} rang européen et au 5^{ème} rang mondial⁵⁵. Ces dépenses incluent une prescription de nouveaux médicaments et de produits princeps

importante, et une proportion de génériques moindres par rapport aux autres pays européens⁵⁶. En 2002, Béraud démontrait que la France se distinguait par une consommation élevée de médicaments n'ayant pas fait la preuve de leur efficacité⁵⁷. La France doit réduire sa consommation de médicaments pour réduire la proportion des effets secondaires médicamenteux¹².

A l'inverse d'autres pays, la consultation médicale se termine 9 fois sur 10 par une ordonnance⁵⁸. Aux Pays-Bas, ce chiffre est de 43,2%, et en Allemagne de 72%⁵⁹. Il se pose la question du contexte économique-socio-culturel qui serait responsable de ces disparités. Sophia Rosman propose une réponse, en s'intéressant aux pratiques distinctes de prescription des médecins généralistes en France et aux Pays-Bas⁶⁰. Bien qu'il s'agisse d'une enquête qualitative dont les résultats ne peuvent être représentatifs de la totalité des pratiques, elle permet d'identifier deux manières de prescrire : soit dans une logique de réparation, soit de restriction.

Prescrire permettrait de « montrer de la compassion au patient », de « soulager ses symptômes » et de « répondre à sa demande ». Pour Sophia Rosman, derrière cette compassion, le « rituel de l'ordonnance » permettrait aussi de maintenir ce lien instauré et également de répondre aux contraintes de fidélisation et de pérennité financière du cabinet. Le paiement à l'acte intervient dans la pratique de prescription : l'ordonnance agirait comme un contre-don. Aux Pays-Bas, il n'y a pas de règlement financier lors de la consultation, permettant de s'affranchir de l'ambiguïté commerciale. Sur ce point, nous ne disposons pas de données dans les départements français où la pratique du tiers-payant intégral existe. Il s'agirait également de valider la légitimité professionnelle à travers l'acte de prescription. Une des hypothèses avancées est que le mode des rémunérations des médecins français favoriserait la prescription. Les médecins voudraient alors fidéliser leurs patient-es en prescrivant, en répondant aux attentes suspectées de leurs patient-es^{61,62}. Seulement, il s'agirait plus d'attentes présumées des patient-es, que d'attentes sondées et écoutées⁶².

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

comme en témoigne l'enquête IPSOS pour la CNAMTS en 2005⁵⁹. Les français-es seraient prêts à remettre en cause l'équation consultation = ordonnance = médicament. Si, comme le remarquent Pound et son équipe, en 2005, dans leur synthèse des études qualitatives sur la prise médicamenteuse, les résistances aux médicaments sont largement liées à leurs effets secondaires^{63,64}.

V. Reconduire ou déprescrire.

En France, la majorité des médecins traitants sont des médecins spécialistes en médecine générale⁶⁵. Par le biais de la loi HPST (Hôpital Patient Santé Territoire)⁶⁶, le-a médecin traitant se voit attribuer légalement le rôle de médecin de synthèse, de coordination des soins et des prescriptions⁶⁷. Adossant ce rôle, il est légalement en capacité de modifier les ordonnances de ses confrère-sœurs spécialistes ou autres intervenants du patient-e afin notamment de s'assurer de la sécurité de soins et de la limitation des interactions médicamenteuses.

Longtemps mis dans le cadre du renouvellement d'ordonnance, la notion de réévaluation de son contenu plus que de sa reconduction est une conception qui a emporté la conviction. Ce terme correspondrait notamment mieux aux attentes des patient-es, et à la pratique quotidienne en médecine générale⁶⁸. La primoprescription, que ce soit en ambulatoire ou en milieu hospitalier, a lieu dans un contexte donné susceptible d'évoluer. Il s'agit de vérifier la pertinence de la prescription au regard de sa balance bénéfices-risques.

Le terme de « réévaluation » va de pair avec l'émergence du terme « déprescription médicamenteuse ». Déprescrire est le « processus d'arrêt d'un médicament inapproprié, supervisé par un professionnel de santé dans le but de gérer les risques de la polymédication et d'améliorer l'état de santé du patient. »⁶⁹. C'est une démarche volontariste et sécuritaire⁷⁰. La réévaluation ou la déprescription sont des concepts opérationnels ayant pour objectif de rationaliser la prescription et de limiter la iatrogénie.

Or, jusqu'à présent, d'après Anne Vega, la formation initiale en médecine habitue les généralistes à ne pas intervenir dans les décisions de confrère-sœur, à fortiori plus spécialisées, d'où des reconductions automatiques d'ordonnances, « peu contrôlées »^{71,72}. Certains travaux sur la déprescription laissent entrevoir qu'il est encore plus difficile qu'habituellement de déprescrire un traitement initié par un-e autre médecin⁷³. Les médecins généralistes auraient peur de rompre l'équilibre thérapeutique surtout si un-e autre spécialiste était le-a primo-prescripteur-trice⁷⁴. Alors que certains travaux suggèrent au contraire que les patient-es accueilleraient favorablement l'idée d'une déprescription⁷⁵.

VI. La réévaluation d'ordonnance en médecine générale.

Dans le contexte d'une volonté de réduction des prescriptions inappropriées⁷⁶, il semblait utile d'étudier les pratiques des médecins généralistes français-es quant à la réévaluation d'ordonnance et la gestion du désaccord avec un-e autre prescripteur-trice.

1. Question de recherche :

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

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

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

2. Hypothèse de recherche :

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

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

3. Objectifs de recherche :

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

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

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

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

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

Madame de Girardin ; Maximes et pensées, 1855

MATERIEL ET METHODES

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

I. Une étude qualitative.

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

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

II. Bibliographie et travail préliminaire.

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

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

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

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

III. Les entretiens collectifs.

Une base de trois entretiens collectifs a initialement été définie, puis il a été prévu d'effectuer des entretiens collectifs complémentaires dont le nombre sera défini en cours d'étude en répondant au principe de saturation des données⁸⁰. Le modèle sature lorsque la construction théorique se renforce par la répétition d'informations déjà connues⁸¹.

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

IV. Recrutement des participant-es.

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

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

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

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

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

V. Guide d'entretien et questionnaire.

Il s'agissait d'élaborer un guide d'entretien simple, et structuré avec un faible nombre de questions ouvertes, permettant la libre expression de chacun-es. La constitution d'un guide d'entretien thématique formalisé permet d'anticiper des stratégies d'analyse⁶. Il était conçu comme un fil directeur de la discussion, et il fallut en prévoir les ressorts et les étapes. L'élaboration du guide d'entretien et de la méthode a été effectuée avec la lecture de références dans le domaine des sciences sociales, ainsi qu'à la lumière des enseignements dispensés par la faculté de médecine Lyon Est sur le sujet^{82,83,84}.

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

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

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

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

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

VI. Déroulement de l'étude.

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

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

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

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

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

VII. Implication du chercheur.

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

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

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

VIII. Analyse des données.

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

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

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

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

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

IX. Validité de l'analyse.

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

X. Financement.

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

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

RESULTATS

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

I. Description des entretiens.

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

Tableau n°1 : Caractéristiques des entretiens

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

II. Caractéristiques de la population.

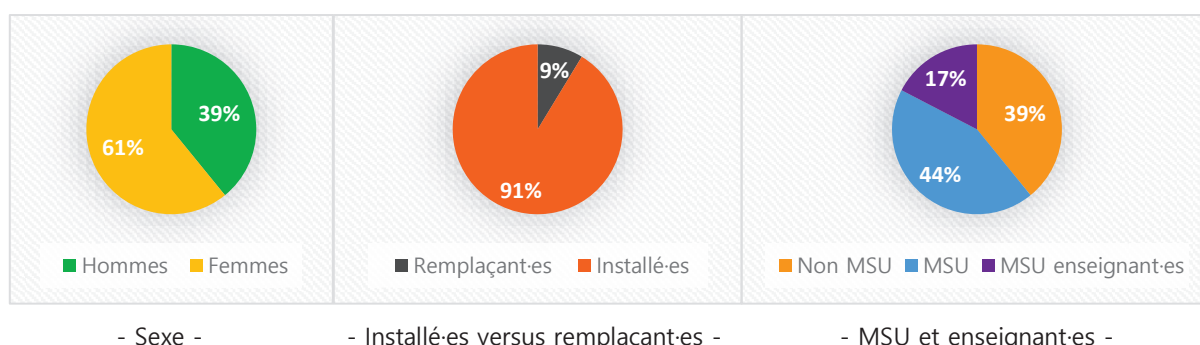
Notre échantillon était composé de vingt-trois médecins spécialistes en médecine générale, comprenant quatorze femmes et neuf hommes. La moyenne d'âge était de 43 ans (30-73 ans). La moyenne d'installation était de 13 ans et 10 mois (1-41 ans). Deux participant-es étaient remplaçant-es.

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

Tableau n°2 : Caractéristiques sociodémographiques de la population participante

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

Diagramme de répartition n° 1 :



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



17 (74%)



6 (26%)



2 (9%)



1 (4%)



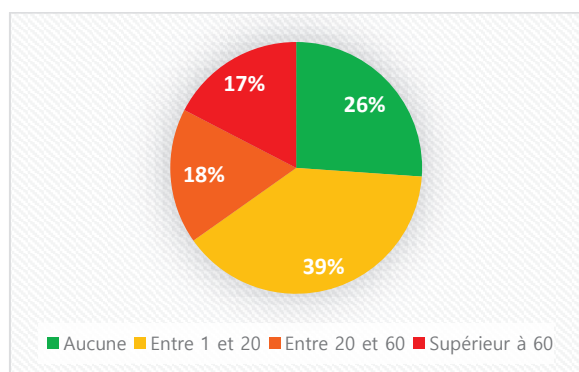
1 (4%)

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

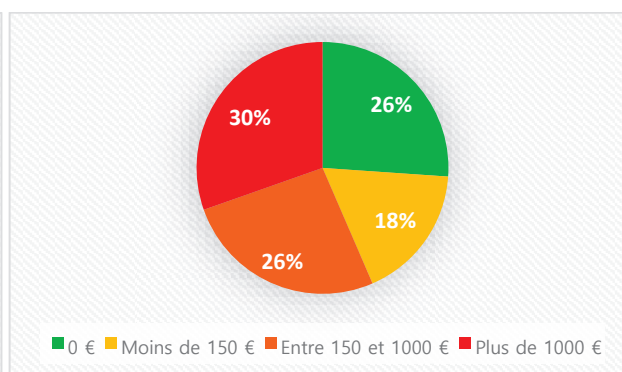
Illes ont tou-tes déclaré-es (en dehors d'une exception pour une formation dispensée par un Ordre départemental des Médecins) que ces dernières n'étaient pas financées par l'industrie pharmaceutique (les réponses des participant-es ont été retranscrites telles qu'elles ont été rédigées sur le questionnaire).

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

Diagrammes de répartition n°2 :



- Nombre de conventions/avantages -



- Répartition des sommes répertoriées -

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

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

III. Analyse transversale.

PLAN DE L'ANALYSE

PREMIERE PARTIE :

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

DEUXIEME PARTIE :

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

TROISIEME PARTIE :

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

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

QUATRIEME PARTIE :

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

PREMIERE PARTIE

1. ENTRE BALANCE BENEFICES-RISQUES ET EXERCICE MEDICAL.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- « *De la même façon qu'on se posera la question du bénéfices-risques d'un examen complémentaire, de différentes prises en charge, on doit juste choisir le meilleur chemin pour le patient, enfin celui qui aura la meilleure balance.* » B3
- « *Il peut éventuellement y avoir un automatisme pour une imagerie, pour un traitement médicamenteux y'a rarement un automatisme, enfin c'est rarement automatique.* » A3
- « *Et je dirai presque plus que toi [prénom de D3], c'est que ça ne concerne pas uniquement la prescription, mais tous les actes médicaux qui sont... qui sont concernés par cette notion de balance bénéfices-risques.* » D5
- « *Tu veux dire que peut-être même dans l'examen clinique... ?* » D3
- « *Même dans l'entretien ouai ! Ou dans le... le... Par exemple dans l'entretien motivationnel...* » D5

Elle était utilisée pour prescrire comme pour déprescrire.

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

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

- Extrait :
- « *Ce serait plus simple, en fait, de soigner une population comme ça.* » C2
- « *Une cohorte !* » C5
- « *Une cohorte ! De gérer votre cohorte. En disant : « Cohorte ! Prenez votre médicament ! » (rires aux éclats de tous les participants). Ça serait cool !! En fait ça serait plus facile... On serait dans le bien de tous, en fait s'il y a des pertes c'est pas grave... c'est la survie de la masse... mais c'est pas ça !* » C5

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

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

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

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

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

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

SYNTHESE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Les propriétés pharmacologiques du médicament étaient insuffisantes.

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

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

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

1.2.2. Des caractéristiques individuelles du bénéficiaire de la prescription.

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

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

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

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

L'espérance de vie était un facteur décisionnel fort.

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

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

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

1.2.3.1. Antibiorésistance.

La résistance aux antibiotiques était prise en compte.

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

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

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

1.2.3.2. Coût économique.

Les décisions en santé avaient un coût économique.

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

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

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

- Extrait :

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

« à la communauté » B2

1.2.4. Des données évolutives en fonction de la temporalité.

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

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

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

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

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

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

SYNTHESE

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

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

Contextualiser l'analyse était nécessaire.

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

1.3.1. La conception individuelle du risque.

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

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

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

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

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

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

- Extrait :

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

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

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

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

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

1.3.2. La peur de nuire aux patient-es.

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

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

- « *Je pense que notre métier, c'est surtout d'être le moins nuisible possible pour le patient, et euh...* » C1

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

Cette réserve s'exprimait pourtant de diverses manières.

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

- Extrait :

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

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

1.3.3. Le reflet des représentations des participant-es.

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

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

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

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

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

SYNTHESE

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

1.4. Les représentations des prescripteur-trices.

1.4.1. La confiance dans le médicament.

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

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

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

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

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

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

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

- Extrait :
« *L'idéal serait de ne pas prendre de médicaments.* » B3
« *Ah non non non ! J'aime pas cette phrase du tout ! [...] Je m'insurge là contre « ne pas prendre de médicaments », « Vous aimez les médicaments », « Non mais c'est vos amis les médicaments !* » B5

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

- « *J'sais pas mais y'a des cardiologues qui disaient : « Une éventuelle pilule de longévité... » » B3
- « *ça s'applique encore plus pour l'homéopathie ou les fameux vasoconstricteurs dans le rhume et des traitements soi-disant magiques qui sont vendus partout mais qui en fait n'ont pas d'intérêt réel puisqu'ils exposent à parfois plus de risques que un bénéfice !* » A2*

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

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

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

- Extrait :

« *La statine ça leur permet de garder des kilos et d'être protégé ! (rires de B3 et B5)* » B5

« *Oui bien sûr ! Ça peut être la solution de facilité.* » B3

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

- « *C'est pas idiot remarque ! Kardégic[®] statine IEC. IEC ça fait tousser tout le monde ! Moi je déteste les IEC. Je ne sais pas si vous aimez les IEC, mais moi j'arrête sans arrêt des IEC... Ils toussent ils toussent ils toussent...* » B5

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

1.4.2. Des représentations forgées par la formation médicale initiale.

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

- « *Formation initiale.* » A5

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

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

- Extrait :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1.4.4. Puis par l'expérience personnelle et professionnelle.

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

- Extrait :

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

« *Avec les IEC ?* » B2

« *Oui.* » B1

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

B5

« C'est les sartans ? » B2

« Non c'est les IEC... » B1

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

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

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

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

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

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

A contrario pour les bénéfices.

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

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

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

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

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

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

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

Cette distorsion était inconsciente.

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

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

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

1.4.5. Par l'information grand public.

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

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

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

- Extrait :

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

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

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

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

- « Mais globalement c'est souvent plus difficile, quand les gens écoutent avec passion Annie Duperey parler du Levothyrox®... Elle est pas docteur en fait... (rires) Souvent ça nous dessert pas mal en fait, les médias. » [...] « Mais ils ont tous rappliqué au cabinet le lendemain quand elle est passée à la radio ! ». B3

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

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

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

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

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

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

1.4.6. Du degré de validité des sources.

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

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

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

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

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

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

Toute quasi-certitude pouvait être remise en question.

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

Même les recommandations de bonnes pratiques cliniques étaient discutables.

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

SYNTHESE

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

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

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

1.5.1. Une approche globale des patient-es.

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

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

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

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

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

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

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

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

1.5.2. Une temporalité adaptée.

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

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

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

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

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

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

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

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

1.5.3.1. La critique du protocole et de la surprescription.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1.5.3.2. Des compétences de prescription équivalentes aux autres spécialistes.

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

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

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

- Extrait :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- Extrait :

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

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

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

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

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

- Extrait :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

SYNTHESE

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

DEUXIEME PARTIE

2. EVALUER UNE PRESCRIPTION MEDICALE.

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

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

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

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

Evaluer était un acte difficile sans connaître le contexte initial.

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

L'évaluation d'une prescription revêtait différentes significations :

- Vérifier la tolérance et repérer possiblement une erreur.

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

- Et/ou évaluer la balance bénéfices-risques.

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

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

2.1.1. Choisir ses propres sources et référentiels.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- L'EMC Médecine Générale :

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

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

- Antibioclic :

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

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

- Cardioscore :

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

- Le Centre de Référence des Agents Tératogènes :

« Le CRAT. » A4

- Gestaclic :

« Gestaclic pour la femme enceinte. » A1

2.1.2. Des degrés de critique variables.

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

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

C'était un challenge personnel ou collectif.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- Extrait :

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

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

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

SYNTHESE

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

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

2.1.3.1. Choisir son outil de travail.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.1.3.2. Des points de désaccords sur différentes classes médicamenteuses.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.1.3.2.2. Le choix de molécules dans une classe médicamenteuse.

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

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

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

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

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

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

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

2.1.3.2.3. Les cas de médicaments à haut risque nocif.

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

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

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

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

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

Comme le *Médiator*[®], qui avait suscité le refus du renouvellement par certain-es praticien·nes.

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

2.1.3.2.4. Le cas particulier des vaccins.

Les données disponibles sur la vaccination contre les papillomavirus cancérogènes ne rassuraient pas plusieurs praticien·nes.

- « Quand je fais le Gardasil[®], ben je serre les fesses et je me dis... » B5

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

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

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

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

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

2.1.3.4. L'évocation du surdiagnostic :

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

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

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

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

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

SYNTHESE

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

2.1.4. Des désaccords entre spécialités.

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

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

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

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

D6

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

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

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

2.1.4.1.1. Entre MG et cardiologues.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.1.4.1.2. Entre MG et diabétologues.

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

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

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

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

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

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

2.1.4.1.3. Entre MG et rhumatologues.

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

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

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

2.1.4.1.4. Entre MG et gynécologues.

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

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

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

2.1.4.2. La notion d'insuffisance professionnelle.

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

- Extrait :

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

« C'est vrai... » D3

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

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

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

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

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

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

2.1.5. Le cadre légal de certaines prescriptions.

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

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

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

SYNTHÈSE

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

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

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

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

- « Euuuh, c'est comme la nature, le mouvement attire l'attention hein, en fait. Le mouvement sur l'ordonnance attire l'attention. La nouvelle ligne m'interpelle. Comme le prédateur dans la nature. » A3
- « Par contre quand il y a une nouvelle ligne, c'est forcément que ça interpelle intellectuellement. » A5

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

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

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

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

- Extrait :
 - « Je grogne. » D3
 - « C'est-à-dire ? » Animateur
 - « Je commence par grogner. « Arrrrgh, mais qu'est-ce qu'il a fait ?! » » D3

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

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

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

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

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

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

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

« Oui ça peut être un peu délicat ! » A5

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

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

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

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

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

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

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

- Extrait :

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

« Ouii... mais... » C3

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

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

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

2.2.2. Accueillir favorablement la remise en question.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

SYNTHÈSE

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

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

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

- « Ton patient est allé voir quelqu'un d'autre, je me dis tiens, alors... Soit t'a un égo surdimensionné, et tu dis « Quel connard ! » (rires tous les participants) « Qu'est-ce qu'il a fait ? », soit tu interrogues pourquoi, puis tu vois bien qu'il y a une raison en général, pourquoi. » B5
- « Moi c'est pas l'incompréhension, c'est plutôt le besoin de compréhension. Tu veux comprendre, c'est pour ça que tu appelles, et que c'est pour ça qu'on commence à dire au patient « Mais qu'... qu'est-ce qui s'est passé ? » quoi ! C'est quoi ce bordel ?! » D5

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

- « Je dis « Je grogne. », mais je commence par lire le courrier. » D3
- « On va étudier la situation, et notamment si on a sollicité un avis on aura souvent un courrier, si on a des questions on va devoir regarder le..., pour voir si on a été d'accord avec la démarche » A3
- « On va étudier la situation, et notamment quand on a sollicité un avis on aura souvent un courrier, si on a des questions on va devoir regarder le..., avec le patient, le courrier, pour comprendre ce qui a été changé et pourquoi. » B3
- « Moi j'aime bien avoir quand même, je trouve que c'est vraiment important, le courrier du... du... confrère s'il a modifié mon ordonnance, pour m'expliquer pourquoi ! Parce qu'il arrive parfois qu'il y ait une modification, euh... que je peux même pas critiquer si j'... parce que j'ai aucune information de pourquoi il y a eu modification ! » C5

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

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

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

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

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

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

SYNTHESE

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

2.2.4. Reconduire ou réévaluer.

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

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

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

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

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

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

C2

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

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

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

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

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

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

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

B2

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

SYNTHÈSE

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

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

TROISIEME PARTIE

3. GERER LE DESACCORD.

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

3.1. Les questionnements de la confraternité.

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

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

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

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

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

Être confraternel-le signifiait notamment :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Pour certain-es participant-es, l'intérêt du patient-e primait sur le relationnel interprofessionnel.

« C'est l'intérêt du patient qui prime sur le relationnel avec d'autres médecins, ben... » A5

Néanmoins, illes souhaitaient majoritairement épargner le-a patient-e du conflit, afin d'éviter qu'elle devienne une victime collatérale, de peur qu'elle perde confiance en la médecine.

- « Et alors ma grosse difficulté dans ces cas-là c'est le patient, parce que le patient se retrouve ballotté entre deux médecins qui ne sont pas d'accord [...]. » A3

- « Il se dit « Mais ils sont même pas foutus de se mettre d'accord, c'est vraiment qu'ils me racontent n'importe quoi ! ». [...] Je transpose : j'ai deux artisans qui viennent chez moi et qui dit « Ouuh attention votre mur porteur il faut tout refaire jusqu'aux fondations, et tout ! » et l'autre qui vous dit « Ah, il faut refaire le crépi ! ». Putain mais je dis quoi ? C'est perturbant... Il y en a un qui dit que ma maison va s'effondrer et l'autre que c'est juste du crépi à refaire ? Enfin je prends un exemple complètement con, mais pour le patient c'est ça : « Y'en a un qui dit il faut que je prenne ce médicament si je vais faire un infarctus... » [...] « Et mon médecin généraliste, il dit que ce qu'il va me donner c'est de la merde et que ça va me rendre malade ! ». Pfff... Je fais la version courte, mais c'est quand même ça en fait ! » C2

Une déprescription pouvait être vécue par le-a patient-e comme un abandon thérapeutique.

- Extrait :

« Parfois si on dit que, le médecin préconise un arrêt de traitement parce qu'il n'a plus d'efficacité, le patient peut ressentir un espèce de lâcher dans la nature, ou... » A5

« d'abandon. » A3

3.3. L'obligation de se positionner entre le-a patient-e et le-a prescripteur-trice.

Il était complexe de garder systématiquement une attitude confraternelle lors d'un désaccord. Illes devaient gérer en même temps plusieurs problématiques et ni ne vexer quiconque.

- « *Et là on a beaucoup de soucis, car la confraternité est compliquée... (rires)* » B4
- « *Moi j'ai du mal à rester confraternelle (rires). Alors je le fais hein, mais du coup j'arrive pas à m'exprimer en restant confraternelle et en disant ce que je veux dire.* » D6
- « *Donc je l'ai suggéré dans un courrier pour que le patient ne soit pas affolé et euh... pour que mon confrère ne se sente pas agressé* » B3

Illes étaient tiraillé-es entre deux situations. C'était l'expression d'un conflit de loyauté ou d'allégeance entre le-a patient-e et le-a confrère-sœur.

- « *Mais on est censé, quand même, comme on a cette information, changer la prescription, en essayant d'être hyper-confraternel avec quelqu'un qu'on respecte beaucoup en plus. Mais si j'ai reçu la lettre (rires), je suis censé, pas quand même, arrêter cette introduction... en théorie.* » B3
- « *je suis le cul entre deux chaises, à me demander comment je vais dire au patient que je suis pas d'accord, sans justement être antidéontologique...* » C5

Illes avaient néanmoins le choix de respecter ou non cette règle de confraternité.

- « *Et on retombe sur ce qu'on disait tout à l'heure, si on veut garder de bon rapports avec la personne qui l'a prescrit on discute avec elle ! Si on s'en fout, on parle avec le patient... !* » A2

En plus d'un désaccord sur la prescription en regard de la balance bénéfices-risques, un conflit de valeurs pouvait se rajouter lorsque l'acte du confrère-sœur était « illégal » (cf. Résultats III.2.1.5.).

- Extrait :

« Moi en disant à un disant « Je ne vais pas faire ça parce que c'est illégal. », j'ai l'impression d'être anticonfra... enfin de pas être confraternelle, de dire que mon collègue faisait quelque chose d'illégal. »

D6

« Ben il faisait quelque chose d'illégal ! (D5 acquiesce) » D3

Une des solutions évoquées était que les praticien·nes cultivent et utilisent leur assertivité, afin d'assumer leur avis sans critiquer personnellement le·a collègue. Il s'agissait d'exprimer son désaccord en le focalisant sur un débat d'idées et non sur la personne ni sur ses compétences.

- « D6, il faut que tu arrives à développer ton assertivité, c'est la capacité à donner son avis en respectant celui de l'autre, et ça passe par des moyens qui sont simples, qui sont de dire « Ben voilà, je comprends bien ce qui s'est passé, pourtant moi je pense que... » et en étant pas du tout dans... dans l'agressivité, pour ça il faut pas être trop dans les émotions. » D3

Développer son assertivité signifiait de trouver les « bons mots », les mots qui ne décrédibilisaient pas le·a collègue, mais qui permettaient d'exprimer un avis différent fermement mais respectueusement.

- « Ben ça veut dire pas dire au patient « Je pense que le traitement qu'il vous a mis vous est inutile et que je ne comprends pas pourquoi il vous l'a mis », parce que ce n'est pas ce que j'ai envie de dire au patient, parce que je ne veux pas décrédibiliser le collègue vers qui je l'ai adressé... Donc je trouve que c'est difficile de trouver les bons mots pour... » D6

Des techniques permettaient de donner un avis autre en respectant la confraternité :

- Expliciter la décision du confrère-sœur et s'exprimer en justifiant les raisons du désaccord.

« Et là, je trouve que c'est très confraternel de dire « Voilà pourquoi il a fait ça. Je suis pas tout à fait d'accord avec ce qu'il a fait pour plein de bonnes raisons, je peux vous les expliciter, mais si vous voulez on en parle pas. ». » D3

- « Mais si on a des idées pour comprendre, euh... on... une façon de faire, c'est de dire à la personne, spontanément : « Je comprends pourquoi... dans quel esprit il vous a donné ça, ça se discute. Moi je penserai plutôt comme ça. ». » C4

- Utiliser l'humour pour transmettre le message plus en douceur.

- « Et puis il y a l'humour aussi, qui peut jouer, qui peut permettre de dire des choses sans être méchant ou autre... et en douceur. » D4

Parmi les situations évoquées, certaines permettaient aux praticien·nes de s'affranchir des usages de la confraternité :

- Quand le·a prescripteur·trice se sentait humilié·e par le·a confrère·sœur.

- « Et là, effectivement je ne peux pas rester confraternel avec quelqu'un qui se moque de moi quoi. Parce que c'est lui qui a commencé. » D3

- Quand le·a spécialiste n'était pas suffisamment joignable ou disponible pour que le·a généraliste puisse coordonner correctement les soins du patient·e.

- « Et y'a pas eu de problème, mais dans ce cadre-là on va pas être déontologique parce qu'on va expliquer au patient qu'il faut qu'il change de spécialiste dans son intérêt. Pas que le spécialiste faisait n'importe quoi, mais quand il y avait des problèmes qui ne nécessitaient pas forcément une hospitalisation, donc pas forcément six à huit heures d'attente dans un service d'urgences sur un brancard, et bien que on aime bien pouvoir contacter quelqu'un, euuh, en dehors de trois jours dans la semaine quoi ! » B2

3.4. La difficulté d'être en conflit.

Le conflit signifiait pour les participant-es d'être brouillé-es avec des confrère-sœurs, ou surtout d'avoir peur du retentissement possible sur le-a patient-e.

- Extrait :

« Comme disait C5 oui, c'est tard là... [il est environ 22h30], arf... on n'a pas envie de se brouiller avec des confrères spécialistes. » C2

« Ou même les autres hein ! » C4

- Extrait :

« si j'ai peur du conflit avec le confrère, c'est parce que j'ai peur du retentissement que ça aura sur le patient. » C5

« Ouai c'est ça ! Moi après je m'en fout d'être en conflit avec... » C2

Illes distinguaient le désaccord du « conflit ouvert ».

- Extrait :

« C'est haineux mais ce sera pas du conflit ouvert ! Ben en plus, ça va être par patient interposé... donc c'est pas sain ! Donc oui si ça peut... » C2

« Parfois ça peut être un conflit ouvert si c'est par téléphone... » C5

Une meilleure communication interprofessionnelle optimiserait une décision commune mais chronophage, peu utilisée ou conflictuelle, et alors non souhaitée.

- « Aucun, parce que si on commence à écrire directement au spécialiste alors qu'on n'a pas sollicité leur avis pour dire qu'on est en désaccord, on est... faut travailler la nuit quoi ! » D5

- « il y a quelques noms où... pfff. De toute façon je sais que je serai jamais d'accord avec ce qu'ils font, donc, bon ben c'est acté ! Mais sinon c'est important de ne pas être antidéontologique. » C2

Ce désaccord était le plus souvent partagé avec le·a seul·e patient·e. L'exprimer au confrère·sœur pouvait être appréhendé dans certains cas comme une confrontation difficile (avec certain·es spécialistes), voire inutile (avec les urgentistes).

- « *Il va falloir que je lui dise que je change en douce ses ordonnance* » D3

- « *Les urgences je ne les rappelle même pas ! (Rires de A3)* » A6

SYNTHESE

Dans la situation d'un désaccord, les participant·es se retrouvaient dans une situation inconfortable générée par la dissonance cognitive et le conflit d'allégeance au patient·e et au confrère·sœur. Illes avaient peur d'avoir une attitude néfaste pour le·a patient·e, qui pourrait perdre confiance dans la médecine, plus que pour le·a praticien·ne ou leur lien avec el·lui.

3.5. Des moyens d'échanges avec le·a prescripteur·trice initial·e.

3.5.1. L'usage du téléphone.

Le téléphone était l'outil de communication préférentiel lors d'un désaccord avec le·a prescripteur·trice initial·e. Pour certain·es, c'est le moyen de communication idéal. L'usage du téléphone pouvait permettre de trouver un compromis immédiat.

- « *je peux décrocher mon téléphone, voilà, la plupart du temps ça se passe très bien.* » A6

- « *Moi j'appellerai le spécialiste, le confrère je pense. Pour en discuter avec lui.* » B1

- « *donc je décroche mon téléphone, j'appelle le cardiologue* » A6

- « *L'idéal c'est quand t'appelles !* » C4

Cette solution était considérée comme chronophage pour obtenir de parler avec la personne ressource, hospitalière comme ambulatoire.

- « Ben... déjà faut tomber sur un médecin ! Ce qui déjà n'est pas évident ! » D1
- « c'est des oncologues, tu parles que je les ai jamais eu en direct ! » C2
- « J'ai pris la décision de modifier la dose, d'amorcer la diminution. J'en ai pas parlé au neurologue parce que je ne veux pas lui téléphoner, je ne veux pas perdre trois... une demi-heure pour le joindre quoi » B5
- « impossible de joindre le cardiologue encore... ! » B2

Ce moyen de communication était utilisé dans plusieurs situations :

- Pour discuter directement de la prescription, par respect déontologique.

- « Alors moi, par déontologie, quand je ne suis pas d'accord avec le traitement, ou quand je veux un peu modifier la posologie » A6

- Pour épargner le-a patient-e, en négociant directement durant la consultation, parfois plus tard. C'était une manière de résoudre le conflit rapidement.

- « j'essaie de l'épargner en décrochant le téléphone et en essayant de négocier, mais des fois la négociation ne marche pas. » A3

- Extrait :

« C'est toujours difficile de dire à un patient : « Ben lui, il vous a donné ce traitement, mais c'est pas très adapté... » On va forcément décrédibiliser notre confrère... » C2

« Si j'ai cette situation j'appelle devant ! » C4

- « Alors j'hésite pas, j'ai pris mon téléphone, j'ai négocié avec le rhumatologue, parce que là c'était de la négociation pour qu'on baisse, qu'on arrête les anti-inflammatoires » A6

- « je l'appellerai demain et il me confirmera s'il est d'accord ! » A6

- Pour discuter de la simplification d'un traitement ou d'un changement de classe importante.

- « *Moi où je vais prendre mon téléphone c'est pour justement arrêter un AVK, ou... pour voir avec le cardiologue, si on n'a pas toutes les données de l'échographie ou quoi... si on peut le passer sous un ADO, parce que ça sera quand même mieux pour le patient pour la surveillance etc... en fonction des indications.* » B2

- « *Effectivement s'il y avait quelque chose de très important qu'il faille modifier, qu'il faille changer les choses je le ferai en téléphonant.* » B2

Inversement illes choisissaient de ne pas l'utiliser dans certaines situations précises :

- En cas d'identification de constat d'insuffisance professionnelle récurrente.

- « *Et quand y'a notre gynéco adoré, et ben on se débrouille tout seul ! On l'arrête et on l'appelle pas ! (rires)* » B4

- Ou dans les situations développées ne nécessitant pas de discussion (cf. Résultats III.2.2.5.).

- « *Ça c'est des choses que je réévalue, je demande même pas son avis au gars, je l'arrête et puis c'est tout. J'ai pas le temps de téléphoner au gars moi. Ça prend un temps fou !* » B5

- « *On appelle le cardiologue quelque fois, ou le neurologue ça peut arriver, mais on n'a pas besoin d'appeler pour seulement prendre la décision d'abord !* » B5

- « *soit on comprends pas, on appelle, puis quand il faut qu'on gère, on gère la situation...* » B4

3.5.2. L'usage du courrier.

Pour signaler d'un désaccord potentiel, les participant-es utilisaient le courrier pour synthétiser des informations en vue d'adresser le-a patient-e au confrère-sœur.

- « *Je pense qu'il n'y avait pas d'urgence à changer une prescription, donc je l'ai suggéré dans un courrier* » B3

Ce n'était pas le moyen de communication privilégié pour l'émission du désaccord et la discussion. Rares étaient les médecins généralistes qui écrivaient au confrère-sœur et qui argumentaient leur avis en joignant des justifications scientifiques.

- « *Donc dans deux-trois courriers, on a discuté un petit peu, en fait ce patient il ne prendra rien en fait, parce qu'il a eu une assez mauvaise expérience, et moi je suis d'accord avec lui pour pas lui en prescrire, et pour pas forcer la prescription.* » D5

- « *Bon, et j'ai vraiment hésité à faire un courrier à ce confrère, ce spécialiste, qui effectivement était un peu en dehors de sa spécialité,* » D1

D'autant plus qu'elles concédaient que ces courriers, bien que reçus, n'étaient pas toujours lus.

- « *On fait normalement l'effort de faire des courriers de synthèse, et parfois ses courriers sont pas lus, les patients nous le disent bien ! (D4 manifeste son accord)* » D3

- « *Et la réponse du neurologue à la patiente, c'était « Non mais tout va bien, continuez comme ça ! ». Alors je me suis demandé s'il avait eu mon courrier ou pas, et quand même c'était assez pénible de...* » D3

L'usage de Sisra, l'outil de communication informatisé et sécurisé de la région Auvergne-Rhône-Alpes, ne parvenait pas à convaincre toutes les participant-es.

- « *Je fais ça davantage et je le ferai davantage depuis que je suis sur Sisra et que j'envoie mes courriers par Sisra aux spécialistes.* » B2

- « *Effectivement on n'a pas d'outil encore satisfaisant, parce que Sisra moi j'ai essayé plein de fois d'écrire des messages directement, j'ai jamais eu de réponse ! Et quand les patients voyaient le médecin, à priori, ils avaient jamais eu mon message, bon !* » D1

3.5.3. Des échanges pas toujours cordiaux.

Le dialogue n'était pas toujours possible, avec certain-es confrère-sœurs.

- « *Eh oui, là c'était compliqué du coup, effectivement, sauf que c'est le spécialiste avec qui tu peux pas avoir de dialogue quoi...* » C6
- « *Ça peut arriver rarement que on veuille se concerter par téléphone, enfin que je veuille me concerter par téléphone avec un confrère particulièrement obtus !* » C5

La remise en question de la prescription n'était pas toujours bien acceptée : illes se sont trouvés-es confrontés à des réactions violentes de certain-es confrère-sœurs.

- « *J'ai quelques personnes, médecins, qui l'ont très mal pris ! Qui se sont senti attaqués, que je remette en cause leur légitimité ou leur prescription en tout cas puisque je ne remettais pas en cause leur légitimité.* » A6
- « *Et du coup le cardiologue m'a pourri dans une lettre* » D1
- « *c'était tout prévu, et t'a le cardio qui dit « NON ! On va tout remettre comme ça ! », et aucune justification, aucunes... comme disait C5 tout à l'heure, tu te retrouves face à un patient où tu dis « Ben oui je vois bien ce qu'il a fait, mais vous comprenez il l'argumente pas ! Qu'est-ce que vous voulez que je vous dise ?! ».* » C2

Le-a patient-e se retrouvait face à des praticien-nes en colère.

- « *Si en fait ça s'est quand même mal passé... (rires tous les participants) Entre temps, le patient devait voir le cardiologue. Et le cardiologue a vu ça, et il avait pas été au courant de l'introduction des anticoagulants chez ce patient qui était déjà sous Kardégic®, et il s'est mis en colère contre l'angiologue, et le patient a rien compris à cette histoire parce que j'avais essayé d'être plutôt confraternel.* » B3

Mais les échanges étaient aussi productifs et respectueux de chacun-es, dans un processus de discussion et de négociation.

- « j'appelle le cardiologue, le cardiologue avec qui je m'entends très bien, il n'y avait aucun problème. »

A6

- « j'ai négocié avec le rhumatologue, parce que là c'était de la négociation pour qu'on baisse, qu'on arrête les anti-inflammatoires, qu'on baisse le traitement voilà, mais pas trop vite, parce que voilà lui il m'a expliqué ses raisons » A6

La communication orale directe avec le-a prescripteur-trice durant la consultation, bien qu'étant la solution idéale de gestion du désaccord, n'était pas systématiquement envisagée.

3.6. L'expression du désaccord avec le-a patient-e.

3.6.1. Les patient-es donnaient de la légitimité à l'expression du désaccord.

Les MG avaient besoin d'une légitimité professionnelle reconnue, par ell-eux-mêmes comme par la patientèle : à diplôme égal, être titulaire d'un DES de MG ne leur était pas suffisant pour mettre en cause la prescription d'un-e confrère-sœur d'autres spécialités. Illes pouvaient faire face à un refus du patient-e d'accepter leur divergence d'opinion.

- « J pense qu'on se sent légitime parce qu'on a fait nos études, notre diplôme, on essaye de se former, et cætera, on se sent légitime, mais c'est pas satisfaisant dans notre métier de se sentir légitime si le patient en face il nous légitime pas. » C5

- « A l'inverse, moi ça m'est arrivé que le patient n'adhère pas du tout, et qu'il me dise « Mais bon sang, le spécialiste m'a dit que, et vous vous n'êtes que généraliste... ». » C2

- « Oui mais quand même le cardiologue c'est quand même le Dieu ! Il a le couperet, attention, l'infarctus ! » B5

- « S'il a une grande foi dans le spécialiste, effectivement, ça peut arriver, ça peut braquer les choses... »

A6

La légitimité reconnue par le·a patient·e et la sécurité du cadre de l'alliance thérapeutique permettaient aux praticien·nes d'être ell-eux-mêmes et de remettre en question la pertinence de la prescription d'un·e spécialiste autre. Ce paradigme était d'ailleurs source de frustration : leur légitimité dépendait surtout de l'image sociale accordée par le·a patient·e. Les généralistes interrogé·es avaient l'impression qu'il·les devaient fournir plus d'effort pour faire leurs preuves que pour les autres spécialités.

- « Une bonne alliance thérapeutique ! Une bonne alliance thérapeutique avec le patient c'est le principal ! C'est que moi je me sens en plein dans mon rôle de médecin traitant, c'est quand il y a une bonne alliance thérapeutique ! » C5

- « Euh, oui, non, la légitimité c'est le patient qui nous la donne. C'est frustrant d'ailleurs, parce que finalement on fait notre boulot, on est légitime à faire notre boulot, mais... mais d'un autre côté, si on a pas effectivement en face, ce retour, on sera pas légitime, contrairement à d'autres spécialités j pense d'ailleurs, alors qu'on fait notre boulot. » C6

Les remplaçant·es, qui avaient tendance à douter d'ell-eux-même, se sentaient plus légitimes quand les patient·es les connaissaient mieux, lors d'un remplacement de longue durée par exemple.

- « Je me sentais moins... juste là pour régler des problèmes... aigus... juste... Ouais dans le regard des patients ça a changé ! Pour venir me voir même... j'avais l'impression qu'ils me choisissaient... Ils voulaient mon avis... Il y avait plus un échange dans... dans la prise en charge ! J'étais pas qu'une intervenante, épisodique, comme ça... de temps en temps... qui était là pour signer l'ordonnance et c'est tout quoi. » C1

C'était pourtant une fausse idée reçue, sans lien avec les données connues qui accordaient aux professionnel·les de santé une confiance forte de la part des patient·es.

- « Il y a des études qui montrent, sur des études de confiance, que le premier intervenant sur la confiance, c'est vraiment le médecin traitant ! Avant les spécialistes, avant le pharmacien, avant l'infirmière, avant... ! » C1

Les participant-es se sentaient confortables lorsque l'alliance thérapeutique était forte, mais elle pouvait aussi se rompre à tout moment. La légitimité était d'autant plus importante quand illes considéraient la personne avant la maladie, dans une approche centrée-patient-e.

- « Quand je parle au patient je parle de lui, je parle pas de... son insuffisance cardiaque, je parle pas de son apnée du sommeil ou de... Ma légitimité elle passe par ça, et par le fait qu'on les voit, qu'on les revoit et qu'on les suit. » C2

Les patient-es choisissaient leurs médecins traitants en fonction de l'accroche et de leurs choix de prescription, en considérant que ce choix était possible.

- « Et ne restent que ceux avec qui on fonctionne de la même façon ! Ils vont voir quelqu'un qui a déjà une idée des problèmes qu'ils ont, qui les comprend. S'ils tombent sur quelqu'un qui est ailleurs, qui comprend pas dans la même façon de penser qu'eux, ben ils y retourneront pas. » C4

- « Et deuxième chose, pour compléter ce que disaient D1 et D5, même si on est en carence de médecins, on a quand même des patients qui nous sélectionnent, donc euh nous on doit choisir des mercenaires pour prescrire (rires et rires de D2), des ADO... (rires). Les patients ils vont nous sélectionner, et moi j'ai jamais prescrit d'antitussifs, je... un peu rigide là-dessus ! » D4

Rares étaient les situations où les participant-es n'étaient pas considéré-es par les patient-es à la hauteur de leurs compétences. Ces situations généraient néanmoins un sentiment d'illégitimité, de négation dans leur rôle réel de spécialiste en médecine générale, vécu comme une forme d'humiliation.

- « Oui, par opposition à là où j'ai le sentiment de pas être légitime au regard du patient, c'est ces quelques patients qui sont pas si fréquents que ça... qui picorent les avis de spécialistes en accès direct et qui viennent me voir ponctuellement pour un petit truc... et là moi je sens bien que dans le regard je suis pas du tout légitime, je suis juste là... ils gèrent leur santé sans moi. C'est l'extrême inverse de ce que disait *** [prénom de C2]. » C5

« Toi t'es bon pour voir s'il y a des bouchons de cérumen quand il faut les enlever quoi. (C3 et C5 acquiescent) Et encore... pt'être qu'ils iront voir un ORL ! C'est pareil, ça reste assez minoritaire dans notre patientèle. » C2

3.6.2. S'exprimer, discuter et convaincre le-a patient-e.

A partir du moment où le désaccord était exprimé, la consultation était le siège d'un dialogue de réactions, où le-a praticien-ne s'adaptait aux réactions du patient-e afin d'aboutir à la décision médicale.

- « Après, sur la réaction du patient, dans ces situations-là, c'est un dialogue de réactions en fait. Moi j'ai un premier discours, le patient il a une façon de réagir, et puis à laquelle je vais m'adapter, nuancer mon propos, proposer un compromis et puis voilà. [...] De manière à m'ajuster un peu à la réaction de la patiente, et était plutôt... plutôt pas d'accord avec ce que je... je lui disais. C'est une façon de m'ajuster un peu, de trouver le juste milieu pour... laisser une porte ouverte, pour laisser un peu de... d'espace de réflexion. » C5

Dans le cadre d'un désaccord avec la prescription initiale, la discussion avec le-a patient-e était essentielle. Illes avaient peur de rompre le lien en exprimant leur avis de manière trop brutale.

- Extrait :

« Après, tu peux aussi mettre les nouvelles bases de la relation en disant « Je ne pourrais pas renouveler ce type d'ordonnance. Et je vais vous expliquer pourquoi. » D5

« Mais, enfin, tu composes avec ça, parce que tu as surement jaugé que pour la patiente, pour avoir cette alliance thérapeutique, fallait y aller en douceur. » D4

- « C'est mort ! Parce que ce médicament déjà on va l'arrêter... » (rires). Je l'ai dit finalement en manquant de délicatesse... et ça a finalement empêché l'alliance thérapeutique, et probablement que cette patiente a trouvé un autre médecin, qui ça me va bien » D3

La qualité de l'échange dépendait de leur aptitude à pouvoir communiquer sur des informations complexes, en s'adaptant aux capacités supposées de compréhension du patient·e.

- « Des fois tu vas rentrer dans ces débats enflammés avec le patient, mais il faut comme le disait C4, il faut que le patient ait le niveau cognitif suffisant pour accéder à ce niveau de réflexion... On a des patients où malheureusement... déjà c'est compliqué pour nous, et pour eux on va leur parler chinois, et puis tu auras beau leur expliquer, ça leur est hors d'atteinte. Y'en a d'autres avec qui on va pouvoir discuter et se mettre d'accord, et ça va dépendre de leur ressenti aussi. » C2

Ils essayaient de convaincre le·a patient·e avant tout et de le·a mettre en position d'acteur·trice de ses décisions.

- « Pas plus qu'on a actuellement dans notre propre vie ! Oui... oui ils sont plus... On leur fait croire... Ils le croient... Est-ce qu'ils sont plus acteurs... ? Effectivement ils le sont, mais moi ça me va bien ! Mon idée c'est que les gens ils doivent être acteurs de leur santé ! Il n'y a qu'à ce prix que ça marche ! » C4

- « Quelqu'un qui s'interroge sur le fait de faire mettre sa prothèse de hanche ou pas... » B3

- « En fait, en discutant vraiment avec la patiente, donc elle avait fait le Prolia® pour faire plaisir au spécialiste, et en développant l'argumentaire correctement, elle a dit « Non mais vous m'expliquez, vous... Je suis très convaincu par ce que vous me dites, je ne vais pas le refaire en fait. » D5

Les techniques utilisées pour convaincre le-a patient-e de la pertinence de leur avis étaient multiples :

- En utilisant des techniques de facilitation du changement, comme la pratique de l'entretien motivationnel.

- « *Parce que c'est l'entretien motivationnel.* » D3

- En utilisant sur les appréhensions du patient-e.

- « *Enfin moi quand je suis pas d'accord avec une prescription, je leur demande à eux « Et vous, alors, qu'est-ce que vous pensez de ça ? De ce médicament ? ». Et c'est vrai que quand ils ont des appréhensions, ben souvent moi je les ai aussi. Ben du coup on partage comme ça, et c'est souvent plus facile en tout cas, des deux côtés je trouve, pour moi aussi parce que ça décrédibilise pas forcément le spécialiste, et puis pour le patient, pour adhérer effectivement, enfin le prendre éventuellement quoi !* » D2

- En faisant une intervention spécifique.

- « *ben quand je vois ces médicaments là, ce sont des médicaments qui vont me choquer, où je me dis, ben tiens, il faut que je fasse une intervention* » A6

- En partageant des informations : donner des fiches de Prescrire qui entrent en résonance avec les craintes avancées par les participant-es.

- « *donc je sors la bible Prescrire quand il y a des articles bien faits et je leur donne* » C2

- En utilisant des outils d'aide à la décision habituellement réservés aux professionnel-les.

- « *Le Cardioscore peut être intéressant justement pour expliquer à des patients que eux, en effet, ils n'ont pas intérêt à continuer un traitement hypolipémiant.* » A4

- En utilisant des informations provenant des patient-es et en ouvrant la voie à la connaissance de ce qu'elles cherchent sur internet.

- « Et globalement il valait mieux savoir ce que les patients cherchaient sur internet, plutôt que « Ne cherchez pas sur internet ! ». Y'en a qui vont le faire, il vaut mieux le savoir, plutôt que... Parce que si on leur dit « Ben vous avez pas le droit d'y aller ! », ben quand ils y vont, ils vont pas nous en parler, donc forcément... » D1

- En utilisant la communication non verbale, pour interpeller et insister sur la dangerosité qu'elles percevaient d'une attitude diagnostique ou thérapeutique.

- « Euh... je pense qu'il y a aussi ma communication non verbale qui je pense doit être assez explicite... parfois malgré moi, et parfois je vais en jouer un petit peu... Et c'est un outil qui est assez utile malgré tout ! Parce que avec certaines réactions, ils sentent bien que on va pas rentrer dans ce... dans ce truc-là ! » D3

- En utilisant la peur.

- « Parfois c'est toujours difficile pendant trois-quatre semaines, mais je leur faisais peur ! Je sautais sur l'occasion de leur dire « C'est parfois dangereux les médicaments, regardez, et celui-ci est particulièrement dangereux c'est connu ! » donc je motivais l'arrêt du médicament et je négociais ça avec eux, on va dire ! Quand c'était pas un médicament... voilà, c'était un médicament de confort ! » B2

SYNTHESE

L'expression du désaccord était majoritairement conditionnée par la légitimité accordée par le·a patient·e concernée. Le diplôme de spécialiste en médecine générale n'était pas suffisant. Les praticien·nes choisissaient l'échange avec le·a patient·e pour évaluer la marge de manœuvre dont elles disposaient pour remettre en cause la prescription qu'elles devaient renouveler.

3.7. Le choix de reconduire la prescription.

3.7.1. Le risque médical.

Accéder au renouvellement d'une ordonnance signifiait d'en accepter la responsabilité et les risques médicaux. Refuser le renouvellement d'une prescription c'était refuser d'endosser de possibles conséquences juridiques qui paraissaient injustifiées.

- « *Il y a aussi les conséquences médico-légales !* » C4
- « *En sachant que si moi je represcris, que je cautionne et donc dans certaines prescriptions je ne veux pas endosser cette responsabilité parce que non je ne la trouve pas nécessaire.* » A3
- « *Oui mais c'est lui qui a pris la responsabilité !* » C4

Afin de se protéger juridiquement, les termes du désaccord et du refus de prescription étaient notifiés dans le dossier médical.

- « *voilà, si je dois défendre ma position, je sais comment l'expliquer sur des données basées sur la science ou sur un livre donc je le note surtout bien dans le dossier et si j'ai quelque chose où on est pas d'accord avec le spécialiste, je fais selon mon avis [...]* » A6

3.7.2. Des limites propres à chaque généraliste.

Le refus de reconduire une prescription était aussi motivé par le dépassement de certaines limites pour le-a prescripteur-trice. Ces limites étaient propres à chaque participant-e, la question était de savoir si le risque leur paraissait « supportable ».

- Extrait :
 - « *Oui oui oui, si jamais le risque est insupportable... non bien sûr que non !* » C4
 - « *Oui, mais est-ce qu'il est insupportable là ? Quel est le pourcentage de risque qu'elle fasse vraiment un évènement ?* » C5

« Euh... quand l'évènement est vraiment grave... Quand l'évènement est vraiment très grave, euh... » C4

- « je vais refuser catégoriquement de prescrire certaines associations que je trouve délétères » A3

Refuser un renouvellement, c'était affirmer ses convictions dans la pratique professionnelle et apprendre à dire « non » : un exercice difficile.

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

- « qu'on ne peut pas la faire avec des arguments qu'on leur a développés, et qu'on ne le fera pas. Ça c'est aussi apprendre à savoir dire non, s'ils veulent vraiment cette prescription... (D4 acquiesce) » D5

3.7.3. Refuser la reconduction.

Le refus pouvait être opposé de manière non négociable, quand la conviction du prescripteur-trice qu'elle serait néfaste était inébranlable.

- « Moi j'ai eu le cas il y a pas longtemps d'une femme qui a eu 38 ans, qui fume un paquet par jour et cætera et qui me demande de renouveler sa contraception oestroprogestative, prescrite par le gynéco, ben j'ai refusé en bloc ! Elle m'a même rappelé derrière et j'ai dit non ! » C2

- « En effet, quand je propose de prescrire un médicament, ça veut dire que c'est réfléchi et je vais vous expliquer pourquoi je voulais vous le donner, quel était le risque et quel était le bénéfice attendu, ou si pour moi les risques sont plus élevés que le bénéfice, je ne vais pas vous le prescrire. » D5

Le refus était argumenté et explicité dans un cadre professionnel chronophage. Il était plus simple d'effectuer le renouvellement sans discuter.

- « On peut expliquer aux gens que ça a des désavantages de donner ou de prendre un médicament ! » A1
- « Ah ben... J'expliquais au patient qu'il y avait des études qui montraient que... sans dire que c'était mauvais, parce qu'on savait peut-être pas trop, mais que y'avait des effets indésirables suffisamment importants pour que je ne le prescrive pas ! » B1, sur le Médiator®
- « On va passer du temps à expliquer qu'on va plus faire de bêtises à rajouter une benzo... que de la laisser pas bien dormir. [...] Mais on passe du temps à expliquer aux familles que, oui, on n'a pas le médicament miracle contre... » C3
- « ça a souvent été l'occasion d'un long échange avec le patient, d'explications, faut prendre en compte beaucoup de choses, il faut remettre en cause aussi... enfin au moment où on le fait... enfin... faut... En le faisant remettre en cause ce qu'on est en train de faire, euh... donc ça demande aussi pas mal d'efforts j'trouve et de travail, de travail ! » D3

Le refus s'accompagnait d'une proposition de solution alternative :

- Changer le traitement ou modifier la posologie.

- « Et donc il m'est arrivé d'échanger... » A6
- « Et euh... Bon alors que moi, ça m'a intéressé de discuter de ça avec elle, et de voir comment elle faisait sans anti-inflammatoires, c'était de voir qu'elle elle s'interdisait certaines prescriptions, qu'elle faisait vraiment en sorte de ne pas les faire, et au final elle arrivait à une décision médicale partagée pour les patients » D3
- « qu'on dise à ce cardiologue que je change en douce ses ordonnances » D3

- Faire une prescription temporelle brève, le temps de trouver une solution alternative.

- « il a pu m'arriver moi, pas forcément de refuser complètement mais moi je vous fais une ordonnance pour un mois, deux mois, le temps de revoir votre gynéco et je vous explique pourquoi je pense qu'il faut changer votre moyen de contraception. » C5

- « « Ben ceux-là, on les arrêtera... Alors aujourd'hui je ne change que celui-là, mais ceux-là on les arrêtera. ». » D4

- Proposer de prendre un second avis, permettant de trancher le désaccord.

- « « Je ne partage pas le même avis, ou on va demander un autre avis si vous le voulez bien parce que je ne partage pas l'avis de ce spécialiste, on peut demander l'avis d'un autre spécialiste. » Et comme les patients savent, enfin s'ils continuent à nous voir c'est qu'ils ont confiance, ils sont en général tout à fait d'accord pour prendre un autre avis ! » B2

- « il a pu m'arriver, je ne sais pas si c'est une bonne solution ou pas, de dire à un patient que je lui conseille de voir un autre spécialiste que celui que qu'il avait eu (C4 fait un faux air outragé), parce que alors, en... en en disant pas que je suis pas d'accord avec le spécialiste, ou qu'il est dangereux ou je sais pas quoi, mais en disant que moi j'arrive pas à travailler avec ce spécialiste-là ! Et que moi je lui conseille de voir un spécialiste avec qui j'y arrive mieux... à communiquer ou voilà ! » C5

- Demander au patient-e de faire l'intermédiaire avec le-a prescripteur-trice initial-e pour qu'il le reconduise le traitement. Cette solution était décrite comme insatisfaisante, car vue comme une solution de facilité ou de dernier recours.

- « Pour rebondir sur le fait de comment on fait si on n'est pas d'accord avec un confrère, je pense que si on sent que le confrère on va pas le faire changer d'avis, je pense à la gériatre qui prescrit les traitements de l'Alzheimer, euuh... moi je discute qu'avec le patient et puis je leur dire « Mais dites-le à votre gériatre... » (rires). » C3

- « On peut bien aussi laisser le prescripteur refaire la prescription, ça c'est possible aussi. Le patient il se débrouillera, il va revoir le spécialiste et lui signifier qu'on ne souhaite pas refaire cette prescription » D5

Le processus de déprescription était parfois source d'erreur et nécessitait de la prudence, surtout quand la situation initiale risquait d'être mal évaluée. Les expériences de déprescription évoluaient dans le temps.

« Et du coup, elle avait des problèmes, notamment un stent, un infarctus..., des p'tites choses cardiaques... Et du coup le cardiologue m'a pourri dans une lettre en disant « J'espère que vous avez oublié de renouveler la statine et que vous ne l'avez pas arrêtée sciemment ! Ce qui serait une attitude mortelle envers cette patiente ! ». Et c'est vrai que du coup bon, tu vois je me suis pas senti en... ça m'a un peu freiné dans mes... dans mes... dans ma fougue de déprescription ! » D1

- « Quand on nous met sur la réflexion d'une modification de traitement, je crois qu'on pèse aussi le risque de l'arrêt, parce que c'est pas rien d'arrêter un médicament. Et euh... on peut très bien avoir arrêté un traitement et qu'il puisse y avoir un effet secondaire grave quelques temps après, donc ça forcément ça peut marquer la pratique. » D3

L'opposition initiale pouvait finalement déboucher sur la reconduction.

- « (rires) J'ai honte... (rires) J'ai d'abord refusé ! En lui demandant, si le cardiologue voulait faire cette prescription car moi je ne la ferais pas ! [...] et j'ai fini par lâcher pour le patient » A3

3.7.4. Ou accepter la reconduction.

Le refus d'une prescription était rare pour certain-es participant-es. Le cadre d'une approche centrée-patient-e, où le-a patient-e acceptait les risques en conscience, permettait aux praticien-nés d'accepter de prescrire alors qu'elles auraient initialement refusé.

- « Après, je pense que c'est assez rare, que moi personnellement, je refuse de prescrire quelque chose, une fois que j'ai expliqué le bénéfice attendu, et les risques encourus, je pense que c'est assez rare que je refuse de prescrire. Mais je ne sais pas si j'ai besoin ! » C5

- « Mais si j'ai l'impression que je peux prendre un grand coup de bâton, ou un coup de bâton, j'aime pas ça du tout. Si c'est lui tout seul qui prends le risque, ben c'est lui qui commande ! Si je le prends avec lui, c'est tout hein ! » C4

L'opposition n'était ainsi pas toujours pertinente, car illes appréhendaient de rompre l'alliance thérapeutique et envisageaient qu'un-e collègue prendrait le risque qu'ell-eux ne souhaitaient pas prendre. Bien que la crainte fût présente, la rupture de l'alliance thérapeutique n'était pas la seule issue.

- « Oui et puis, hein, j'ai l'impression de toute façon, le patient si il sait vraiment, on leur refuse une prescription qui leur paraît indispensable, et ben ils vont ailleurs et ils trouvent un médecin qui accepte ! (rires de C3) » C2

- « Et j'ai toujours refusé de lui renouveler ses anti[biotiques]... Je m'étais dit qu'elle allait me quitter et puis elle est restée un moment... Après elle a déménagé. » C3

- « « Donc aujourd'hui je vous renouvelle tout. ». Je me suis quand même tapé l'ordonnance d'homéopathie ! [...] Je suis sa fille aussi, qui m'a dit qu'elle était pas contente, machin truc, et elle s'est trouvé un homéopathe et depuis j'ai plus jamais entendu parler de ses médicaments homéopathiques. Et du coup c'est vachement cool ! On a une relation super, comme il faut quoi ! » D4

Bien qu'acceptant la reconduction de l'ordonnance, illes voulaient marquer clairement un désaccord et tentaient de se protéger sur le plan médicolégal en rédigeant sur l'ordonnance la mention « à la demande du [spécialiste] traitant ».

- « pour l'aspect médico-légal, tout en sachant très bien que cela ne me protégeait absolument pas puisque j'étais prescripteur, « à la demande du cardiologue traitant ». Et j'ai rajouté la ligne parce que j'avais eu un... » A3

Effectuer des changements thérapeutiques « en douceur », échelonnés sur plusieurs consultations, était une solution, notamment lorsque le renouvellement demandé concernait plusieurs thérapeutiques ayant des BBR défavorables. La situation typique était le changement de médecin traitant, où le·a « nouveau·lle » praticien·ne ne partage pas le même point de vue que l'ancien·ne sur la BBR de plusieurs thérapeutiques.

- « *On fait connaissance, si je dis « On va tout changer... », 'fin, moi je pense que je perds crédibilité... mais voilà. Moi dans cette situation-là, finalement c'est un peu pareil, c'est un autre confrère qui a initié le traitement, j'essaie d'y aller en douceur et de faire pas tout d'un coup, c'est un peu ma technique quoi ! Ben... d'y aller traitement par traitement (rires un peu nerveux).* » D6

Illes évoquaient également la peur de l'arrêt et des conséquences imprévues du changement.

- « *Après je fais : 'Enfin non, j'aurai jamais dû leur faire arrêter ! Parce que c'est pire qu'avant ! (rires...)* » B1

SYNTHESE

Le refus de renouveler une prescription était choisi si le risque médicolégal paraissait trop important, si le risque iatrogène paraissait disproportionné par rapport aux bénéfices. Ce refus était justifié et une alternative était proposée. La reconduction du traitement était néanmoins possible malgré le désaccord, dans une approche centrée-patient·e.

3.8. Les stratégies d'anticipation du désaccord.

Il était parfois jugé nécessaire d'anticiper les désaccords sur des attitudes diagnostiques ou thérapeutiques en adoptant différentes stratégies. L'objectif était d'éviter d'être dans cette situation décrite comme inconfortable par les participant·es.

3.8.1. La demande de compétences spécifiques.

Lors d'une demande d'avis spécialisé, illes pouvaient demander uniquement des compétences techniques dont illes ne disposaient pas. Illes étaient alors en demande de conseils de prise en charge, pour finalement décider ell-eux-mêmes.

- « Ensuite, moi quand j'adresse à un confrère, ça dépend pour quoi évidemment, quand j'ai aucune compétence dans le domaine, c'est vrai qu'en cancéro, je me sens démunie, mais la plupart du temps je demande juste un avis et je demande des compétences techniques. C'est-à-dire que quand j'adresse à un cardiologue je n'ai pas du tout envie qu'il prescrive quelque chose, je veux juste qu'il me fasse son point et qu'il me propose. » A6

3.8.2. Le choix de interlocuteurs/partenaires.

Certain·es participant·es avaient un dilemme entre respecter le choix du patient·e de son·a spécialiste, et les possibilités de travail avec ce·tte confrère·sœur.

- Extrait :

« Après on a des confrères spécialistes en fait, avec qui on n'a pas envie de travailler... » C2

« Tu parles oui ! » C4

« Et le problème c'est quand les patients vont les voir... parce qu'ils sont allés voir comme ça... parce qu'ils sont passés par les urgences, parce que on a été déontologique, on peut faire un courrier en leur disant : « Bon, allez voir qui vous voulez... ». Et ils reviennent : « Non mais si vous voulez, mais pas lui ! » (rires de C2 et C4). Là malheureusement t'es face à des situations où... » C2

Illes avaient un carnet d'adresse de correspondant·es privilégié·es, choisis sur des critères singuliers.

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

de lui dire « Ben y'aller pas, et puis c'est tout ! », mais je le fais pas. J'me dis « Ben j'éviterai de lui envoyer du monde à celui-là ! ». » C4

3.8.3. L'autonomie dans la pratique.

Les avis divergeaient sur le fait d'avoir recours à des avis spécialisés. Un-e des participant-es admettait que le recours aux spécialistes ne lui paraissait pas risqué.

- « la réflexion se pose moins vis-à-vis de l'avis d'un confrère, parce que à part le délai et la gêne qu'on va apporter au confrère qui est déjà overbooké, parce que, okay, y'a pas trop de risques pour le patient d'aller voir un spécialiste ou de faire une prise de sang. » A2

Alors qu'une autre partageait qu'elle freinait au contraire ce recours, principalement pour éviter d'avoir à anticiper des situations de désaccord avec sa propre ligne thérapeutique ou des conséquences de la décision médicale partagée.

- « Et je me demande si parfois j'ai même pas un frein à les envoyer chez le spécialiste, qu'ils ont besoin de voir, juste pour pas avoir besoin de négocier, d'argumenter... mes choix thérapeutiques, et nos choix thérapeutiques avec le patient parce que... et voilà, je me dis que bon il y a des choses qu'on peut faire et qu'on n'est pas obligé d'envoyer au spécialiste d'organe, mais c'est vrai que des fois je me dis : 'Est-ce que je ne fais pas perdre des chances au patient parce que je résiste à les envoyer chez le spécialiste pour ça ?'. » D1

Certain-es participant-es privilégiaient ainsi l'usage d'algorithmes, plus objectifs, que l'avis de confrère-sœurs.

- « le fait d'avoir un outil, moi ça me permettait de savoir combien de temps dans quel contexte il fallait que je fasse, donc les choses étaient plus claires, et donc ça ça a été un vrai outil qui permettait de légitimer ma décision et quand même de me faciliter la vie parce que du coup, j'avais vraiment des arguments scientifiques pour poser et légitimer la décision. » A6

Certain-es participant-es avaient développé des stratégies d'anticipation pour éviter d'être confrontés à ces situations de désaccord, et promouvaient une pratique en autonomie avec un recours limité aux autres spécialités.

3.9. La récompense.

A travers leurs comportements professionnels, les participant-es cherchaient à avoir une paix intérieure et à être en accord avec ell-eux-mêmes.

- « une satisfaction, entre guillemets, parce que mon patient, entre guillemets, il est bien dans mon truc, haha (rires), et ben du coup si j'ai... si j'ai bien toutes les balances bénéfices-risques qui vont dans mon sens, ben je dors plus tranquille. » D3

Certain-es participant-es confessaient que le fait de s'opposer au renouvellement d'une prescription qui leur semblait défavorable renforçait leur confiance en eux et leur sentiment de fierté.

- « Satisfaite de pas avoir fait semblant en tout cas ! De pas avoir reconduit une ordonnance avec laquelle j'étais... Je pense que j'aurai été plus malheureuse de continuer à prescrire quelque chose où au fond de moi j'étais... ça aurait été une bêtise je crois ! » C3

Illes pouvaient avoir l'impression que leurs efforts étaient finalement récompensés.

- « Vraiment, je pense que c'est la satisfaction du devoir accompli. Il y avait une situation qui était problématique, on a informé, on a pris une décision, on a redressé ou entre guillemets rectifié une situation, c'est un sentiment de satisfaction et de... de « job-done » quoi ! Mais c'est pas un truc plus gratifiant que ça parce que au contraire, ça a souvent été l'occasion d'un long échange avec le patient, d'explications, faut prendre en compte beaucoup de choses, il faut remettre en cause aussi... enfin au moment où on le fait... enfin... faut... » D3

Et à l'inverse, illes pouvaient être déçus de ne avoir réussi à convaincre.

- « *J'aurai préféré convaincre, mais on peut pas toujours convaincre, donc euh...* » D5

Le curseur n'était pas mis au même niveau pour les différent-es participant-es : pour certain-es le fait de modifier une ordonnance discutable ne soulevait pas d'affects spécifiques. Cet aspect correspondait principalement aux situations de modification d'ordonnance pour des motifs d'intolérance ou d'interactions médicamenteuses.

- Extrait :

« *Après, comme je l'ai expliqué, je prends garde à être confraternel, à ne pas inquiéter le patient parce que ça va faire de l'agitation pour rien en fait. Mais pour le coup ça ne me donne pas une sensation... que je pourrais définir. Je ne suis ni inquiet ni surpuissant ! J'ai juste l'impression de faire le travail.* » B3
« *Tu fais le job !* » B5

- Extrait :

« *C'est moi qui ai la main en ce moment ! (rires de tous les participants) Enfin, c'est rigolo, mais c'est un peu ça quoi !* » B5
« *On fait chacun notre tour !* » B3

- « *Moi par exemple ça me fait ni chaud ni froid si le cardiologue a mis l'atorvastatine 40 et que le patient a des douleurs musculaires et qu'il ne supporte pas, je vais lui proposer de mettre de l'atorvastatine 20 [...]* » B2

Dans le contexte de remise en question, pour certain-es, la présence d'affects et de sentiments était néfaste.

« *Il faut peut-être qu'il n'y ai pas trop de sentiments et d'affects là-dedans, c'est que l'époque où les pharmaciens étaient terrorisés d'appeler les médecins parce qu'ils allaient se faire pourrir, alors qu'ils avaient raison de les appeler parce qu'il y avait une prescription qui n'allait pas je pense qu'elle va être révolue, parce qu'on enlève l'affect qu'il y a là-dedans. On a le droit de se tromper et c'est pas grave,*

on sera pas vexé si le pharmacien nous dit « Est-ce que vous êtes sûr de prescrire ça, ça, ça et ça ? ». »

B3

Un·e des participant·es questionnait ainsi l'investissement personnel et le niveau d'exigence de chacun·e, comme potentielle source de souffrance.

- Extrait :

« Moi je dirai, après être allé à une formation très intéressante, sur soigner les soignants (rires de D5), que peut-être il ne faudrait pas qu'on ait un trop haut niveau d'exigence. Parce que finalement quand on arrive à prendre une décision qui nous convient, est-ce qu'on a vraiment à être insatisfait quand la situation ou le patient il... ça fait que on peut pas faire ce qu'on veut en fait. En fait. Est-ce qu'il faudrait pas baisser un peu notre niveau d'exigence ? » D1

« [...] Oui, mais il faudrait que... quand on arrive à faire ça, on est satisfait, si on n'y arrive pas, ben c'est neutre en fait. J'en souffre pas quoi. » D3

Certaines attitudes professionnelles révélaient l'existence de conflits internes non résolus quand il s'agissait de ne pas cautionner une prescription supposée comme néfaste, mais aussi comme unique solution et de faire faire cette prescription par un·e collègue.

- « Et moi je pense que j'ai parfois des conflits personnels intérieurs, entre euh... ma conviction EBM, et le fait que quand même je me dis 'Il faut faire quelques chose !'. Par exemple, un patient diabétique jeune, avec 10% d'hémoglobine glyquée, et qui a déjà trois grammes de metformine, et du coup... (rires) Du coup, quand je sais pas quoi faire, ben je l'envoie chez l'endocrinologue, qui va lui mettre des médicaments pourris, mais c'est pas moi qui vais les mettre comme ça ! Je suis pas très fière de moi (rires), mais en même temps voilà, je ne sais toujours pas comment réconcilier mes deux moitiés... » D1

SYNTHÈSE

L'opposition à une prescription jugée dangereuse génère chez les participant·es un sentiment de fierté, une forme de récompense de leur investissement pour limiter la prescription médicamenteuse à l'essentiel.

QUATRIEME PARTIE

Dans cette partie sera explicitée la diversité de points de vue des participant-es concernant les rôles de synthèse et de coordination des soins qui incombent aux médecins généralistes traitants. Ces résultats sont en lien avec l'intervention réalisée en présentant le texte de la loi HPST en fin d'entretien.

Art. L. 4130-1.

- Les missions du médecin généraliste de premier recours sont notamment les suivantes :

1° Contribuer à l'offre de soins ambulatoire, en assurant pour ses patients la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des maladies ainsi que l'éducation pour la santé ;

3° S'assurer de la coordination des soins nécessaire à ses patients ;

5° S'assurer de la synthèse des informations transmises par les différents professionnels de santé.

4. Coordonner et synthétiser.

4.1. Du rôle de médecin de coordination et de synthèse.

Les participant-es étaient assez confortables avec leur mission de coordination ou de synthèse des soins du patient-e. Illes se sentaient au centre des soins du patient-e.

- « Et puis c'est quand même le rôle du généraliste d'être le coordinateur des soins, que ce soit radios machin et cætera... » B2

- « Moi c'est de toute façon c'est la notion que j'avais du rôle du médecin traitant, de synthèse et oui de coordination, et ça légitime tout à fait notre rôle et même ça justifie notre rôle. » A6

- « J pense qu'on le fait quand même très souvent, et qu'on est convaincu qu'on doit être au centre du soin, et on a peut-être tous... » B3

Ce rôle de synthèse pouvait néanmoins être vécu comme une obligation, un rôle difficile et chronophage.

- « *Un patient qui a une PPR, qui est sous anticoagulant, qui tremble et puis qui a une BPCO, et qui prends certains traitements, donc il y avait déjà trois quatre cinq médicaments qui peuvent le faire trembler, donc là tu es obligé de coordonner et de faire une vraie synthèse pour le spécialiste, en disant « Ce tremblement il est invalidant, c'est pas neurologique, qu'est-ce qu'on peut changer à son traitement ? » » D5*

- « *Je pense que c'est super ! Que c'est idyllique ! C'est exactement ce qu'on doit faire, mais on n'a pas le temps ! (rires de B2) De le faire comme il faut ! (B2 rit à nouveau) » B1*

Et comme une nécessité, car ne pas assurer son rôle serait possiblement catastrophique, en faisant référence aux patient-es qui ne consultent que des spécialistes autres que généralistes.

- « *je ne sais pas par quels moyens ils ont réussi que je ne sois pas vraiment au centre des soins... Qu'ils ont une ordonnance chez le pneumologue, une ordonnance chez machin... Ils sont très très mal soignés (B1 et B2 acquiescent) mais ils se comptent sur les doigts d'une seule main parce que pour tous les autres on a ce rôle central, et je pense que c'est notre mission effectivement ! Et quand on le fait pas, c'est la catastrophe. » B3*

Pour autant, les termes « coordination » et « synthèse » revêtaient des sens relativement différents.

Le rôle de coordination impliquait de centraliser les informations en communiquant et en décidant à plusieurs, notamment lors de la rédaction de courriers pour l'adressage aux spécialistes.

- « *Après y'a quand même « coordination » dans le texte, donc si on veut que ce soit bien « coordonné », et ben il faut discuter, communiquer, on ne peut pas prendre de décisions tout seul dans son coin pour... Donc oui on est des synthétiseurs, mais on n'est pas le chef non plus. » A2*

- « *On fait normalement l'effort de faire des courriers de synthèse » D3*

Il pouvait s'agir de protéger le-a patient-e.

Une participante se voyait comme le gardien d'un temple, témoignant d'une volonté de protection du patient-e, et suggérant que ce rôle pouvait être partagé.

- « J'ai dit le gardien ! J'ai pas dit Dieu dans le temple ! Je suis pas Dieu dans le temple ! Le temple étant le patient, c'est pas pareil ! C'est-à-dire, ben voilà, chaque gardien... œuvre pour que le temple tienne debout et puis on vérifie que ce soit en adéquation avec le patient quoi, voilà. Donc on a juste l'impression de faire notre boulot ! » B2

Le rappel au texte de loi renforçait la légitimité de certain-es participant-es, notamment cell-eux qui ne se sentaient pas pleinement légitimes.

- « Effectivement ça apporte un peu de légitimité, que oui on peut le faire et, en fait, on doit le faire ! » A2

- « peut-être qu'on peut un peu dire que c'est nous le chef d'orchestre, on a un peu plus notre mot à dire ! » A4

- « Je ne vais pas m'endormir ce soir plus légitime qu'hier. » A3

Il s'agissait pour certain-es d'être critique tout en assumant ce rôle de synthèse. Critique pour faire une synthèse des prescriptions, ce qui signifiait choisir les thérapeutiques qui seront sur l'ordonnance finale. Cette pratique en légitimité nécessitait un apprentissage.

- « Je rajouterai après les mots « Synthèse », « critique ». Synthèse critique ! » C5

- « C'est notre légitimité effectivement de faire la synthèse des traitements... » A6

- « effectivement au début on hésite. » A6

Ce rappel à la loi permettait à certain-es participant-es de se sentir légitime pour ne demander aux spécialistes qu'un avis consultatif, sans prescription. Un des participant-es s'appropriait totalement le rôle de prescription médicamenteuse, en dehors de certains cas précis. Illes pouvaient préférer de la part d'autres médecins des propositions plutôt que des impositions thérapeutiques.

- « *Ce qui justifie pour moi le fait que je demande un avis, spécialiste, c'est pas une intervention sur la prescription de mon patient, ou alors avec mon accord* » A6

- « *Et c'est à moi de prescrire (accord de A1 et A2) et c'est à moi de dire que je ne suis pas d'accord et éventuellement en discuter, et parfois je me trompe aussi, évidemment !* » A6

- « *On a quelques confrères qui..., je trouve, c'est bien, ils nous font un courrier, ils font une proposition de modification thérapeutique. Ils disent « Ben j'aimerais bien introduire tel médicament parce que », mais ils nous laissent la décision ! Souvent pour des patients, c'est rarement pour... pour des patients un peu complexes. Mais du coup ils nous laissent la décision, en disant « Moi je propose ça, je... je vous laisse décider. ». C'est un peu déroutant pour le patient, ils disent « Oui mais c'est pas vous le spécialiste, c'est pas à vous de décider ! ». (rires de C2) C'est un peu vexant... » C2*

4.2. Un rôle difficile et insuffisamment valorisé.

Ce rôle de synthèse n'était pas suffisamment considéré et valorisé.

- « *On fait normalement l'effort de faire des courriers de synthèse, et parfois ces courriers sont pas lus, les patients nous le disent bien ! (D4 manifeste son accord)* » D3

Illes rapportaient un manque de considération de leurs pair-es spécialistes, comme frein au rôle de coordination. Les difficultés des échanges entre généralistes et spécialistes en étaient un exemple.

- « *Je crois que la loi HPST est très ambitieuse, elle nous place dans un rôle et une posture qui nécessiterait qu'on ait une meilleure estime de la part de nos confrères spécialistes d'organe, ce qui*

aujourd'hui n'est pas vraiment le cas, parce que ils ont souvent plutôt un regard con-descendant... en deux mots ! » D3

- « Je dirai, à la condition d'avoir le retour des différents professionnels de santé (utilisant un ton sarcastique, suivi des rires de tous les participants). » C6

- « Et on est dans ce qu'on appelle les limites de la relation coordonnée et centrée patient, c'est-à-dire que... ben... coordonnée entre médecin gé et spécialiste, ça c'est l'idéal, mais parfois, il y a vraiment des vrais entrechocs ! Qui sont difficiles à gérer quoi... » D2

Les rôles de coordination et de synthèse étaient reconnus dans des tâches administratives : exemples étaient donnés des demandes d'Affections de Longue Durée (ALD) et des dossiers destinés à la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH).

- « Administrativement on va l'avoir quand même, là, c'est nous qui faisons le cent pourcent, les dossiers MDPH, et là pour le coup on nous reconnaît bien cette compétence d'expert de synthèse. » D5

Certain-es évoquaient une revalorisation financière insuffisante pour assurer ces rôles.

- Extrait :

« Et ben j'aurai bien voulu qu'avec tout ça, ils revalorisent mieux nos consultations ! Voilà ! (rires des participants) » C2

« C4 dit la même chose que C2 ! (rires de C3) » C4

« Quel est le tarif de la consultation de synthèse ? (rires de tous les participants) » C5

« Alors ça a existé, c'est le CA qui maintenant a été annulé, c'est remplacé par le forfait médecin traitant ! (C4 et C5 acquiescent) Si si qui ont augmentés, on n'a rien à dire ! » C2

La comparaison était faite par rapport au pharmacien-ne et à la cotation de la conciliation médicamenteuse ou du bilan de médication.

- « En le faisant remettre en cause ce qu'on est en train de faire, euh... donc ça demande aussi pas mal d'efforts j'trouve et de travail, de travail ! Un travail qui je trouve est pas tant valorisé que ça... Euh... (D4 manifeste son accord), de l'occasion de dire, de réflexion sur l'ordonnance. Alors tiens, le pharmacien il va pouvoir coter un truc lui s'il bricole sur l'ordonnance ! » D3

Pour autant, certain-es faisaient le constat de devoir assumer des responsabilités grandissantes en termes de compétences, ce qui entravaient le temps qu'elles pouvaient consacrer aux activités de coordination et de synthèse.

- Extrait :

« On nous demande d'être dermatologue, de surveiller les grains de beauté, on doit être rhumatologue, on doit être gynéco... » B1 [...]

« Ben on le fait tout le temps, je veux dire... c'est bien normal ! Je suis étonné que tu sois... surprise. »

B5

« Ben je trouve qu'on m'en demande... trop ! (B2 acquiesce) » B5

- « Oui mais ça c'est idyllique, on passerait trois quart d'heure par consultation pour chaque patient, mais étant donné qu'il y a trop de patients pour pas assez de médecins [...] on peut pas tout faire déjà ! » B2

4.3. Travailler en coopération.

Les participant-es croyaient au travail coopératif pour tendre au meilleur suivi possible. Le bilan de médication n'était pas antinomique.

- « Il y a autre chose auquel je n'ai pas pensé, qui commence seulement à se développer maintenant, pour discuter de la reconduction d'un traitement, on peut aussi avoir recours au bilan de médication avec le pharmacien, parce qu'au niveau des histoires d'interactions médicamenteuses et autres, on n'est

pas forcément les mieux placés, nous pour connaître tout, et... là-dessus le pharmacien, je pense qu'il y a un travail coopératif à faire. » A4

Illes rapportaient des difficultés à identifier les spécialistes et leurs surspécialisations dans le service publique. Certain-es se sentaient contraint-es dans ces conditions à travail avec des spécialistes libéraux, en clinique ou cabinet, malgré leur désir de favoriser l'hôpital.

- « On connaît même pas leurs noms, on a aucune information de qui sont les spécialistes, de ce qu'ils font dans les hôpitaux généraux. On arrive à le savoir dans les CHU. Pourquoi dans les CHU ? Parce que dans les CHU, on fait des formations médicales continues, qui sont des formations où en général on va rencontrer des pontes des CHU donc on arrive à peu près à savoir, mais moi j'en suis contrainte à téléphoner aux secrétaires en demandant « Qui dans vos orthopédistes s'occupe de la main, si il y en a un qui s'occupe de la main chez vous à l'hôpital ? ». Voilà, on est confronté dans notre métier de médecin généraliste à être complètement aveugle sur le réseau de spécialités hospitalières. » B2

- « Si on pouvait les appeler, si on avait des lignes spéciales, pour pouvoir les joindre et avoir une réponse rapide à nos interrogations, ce serait bien ! On prendrait mieux en charge les gens ! (B2 acquiesce) Il y aurait moins d'errance diagnostique, moins de... » B1

Certain-es participant-es étaient suspicieux-cieuses sur le service rendu du Dossier Médical Partagé comme aide à la coopération entre praticien-nés. Lors des entretiens, il était considéré comme insuffisamment accessible à la pratique.

- Extrait :

« Pour faciliter notre travail ! Plus que de nous appropriez... notre... notre travail ! (rires) Je sais pas si le DMP ça va nous aiderait. » B4

« J'crois pas moi. » B1

« C'est une usine à gaz, ça va tout faire péter ! » B4

- Extrait :

« Les gens qui sont hospitalisés en urgence, ils ont pas forcément leur ordonnance sur eux, ni un courrier du médecin traitant, et puis voilà, bon bref... » D1

« Par rapport à ça, il y a le DMP (rires et rires de D4) ! » D3

« Oui mais il faut le mettre à jour ! » D1

- « Ça va pour échanger, pour nous, mais quand le patient il est dans un service d'urgences, ou en tout cas qu'il est ailleurs et qu'il y a besoin d'information, le DMP c'est pas du tout... c'est pas suffisant développé pour être suffisamment aidant ! » D4

SYNTHESE

Les participant-es assumaient leur rôle de coordinateur des soins. Illes se sentaient légitimes à modifier la prescription initiée par un-e autre médecin et à assurer le rôle de synthèse. Illes se heurtaient cependant à des difficultés pour le faire dignement : manque de considération des autres spécialités, difficultés de travail en équipe, et revalorisation financière inadaptée.

DISCUSSION

La gestion du désaccord entre prescripteur·trices est un sujet sensible. Aucun·e médecin ne pourra dire qu'il·le n'a pas un jour été en désaccord sur une prise en charge, ou qu'il n'a pas critiqué un·e collègue de toutes spécialités confondues. Le désaccord est généré par une vision et une analyse différentes d'une même situation.

Ce sujet, bien qu'alimentant de nombreuses conversations à l'hôpital ou lors de réunions de professionnels, n'a jusqu'à présent jamais été réellement étudié. Le récit des participant·es permettait de mettre en lumière des comportements professionnels individuels et les difficultés d'exercice de la médecine générale.

Le postulat de base de la recherche était de penser que les médecins généralistes ne se sentaient pas suffisamment légitimes pour modifier l'ordonnance d'un·e confrère·sœur lorsque leur analyse de la balance bénéfices-risques divergeait. Cette hypothèse est partiellement vérifiée par ce travail. Ce postulat s'applique à certain·es praticien·nes, dans des conditions relativement spécifiques. L'approche sociologique n'aura pas la prétention à elle-seule de comprendre la complexité des rouages psychologiques qui s'expriment dans l'exercice de chacun.

La pratique des médecins généralistes en France était étudiée, et permettait de pouvoir discuter des comportements professionnels adoptés. La subjectivité de la pratique médicale et l'incertitude des données scientifiques sont également questionnées.

PLAN DE LA DISCUSSION

I. PRINCIPAUX RESULTATS.	152
1. Primum non nocere.	152
2. Le savoir, la balance bénéfices-risques et la décision médicale.	153
3. Un positionnement individuel par rapport aux prescriptions.	156
3.1. L'esprit critique et l'incertitude.	156
3.2. Les apprentissages dans la formation médicale.	158
3.3. L'influence de l'industrie pharmaceutique.	160
3.4. Le choix de sources d'informations spécifiques.	160
3.5. L'expérience personnelle et/ou professionnelle de la iatrogénie.	161
3.6. L'influence au sein des groupes de pair-es.	162
3.7. Une question d'insuffisance professionnelle.	162
4. L'expression du désaccord sur une prescription.	163
4.1. L'environnement sociologique de la médecine générale.	164
4.2. La pression de la demande de prescription.	164
4.3. L'image des autres spécialités.	165
4.4. Le questionnement de la confraternité.	165
4.5. Le questionnement de la responsabilité et la pression médicolégale.	167
5. La légitimité et les rôles de coordination et de synthèse.	168
6. Du militantisme et de la radicalité.	170
7. Les compétences psychosociales.	171
8. Et les patient-es ?	172
9. Proposition de modélisation.	173
II. FORCES ET FAIBLESSES DE L'ETUDE.	175
1. Place de notre étude dans la littérature.	175
2. Critique de la méthode.	175
2.1. Confirmabilité et fiabilité de l'étude.	175
2.1.1. Expérience du chercheur.	175
2.1.2. A propos des entretiens.	175
2.2. Validité interne, crédibilité.	177
2.3. Validité externe, transférabilité.	177
III. APPORTS A L'EXERCICE AMBULATOIRE EN SOINS PREMIERS.	178

I. PRINCIPAUX RESULTATS.

1. Primum non nocere.

Le principe de non-malfaisance ressortait de la majorité des entretiens. C'est un des quatre principes de la bioéthique contemporaine, avec ceux d'autonomie, de bienfaisance et de justice⁸⁷.

Pourtant, la revendication du « primum non nocere » hippocratique, proche du principe de non-malfaisance, revêtait des significations relativement singulières, en faisant appel à la morale individuelle et à la conception personnelle du risque dans le domaine du soin.

« En médecine clinique, il s'agit certes d'abord de ne pas nuire, et ensuite de viser un bénéfice ; mais il ne s'agit pas pour autant de subordonner le souci de faire le bien à celui de ne pas nuire, sous peine de paralyser toute initiative thérapeutique au seul motif qu'elle est susceptible d'entraîner des conséquences iatrogènes. »⁸⁸. Cette tension, en médecine clinique contemporaine, anime les débats sur l'articulation entre principe de non-malfaisance et de bienfaisance, autrement dit : le techniquement possible est-il éthiquement acceptable ?

Le principe de précaution, issu de l'allemand *Vorsorgeprinzip* et développé lors de prises de décisions politiques sur la protection de l'environnement dans les années soixante-dix, vise-t-il le bien ou vise-t-il la réduction des risques en médecine ? Se pose également la question du choix de la traduction, qui pourrait être plus de l'ordre de l'anticipation que de la précaution. Le principe d'anticipation⁸⁹, dont l'origine étymologique est « ne pas être au repos », semblait plus pertinent pour parler de l'inquiétude qui animait certain-es participant-es et qui les incite à avoir une attitude de vigilance à long terme.

Les médecins généralistes sont-ils suffisamment prudent-es ou justement critiques dans leur manière de prescrire ?

2. Le savoir, la balance bénéfices-risques et la décision médicale.

Que signifiait une balance bénéfices-risques défavorable ?

Il nous avait paru important dans un premier temps de définir collectivement la notion de balance bénéfices-risques, afin que les implicites communs soient partagés. Cette notion prenait à travers ce travail des dimensions variées, largement au-delà de la définition communément acceptée sur le seul rapport au médicament. La question de la balance bénéfices-risques donnait lieu à une appréciation singulière par les médecins, en fonction de chaque situation.

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

« Bénéfice(s) » et « risque(s) » relevaient-ils du pluriel ou du singulier ? Le pluriel prenait plus de sens : chaque praticien allait mettre des données plurielles mais différentes de chaque côté. Ce postulat était en accord avec la définition proposée par le ministère français de la santé : « Evaluation des effets bénéfiques thérapeutiques en comparaison aux risques liés à la sécurité d'emploi d'un médicament (mesurés pour un utilisateur donné ou estimés pour une population). »⁹⁰.

La notion de balance bénéfices-risques était floue pour les participant-es. Elle a été confondue avec les éléments aboutissant à la décision médicale. L'analyse de la balance bénéfices-risques était la même démarche que la prise de décision médicale, alors qu'elle est communément définie sur une intervention en elle-même²⁴.

La quantité de variables intégrées dans cette balance par les participant-es était gigantesque. Illes s'appliquaient à prendre en compte les données scientifiques qu'illes avaient à leur disposition, et de nombreuses données irrationnelles entraient dans sa composition. Référence peut être faite à la Compétence « Approche globale, prise en compte de la complexité » telle que définie par le Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE), qui a déjà conceptualisé cette approche décisionnelle, en lien avec les principes de l'Evidence-Based Medicine.

Illes conceptualisaient cette balance comme un processus de réflexion leur permettant de prendre la meilleure décision pour et avec le-a patient-e. Ce processus était appliqué à tous les éléments composant la consultation médicale, mais illes se sont surtout attardé-es sur le médicament. Semblant moins problématique, la question de balance bénéfices-risques des examens complémentaires a été peu abordée. Pour exemple, les controverses autour des dépistages des cancers du sein, du colon et de la prostate n'ont quasiment jamais été citées, alors que celles portant sur les statines l'ont été à chaque entretien.

Pour le médicament, les bénéfices attendus et les risques évoqués étaient nuancés par les difficultés d'extrapolation des études cliniques et de leur application à un individu donné, dépendante des connaissances individuelles de chaque généraliste. L'analyse était contrainte par le contexte de prise de décision, où chaque acteur-trice décidait plus ou moins consciemment de prendre en compte des données différentes. La limite des connaissances individuelles de chacun était partiellement conscientisée et pouvait être vécue comme une pression supplémentaire pour améliorer la lecture de la balance bénéfices-risques.

« nous il faut qu'on ait une bonne connaissance de cette fameuse balance (accord de A6) parce que je vois, je ne suis pas capable de dire quels sont les risques de certains traitements, et du coup se prononcer c'est pas toujours évident... ! Il faut connaître pour conseiller comme il faut quoi ! » A2

C'était surtout la fiabilité des données scientifiques qui était questionnée. Nous avons constaté qu'illes avaient des connaissances différentes, et surtout qu'illes n'adhéraient pas avec la même conviction aux données qui leurs étaient accessibles. Illes ne partageaient pas le même avis et la même conscience des failles du système d'élaboration et de diffusion de la connaissance médicale et thérapeutique. Ces failles sont aujourd'hui connues et bien documentées, tels qu'en témoignent les récents scandales sanitaires ou les critiques émises sur la fiabilité des données de recherche, même celles ayant le plus haut niveau de preuves⁹¹. Le ghost-writing est aujourd'hui une des

techniques les plus perverses du système, jetant le doute sur tout le système de publication scientifique^{92,93}.

L'interprétation des données issues des publications d'études cliniques était délicate. Sur une même réalité statistique, illes ne percevaient pas les bénéfices de manière aussi positives. Si les bénéfices étaient à peu près connus, la potentialité de survenue d'effets secondaires médicamenteux était plus difficile à évaluer. Certains sont documentés, classés par ordre de fréquence possible, d'autres sont inconnus. Il était alors difficile de les envisager ou de les conscientiser. Les médecins généralistes avaient des difficultés à statuer sur l'éventualité de la survenue des effets secondaires, ce qui était en accord avec les travaux de Marc Chanelière¹⁵. En effet, certain-es médecins généralistes exprimaient « un caractère d'impondérabilité des évènements indésirables survenant « au hasard », alors que d'autres exprimaient l'existence d'une part « d'évitable » ou « d'inévitable » car inconnu au préalable ». A l'échelle d'une patientèle de médecin généraliste, rarissimes étaient les patient-es touchés par un évènement iatrogène grave¹⁷. Ces constatations expliquaient, partiellement, l'application inconstante du principe de précaution par les participant-es, lors d'une initiation ou d'une reconduction de prescription.

Quant aux bénéfices des thérapeutiques, la prescription médicamenteuse est un outil majeur de l'exercice médical. Comme objet transitionnel conclusif, la prescription symbolise le transfert vers le-a patient-e du pouvoir de guérir⁹⁴.

Les rapports entre généralistes et analyse de la BBR d'une prescription sont subjectifs : si la science est mouvante voire faillible, toute place est faite pour l'exercice de l'esprit critique. Observer et formuler des hypothèses quant aux autres facteurs influençant le positionnement du praticien-ne vis-à-vis du risque iatrogène d'une prescription deviennent possibles.

3. Un positionnement individuel par rapport aux prescriptions.

Si la balance bénéfices-risques était un processus de réflexion et un moyen de communication avec le-a patient-e, illes ne mettaient pas le curseur de prudence au même niveau. « Être critique » dans l'exercice de prescription revêtait des significations spécifiques. L'étude de la psychologie individuelle des participant-es permettrait d'expliquer plus finement les différents mécanismes impliqués, ce que ne nous permet pas la méthodologie basée sur des entretiens collectifs. Dans une approche empruntée à la psychologie sociale, nous apporterons certaines pistes explicatives.

Est-ce que la critique d'une intervention médicale (toute prescription confondue) est un processus issu d'un apprentissage ou est-ce lié à une prédisposition individuelle ?

Quels éléments favorisent la prudence et/ou la critique dans l'exercice de la médecine générale ?

3.1. L'esprit critique et l'incertitude.

Des différences de capacité à « être critique » étaient constatées. « Le mot « critique » vient du grec κριτικός (kritikos) : « capable de juger, de discerner ». « Le terme « esprit » sous-entend un état permanent, comparable dans une certaine mesure à un trait de caractère qui ne s'efface pas. « L' « esprit critique » serait la tournure d'esprit propre à celui qui, dans chacun des objets qu'il a la possibilité d'observer, cherche à discerner le bien du mal, le vrai du faux. L'esprit critique ce n'est pas de critiquer, ni l'esprit de contradiction ou le scepticisme. Exercer son esprit critique, c'est douter, remettre en cause, chercher la légitimité, le fondement. C'est donc plus une posture intellectuelle qu'une compétence. »⁹⁵.

La two-factors theory décrit l'esprit critique comme un effet combiné des capacités cognitives et des caractéristiques psychologiques individuelles. C'est une compétence intrinsèque à chacun-e⁹⁶. Or, cette vision est réductrice : elle ne spécifie pas qu'il puisse se développer. L'esprit critique n'est pas un acquis, c'est une exigence, toujours à actualiser.

La non-soumission à l'autorité⁹⁷, concept initialement développé par Claude Bernard, rejoint les principes de l'esprit critique : « le doute, la liberté d'esprit et d'initiation, la non-soumission à l'autorité des croyances. »⁹⁸. Pour décrire la hiérarchie persistante entre médecins généralistes et médecins d'autres spécialités, Michael Balint a développé l'idée de « pérennité injustifiée de la relation professeur-élève »⁹⁹. Elle fige les généralistes dans une conception du monde médicale où les critiques émises envers d'autres spécialités ne sont ni naturelles ni légitimes. Ces autres spécialités ont pour acquis une excellence de savoir technique mais dans un cadre défini et limité. La médecine générale, quant à elle, détentrice d'un savoir plus limité, serait moins considérée, voire de moindre légitimité décisionnelle. C'est une des hypothèses pouvant expliciter le positionnement des participant-es qui n'identifiaient pas de situations de désaccord dans leur pratique.¹⁰⁰

Plusieurs fois, la question de la soumission à l'autorité a été évoquée dans nos entretiens. La mise en conformité par rapport au groupe était rassurante et pouvait permettre de lutter contre l'isolement intellectuel. Ceci expliquant l'approche conventionnelle de certain-es, alors que d'autres cultivaient une réflexion de la remise en cause.

Illes ne maîtrisaient pas tou-tes avec la même aisance l'incertitude inhérente à la pratique de la médecine. L'incertitude a été étudiée en médecine, mais en dehors du champ liée aux indications des thérapeutiques. « L'incertitude médicale sur le front des savoirs se déploie [...] sur trois différents niveaux : un niveau 1 qui « résulte d'une maîtrise incomplète ou imparfaite du savoir disponible », un niveau 2 qui « dépend des limites propres à la connaissance médicale » du moment, et un niveau 3 qui tient à la difficulté pour un praticien donné de faire la part du premier et du deuxième niveau. Ces distinctions sont très pertinentes pour analyser les spécificités du rapport au savoir des généralistes. »¹⁰¹. Ces trois niveaux ont été exprimés par les participant-es. Le niveau 3 était le plus discriminant et rejoignait la capacité à douter de connaissances individuelles et de l'incertitude des données de la science.

Si l'esprit critique en médecine s'apprend et se cultive, il nécessite de bonnes capacités cognitives pour la prise en compte de données divergentes et serait influencé par les caractéristiques

psychologiques de chacun-es. Il s'agit d'explorer les deux premiers niveaux décrits par Géraldine Blois, et d'enseigner le troisième niveau permettant à chaque praticien-ne de prendre le recul nécessaire sur sa propre pratique. Par ailleurs, l'apprentissage de la lecture critique d'article est un enseignement obligatoire dans les facultés françaises, mais il ne répond pas à cet objectif de développement critique.^{102,103}

3.2. Les apprentissages dans la formation médicale.

La formation médicale initiale influence la pratique future. L'appréhension de la balance bénéfices-risques est le résultat d'un apprentissage. C2 témoignait que plusieurs de ses enseignants insistaient sur le potentiel réflexif de chaque situation et sur la nécessité de s'éloigner d'une réponse protocolaire, dans une forme de culte de la réflexion et du maintien de l'art en médecine pour pallier le risque de proposer des solutions inadaptées.

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

Le contexte français considère la biomédecine comme assise sur l' « illusion d'un progrès permanent »^{55,66}. C'est un postulat essentiel à la compréhension des pratiques actuelles. Les médecins français ont une vision plus positive des bienfaits du médicament que d'autres pays, comme les Pays-Bas. Cela se retrouvait particulièrement dans le discours d'un groupe de participant-es, ayant une pratique désignée comme « conventionnelle ».

Les principaux mécanismes de la pratique sont mis en place au cours des études médicales. « Les études de médecine constituent un moment décisif de la socialisation professionnelle. C'est au cours de cette période d'apprentissage que la profession, ou plus exactement, que la profession à travers son corps de médecins-enseignants, va initier les novices à l'identité professionnelle des médecins (...) et c'est par cette initiation que la profession va pouvoir exercer un contrôle sur ce que vont devenir ces futurs médecins. C'est l'ensemble des valeurs, des idées, des normes, des comportements qui composent la culture professionnelle qui constitue l'enjeu de cette initiation. »¹⁰⁴

Une partie des actes de prescription est plus intuitive que réfléchie¹⁰⁵. La pratique médicale est le fruit de la transmission de connaissances basées pour partie sur des données scientifiques combinées à l'expérience des pair-es. Illes reproduisent des attitudes de prescription héritées de leurs maîtres. Ces attitudes sont intuitives, et sont seulement partiellement discutées ou conscientisées. Le compte-rendu de consultation transmis par d'autres spécialistes est également source de connaissances^{71,106}, la remise en cause de leurs savoirs n'étant pas naturelle. Illes se positionnaient comme inférieur-es aux spécialistes, dans une forme d'idéalisation de leurs compétences, comme en témoignait le terme de « ponté ».

« Parce que dans les CHU, on fait des formations médicales continues, qui sont des formations où en général on va rencontrer des pontes des CHU. » B2

Certain-es participant-es témoignaient de la construction initiale du savoir médical qui donnait l'illusion de faits bien établis et d'une pratique normée, hospitalière, protocolaire, où la marge réflexive de chacun-e était limitée. Dès lors qu'illes exerçaient en soins premiers, illes se retrouvaient confronté aux réalités du terrain et leurs certitudes s'effondraient¹⁰¹. L'apprentissage de la balance bénéfices-risques débutait vraiment avec l'autonomisation de la pratique ambulatoire. D'autres praticien·nes adaptaient fidèlement leurs acquis formatifs à l'exercice ambulatoire en soins premiers.

3.3. L'influence de l'industrie pharmaceutique.

La formation médicale est influencée par les liens ou conflits d'intérêt avec l'industrie pharmaceutique, et par des intérêts autres que ceux des patient-es⁵⁰. Les entreprises du médicament influencent médecins spécialistes, généralistes et patient-es par un système complexe et bien établi. Nous ne fûmes pas en mesure d'établir une corrélation directe entre le degré d'esprit critique des participant-es et les liens entretenus avec l'industrie pharmaceutique. Nous avons pu observer que le groupe B, dont les participant-es se rapprochaient du modèle conventionnel, était celui qui était le plus lié aux laboratoires pharmaceutiques (cf. Résultats, II. Tableau n°3). Dans une méthodologie qualitative, nous ne pouvons qu'en faire la remarque sans en tirer quelque conclusion que ce soit, cela relèverait d'une approche spécifiquement quantitative. Ces liens peuvent être un facteur de risque de surprescription médicamenteuse^{107,108}.

L'esprit critique peut être annihilé par l'influence de l'industrie pharmaceutique, représentant la pensée dominante. L'effet Janis, dans sa description par Jack Mezirow, fournit une hypothèse pertinente. « Plus l'esprit de concorde et l'esprit de corps règnent parmi les membres d'un groupe dominant, plus il y a danger que le mode de pensée critique, indépendant, soit remplacé par le « penser-groupe » qui débouchera vraisemblablement sur des actes irrationnels et avilissants dirigés contre les groupes dissidents »¹⁰⁹.

Cette notion est à privilégier dans l'enseignement en FMI afin de mieux l'enrichir d'un esprit critique professionnel pertinent, garant de l'indépendance intellectuelle des soignant-es.

3.4. Le choix de sources d'informations spécifiques.

La quasi-totalité des classes ou des molécules citées et sujettes à des désaccords entre généralistes ou avec d'autres spécialistes étaient celles dont l'intérêt est discuté dans la Revue Prescrire^{110,111,112}. Les lecteurs d'une revue médicale spécifique pratiquent de manière conforme aux recommandations avancées par celle-ci¹¹³. Les lecteurs de la Revue Prescrire seront volontairement

relativement critiques vis-à-vis du médicament, car c'est le positionnement de la revue. Les balances bénéfices-risques préétablies des médicaments étaient le fruit d'une réflexion en amont, qui correspondait aux critères de sélection qu'elles avaient choisis plus ou moins consciemment pour établir leur référentiel de confiance. Elles pouvaient faire le choix de se détourner de la Revue Prescrire ou d'autres revues indépendantes car elles étaient sources de contradictions trop importantes pour être supportables : elles faisaient peur. Il était difficile pour certain·es praticien·nes de considérer que le système dominant puisse donner des informations tronquées ou partiales.

Quels étaient les critères influençant leurs choix de formation ?

3.5. L'expérience personnelle et/ou professionnelle de la iatrogénie.

S'elles sont plus ou moins marquées par les effets secondaires médicamenteux, plusieurs travaux témoignent de la sous-estimation de la iatrogénie par les médecins¹¹⁴.

La survenue d'effets secondaires chez un·e des patient·es suivi·es a un impact plus ou moins durable sur les pratiques du généraliste concerné·e¹⁵. Qu'il s'agisse de la survenue d'un effet secondaire sur soi, sur un proche ou sur un·e de leurs patient·es, l'évènement était impactant émotionnellement. Il peut avoir des conséquences sur la pratique professionnelle et sur le·a médecin el·lui-même. Le·a médecin serait la seconde victime d'une erreur médicale¹¹⁵.

Le phénomène de rémanence était perceptible, témoin d'empreintes émotionnelles sur les participant·es. La force de l'impact émotionnel et la sensibilité propre de chaque médecin sont des facteurs permettant d'expliquer partiellement le degré de remise en question exprimé. L'impact de la survenue d'un effet secondaire déclencherait de manière inconstante des questionnements en lien avec la thérapeutique en cause.

3.6. L'influence au sein des groupes de pair-es.

Peu importe qu'illes soient regroupé-es par affinité idéologique ou par affinité d'entente, chaque groupe portait une certaine homogénéité des pratiques malgré quelques disparités. Les groupes s'encourageaient et s'entraînaient dans leurs pratiques. Illes avaient élaboré une distorsion commune de la réalité par rapport à leur manière de prescrire. C'était un facteur de renforcement positif fort. Les groupes de participant-es avaient tendance à s'exprimer de manière assez homogène. Peu de conflits sont nés des discussions des entretiens collectifs, illes avaient, au contraire, plutôt tendance à se valoriser.

Cette vision commune favorisait le fait que les membres du groupe pouvaient communiquer entre ell-eux de manière optimisée. Les groupes de pair-es agissent comme un élément fort de la formation médicale continue des participant-es¹¹⁶. Illes n'ont pas choisi ce mode de formation par hasard. Si la participation à cette forme de formation est pertinente et efficace, la relative homogénéité des groupes introduit, comme les lectures professionnelles et les autres FMC, une normalisation des pratiques au sein d'un même groupe qui favorisent une ouverture finalement « bornée » des pratiques. Ces constatations correspondent aux théories de psychologie sociale d'influence majoritaire, plus spécifiquement de normalisation et de conformisme¹¹⁷ (cf. Discussion II.2.1.2.).

Une autre application de l'effet « Janis », autrement dit de « pensée moutonnaire », pouvait s'appliquer aux groupes de pair-es¹¹⁸. Les pensées angoissantes générées par la peur d'une attitude néfaste pour les patient-es pourrait expliquer que certains groupes minimisent la iatrogénie médicamenteuse.

3.7. Une question d'insuffisance professionnelle.

Pour certain-es participant-es, les raisons de la surprescription médicamenteuse provenaient d'un manque de compétences dans l'exercice professionnel, toutes spécialités confondues. Elles se focalisaient sur des difficultés à être critique, à jour des données de la science, et à exercer la

médecine dans une approche centrée-patient-e, comme décrits dans les recommandations de bonne pratique et le cadre légal.

Le système de formation est en France majoritairement établi sur une hiérarchie descendante, où les spécialités hospitalières ont un monopole d'influence élevé. C'est d'ailleurs à la lumière de ces considérations, que ces données entrent dans le cadre de la stratégie marketing des laboratoires pharmaceutiques.

Ainsi, la formation à la reconnaissance et la gestion de l'incertitude fait aujourd'hui partie des compétences indispensables chez les médecins généralistes, comme d'ailleurs dans les autres spécialités, leur d'espoir pour l'indépendance des médecins de demain.

4. L'expression du désaccord sur une prescription.

4.1. L'environnement sociologique de la médecine générale.

La place de la médecine générale dans le paysage de la médecine française a changé depuis peu. Sa reconnaissance comme spécialité à part entière, le développement de sa filière universitaire, son évolution conceptuelle et ses publications sont des facteurs qui favorisent cette évolution. Un changement de paradigme se dessine par rapport à « « l'expérience de l'illégitimité »¹¹⁹ attachée à la condition de généraliste »¹⁰¹, décrite en 1987, qui ne facilitait pas la discussion collective des prises en charge mais favorisait « la crispation sur une singularité réputée irréductible. »¹²⁰.

Mais dans les esprits de beaucoup, elle demeure dominée par les pair-es spécialistes⁷². L'image du généraliste reste celle d'un-e médecin dont les connaissances ne peuvent être au même rang que celles des spécialistes, « quels que soient les efforts personnels qu'il déploie ou la qualité de la formation initiale reçue, l'omnipraticien est devenu, et restera, celui qui sait un peu de tout. »¹⁰¹ L'« idéal d'autonomie du travail et de responsabilité médicale qui se trouve alors pris en défaut. »¹²¹. Les généralistes seraient alors contraints à valoriser leur fonction de synthèse et de coordination, dans un contexte difficile. « L'appel récurrent au rôle des médecins généralistes comme pivot des

soins, première étape d'une prise en charge plus globale, n'est pas compatible en pratique avec leur position symbolique hiérarchique de subordination professionnelle »¹²².

C'était à la lumière de ces considérations que cette étude a été conçue.

Nous avons observé que les médecins généralistes se sentaient globalement légitimes à mettre en cause la prescription de leurs confrère-sœurs quand ils le jugeaient nécessaire. Néanmoins, et malgré les récentes évolutions de l'image de la spécialité, leur légitimité était conditionnée par l'aval de leurs patient-es.

4.2. La pression de la demande de prescription.

Les français-es sont un-es de premièr-es consommateur-trices de médicaments au monde. Le contexte culturel est favorable, associé à une prise en charge des dépenses par la collectivité et favorisé par la pression de l'industrie pharmaceutique. Le médicament est le pouvoir d'action majoritaire, pour affirmer la compétence, la capacité d'intervention, comme cela a déjà été observé⁶⁰. Certain-es participant-es se sentaient ainsi contraint-es à la prescription par les patient-es¹²³, ce qui ne favorisait pas la lutte contre la surprescription et la sobriété thérapeutique. Souvent, le désir des patient-es de recevoir une prescription par le-a médecin était surestimé¹²⁴, avec la symbolique du médicament, comme objet magique « contre la peur de l'erreur médicale et de la mort »⁹⁴.

Les patient-es ne légitimaient un discours critique sur le médicament que s'illes étaient ell-eux-mêmes dans une démarche similaire et qu'illes avaient choisi leurs médecins en connaissant ces critères. Cette croyance ne se retrouve pas dans les critères prioritaires analysés aussi bien dans les études quantitatives que qualitatives^{125,126,127}. Le partage décisionnel, bien qu'important, n'est pas prioritaire pour les patient-es. A contrario, les qualités d'écoute et d'empathie le sont. Ainsi, les patient-es pouvaient être un frein à la déprescription dans l'esprit des participant-es⁷⁵.

Pourtant, la décision médicale partagée, introduit en France le 4 mars 2002³⁰, est le modèle légalement plébiscité pour la prise de décision en santé, à mi-chemin des modèles informatif et paternaliste¹²⁸.

4.3. L'image des autres spécialités.

Deux possibilités : le désaccord n'avait pas lieu d'être car illes partageaient une vision commune avec la plupart des autres spécialités, ou le désaccord avait toute sa place car justement les visions de la médecine générale ou des autres spécialités divergeaient. Les considérations sur les « spécialistes surprescripteur-trices » en puissance n'étaient pas partagées par toutes. Elles étaient présentes chez les praticien·nes ayant développé·es une critique du modèle hospitalier et une méfiance importante vis-à-vis du médicament. Illes redoutaient de ne pas pouvoir réellement amorcer une discussion et trouvaient des moyens pour éviter cette situation : en choisissant des correspondant·es prescription-compatibles, ou en s'affranchissant autant que possible de recours aux autres spécialités.

Ces appréhensions étaient sources de désaccords possiblement fictifs. Certain·es participant·es préféraient rompre le contact avec certain·es confrère·sœurs plutôt que d'envisager que leurs mentalités puissent évoluer. A contrario, illes témoignaient ell·eux-mêmes d'évolution des représentations de certaines thérapeutiques chez certain·es spécialistes.

Quand illes repéraient une erreur, illes pouvaient avoir peur de blesser ou de vexer le·a collègue. Quand illes étaient en désaccord, le choix d'entrer en contact avec le·a spécialiste n'était pas obligatoire.

Certaines relations entre spécialistes et médecins généralistes se sont avérées « confraternelles et cordiales » lorsque le·a médecin généraliste contacte le·a spécialiste pour une éventuelle déprescription de *clopidogrel*²⁹. Cela montre une discussion possible et une remise en question de part et d'autre pour favoriser une démarche de déprescription.

4.4. Le questionnement de la confraternité.

L'importance apportée au respect des règles déontologiques était forte et bien ancrée dans les pratiques des généralistes : il n'était pas confraternel de dénigrer un-e confrère-sœur en face d'un-e patient-e. La peur principale était que le-a patient-e perde confiance en la médecine, mais pas seulement. Illes pouvaient avoir peur d'être à la place de cell-ui qui serait critiqué-e.

Emettre un désaccord et vouloir respecter les règles déontologiques donnaient lieu à un conflit d'allégeance, décrit comme inconfortable. Le respect de la confraternité était un frein à l'expression du désaccord, et une garantie pour éviter la rupture de confiance entre les patient-es et les médecins. Illes étaient en dissonance cognitive, dans un « sentiment d'inconfort psychologique, causé par deux éléments cognitifs discordants, et plongeant l'individu dans un état qui le motive à réduire ce sentiment inconfortable »¹³⁰.

Certain-es praticien-nes n'identifiaient que peu de situations de désaccord. Nous soulevons l'hypothèse qu'illes dissimuleraient, inconsciemment, le conflit de valeurs : ne pas mettre en doute la parole d'un-e confrère-sœur et renouveler sa prescription serait une attitude professionnelle déontologique élégante et confortable. Mais ce n'est qu'une hypothèse, non explorée et probablement non explorable lors d'entretiens collectifs.

A l'inverse, d'autres stratégies étaient possibles pour atténuer cette dissonance cognitive. Les attitudes adoptées étaient la modification de leur univers socioprofessionnel pour le rendre cohérent avec leurs croyances. Illes réduisaient cet état de tension en privilégiant le bien-être du patient-e, plutôt que de s'exposer à un conflit déontologique. Illes pouvaient avoir tendance à exercer dans une plus grande autonomie.

La peur du conflit pouvait faire naître une autre position : le respect de l'argument d'autorité, pour justifier l'absence de questionnement d'une prescription et réduire la dissonance cognitive.

La gestion de conflit ne fait pas partie des enseignements en FMI. De rares études ou thèses abordent la question des conflits entre médecins, comme les désaccords entre chirurgiens et

anesthésistes au bloc opératoire, ou les situations de conflits entre internes de médecine générale et maîtres-ses de stage¹³¹. Chez les internes, aborder le conflit et l'apprentissage de sa gestion serait nécessaire pour le-a conduire à son autonomisation et à son émancipation en tant que professionnel-le : développer l'assertivité serait une compétence nécessaire pour soigner.

4.5. Le questionnement de la responsabilité et la pression médicolégale.

Le-a dernièr-e prescripteur-trice, même s'il-le renouvelait une ordonnance initiée par un-e autre professionnel-le, engageait sa responsabilité civile. Parmi les motifs avancés pour accéder ou refuser la reconduction de la prescription, la référence à leur responsabilité était constante.

L'approche centrée-patient-e et la décision médicale partagée réduisaient le poids de cette responsabilité, car elles favorisaient l'autonomisation des patient-es. Cette dilution de la responsabilité était bienvenue dans le contexte de judiciarisation croissante dans le monde médical.

D'après l'article R4127-64 du Code la santé publique : « Lorsque plusieurs médecins collaborent à l'examen ou au traitement d'un malade, ils doivent se tenir mutuellement informés ; chacun des praticiens assume ses responsabilités personnelles et veille à l'information du malade ». Il a été jugé par la Cour de cassation en 2013 que « l'obligation de tout médecin de donner à son patient des soins attentifs, consciencieux et conformes aux données acquises de la science emporte, lorsque plusieurs médecins collaborent à l'examen ou au traitement de ce patient, l'obligation pour chacun d'eux, d'assurer un suivi de ses prescriptions afin d'assumer ses responsabilités personnelles au regard de ses compétences ». Et « qu'un médecin qui prend en charge le traitement d'un patient, ne peut s'exonérer de son obligation de suivi et de sa responsabilité en invoquant la faute d'un autre praticien » (Chambre civile 1, 16 mai 2013, 12-21.338, publié au bulletin)¹³².

Un autre arrêt de la Cour de cassation statue sur le fait qu'un-e médecin n'est pas lié par le diagnostic établi antérieurement par l'un-e de ses confrère-sœurs : « Un médecin, tenu, par l'article R. 4127-5 du code de la santé publique, d'exercer sa profession en toute indépendance, ne saurait être lié par le diagnostic établi antérieurement par un confrère, mais doit apprécier, personnellement et sous sa

responsabilité, le résultat des examens et investigations pratiqués et, le cas échéant, en faire pratiquer de nouveaux conformément aux données acquises de la science ». (Chambre civile 1, 30 avril 2014, 13-14288, publié au bulletin)¹³³.

Le-a médecin généraliste est civilement responsable de sa prescription, même dans le cas où il s'agit d'une reconduction dont ille n'est pas le-a primo-prescripteur·trice.

5. La légitimité et les rôles de coordination et de synthèse.

Notre intervention s'était focalisée sur les alinéas 3 et 5 de l'article L4130-1 du Code de la Santé Publique⁶⁷ :

3 « S'assurer de la coordination des soins nécessaire à ses patients » ;

5 « S'assurer de la synthèse des informations transmises par les différents professionnels de santé ».

Le cadre légal était soumis à interprétation sur le plan juridique. La synthèse, sur le plan de la prescription médicamenteuse pouvait signifier de vérifier les interactions médicamenteuses, l'absence de contre-indication, ou d'effet secondaire immédiat mais pas forcément de remettre en cause l'indication d'un traitement au regard de sa balance bénéfices-risques.

L'impact de l'intervention était ainsi limité, car chacun-e des participant-es identifiait le texte au regard de sa propre pratique. Cela légitimait la demande d'un avis technique et l'absence de prescription médicamenteuse des spécialistes, ou à l'inverse, cela légitimait une pratique où la remise en question de l'indication thérapeutique, parfois nécessaire, n'était pas prioritaire.

Le sentiment de légitimité était le fruit de problématiques bien plus vastes, au carrefour notamment de leur psychologie personnelle, de leur construction professionnelle et de la légitimité accordée par le-a patient-e. Le rappel du texte de loi renforçait cell-eux qui doutaient le plus de leur rôle, leur donnant un appui pertinent sur le plan médico-légal pour sécuriser leur pratique.

La demande d'avis technique sans prescription nous a interpellé. Il prend sa source dans une autre législation : la réglementation des actes de l'Assurance Maladie¹³⁴ et l'Acte Ponctuel de Consultant dans le cadre du parcours de soins (APC), ex-C2. L'explication a été donnée dans les temps informels des entretiens, et plusieurs participant·es affirmaient que cet acte, de dénomination APC, mieux rémunéré qu'un acte de consultation classique, était soumis à l'absence de prescription à l'issue. Le texte est le suivant :

« Le médecin correspondant, sollicité pour cet avis ponctuel de consultant, adresse au médecin traitant ou au chirurgien-dentiste ses conclusions et propositions thérapeutiques.

Il s'engage à ne pas donner au patient de soins continus et à laisser au médecin traitant ou au chirurgien-dentiste la charge de surveiller l'application de ses prescriptions.

Le médecin consultant ne doit pas avoir reçu le patient dans les 4 mois précédant l'avis ponctuel de consultant et ne doit pas le revoir dans les 4 mois suivants pour la même pathologie. »

L'interprétation porte sur le terme « propositions thérapeutiques » et « à laisser au médecin traitant [...] la charge de surveiller l'application de ses prescriptions ». Il y a là une ambiguïté : un·e tiers·e professionnel·le sollicité·e par le·a médecin traitant peut-il·le initier sa prescription et coter un Acte Ponctuel de Consultant ? Un autre document de l'Assurance Maladie apporte des précisions¹³⁵ :

« Adressez au médecin traitant vos propositions thérapeutiques et laissez-lui la charge d'en surveiller l'application. Vous pouvez rédiger une première ordonnance de mise en route du traitement ou de demande d'examens complémentaires. »

Il en découle que le·a professionnel·le consulté·e n'a pas un rôle uniquement consultatif. Le·a spécialiste sollicité·e par le·a médecin traitant (en dehors des neurologues, psychiatres et neuropsychiatres bénéficiant d'une cotation spécifique) peut en toute légalité initier une prescription et coter un APC.

Le rôle de coordinateur des soins était bien connu et tout à fait accepté par les participant-es. Il était décrit comme difficile car illes ne disposaient pas toujours des ressources adéquates pour l'exercer de manière pertinente.

6. Du militantisme et de la radicalité.

Prendre le problème à la racine, c'est ce que proposaient certain-es praticien-n-es en adoptant une attitude contrôlante de la décision médicale. La conscience des failles du système scientifique et de l'influence des industriels du médicament encourageaient le développement d'une forme de militantisme vis-à-vis de la sobriété thérapeutique et de la décision médicale partagée. Ces postures individuelles avaient pour objectif de limiter la prescription, basée sur une rationalité stricte, rappelant les récents débats sur le déremboursement de l'homéopathie et les « fakemed ». Cette quête de contre-pouvoir vis-à-vis des lobbys industriels se risque parfois à utiliser des stratégies éthiquement discutables. Si le combat était louable, les dérives possibles étaient multiples.

Ces pratiques, dénommées « radicales », seraient celles qui rompent la communication avec d'autres professionnel-les au titre qu'illes seraient complices de ce système aboutissant à la surprescription médicamenteuse. Ce serait de travailler en autarcie, en assumant détenir tout le savoir nécessaire pour soigner toute une patientèle, rappelant le principe de l'illusion de l'unique invulnérabilité appliquée aux médecins ell-eux-mêmes influencé-es par les lobbys pharmaceutiques. Ce serait manipuler et imposer sa décision au lieu de convaincre en explorant différentes possibilités, et ainsi faire barrage au principe d'autonomie pourtant ardemment défendu.

Certain-es praticien-n-es, du fait de leur positionnement en première ligne face au patient-e, pouvaient exercer leur propre idéologie sur ou avec leurs patient-es. Bien qu'animé-es par un désir bienveillant de protection des patient-es, illes risquaient d'adopter une attitude paternaliste militante, et oublier ainsi les principes de l'approche centrée-patient-e et l'exigence du partage décisionnel.

Comme certain-es participant-es, on peut alors se poser la question de l'impact de certaines pratiques en termes de pertes de chances pour le-a patient-e, au nom de la sobriété thérapeutique. L'attitude conventionnelle est une autre forme de pratique, dont le risque est la surprescription.

« Et je me demande si parfois j'ai même pas un frein à les envoyer chez le spécialiste, qu'ils ont besoin de voir, juste pour pas avoir besoin de négocier, d'argumenter... mes choix thérapeutiques, et nos choix thérapeutiques avec le patient parce que... et voilà, je me dis que bon il y a des choses qu'on peut faire et qu'on n'est pas obligé d'envoyer au spécialiste d'organe, mais c'est vrai que des fois je me dis : 'Est-ce que je ne fais pas perdre des chances au patient parce que je résiste à les envoyer chez le spécialiste pour ça ?'. » D1

Le risque principal serait que certain-es praticien-nes s'enferment dans une pratique idéologique, sans faire évoluer leur réflexion en la confrontant à des opinions opposées.

Quand l'attitude d'un-e praticien-ne devient-elle finalement néfaste alors qu'elle défend des idées louables d'indépendance d'autres intérêts que ceux de la santé de leurs patient-es et de partage de la décision médicale pour rendre l'autonomie accaparée par des décennies de paternalisme médical ?

7. Les compétences psychosociales.

Identifier et travailler ses compétences psychosociales est un piste pour l'affirmation de soi, notamment dans le milieu professionnel. Les proposition de l'OMS de 1993, réactualisées en 2003¹³⁶, sont : « Les compétences psychosociales sont la capacité d'une personne à répondre avec efficacité aux exigences et aux épreuves de la vie quotidienne. C'est l'aptitude d'une personne à maintenir un état de bien-être mental, en adaptant un comportement approprié et positif, à l'occasion des relations entretenues avec les autres, sa propre culture et son environnement. Les compétences psychosociales ont un rôle important à jouer dans la promotion de la santé dans son sens le plus large, en termes de bien-être physique, mental et social. ».

Tableau n°4 : Les compétences psychosociales

COMPETENCES SOCIALES	COMPETENCES COGNITIVES	COMP. EMOTIONNELLES
Communication (expression, écoute)	Prise de décision, résolution de problème	Régulation émotionnelle (colère, anxiété, coping)
Résister à la pression (affirmation de soi, négociation, gestion des conflits)	Pensée critique, auto-évaluation (conscience de soi et des influences)	Gestion du stress (gestion du temps, pensée positive, relaxation)
Empathie coopération et collaboration en groupe		Confiance en soi, estime de soi
Plaidoyer (persuasion, influence)		

Les spécialistes en médecine générale pourraient se les approprier pour optimiser le soin tout en favorisant la relation déontologique. Le développement de l'assertivité, concept développé par le psychologue américain Andrew Salter, est une piste d'amélioration des problématiques de gestion du désaccord. Il s'agit de développer la « résistance à la pression », notamment en cas de défaut de confiance en soi et de soumission à l'autorité.

8. Et les patient·es ?

Illes apparaissaient dans cette étude à travers les dires et représentations des praticien·nes. Mais qu'attendaient-il·les réellement de leur médecin en termes d'analyse critique de la balance bénéfices-risques des thérapeutiques ou des examens complémentaires ?

Aucune réponse argumentée n'existe à ce jour dans la littérature francophone.

9. Proposition de modélisation.

La méthode d'analyse nous autorise, à partir de la parole des participant·es, à proposer une schématisation. Cette analyse sera de fait simpliste : les caractéristiques ne sont pas figées et chaque praticien·ne pourra se situer sur cette échelle dans une situation précise, et non dans la globalité de sa pratique. Nos résultats et la modélisation sont concordants avec les données d'Anne Vega⁷¹.

Trois positionnements principaux au regard de la prescription ont été identifiés : **une pratique « conventionnelle », une pratique « critique » et une pratique « radicale »**. Ces positionnements sont proposés comme des « facteurs de risques ».

- Conventionnelle : pratique de prescription la plus courante.
- Critique : confrontation de plusieurs opinions.
- Radicale : une source principale à contrecourant.

Une quatrième catégorie aurait pu être envisagée : les « gros prescripteurs », mais aucun·e des participant·es ne s'était revendiqué·e comme tel·le.

Tableau n°5 : Modélisation.

	CONVENTIONNELLE	CRITIQUE	RADICALE
EVALUATION DE LA BALANCE BENEFICES-RISQUES			
SIGNIFICATION DE DE L'ACTE DE « REEVALUATION »	Posologie		
	Tolérance et effet secondaire immédiat		
	Interaction médicamenteuse		
	Indication thérapeutique		
NUANCES PORTANT SUR L'ANTICIPATION DE LA IATROGENIE	Effet secondaire potentiel		
	Risque de focalisation sur les risques potentiels		
	Oui		
	Données établies de manière « solides »		
GESTION DE L'INCERTITUDE DES DONNEES DE LA SCIENCE	Données faisant l'objet de discussion dans la communauté scientifiques		
	Données dont la pertinence scientifique est discutée par un faible nombre de contradicteurs		
	Mauvaise	Bonne	Mixte

	CONVENTIONNELLE	CRITIQUE	RADICALE
LIENS AVEC L'INDUSTRIE PHARMACEUTIQUE			
LECTURES PROFESSIONNELLES INDEPENDANCES DE L'INDUSTRIE PHARMACEUTIQUE	Pas spécifiquement	Oui	Oui uniquement
FORMATION INDEPENDANTE DE L'INDUSTRIE PHARMACEUTIQUE	Non	Plutôt	Oui
VISITE MEDICALE	Oui	Non ou discutée	Refus impératif
LIENS AVEC LES AUTRES SPECIALISTES			
PERCEPTION QU'ILLES ONT DES AUTRES SPECIALISTES	Respect important Soumission à l'autorité	Aussi compétent-es	Risque de dénigrement de leur approche
QUALITE DES RAPPORTS HUMAINS	Plutôt bons		Variables
FREQUENCES DES DESACCORDS	Rares	Parfois	Fréquents
TRAVAIL EN COOPERATION	Oui	Variable	Tendance à travailler seul
LIENS AVEC LES PATIENT·ES			
PRATIQUE DE LA DECISION MEDICALE PARTAGEE	Risque d'utilisation d'une posture paternaliste, en faveur d'une surprescription	Mixte	Risque d'utilisation d'une posture paternaliste, en faveur d'une sous-prescription
PRATIQUE D'INFORMATION POUR LA DMP	Attitude mixte	Convaincre	Persuader
RAPPORT A LEUR LEGITIMITE			
LEGITIMITE A MODIFIER UNE PRESCRIPTION AVEC LAQUELLE ILLES SONT EN DESACCORD	Oui, sauf si : - Manque de confiance en soi - Absence de légitimité donnée par le·a patient·e Pour les problématiques identifiées dans « SIGNIFICATION DE REEVALUATION »		
RISQUES POTENTIELS DE LA PRATIQUE			
RISQUES POTENTIELS	- Surprescription - Exercice partiel du rôle de contrôle et de synthèse des prescriptions	- Prescription généralement adaptée	- Sous-prescription - Exercer un contrôle individuel des prescriptions
TENSION ENTRE LES PRINCIPES DE NON-MALVEILLANCE OU DE BIENVEILLANCE			
APPLICATION PRATIQUE	Supériorité du principe de bienveillance	Tendance à l'égalité	Supériorité du principe de non-malveillance

II. FORCES ET FAIBLESSES DE L'ETUDE.

1. Place de notre étude dans la littérature.

C'était une étude novatrice et originale. Le sujet du désaccord entre prescripteur-trices n'a jamais été abordé dans la littérature internationale, en dehors des conflits d'équipes hospitalières ou entre anesthésistes et chirurgiens au bloc opératoire (cf. Discussion I.4.4.). Ce travail était également le premier abordant le point de vue des médecins généralistes sur leurs connaissances de la notion de balance bénéfices-risques, leur manière d'envisager qu'elle puisse être défavorable, et leur positionnement vis-à-vis d'un-e confrère-sœur en cas de désaccord.

2. Critique de la méthode.

La méthode qualitative était la plus pertinente pour effectuer ce travail exploratoire, qui visait à vérifier l'hypothèse que les médecins généralistes ne se sentaient pas suffisamment légitimes à modifier la prescription d'un-e autre spécialiste. Cette méthodologie, scientifiquement éprouvée, a été appliquée de manière rigoureuse.

2.1. Confirmabilité et fiabilité de l'étude.

Ce travail s'efforçait au mieux de répondre aux critères de confirmabilité. L'approche méthodologique nous permettait de mieux comprendre les pratiques des médecins généralistes français et d'avoir une vision globale du phénomène.

2.1.1. Expérience du chercheur.

L'ensemble de la recherche a été réalisé par un médecin généraliste remplaçant, accompagné par plusieurs chercheur-cheuses qui avaient déjà participé à de recherches qualitatives et guidé par un directeur de thèse expérimenté.

Le chercheur, novice en recherche qualitative, a poursuivi sa formation et a optimisé sa rigueur tout au long du travail. Il a échangé à de nombreuses reprises avec différentes personnes compétentes afin vérifier que le positionnement serait le plus scientifique possible. Les données ont été partiellement triangulées avec une ex-thésarde expérimentée en recherche qualitative.

Un journal de bord a été tenu au cours du travail, afin de s'affranchir des représentations personnelles pouvant nuire à la bonne qualité de l'interprétation des données.

2.1.2. A propos des entretiens.

Le sujet précis de notre thèse n'était pas connu des participant-es. Illes avaient comme information que celle-ci interrogeait « La prescription en médecine générale ». Les témoignages, recueillis de manière brute, n'étaient pas influencés par des discussions préalables et étaient ainsi affranchis de l'effet Hawthorne.

Les participant-es avaient déjà un fonctionnement de groupe préétabli, puisqu'il s'agissait de groupes de pair-es. La parole était libre : ils participaient par choix et par affinité. S'agissant d'entretiens collectifs, certains points de vue individuels ont pu influencer le groupe. Les entretiens collectifs ont pu, au regard des théories de conformisme issue de l'expérience d'Asch en 1952, empêcher d'obtenir des points de vue alternatifs qui n'auraient pas été acceptés par le groupe, exprimés par les « soumis ». Ce postulat fait partie des biais de cette méthodologie. Dans une future étude, il serait alors intéressant pour limiter ce biais, de faire des entretiens avec des groupes non préétablis. Ce type d'organisation aurait été plus difficile. De même pour l'influence minoritaire, qui n'a pas émergé dans nos groupes.

Le matériel d'étude ayant été suffisamment riche, il a été décidé de ne pas effectuer d'entretiens individuels complémentaires. Ceux-ci relèveraient d'un travail dédié, pour explorer plus en profondeur les opinions ou des expériences spécifiques⁸⁰.

Les entretiens ont été modérés avec une certaine souplesse dans le guide d'entretien⁸³. Ce dernier a été modifié au fur et à mesure des entretiens, selon la méthode dite inductive.

L'entretien préliminaire, au vu de sa richesse, a été analysé. La notion de saturation des données est théorique. Peut-on vraiment suspecter qu'aucune nouvelle idée ne puisse apparaître ? Le quatrième n'a pas apporté de nouvelles informations, mais des données permettant de mieux appréhender la diversité des comportements. La stabilité des informations dans le temps a alors été observée.

2.2. Validité interne, crédibilité.

Les entretiens ont été menés en profondeur avec des participant-es fiables et pertinent-es. Bien qu'ils n'aient pas été relus par les participant-es, les entretiens forment un ensemble cohérent et authentique par leurs données. Les propos auraient pu être modifiés de manière artificielle par la lecture des arguments des autres participant-es et altérer ainsi la cohérence des propos des autres participant-es. Les ressentis ou certaines prises de parole insuffisamment explicites ont été exploré-es plus en profondeur, pour permettre une meilleure compréhension des points de vue.

2.3. Validité externe, transférabilité.

La variété des profils de médecins généralistes participant-es a été exhaustive. L'échantillon était diversifié en variation maximale, notamment en termes de lieu et de structure d'exercice.

Avoir une population plus jeune que la moyenne des médecins généralistes inscrits au tableau de l'Ordre des médecins n'altère pas les résultats dans une approche qualitative. Les données accessibles sur les maîtres de stage universitaires objectivent une comparabilité équivalente aux autres médecins généralistes français^{137,138}.

Concernant les liens à la formation médicale continue et à l'indépendance vis-à-vis de l'industrie pharmaceutique, la population regroupait un large éventail de sensibilités bien qu'une majorité de participant-es était sensibilisé-es au phénomène.

Le fait de n'avoir que des groupes préétablis introduit probablement un biais dans l'échantillonnage, puisque ce sont des personnes qui par définition choisissent de se regrouper pour améliorer et prendre du recul sur leur pratique. Si l'on se fie à Anne-Cécile Philibert, les médecins participant-es à des groupes de pair-es pensaient très majoritairement que le travail en groupe de pair-es améliorait la qualité des soins, et 75% estimaient que leur méthode de travail avait changé depuis leur implication dans un groupe de pair-es¹¹⁵.

L'entretien de médecins ne faisant partie d'aucun groupe de pair-es, ou ayant des liens forts avec l'industrie pharmaceutique, aurait possiblement permis d'explorer d'autres aspects. Néanmoins, cette étude étant pionnière, la comparaison à des données existantes sur de tels critères était impossible.

III. Apports à l'exercice ambulatoire en soins premiers.

Quels sont les apports possibles de ce travail à l'optimisation de l'exercice professionnel ?

Pour assurer toute la sécurité des soins nécessaire pour les patient-es :

- Savoir qu'il est possible de s'opposer à la prescription d'un-e autre médecin.
- Savoir que la responsabilité civile est en jeu, qu'un-e médecin n'est pas lié-e par le diagnostic établi antérieurement par l'un-e de ses confrère-sœurs, et que seules comptent sur le plan juridique les données actuelles de la science.
- Former les médecins de toutes spécialités à la gestion de l'incertitude et du doute.

Pour optimiser la coopération et la communication interprofessionnelles :

- Favoriser les échanges entre professionnel·les lors d'un désaccord.
- Communiquer systématiquement sur une déprescription, quel que soit le motif.
- Former les médecins à la gestion de conflit et à l'expression du désaccord.
- Développer les compétences psychosociales et l'assertivité.

Pour soulever des questionnements pertinents relatifs :

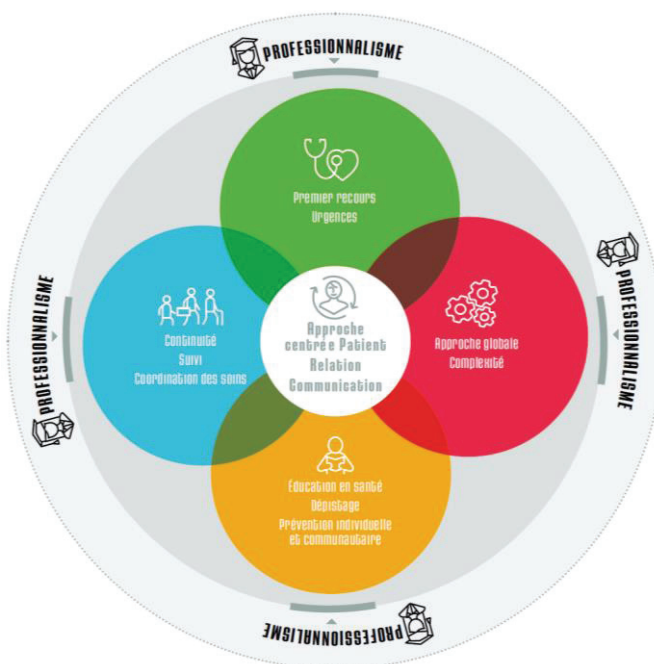
- Aux données objectives et subjectives entrant dans l'analyse que chaque médecin fait de la balance bénéfices-risques et aboutissant à la décision médicale.
- A leur rapport à la certitude des données issues d'études cliniques.
- A l'influence de l'industrie pharmaceutique dans les prescriptions de chacun-es.

Pour conceptualiser ses propres représentations pour travailler en conscience et le plus objectivement possible, tout en respectant une approche centré-patient-e inaliénable. Ceci est en concordance avec la compétence « Professionnalisme » telle que définie par le CNGE¹³⁹.

Référentiel métier et compétences des médecins généralistes

Cette marguerite représente les 6 compétences principales de la spécialité médecine générale.

Chaque cercle illustre les ressources nécessaires à mobiliser pour son exercice. La spécialité médecine générale est une discipline centrée sur la personne qui s'appuie sur trois dimensions fondamentales : scientifique, comportementale et contextuelle.



 
SOURCE : d'après C. ATTALL, P. BAIL, et al.,
groupe « niveaux de compétences » du CNGE
Document propriété intellectuelle

Pour les autres spécialités : mieux comprendre les impératifs de la réévaluation d'un traitement en médecine générale, et mieux en visualiser les problématiques sous-jacentes.

CONCLUSIONS

Au-delà de l'aspect relationnel, l'exercice médical, dont celui de la médecine générale, fait appel à une démarche rigoureuse, scientifique et objective. Certaines pratiques, dans le contexte global de consumérisme sociétal marqué et de pharmaceuticalisation de l'existence, favorisent des prescriptions dont la pertinence peut être questionnée. Considérant que de nombreux événements iatrogènes sont évitables, notre objectif principal était d'obtenir des éléments concrets des pratiques actuelles en médecine générale sur la réévaluation de prescription dont il n'était pas le-a primo prescripteur-trice et dont la balance bénéfices-risques était défavorable. Notre objectif secondaire était d'identifier de possibles axes d'amélioration permettant de garantir aux patient-es la sécurité minimale quant à la prise en charge de leur santé.

L'analyse de la balance bénéfices-risques d'une intervention est un processus de réflexion universel en médecine générale, transversalisant chaque consultation. Ce processus rationnel, confondu avec le cheminement aboutissant à la prise d'une décision en santé, était nourri de données dont la lecture était subjective.

L'adage hippocratique *primum non nocere*, bien qu'unaniment partagé, revêtait des significations personnelles en pensées et en actes. La tension entre la priorisation du principe de non-malfaisance sur le principe de bienfaisance, ou inversement, animait la divergence des pratiques professionnelles. La variabilité des facteurs influençant la lecture de la balance bénéfices-risques était le reflet des valeurs et des représentations des participant-es.

La confiance qu'illes avaient développée vis-à-vis du médicament et de ses institutions modifiait leur approche : la fiabilité des informations provenant des recommandations de pratique professionnelle était inconstamment questionnée. La place était ainsi faite pour l'exercice du doute et de l'esprit critique, mais les participant-es n'étaient pas confortables avec l'incertitude des données

scientifiques. Les singularités de leurs pratiques permettaient de proposer un regroupement en trois types : conventionnelle, critique et radicale.

L'expression du désaccord et la gestion du conflit entre confrère-sœurs était avant tout synonyme de difficultés. Cette démarche générait une dissonance cognitive importante, conduisant les praticien·nes à adopter des démarches dichotomiques favorisant forcément un des deux acteurs : conflit de loyauté entre respect de la confraternité et protection du patient·e. L'approche conceptuelle de la soumission à l'autorité s'appliquait aux généralistes vis-à-vis de leurs confrère-sœurs d'autres spécialités. L'aval de leurs patient·es à l'émission de critiques vis-à-vis de la prescription d'un·e autre était également déterminante pour renforcer leur légitimité dans cette démarche.

Cette problématique nécessitait une formation spécifique à destination de tous les médecins : une meilleure connaissance de leur subjectivité, la reconnaissance de l'incertitude et de sa gestion. In fine, un meilleur apprentissage de la communication interprofessionnelle, de la gestion des désaccords et conflits, et le développement de la compétence d'assertivité, sont des éléments essentiels pour garantir au patient·e l'accompagnement médical le plus pertinent.

Certain·es généralistes exerçaient un rôle de rétrocontrôle sur les prescriptions médicales, à des fins de protection des patient·es. Cette radicalité de la pratique était pour ell·eux devenue une nécessité pour anticiper de futurs scandales sanitaires, par rapport à une pratique plus « conventionnelle ». La liberté du cadre légal ne permettait pas d'encourager une pratique plutôt qu'une autre. Ce rôle de repérage de prescription à la pertinence discutable est soutenu par l'acte de conciliation médicamenteuse effectué par les pharmaciens.

Compte-tenu de la subjectivité de l'abord de la balance bénéfices-risques et pour que celle-ci ne soit pas préjudiciable au patient·e, il paraît indispensable que les praticien·nes questionnent les influences qui étayaient leur évaluation de la BBR. Tout en acceptant que cette dernière puisse être remise en cause.

Confronter cette analyse aux points de vue des patient-es ainsi que des praticien·nes d'autres spécialités sur leurs représentations de la balance bénéfices-risques de la prescription et de la fonction du généraliste en tant que médecin de synthèse, serait intéressant.

BIBLIOGRAPHIE

1. Alberganti M. « Comment les médecins prescrivent-ils les médicaments ? ». Science publique, France Culture [en ligne], 28/01/2011 [dernière consultation le 03/11/2019]. URL : <https://www.franceculture.fr/emissions/science-publique/comment-les-medecins-prescrivent-ils-les-medicaments>
2. Molière. Le malade imaginaire, Acte III, Scène 3. Paris. 1673.
3. Schimmel EM. The hazards of hospitalization. Annals of Internal Medicine. 1964;60:100-110.
4. Iatrogène, Dictionnaire Larousse [en ligne][dernière consultation le 03/11/2019]. URL : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/iatrog%C3%A9ne/41322?q=iatrogene#41216>
5. Iatrogène, Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales [en ligne][dernière consultation le 03/11/2019]. URL : <http://www.cnrtl.fr/definition/iatrog%C3%A9ne>
6. OMS. Organisation Mondiale de la Santé. Règlement sanitaire international. 1969 [en ligne] URL : <http://whqlibdoc.who.int/publications/1983/9242580074.pdf?ua=1>
7. Edwards IR, Aronson JK. Adverse drug reactions: definitions, diagnosis, and management. Lancet. 2000;356(9237):1255-9.
8. EMA. European Medicines Agency. Guidelines on good pharmacovigilance practices, 9 octobre 2017, EMA/876333/2011 Rev 4* [en ligne][dernière consultation le 03/11/2019]. URL : https://www.ema.europa.eu/documents/scientific-guideline/guideline-good-pharmacovigilance-practices-annex-i-definitions-rev-4_en.pdf
9. HAS. Haute Autorité de Santé. Évènement indésirable associé aux soins (EIAS), Sécurité du patient, Gérer les risques, octobre 2014 [en ligne][dernière consultation le 03/11/2019]. URL : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/eias_hors_ets_vd_1710.pdf
10. Coordination CRPV de Bordeaux. EMIR : Effets indésirables des Médicaments : Incidence et Risque, sur les hospitalisations liées à un effet indésirable médicamenteux. 12/2007. (non publiée) [en ligne][dernière consultation le 03/11/2019]. URL : <http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/EMIR.pdf>
11. Michel P, et al. Les événements indésirables graves dans les établissements de santé : fréquence, évitabilité et acceptabilité. ENEIS, Études et résultats, DREES. 2011:761. [en ligne][dernière consultation le 03/11/2019]. URL : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er761.pdf>
12. Ministère des Solidarités et de la Santé. L'enquête nationale sur les événements indésirables liés aux soins (ENEIS). 18/06/2010, à jour du 15/04/2013 [en ligne][dernière consultation le 03/11/2019]. URL : <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/open-data/etablissements-de-sante-sociaux-et-medico-sociaux/article/l-enquete-nationale-sur-les-evenements-indesirables-lies-aux-soins-eneis>
13. Letrillart L, et al. ECOGEN : étude des Éléments de la COnsultation en médecine Générale. Exercer. 2014;114:148-157.

14. Chabas S. Prévalence des évènements indésirables associés aux soins en Ambulatoire. [Thèse d'exercice]. Lyon, France : Université Claude Bernard Lyon I, Faculté de médecine ; 2013.
15. Chanelière M. La sécurité du patient en soins primaires : éléments conceptuels, épidémiologie, interventions auprès des professionnels de santé. [Thèse de doctorat]. Lyon : Université Claude Bernard Lyon I, Ecole Doctorale Interdisciplinaire Sciences Santé ; 2017.
URL : <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01578115/document>
16. Michel P, et al. Les événements indésirables liés aux soins extrahospitaliers : fréquence et analyse approfondie des causes (étude EVISA). Bordeaux. 2008 [en ligne].
URL : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_EVISAFinal_17aout09.pdf
17. Michel P, et al. Etude nationale en Soins PRImaires sur les événemenTs indésirables (ESPRIT 2013). Rapport final. CCECQA. Bordeaux. 2013. [en ligne][dernière consultation le 03/11/2019]. URL : <http://www.ccecqa.asso.fr/sites/ccecqa.aquisante.priv/files/fiches-projets/Projets-PJ-ESPRIT-rapport-final.pdf>
18. Bégaud B, Costagliola D. Rapport sur la surveillance et la promotion du bon usage du médicament en France. 2013. [en ligne][dernière consultation le 03/11/2019]. URL : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Begaud_Costagliola.pdf
19. Ameli.fr. La iatrogénie médicamenteuse. 05/09/2019 [en ligne][dernière consultation le 03/11/2019]. URL : <https://www.ameli.fr/seine-saint-denis/assure/sante/medicaments/utiliser-medicaments/iatrogenie-medicamenteuse>
20. Ferner RE, Aronson JK. Preventability of drug-related harms-Part I. Drug-Safety. 2010;33(11):985-994.
URL : <https://link.springer.com/article/10.2165%2F11538270-000000000-00000>
21. Badey F. La FDA, une centenaire séillante. Les Tribunes de la santé. 2008/2;(19),83-89.
22. Carpenter D. Reputation and Power : Organizational Image and Pharmaceutical Regulation at the FDA. Chapitre 4. Princeton : Princeton University Press, 2010. 856 p.
23. ANSM. Agence Nationale de Sécurité du Médicament. L'AMM et le parcours du médicament. [en ligne][dernière consultation le 03/11/2019]. URL : [https://www.ansm.sante.fr/Activites/Autorisations-de-Mise-sur-le-Marche-AMM/L-AMM-et-le-parcours-du-medicament/\(offset\)/0](https://www.ansm.sante.fr/Activites/Autorisations-de-Mise-sur-le-Marche-AMM/L-AMM-et-le-parcours-du-medicament/(offset)/0)
24. Prescrire. Déterminer la balance bénéfices-risques d'une intervention : pour chaque patient. Revue Prescrire. 2014;34(366):244.
25. FDA. U.S. Food and Drug Administration. Managing the Risks from Medical Product Use : Creating a Risk Management Framework : Report to the FDA Commissioner from the Task Force on Risk Management. 1999.
26. Marks H. La Médecine des preuves. Histoire et anthropologie des essais cliniques (1900-1990). Synthélabo-Les empêcheurs de penser en rond, 1999. 352 p.
27. FDA. U.S. Food and Drug Administration. Benefit-risk assessment in drug regulatory decision-making. Draft PDUFA VI Implementation Plan (FY 2018-2022). 30/03/2018. [en ligne][dernière consultation le 03/11/2019].
URL : <https://www.fda.gov/downloads/ForIndustry/UserFees/PrescriptionDrugUserFee/UCM602885.pdf>

28. Dunder K. Benefit-risk assessment for initial marketing authorisations and standard of evidence. EMA. 09/03/2018. [en ligne][dernière consultation le 03/11/2019].
URL : https://www.ema.europa.eu/documents/presentation/presentation-module-7-benefit-risk-assessment-good-regulatory-practice_en.pdf
29. Prescrire. Recherche clinique, pour un accès aux données bruts. Revue Prescrire. 2012;32(348):773.
30. Code de la Santé Publique - Art. L. 1111-2. Et Art. L. 1110-54. 03/2002. [en ligne] Code de la Santé Publique [dernière consultation le 03/11/2019].
URL : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000031927568&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20160128>
31. Frachon I. Mediator 150mg : Combien de morts ?. Brest, éd. Dialogues. coll. « Ouvertures ». 3 juin 2010. 152 p.
32. Ravelli Q. La stratégie de la bactérie. Une enquête au cœur de l'industrie pharmaceutique. Paris : Le Seuil, 2015. 368 p.
33. Foisset E. Etude de l'impact de la visite médicale sur la qualité des prescriptions des médecins généralistes bretons. [Thèse d'exercice]. Brest, France : Université de Brest – Bretagne occidentale, Faculté de médecine ; 2012.
34. Manchanda P, Honka E. The effects and role of direct-to-physician marketing in the pharmaceutical industry : an integrative review. Yale Journal of Health Policy, Law, and Ethics. Volume 5, Issue 2. 2005. URL : <https://digitalcommons.law.yale.edu/yjhple/vol5/iss2/8>
35. Bastamag et l'Observatoire des multinationales. Lobbying et mégaprofits : tout ce que les labos pharmaceutiques voudraient vous cacher. [en ligne][dernière consultation le 03/11/2019].
URL : <https://www.bastamag.net/webdocs/pharmapapers/>
36. Hermange MT, Payet AM. Rapport d'information fait au nom de la commission des affaires sociales sur les conditions de mise sur le marché et le suivi des médicaments. Sénat, Paris. 2006, n°382, 319f.
37. WHO. World Health Organization, Health Action International. Understanding and Responding to Pharmaceutical Promotion : A Practical Guide, First Edition. 2010. URL : <http://haiweb.org/wp-content/uploads/2015/05/Pharma-Promotion-Guide-English.pdf> Traduction française : HAS. Comprendre la promotion pharmaceutique et y répondre. 2015. [en ligne][dernière consultation le 03/11/2019]. https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-04/comprendre_la_promotion_pharmaceutique_et_y_repondre_-_un_manuel_pratique.pdf
38. Prescrire. Pour mieux soigner, des médicaments à écarter : bilan 2019. Revue Prescrire. 2019;39(424):131-141.
39. Delarue LA. Les Recommandations pour la Pratique Clinique élaborées par les autorités sanitaires françaises sont-elles sous influence industrielle ? [Thèse d'exercice]. Poitiers, France : Université de Poitiers, Faculté de médecine et de pharmacie ; 2011.
40. HAS. Haute Autorité de Santé. Communiqué de presse Dyslipidémies : face au doute sur l'impartialité de certains de ses experts, la HAS abroge sa recommandation. [en ligne][dernière consultation le 03/11/2019]. URL : https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2885402/fr/dyslipidemies-face-au-doute-sur-l-impartialite-de-certains-de-ses-experts-la-has-abroge-ses-recommandations

41. Lalanne R. Elaboration et mise en place d'une formation à l'analyse critique de la promotion pharmaceutique. [Thèse d'exercice]. Bordeaux, France : Université de Bordeaux, UFR des Sciences Médicales ; 2016.
URL : <https://pdfs.semanticscholar.org/ae24/576b3886d9e1980783dca20fc814e1bc4c84.pdf>
42. Carlat D, et al. The updated AMSA scorecard of conflict-of-interest policies : A survey of U.S. medical schools. BMC Medical Education. 2016;202.
43. Scheffer P, et al. Conflict of Interest Policies at French Medical Schools : Starting from the Bottom. PLoS ONE. 2007;12(1):e0168258. [en ligne]
URL : <https://bmcmmededuc.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12909-016-0725-y>
44. ANSM. Agence Nationale de Sécurité du Médicament. Modalités de contrôle de la publicité. [en ligne][dernière consultation le 03/11/2019]. URL : [http://ansm.sante.fr/Activites/Publicite-pour-les-medicaments/Modalites-de-controle-de-la-publicite/\(offset\)/0](http://ansm.sante.fr/Activites/Publicite-pour-les-medicaments/Modalites-de-controle-de-la-publicite/(offset)/0)
45. David D, et al. « Facteurs associés à la prescription médicamenteuse en médecine générale : une étude transversale multicentrique ». Santé Publique. 2015;3(327),353-362.
URL : <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2015-3-page-353.htm>
46. Le Fur P, et al. La prescription des médecins libéraux en 1994., IRDES. 1998;1212.
47. Steinman MA, et al. Of principles and pens: attitudes and practices of medicine housestaff toward pharmaceutical industry promotions. American Journal of Medicine. 2001;110(7):551-557.
URL : [https://www.amjmed.com/article/S0002-9343\(01\)00660-X/fulltext](https://www.amjmed.com/article/S0002-9343(01)00660-X/fulltext)
48. Svenson O. Are we all less risky and more skillful than our fellow drivers ?. Acta Psychologica. 1981;47(2):143-148.
49. Zuckerman EW, et al. What Makes You Think You're So Popular? Self Evaluation Maintenance and the Subjective Side of the 'Friendship Paradox'. Social Psychology Quarterly. American Sociological Association. 2011;64(3):207-223.
50. Scheffer P. Quelle formation à l'indépendance est-elle possible pour les étudiants en médecine, par rapport à l'influence de l'industrie pharmaceutique ? [Thèse de doctorat] Paris, France : Université de Paris 8, Ecole doctorale Sciences sociales ; 2017.
51. ISNAR-IMG, InterSyndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale. Campagne #nofreelunch. [en ligne][dernière consultation le 03/11/2019].
URL : <https://www.isnar-img.com/no-free-lunch-2019/>
52. Conférence nationale des Doyens de facultés de médecine et de santé, Dubois Randé JL. Charte éthique et déontologique des facultés de médecine et d'odontologie. 11/2017. [en ligne] dernière consultation le 03/11/2019]. URL : http://unice.fr/faculte-de-medecine/contenus-riches/documents-telechargeables/doc_faculte/V3_Charte_facultes_medecine_odontologie_2017.pdf
53. INSPQ, Institut national de santé publique du Québec. Polypharmacie et déprescription : des réalités cliniques et de recherche jusqu'à la surveillance. 04/2017. [en ligne][consulté le 23/09/2019]. URL : https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2269_polypharmacie_deprescription_realites_cliniques.pdf

54. Le Garrec MA, et al. Comptes nationaux de la santé 2011. DREES. 2012. [en ligne][dernière consultation le 03/11/2019]. URL : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/seriestat172.pdf>
55. DREES, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Les dépenses de santé en 2015. Comparaisons internationales de la dépense courante de santé. 2016. [en ligne][dernière consultation le 03/11/2019].
URL : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche40.pdf>
56. Nouguez E. Des médicaments à tout prix. Sociologie des génériques en France. Paris : Les Presses de Sciences Po, collection « Académique », 2017. 300 p.
57. Béraud C. Les transformations du système de soins au cours des vingt dernières années : point de vue d'un acteur. Sciences sociales et santé. 2002;20(4)37-74.
58. DREES, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Les prescriptions des médecins généralistes et leurs déterminants, DREES. 11/2005 [en ligne][dernière consultation le 03/11/2019] URL : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er440.pdf>
59. CNAMTS, Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés. Quel est le rapport des Français et des Européens à l'ordonnance et aux médicaments ? IPSOS Santé. 02/2005. [en ligne][dernière consultation le 03/11/2019]. URL : https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Le_rapport_des_Francais_et_des_Europeens.pdf
60. Rosman S. Les pratiques de prescription des médecins généralistes. Une étude sociologique comparative entre la France et les Pays-Bas, in : Géraldine Bloy éd., Singuliers généralistes. Sociologie de la médecine générale. Presses de l'EHESP, « Métiers Santé Social », Rennes. 2010;117-132.
61. Albouy V, Déprez M. Mode de rémunération des médecins. Économie & prévision, 2009;2(188):131-139. URL : <https://www.cairn.info/revue-economie-et-prevision-2009-2-page-131.htm>
62. Piguet V et al. Prescription médicamenteuse : les attentes des patients. Rev Med Suisse. 2000;4.
URL : <https://www.revmed.ch/RMS/2000/RMS-2296/20497>
63. Pound P, et al. Resisting medicines: a synthesis of qualitative studies of medicine taking. Social Science & Medicine. 2005;61(1):133-155.
64. Fainzang S. Médicaments et société. Le patient, le médecin et l'ordonnance. Paris : Presses Universitaires de France, « Ethnologies », 2001. 160 p. [en ligne].
URL : <https://www.cairn.info/le-patient-le-medecin-et-l-ordonnance--9782130517269.htm>
65. CNAMTS, Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés. Point d'information de l'Assurance Maladie. Le médecin traitant, adopté par la majorité des Français, favorise la prévention. 22/01/2009. [en ligne][dernière consultation le 03/11/2019].
URL : https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Bilan_medecin_traitant_Vdef2.pdf
66. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Art. 36 [en ligne][dernière consultation le 03/11/2019]. URL : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id>
67. Code de la Santé Publique. Article L4130-1, modifié par la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 - art. 68, [en ligne][dernière consultation le 03/11/2019].

URL :<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000031928438&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20180205>

68. Siproudhis J. La consultation de « renouvellement d'ordonnance » en Médecine Générale : Qu'en attendent les patients ? [Thèse d'exercice] Rennes, France : Université de Rennes 1, Faculté de Médecine. 2014.
69. Reeve E, et al. A systematic review of the emerging definition of 'deprescribing' with network analysis: implications for future research and clinical practice. *British Journal Clinical Pharmacology*. 2015;80(6):1254-1268. URL : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4693477/>
70. Queneau P. La thérapeutique est aussi la science et l'art de « dé-prescrire ». *La Presse Médicale*. 2004;33(9):583-585.
71. Vega A. « Positivismes et dépendance : les usages socioculturels du médicament chez les médecins généralistes français », *Sciences sociales et santé*. 2012;(30)(3):71-102.
URL : <https://www.cairn.info/revue-sciences-sociales-et-sante-2012-3-page-71.htm>
72. Jaisson M. L'honneur perdu du généraliste. In: *Actes de la recherche en sciences sociales. Médecines, patients et politiques de santé*. 2002;143:31-35.
URL : https://www.persee.fr/doc/arss_0335-5322_2002_num_143_1_2852
73. Sivarasalingam K. Déprescription des médicaments à balance bénéfice-risques défavorable dans un cabinet de médecine générale à Gennevilliers. [Thèse d'exercice]. Paris, France : Université Paris 7, Faculté de médecine ; 2015.
74. Parney A. La déprescription : des obstacles aux voies d'amélioration. Etude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de médecins généralistes. [Thèse d'exercice]. Lyon, France : Université Claude Bernard Lyon I, Faculté de médecine Lyon Est ; 2015.
75. Guilluy-Crest M. La déprescription : les patients sont-ils prêts ? Analyse du vécu et du ressenti des patients à qui le médecin généraliste propose une déprescription. [Thèse d'exercice] Paris, France. Université Paris 5, Faculté de médecine ; 2012.
URL : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01474734/document>
76. Scott IA, et al. Reducing Inappropriate Polypharmacy : The Process of Deprescribing. *JAMA Internal Medicine*. 2015;175(5) 827-834.
URL : <https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/article-abstract/2204035>
77. Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. *Kinésithérapie, la Revue*. 2015;15(157):50-54.
78. Aubin-Augier I, et al. Introduction à la recherche qualitative. *Exercer*. 2008;19(84):142-5.
79. Moreau A, et al. S'appropriation la méthode du focus group. *La revue du praticien en médecine générale*. 2004;18(645):382-384.
80. Duchesne S, Haegel F. L'entretien collectif. Paris : Armand Colin, Collection 128, 2008.
81. Mukamurera J, et al. Des avancées en analyse qualitative : pour une transparence et une systématisation des pratiques. *Recherches qualitatives*. 2006;26(1):110-138.
82. Blanchet A, Gotman A. L'entretien. 2^{ème} édition. Paris : Armand Colin, Collection 128, 2005.
83. Kaufmann JC. L'entretien compréhensif. 4^{ème} édition. Paris : Armand Colin, Collection 128, 2016.

84. Lejeune C. Manuel d'analyse qualitative. Analyser sans compter ni classer. Louvain-la-Neuve, De Boeck, 2014. 152 p.
85. Ministère des Affaires Sociales et de la Santé. La base de données publique Transparence - Santé [en ligne]. URL : <https://www.transparence.sante.gouv.fr>
86. Projet Eurosfordocs [en ligne]. URL : <https://www.eurosfordocs.fr/explore/>
87. Bateman-Novaes S. « Bioéthique », in Lecourt D. (dir.), Dictionnaire de la pensée médicale. Paris : Presses Universitaires de France. 2004. p.158-164.
88. Masquelet AC. « Le principe de précaution en médecine clinique ». Les Cahiers du Centre Georges Canguilhem. 2009/1;(3) :57-72. URL : <https://www.cairn.info/revue-les-cahiers-du-centre-georges-canguilhem-2009-1-page-57.htm>
89. Ewald F. « Principe de précaution », et Tubiana M, David G, Sureau C, « Du principe de précaution au principe d'anticipation », Bulletin de l'Académie de médecine. 2003;187(2):443-449.
90. Ministère des affaires sociales et de la santé. Rapport bénéfice/risque. [en ligne][dernière consultation le 03/11/2019]. URL : <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/medicaments/glossaire/article/rapport-benefice-risque>
91. Riley RD, et al. Interpretation of random effects meta-analyses. British Medical Journal. 2011;342:d549. [en ligne] URL : <https://doi.org/10.1136/bmj.d549>
92. Fugh-Berman AJ. "The haunting of medical journals : how ghostwriting sold "HRT"". PloS Medicine. 2010;7(9):e1000335. [en ligne] URL : <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000335>
93. Flanagan A, et al. Prevalence of articles with honorary authors and ghost authors in peer-reviewed medical journals. Journal of the American Medical Association. 1998;280(3):222-224.
94. Hauvespre B. La non-prescription d'une ordonnance : représentations des médecins généralistes et des patients. 2012. [Thèse d'exercice]. Lyon, France : Université Lyon I, Faculté de médecine ; 2012.
95. Délégation académique au contenu numérique de Lyon. Esprit critique et démarche scientifique. [en ligne][dernière consultation le 03/11/2019]
URL : <https://dane.ac-lyon.fr/spip/IMG/scenari/dsec122017/co/definitions.html>
96. Herzberg F. The Motivation to Work (2nd ed.). New-York : John Wiley, 1959.
97. Milgram S. La soumission à l'autorité : Un point de vue expérimental [trad. de l'anglais « Obedience to Authority : An Experimental View »], Calmann-Lévy. 1994, 2e éd. 270 p.
98. Bernard C. Première partie : Du raisonnement expérimental, Chapitre II : de l'idée a priori et du doute dans le raisonnement expérimental. In Introduction à l'étude de la médecine expérimentale. Librairie générale française. Paris. 2008 : 478 p.
99. Balint M. Le médecin, son malade et la maladie. Paris : Payot, 2009:103-115. 419 p.
100. Bousquet MA. Concepts en médecine générale : tentative de rédaction d'un corpus théorique propre à la discipline. [Thèse d'exercice]. Paris, France : Université Pierre et Marie Curie Paris 6, Faculté de médecine ; 2013. URL : http://www.cmge-upmc.org/IMG/pdf/margnat-bousquet_these.pdf
101. Bloy G. L'incertitude en médecine générale : sources, formes et accommodements possibles. Sciences sociales et santé. 2008/1;(26):67-91.

102. Jouquan J. La lecture critique d'article scientifique au-delà du contexte franco-français. *Pédagogie médicale*. 2009;10:77-82.
103. Durieux P, Menard J. La lecture critique d'article : un outil essentiel à la pratique de la médecine. *La Presse Médicale*. 2009;38:7-9.
104. Merton R, et al. The student physician. *Introductory studies in the sociology of medical education*, Cambridge : Harvard University Press, 1957, cité par Saint-Marc D. La formation des médecins. L'Harmattan. Paris. 2011:38.
105. Bloy G. La transmission des savoirs professionnels en médecine générale : le cas du stage chez le praticien. *Revue française des affaires sociales*. 2005/1:101-125.
106. Hemery-Bourgeois I. Dynamiques d'adressage du patient et réseaux de correspondants en médecine générale. Présentation aux journées FROG, Fédération de Recherches sur les Organisations et leur Gestion : "Organisations, communautés, réseaux : les nouvelles formes de l'action collective". 2002.
107. Larkin I, et al. Association between academic medical center pharmaceutical detailing policies and physician prescribing. *Journal of the American Medical Association*. 2017;317(17):1785-1795.
URL : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5815013/>
108. Goupil B, et al. Association between gifts from pharmaceutical companies to French general practitioners and their drug prescribing patterns in 2016 : retrospective study using the French Transparency in Healthcare and National Health Data System databases. *British Medical Journal*. 2019;367:l6015. URL : <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.l6015>
109. Mezirow J. Penser son expérience. *Chroniques sociales*. Lyon. 2001.
110. Prescrire. Statines en prévention cardiovasculaire primaire : peu de bénéfices, des risques avérés et beaucoup d'incertitudes ». *Revue Prescrire*. 2018;38(414):272-281.
111. Prescrire. ézétimibe après un syndrome coronarien aigu. *Revue Prescrire*. 2017;37(407):652.
112. Prescrire. Bilan 2019 des médicaments à écarter : diabétologie – nutrition ». *Revue Prescrire*. 2019;39(424):136.
113. Lassalle E. Influence de la presse médicale sur les prescriptions des médecins généralistes libéraux Etude quantitative en Haute-Vienne. [Thèse d'exercice] Limoges, France : Université de Limoges, Faculté de médecine ; 2015.
114. Figon S, et al. Impact des événements indésirables sur la pratique de 15 médecins généralistes maîtres de stage. *La Presse Médicale*. 2008;37(9):1220-1227.
115. W Wu A. Medical error : the second victim. *British Medical Journal*. 2000;320:726-727.
116. Philibert AC. Les groupes d'échange de pratique entre pairs : un modèle de développement professionnel continu en médecine générale. [Thèse d'exercice] Grenoble, France : Université Joseph Fourier, Faculté de médecine de Grenoble ; 2012.
117. Sherif M. The psychology of social norms. Oxford, England: Harper. 1936. In : Blanchet A, Trognon A. La psychologie des groupes. 2^{ème} édition. Armand Colin. Collection 128. 2017.
118. Janis IL, Mann L. Decision-making : a psychological analysis of conflict, choice and commitment. New-York : Free Press. 1977. 488 p.
119. Arliaud M. Les médecins. Paris, La Découverte, 1987. 128p.
120. Karsenty S. Les médecines différentes dans le système de santé français. *Études*. 1986:332-341.

121. Vega A. Les Comportements de cessation d'activité des médecins généralistes libéraux, tome 1. Document de travail, DREES, série Études. 2007;73. Cité par ONDPS, Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé. La Médecine Générale, rapport 2006-2007, tome 1.
URL : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_ONDPS_-_2006_2007_-_tome1.pdf
122. Bungener M et al. Quelle médecine voulons-nous ? Paris : La Dispute, 2002.
123. Fainzang S. Les réticences vis-à-vis des médicaments. La marque de la culture. Revue française des affaires sociales. 2007/3-4:193-209.
URL : <https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2007-3-page-193.htm>
124. Cockburn J, Pit S. Prescribing behaviour in clinical practice : patients' expectations and doctors' perceptions of patients' expectations-a questionnaire study. British Medical Journal. 1997;315:520.
URL : <https://www.bmj.com/content/315/7107/520.long>
125. Carmoi T. Le médecin idéal : le point de vue des patients [Mémoire DIU de pédagogie médicale] Paris, France : Université Pierre et Marie Curie Paris 6 ; 2010.
URL : <http://www.chups.jussieu.fr/diupmweb/LE%20JEUNNE/medecin%20ideal.pdf>
126. Feuillet A. Pourquoi les patients changent-ils de médecin généraliste ? Enquête qualitative auprès de patients d'Eure-et-Loir. [Thèse d'exercice] Tours, France : Université François Rabelais, Faculté de médecine de Tours ; 2013.
URL : http://www.applis.univ-tours.fr/scd/Medecine/Theses/2013_Medecine_FeuilletAnais.pdf
127. Merit B. Les principaux critères de choix du médecin traitant en 2014 : une étude transversale descriptive auprès de patients de médecine générale en Vendée [Thèse d'exercice] Angers, France : Université d'Angers, Faculté de médecine ; 2014.
URL : <http://dune.univ-angers.fr/fichiers/19982005/2014MCEM3359/fichier/3359F.pdf>
128. Cheung C. La décision médicale est-elle partagée ? Le vécu des patients. [Thèse d'exercice] Nice, France : Université de Nice Sophie Antipolis, Faculté de médecine ; 2016.
URL : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01412580/document>
129. Laforest S. Déprescrire en médecine générale : Etude de la démarche d'un groupe d'analyse de pratiques entre pairs à travers l'exemple du clopidogrel. [Thèse d'exercice] Bordeaux, France : Université Bordeaux II – Victor Segalen, UFR des Sciences Médicales ; 2013.
130. Festinger L. A theory of cognitive dissonance. Stanford : Stanford University Press, 1957.
131. Multon R. Désaccords entre internes de médecine générale et maîtres de stage sur les soins aux patients. Etude de 37 situations en Ile de France. [Thèse d'exercice] Paris, France : Université Paris 7, Faculté de médecine ; 2013.
132. Cour de cassation, civile, Chambre civile 1, 16 mai 2013, 12-21.338, publié au bulletin. [en ligne][dernière consultation le 03/11/2019] URL : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichJuriJudi.do?oldAction=rechJuriJudi&idTexte=JURITEXT000027423626>
133. Cour de cassation, civile, Chambre civile 1, 30 avril 2014, 13-14.288, publié au bulletin. [en ligne][dernière consultation le 03/11/2019] URL : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichJuriJudi.do?idTexte=JURITEXT000028894751>
134. CPAM, Caisse Primaire d'Assurance Maladie. Nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) restant en vigueur depuis la décision UNCAM du 11 mars 2005. Version du 1^{er} septembre 2019. [en

ligne][dernière consultation le 03/11/2019] URL :

https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/593275/document/ngap_version_du_1er_septembre_2019_assurance_maladie.pdf

135. Caisse d'Assurance Maladie des Deux-Sèvres. Réglementation : Avis Ponctuel de Consultant dans le Parcours de Soins. Mise à jour Octobre 2017. [en ligne][dernière consultation le 03/11/2019] URL : https://www.ameli.fr/sites/default/files/cpam_deux-sevres_avis-ponctuel-consultant_octobre-2017.pdf
136. WHO, World Health Organization. Skills for health: Skills-based health education including life skills : An important component of a child-friendly/health-promoting school. Geneva : WHO, 2003 : 88 p. [en ligne][dernière consultation le 03/11/2019] URL : http://www.who.int/school_youth_health/media/en/sch_skills4health_03.pdf
137. Letrilliart L, et al. Comparaison des exercices des médecins généralistes maîtres de stage universitaires et non-maîtres de stage en France. Exercer. 2017;135:308-309.
138. Bouton C, et al. Représentativité des médecins généralistes maîtres de stage universitaires. Santé Publique. 2015/1;(27):59-67.
139. Attali C, et al. Compétences pour le DES de médecine générale. Exercer. 2006;76:31-32.

ANNEXES

I.	Méthodologie de la bibliographie	194
II.	Guide d'entretien	195
III.	Questionnaire de fin d'entretien	198
IV.	Accord du comité d'éthique : IRB 2019-03-05-03	199
V.	Lettre d'information de participation à l'étude	200
VI.	Formulaire de consentement	202
VII.	Autorisation d'impression	203
VIII.	Verbatims	CD



LE CADUCEE DES MEDECINS FRANÇAIS-ES.

Le serpent d'Asklépios (dieu grec de la Médecine), une couleuvre d'Esculape, s'enroule autour d'un bâton symbolisant l'arbre de la vie. Ce bâton est surmonté d'un miroir symbolisant la prudence nécessaire dans l'exercice médical.

Annexe I. Méthodologie de la bibliographie

Les termes recherchés ont été composés de termes d'utilisation classique et de mots MeSH, en langue française (fr.) et anglaise (ang.), utilisant le MeSH bilingue.

Les mots utilisés et croisés, utilisant les croisements booléens « AND » et « OR » étaient :

- arrêt d'une thérapeutique/d'un médicament (fr.), drug discontinuation (ang.)
- balance bénéfices-risques, rapport bénéfices-risques
- conflit (fr.), conflict (ang.)
- consultation (médicale) de renouvellement d'ordonnance
- [MeSH] consultation (médicale) (fr.), office visits (ang.)
- décision médicale
- déprescript* (fr.), deprescrib* (ang.)
- [MeSH] déprescriptions (fr.), deprescriptions (ang.)
- [MeSH] Évaluation des risques (fr.), risk assessment (ang.), incluant :
 - évaluation de la balance bénéfice-risque (fr), benefict-risk assessment (ang.), harm benefice balancing (ang.)
- iatrogénie (fr.), harmful effect ou drug-induced effect (ang.)
- incertitude (fr.)
- [MeSH] médecine de famille (fr.), family practice (ang.)
- [MeSH] médecine générale (fr.), general practice (ang.)
- [MeSH] médecins généralistes (fr.), general practitioner (ang.)
- médecin traitant
- prescription (fr.), prescription (ang.) :
 - prescribing decision (ang.)
- [MeSH] prescription inappropriée (fr.), Inappropriate Prescribing (ang.)
- ordonnances médicamenteuses (fr.), prescription (ang.)
- [MeSH] utilisation hors indication (fr.), off-Label Use (ang.) incluant :
 - prescription médicamenteuse hors AMM (fr.)
- renouvellement d'ordonnance, réévaluation d'ordonnance (fr.), prescription renewal ou repeat prescription (ang.)

Annexe II. Guide d'entretien

Bonsoir à tous et toutes.

Je suis Bastien Doudaine, médecin généraliste remplaçant et je réalise une thèse portant sur la prescription en médecine générale.

Merci d'avoir accepté que nous nous rencontrions aujourd'hui. Cet entretien, dit en focus-group, durera environ 2h.

Pour ce travail, il est nécessaire que cet entretien soit enregistré dans son intégralité. Il sera anonymisé lors de la retranscription et les enregistrements audios seront détruits avant la publication de ce travail.

Il s'agit d'un travail de recherche dont les propos seront recueillis sans aucun jugement.

Acceptez-vous d'être enregistré pour l'entretien d'aujourd'hui ?

Vous pouvez toujours avoir à l'esprit que les questions concerneront tout autant les traitements médicamenteux que les prescriptions d'examens complémentaires ou paramédicales.

Vous avez également devant vous de quoi écrire si vous avez besoin de prendre des notes durant le déroulement du focus-group.

QUESTIONNAIRE DE L'ANIMATEUR :

I. BALANCE BENEFICES-RISQUES :

Question initiale :

Qu'évoque pour vous la notion de balance bénéfice-risque ?

Relances :

- 1. Comment et qu'en faites-vous ? Comment l'utilisez-vous dans votre pratique professionnelle habituelle ?**
- 2. Comment avez-vous eu contact avec ce paradigme ?**

II. INITIATION OU RECONDUCTION D'ORDONNANCE :

Question initiale :

Lors de l'initiation ou de la reconduction d'une ordonnance, qu'elle soit médicamenteuse, d'imagerie, d'examens complémentaires, paramédicales, comment faites-vous ?

Question suivante :

Je vais vous exposer une situation au cabinet :

- Un patient, dont vous êtes le médecin traitant, vous demande la reconduction de son traitement. Une ou plusieurs lignes de votre ordonnance initiale ont été modifiées par un**

autre professionnel, que vous avez sollicité ou que le patient est allé voir de son propre chef.

- Il peut aussi s'agir d'une prescription qui a été initiée par un tiers professionnel, et dont le patient vous demande la reconduction.

Pour ce patient que vous connaissez depuis longtemps et dont vous êtes le médecin traitant, que faites-vous ? Vous pouvez prendre des exemples de situations vécues.

Relances, si les points suivants ne sont pas abordés :

- Pour cette ou ces lignes de prescription modifiées ou ajoutées, vous identifiez que la balance bénéfices-risques est défavorable, que décidez-vous ?
- Comment avez-vous géré ce genre de situation par le passé ?
- Quels sont vos arguments pour :
 - Discuter ou non ?
 - Modifier ou non ?
 - Exprimer votre désaccord ?
- Quel est votre ressenti à la découverte de la modification de votre ordonnance, lorsque vous identifiez la BBR d'une nouvelle prescription comme défavorable ?
- Quel est votre ressenti à la remodifier à votre tour ?

III. REACTIONS DES PATIENTS :

Question initiale :

Quelle a été la réaction de vos patients lorsque vous remettez en cause la prescription qu'il vous demande de reconduire ?

Relances :

- Qu'en pensez-vous ?

IV. BESOINS DES MEDECINS GENERALISTES :

Question initiale :

Quels types de besoin formulez-vous pour vous appropriez votre rôle de médecin traitant ? Comment vous en appropriez-vous la légitimité ? ou Comment vous sentez-vous légitime ?

Intervention :

Je vais faire un rappel de la législation française concernant le rôle du médecin généraliste. Le texte suivant est issu du Code de la Santé Publique. Il a été introduit par la loi HPST : Hôpital Patient Santé Territoire, en 2009.

« Art. L. 4130-1.

- Les missions du médecin généraliste de premier recours sont notamment les suivantes :

1° Contribuer à l'offre de soins ambulatoire, en assurant pour ses patients la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des maladies ainsi que l'éducation pour la santé ;

3° S'assurer de la coordination des soins nécessaire à ses patients ;

5° S'assurer de la synthèse des informations transmises par les différents professionnels de santé ».

Qu'en pensez-vous ? Et qu'est-ce que cela vous apporte ?

Annexe III. Questionnaire de fin d'entretien

Questionnaire de fin de Focus-Group :

Nom, prénom (sera anonymisé)	
Adresse mail	
Chiffre attribué en début de séance	
Sexe, âge	
Nombre d'années d'installation	
Lieu d'exercice	
Mode d'exercice (rural, urbain)	
Seul ou en groupe ?	
Informatisation (logiciel)	
Système d'alerte sur les prescriptions médicamenteuses (Vidal ? BCB ? Autre ?)	
Nombre d'actes quotidiens, Durée moyenne d'un acte	
Nombre de jours travaillés par semaine	
Type de patientèle (libre)	
Pratique spécifique	
Maître de stage	
Et/ou enseignant à la faculté	
Lectures professionnelle (préciser)	
Participation à des FMC : oui / non ?	
Si oui, quel type ?	
Financées par l'industrie pharmaceutique ?	
Visite médicale ?	

Questions complémentaires :

- Aviez-vous déjà abordé la question de la prise en compte de la balance bénéfice-risque individuelle lors du renouvellement d'ordonnance ?
- Aviez-vous déjà abordé avec des confrères/consœurs la question de la légitimité du médecin généraliste sur la synthèse des ordonnances ?
- Avez-vous une remarque concernant l'intervention de ce jour ?

En vous remerciant d'avoir participé à ce focus-group.

Bastien Doudaine

Annexe IV. Accord du comité d'éthique : IRB 2019-03-05-03



Bastien Doudaine <bastien.doudaine@gmail.com>

Avis du comité d'éthique du 05-03-2019

1 message

GRAS NATHALIE <nathalie.gras@univ-lyon1.fr>

26 mars 2019 à 10:26

À : "bastien.doudaine@gmail.com" <bastien.doudaine@gmail.com>

Monsieur DOUDAIN Bastien,

La commission d'éthique, qui s'est tenue le 5 mars 2019, a donné un avis favorable à votre protocole de recherche observationnelle, ainsi qu'au document d'information destiné aux personnes qui se prêtent à la recherche, concernant votre sujet « **Balance bénéfices-risques et reconduction d'ordonnance : enquête de pratiques en médecine générale.** »

Voici le n° IRB : **2019-03-05-03**

Vous pouvez dès à présent commencer vos travaux de recherche.

Sincères salutations,

Humbert de Fréminville

Cordialement,

Nathalie GRAS

Assistante administrative

Collège universitaire de médecine générale (CUMG)

Université Claude-Bernard Lyon 1

8 avenue Rockefeller – 69373 LYON Cedex 08

Bâtiment Rockefeller – 2^e étage – Escalier D

☎ 04 78 77 72 86

@ nathalie.gras@univ-lyon1.fr

Du lundi au jeudi : 8h30-11h45 et 13h30-17h

Vendredi : 8h30-11h45

Annexe V. Lettre d'information de participation à l'étude



COMMISSION D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE EN MÉDECINE GÉNÉRALE

LETTRE D'INFORMATION POUR PARTICIPATION À UNE RECHERCHE

Enquête de pratiques en Médecine Générale :
la balance bénéfices-risques et la reconduction d'ordonnance.

Madame, Monsieur,

Nous vous proposons de participer à une étude de recherche clinique.

Cette lettre d'information détaille en quoi cette étude consiste.

Vous pourrez prendre le temps pour lire et comprendre ces informations, pour réfléchir à votre participation, et pour demander au médecin responsable de l'étude de vous expliquer ce que vous n'aurez pas compris.

BUT DE L'ÉTUDE :

Etude qualitative en vue d'étudier les pratiques actuelles de prescription lorsqu'il s'agit de reconduire une ordonnance modifiée ou initiée par un autre médecin.

BÉNÉFICES ATTENDUS

Enquête de pratiques.

DÉROULEMENT DE L'ÉTUDE

Deux phases :

1. Focus-groups, les participants sont médecins généralistes en activité.

2. Entretiens individuels de médecins généralistes en activité.

Puis analyse des entretiens d'après la standard de la recherche qualitative.

RISQUES POTENTIELS

Modification des pratiques de prescription.

FRAIS MÉDICAUX

Votre collaboration à ce protocole de recherche n'entraînera pas de participation financière de votre part.

LÉGISLATION – CONFIDENTIALITÉ

La Commission d'éthique de la recherche en médecine générale, du Collège universitaire de médecine générale, Université Claude Bernard Lyon 1, a étudié ce projet de recherche et a émis un avis favorable à sa réalisation le 05/03/2019.

Toute information vous concernant recueillie pendant cet essai sera traitée de façon confidentielle.

Seuls les responsables de l'étude pourront avoir accès à ces données. À l'exception de ces personnes, qui traiteront les informations dans le plus strict respect du secret médical, votre anonymat sera préservé. La publication des résultats de l'étude ne comportera aucun résultat individuel.

Si traitement informatisé des données : Les entretiens seront enregistrés par dictaphone, avec des participants anonymisés à l'origine. Ils seront détruits une fois la retranscription intégrale effectuée.

Les données enregistrées à l'occasion de cette étude feront l'objet d'un traitement informatisé par le promoteur. S'agissant de données nominatives, vous bénéficiez à tout moment du droit d'accès et de rectification des données vous concernant auprès des responsables de l'étude et, en ce qui concerne les informations de nature médicale, ce droit est exercé par l'intermédiaire de Monsieur Bastien DOUDAINÉ conformément à la loi 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, modifiée par la loi n°94-548 du 1^{er} juillet 1994, relative au traitement des données nominatives ayant pour fin la recherche dans le domaine de la santé.

Les résultats globaux de l'étude vous seront proposés, et vous parviendront par courrier électronique (fichier PDF).

Si vous avez des questions pendant votre participation à cette étude, vous pourrez contacter le médecin responsable de l'étude, Monsieur Bastien DOUDAINÉ, tél : 07 66 01 42 21.

Vous êtes libre d'accepter ou de refuser de participer à cette étude.

Vous pouvez également décider en cours d'étude d'arrêter votre participation sans avoir à vous justifier.

Nous vous remercions d'avoir pris le temps de lire cette lettre d'information. Si vous êtes d'accord pour participer à cette recherche, nous vous invitons à signer le formulaire de consentement ci-joint.

Annexe VI. Formulaire de consentement



COMMISSION D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE EN MÉDECINE GÉNÉRALE

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR PARTICIPATION A UNE RECHERCHE

TITRE DE LA RECHERCHE :

Je soussigné(e),

accepte de participer à l'étude **proposée par Monsieur Bastien DOUDAINÉ, portant sur la balance bénéfices-risques et la reconduction d'ordonnance en médecine générale.**

Les objectifs et modalités de l'étude m'ont été clairement expliqués par Monsieur Bastien DOUDAINÉ.

J'ai lu et compris la fiche d'information qui m'a été remise (version en date du 05/03/2019).

À l'exception des responsables de l'étude, qui traiteront les informations dans le plus strict respect du secret médical, mon anonymat sera préservé.

J'accepte que les données nominatives me concernant recueillies à l'occasion de cette étude puissent faire l'objet d'un traitement automatisé par les organisateurs de la recherche. Je pourrai exercer mon droit d'accès et de rectification auprès de Monsieur Bastien DOUDAINÉ.

J'ai bien compris que ma participation à l'étude est volontaire.

Je suis libre d'accepter ou de refuser de participer, et je suis libre d'arrêter à tout moment ma participation en cours d'étude.

Mon consentement ne décharge pas les organisateurs de cette étude de leurs responsabilités. Je conserve tous mes droits garantis par la loi.

Après en avoir discuté et avoir obtenu la réponse à toutes mes questions, j'accepte librement et volontairement de participer à la recherche qui m'est proposée.

Fait à, le

Nom et signature de l'investigateur

Signature du sujet



Nom, prénom du candidat : DOUDAIN Bastien

CONCLUSIONS

Au-delà de l'aspect relationnel, l'exercice médical, dont celui de la médecine générale, fait appel à une démarche rigoureuse, scientifique et objective. Certaines pratiques, dans le contexte global de consumérisme sociétal marqué et de pharmaceuticalisation de l'existence, favorisent des prescriptions dont la pertinence peut être questionnée. Considérant que de nombreux événements iatrogènes sont évitables, notre objectif principal était d'obtenir des éléments concrets des pratiques actuelles en médecine générale sur la réévaluation de prescription dont il ne n'était pas le-a primo prescripteur-trice et dont la balance bénéfices-risques était défavorable. Notre objectif secondaire était d'identifier de possibles axes d'amélioration permettant de garantir aux patient-es la sécurité minimale quant à la prise en charge de leur santé.

L'analyse de la balance bénéfices-risques d'une intervention est un processus de réflexion universel en médecine générale, transversalisant chaque consultation. Ce processus rationnel, confondu avec le cheminement aboutissant à la prise d'une décision en santé, était nourri de données dont la lecture était subjective.

L'adage hippocratique *primum non nocere*, bien qu'unaniment partagé, revêtait des significations personnelles en pensées et en actes. La tension entre la priorisation du principe de non-malfaisance sur le principe de bienfaisance, ou inversement, animait la divergence des pratiques professionnelles. La variabilité des facteurs influençant la lecture de la balance bénéfices-risques était le reflet des valeurs et des représentations des participant-es.

La confiance qu'elles avaient développée vis-à-vis du médicament et de ses institutions modifiait leur approche : la fiabilité des informations provenant des recommandations de pratique professionnelle était inconstamment questionnée. La place était ainsi faite pour l'exercice du doute et de l'esprit critique, mais les



participant-es n'étaient pas confortables avec l'incertitude des données scientifiques. Les singularités de leurs pratiques permettaient de proposer un regroupement en trois types : conventionnelle, critique et radicale.

L'expression du désaccord et la gestion du conflit entre confrère-sœurs était avant tout synonyme de difficultés. Cette démarche générait une dissonance cognitive importante, conduisant les praticien-n-es à adopter des démarches dichotomiques favorisant forcément un des deux acteurs : conflit de loyauté entre respect de la confraternité et protection du patient-e. L'approche conceptuelle de la soumission à l'autorité s'appliquait aux généralistes vis-à-vis de leurs confrère-sœurs d'autres spécialités. L'aval de leurs patient-es à l'émission de critiques vis-à-vis de la prescription d'un-e autre était également déterminante pour renforcer leur légitimité dans cette démarche.

Cette problématique nécessitait une formation spécifique à destination de tous les médecins : une meilleure connaissance de leur subjectivité, la reconnaissance de l'incertitude et de sa gestion. In fine, un meilleur apprentissage de la communication interprofessionnelle, de la gestion des désaccords et conflits, et le développement de la compétence d'assertivité, sont des éléments essentiels pour garantir au patient-e l'accompagnement médical le plus pertinent.

Certain-es généralistes exerçaient un rôle de rétrocontrôle sur les prescriptions médicales, à des fins de protection des patient-es. Cette radicalité de la pratique était pour eux-elles devenue une nécessité pour anticiper de futurs scandales sanitaires, par rapport à une pratique plus « conventionnelle ». La liberté du cadre légal ne permettait pas d'encourager une pratique plutôt qu'une autre. Ce rôle de repérage de prescription à la pertinence discutable est soutenu par l'acte de conciliation médicamenteuse effectué par les pharmaciens. Compte-tenu de la subjectivité de l'abord de la balance bénéfices-risques et pour que celle-ci ne soit pas préjudiciable au patient-e, il paraît indispensable que les praticien-n-es questionnent les influences qui étayent leur évaluation de la BBR. Tout en acceptant que cette dernière puisse être remise en cause.



Confronter cette analyse aux points de vue des patient-es ainsi que des praticien-nés d'autres spécialités sur leurs représentations de la balance bénéfices-risques de la prescription et de la fonction du généraliste en tant que médecin de synthèse, serait intéressant.

Le Président de la thèse,
Pr. ERPELDINGER Sylvie



Vu :
Pour le Président de l'Université,
Le Doyen de l'UFR de Médecine Lyon Est



Professeur Gilles RODE

Vu et permis d'imprimer
Lyon, le **29 OCT. 2019**



DOUDAINE Bastien, Balance bénéfices-risques défavorable et reconduction d'ordonnance :
Une enquête de pratique en médecine générale. Etude qualitative par entretiens collectifs.
[Thèse d'exercice], Lyon, France : Université Claude Bernard – Lyon I ; 2019 – N°355.

RESUME

Introduction : Nombreux sont les événements iatrogènes évitables. Notre objectif était d'obtenir des éléments concrets des pratiques des médecins généralistes ambulatoires quant à leur manière de réévaluer une prescription modifiée ou non initiée par ell-eux et dont la balance bénéfices-risques était défavorable. Secondairement, il s'agissait d'identifier de possibles axes d'amélioration permettant de garantir aux patient-es la sécurité optimale quant à la prise en charge de leur santé.

Matériel et Méthodes : Une étude qualitative, descriptive, socio-anthropologique, par entretiens collectifs semi-dirigés auprès de médecins généralistes, a été conduite. Une analyse transversale dans une démarche inductive générale a été réalisée et partiellement triangulée. Trois étapes ont été nécessaires, incluant le codage ouvert, la catégorisation, et l'élaboration de cartes heuristiques. L'échantillon était en variation maximale.

Résultats et Discussion : L'analyse de la balance bénéfices-risques était un processus de réflexion qui animait les praticien-nés tout au long de la consultation. La tension entre la priorisation du principe de non-malfaisance sur le principe de bienfaisance, ou inversement, animait la divergence des pratiques professionnelles. La variabilité des facteurs influençant la lecture de la balance bénéfices-risques était le reflet des valeurs et des représentations des participant-es. Les singularités de leurs pratiques permettaient de proposer un regroupement en trois types : conventionnelle, critique et radicale. La gestion du conflit entre confrère-sœurs générait une dissonance cognitive importante, conduisant les praticien-nés à adopter des démarches dichotomiques favorisant forcément un-e des deux acteur-trices : conflit de loyauté entre respect de la confraternité et protection du patient-e. L'approche conceptuelle de la soumission à l'autorité s'appliquait aux généralistes vis-à-vis de leurs confrère-sœurs d'autres spécialités. Et l'aval de leurs patient-es à l'émission de critiques vis-à-vis de la prescription d'un-e autre était également déterminante pour renforcer leur légitimité dans cette démarche.

Conclusion : Cette problématique nécessitait une formation spécifique à destination de tou-tes les médecins : une meilleure connaissance de leur subjectivité, la reconnaissance de l'incertitude et de sa gestion. In fine, un meilleur apprentissage de la communication interprofessionnelle, de la gestion des désaccords et conflits, et le développement de la compétence d'assertivité, sont des éléments essentiels pour garantir aux patient-es l'accompagnement médical le plus pertinent.

MOTS-CLES : Médecine générale ; balance bénéfices-risques ; réévaluation d'ordonnance ; conflit ; désaccord professionnel ; légitimité ; soins premiers ; synthèse ; esprit critique.

JURY :

Présidente :	Madame la Professeure Sylvie Erpeldinger
Membres :	Monsieur le Professeur François Gueyffier.
	Monsieur le Professeur Christian Dupraz (Directeur de thèse)
	Madame la Professeure Christine Vinciguerra
	Monsieur le Docteur en philosophie Nicolas Lechopier

DATE DE SOUTENANCE : 21 novembre 2019

ADRESSE DE L'AUTEUR : 109 avenue Daniel Mercier, Lotissement de Chamieux – 07100 ANNONAY
E-MAIL : bastien.doudaine@gmail.com

VERBATIMS DES ENTRETIENS COLLECTIFS.

1^{er} entretien collectif : FG A

Animateur : Donc ce soir nous allons parler de la réévaluation d'une ordonnance. Quand quelqu'un vient avec une ordonnance qui a soit été introduite par vous, soit a été introduite par un tiers, et que vous êtes plus ou moins d'accord, ou plus ou moins okay pour réorienter cette ordonnance. Voilà. Donc Bastien fait sa thèse là-dessus. Euuuh.. Donc, quand on parlait juste avant vous dites qui vous êtes et puis on s'écoute bien mutuellement de manière à ce que l'on ne se parle pas les uns sur les autres.

Est-ce que quelqu'un récemment a fait un travail de réflexion ou de formation sur la réévaluation d'ordonnance ?

Non, okay. Est-ce que vous avez une question particulière à poser ? Le focus-group est enregistré et anonymisé. Alors, on va commencer par rentrer dans le vif du sujet et on va parler de balance bénéfices-risques. La fameuse BBR. J'aimerais pour vous, d'abord, savoir ce que ça représente pour vous la balance bénéfices-risques. Celui qui veut prendre la parole.

A1 : En fait, pour moi, pour un médicament la balance bénéfices-risques c'est voir l'intérêt par rapport à ses risques, les effets secondaires (insistant sur « secondaires »).

Animateur : Okay, merci A1. A6 ?

A6 : Oui oui, ben, donc un traitement c'est de peser à la fois, enfin essayer, de prendre en compte les avantages, donc les bénéfices qu'on attend de ce traitement dans la situation, euuuh... chez ce patient-là, donc dans cette situation quand même précise, et parfois complexe, surtout quand y'a beaucoup de médicaments, les antécédents médicaux, et de peser aussi les effets secondaires..., les effets secondaires, les risques éventuellement avec ce traitement, les risques potentiels qu'on peut avoir avec ce traitement ! Et donc qui amène à la réflexion donc voilà d'évaluer, euuuh..., si ce médicament est pertinent ou pas à être prescrit, sachant qu'on peut avoir une balance bénéfices-risques déjà du médicament en tant que tel par rapport aux études, et après faut aussi la remettre dans la situation, dans le contexte médical, dans le contexte clinique, avec le patient.

Animateur : Okay, c'est... pardon je t'ai coupé.

A6 : Non non, mais du coup le rapport bénéfices-risques c'est quelque chose c'est vrai que moi j'évoque souvent avec les patients. Parce que je trouve que c'est très parlant, c'est très concret, et j'essaie dans la mesure du possible de les, quand moi-même je ne suis pas certain de la balance bénéfices-risques de tel ou tel traitement, de les... de les impliquer dans la réflexion, euuuh..., voilà, sur ce traitement ou sur le rapport bénéfices-risques du traitement, pour qu'ils prennent la décision aussi avec moi. Ça me soulage un peu de la responsabilité (rire un peu nerveux), puis ça permet qu'il y ait une décision qui soit acceptée par le patient et qui vienne aussi un petit peu de lui, et qu'il ait compris un petit peu les enjeux qu'il y a dans ça. Et entre autres quand je refais l'ordonnance, je trouve que ça peut être très pertinent de passer par là.

Animateur : Okay, qui c'est qui veut donner son avis sur la BBR, ce que ça lui évoque ?

A5 : Je suis plutôt d'accord avec A6. Du coup c'est une réévaluation au fil du temps aussi, et puis des situations cliniques puisque... peuvent arriver plusieurs autres maladies, donc euuh... en fonction de ça et de l'espérance de vie, et ben je m'adapte !

Animateur : D'accord. Merci A5.

A3 : Le pronostic euh... lié à la pathologie en cours intervient l'évaluation du bénéfices-risques. C'est-à-dire, on est beaucoup plus enclin à prendre des risques dans des situations qui sont, euuuh..., avec un pronostic vital ou fonctionnel important et dans d'autres situations on sera très peu enclin à prendre des risques, même si le risque théorique du traitement est très faible, statistiquement ! Exemple, les vasoconstricteurs dans la rhino, même si le risque théorique est faible, la balance bénéfices-risques est totalement en défaveur de ce type de traitement, sachant qu'il s'agit simplement d'un traitement symptomatique !

Animateur : Dans ce que tu viens de dire, quand tu dis « on », « on » représente qui ?

A3 : Les soignants.

Animateur : D'accord, merci, non c'est important parce qu'après quand on fait l'analyse, on...

A3 (coupant la parole à l'animateur) : Je, JE ! On va remplacer « on » par « je », parce que c'est vrai que j'extrapole mais j'en sais rien en fait, peut-être que je suis le seul à raisonner comme ça.

Animateur : Okay.

A3 : Peut-être que tu mets du *Dérinox*[®] (rires, suivi de sourire de l'animateur) !

Animateur : Qui est-ce qui... ? A2, A4 ?

A4 : Alors la balance bénéfices-risques, effectivement, il y a le bénéfice espéré du médicament, le risque potentiel, mais interviennent effectivement en compte l'âge du patient, sa situation familiale, ses autres pathologies, son espérance de vie... Donc c'est quelque chose qui est quand même avec pas mal de variables différentes, et il n'y a pas, comment dire, il n'y pas de certitude absolue, c'est pas blanc noir ! C'est en fonction..., ça se réévalue dans le temps, au fur et à mesure de... des connaissances qu'on a, de...

A3 : Pour préciser en fait, si on prend l'image d'une balance, euuuh, pour le même curseur en quelques sortes, dans une situation on acceptera une balance bénéfices-risques défavorable ! Dans certaines situations on acceptera une balance bénéfices-risques défavorable ! Dans d'autres situations, on on..., il faut vraiment que il y ai un risque zéro, sinon...

A6 : Alors, moi je ne suis pas d'accord avec cette représentation par contre !

A3 : Ah ben ça m'intéresse ! Vas-y A6 !

(Agitation des participants. Rires de A4.)

A6 : Moi si je suis pas d'accord avec ces représentations, c'est que pour moi si la balance est défavorable, c'est que le médicament à priori ne semble pas être bon ! Après, par contre, la situation fait que on ne va pas avoir les mêmes risques ou le même bénéfice, mais je je... pour moi ce n'est pas le curseur de la balance...

A2 (intervenant directement) : C'est ce qu'on rajoute en plus d'un côté de la balance. Par exemple, moi je pense à un exemple d'un patient qui me demande mon avis sur une chimiothérapie palliative, euh..., s'il avait... Là il y a 70 ans, s'il en avait 50... le fait d'avoir 50 ans rajoute dans la balance, pour le bénéfice, ben oui, le bénéfice chez lui ce sera d'augmenter sa durée de vie.

A6 (parlant en même temps qu'A2) : Le bénéfice ce serait plus d'années..., plus de...

Animateur : Attendez attendez, vous vous laissez parler, vous demandez la parole, parce que sinon on ne va plus rien y comprendre. Alors A6, finis ce que tu étais en train de dire.

A6 : Effectivement ce n'était pas très clair, mais vu que pour moi le bénéfice et le risque est en partie directement lié au médicament et en partie lié à la situation clinique. Et donc que c'était l'intégralité qu'il fallait prendre en compte, mais du coup, l'intérêt c'est que le choix de prescrire le médicament, c'est quand il y a un bénéfice supérieur au risque, voilà ! Après si c'est effectivement, si c'est dans un contexte, donc par exemple du rhume, le bénéfice est extrêmement minime... voire nul ! Et surtout c'est une maladie bénigne qui va forcément bien évoluée, donc y'a quasiment pas de bénéfices ! Y'a un risque peut-être faible mais potentiellement grave, donc on considère que la balance bénéfices-risques est plutôt défavorable. Dans une chimiothérapie avec des effets secondaires très lourds, on a un bénéfice qui peut être un petit peu plus important, une espérance de vie qui... 'fin voilà, mais c'est donc vraiment le contexte à prendre en compte.

Animateur : Est-ce que, avant que vous réinterveniez, vous pouvez vous remettre au « on », sinon on ne va pas savoir qui on représente, si c'est « on » avec le patient, j'aimerais mieux que vous mettiez soit « je » soit « nous », mais tordons la tête aux « on », sinon ça va vite être difficile pour nous d'interpréter. A3, à moins que A2 veuille continuer sur ce qu'elle avait commencé.

A3 : Donc on est plus sur un problème sémantique en fait, euuuh, à mon avis, pas à notre avis ! En fait je vais reformuler ma vision des choses. Je vais prendre l'image de la chimiothérapie et du vasoconstricteur dans le rhume. Dans le cas du vasoconstricteur dans le rhume, on a bénéfice, c'est un bénéfice fonctionnel ! C'est-à-dire qu'il y a des gens qui vont dire « Mais vraiment ça me fait beaucoup de bien le *Dérinox*® ! Il faut me prescrire du *Dérinox*® ! ». Sauf que la balance bénéfices-risques, le risque est minime, le bénéfice fonctionnel est réel, mais le risque d'effet secondaire est minime, n'empêche que la balance bénéfices-risques est défavorable à mon avis (insistance) ! Dans le cas de la chimiothérapie, euuh..., on a des chimiothérapies, nous avons des chimiothérapies, pour lesquels on est quasi certain qu'il va y avoir des effets secondaires. Et parfois ce sont des chimiothérapies palliatives, on va proposer des chimiothérapies, pour prolonger de un an ou, euuuh, et le risque d'effets secondaires est certain. L'effet escompté ne l'est pas ! Il y a des chimiothérapies qui ne vont pas du tout marcher, et pourtant on va tenter ces traitements !

A6 : Oui mais c'est peut-être une erreur !

Animateur : Attends essaye de...

A3 : Ah mais peut-être ! Non non, mais ce que je veux dire, c'est au-delà... c'est au-delà des simples propriétés pharmacologiques du médicament. C'est tout ce que je veux dire. C'est qu'on va au-delà des propriétés pharmacologiques du médicament, et que c'est vraiment un contexte qui est à la pathologie. On ne peut pas se baser simplement sur le médicament ! Et un même produit va avoir une balance bénéfice risque qui sera variable d'un patient à l'autre en fonction des circonstances. Voilà c'est tout ce que je voulais dire ! Je pense que c'est pour ça que je vous dis, c'est sémantique en fait. En réalité je pense qu'on...

A5 : Le bénéfice attendu est différent pour le médecin et pour le patient. Parfois si on dit que, le médecin préconise un arrêt de traitement parce qu'il n'a plus d'efficacité, le patient peut ressentir un espèce de lâcher dans la nature, ou...

A3 : d'abandon.

A5 : d'abandon, pour lequel le bénéfice sera défavorable pour lui ! Je pense que c'est pour ça qu'il faut bien discuter avec le patient entre nous notre balance bénéfices-risques qu'on lui expose, et lui son ressenti dans le cadre de pathologie...

Animateur : Okay, j'aimerais bien que A2 précise ce que c'est pour A2 la balance bénéfices-risques. Pour chacun d'entre vous. On va pas essayer de trouver une définition pour l'instant, ce qu'il est intéressant de ressortir, c'est ce que c'est pour chacun d'entre vous ça représente, après on avisera.

A2 : Pour moi la balance bénéfices-risques c'est en accord avec tout ce qui a été dit : réfléchir dans tel situation je prescris ce médicament qui est a priori censé avoir un effet positif pour le patient, mais à quel point par rapport aux effets négatifs qu'il va pouvoir éventuellement engendrer. Que des médicaments qui sur le papier paraissent hyper intéressants... que ce soit sur le plan fonctionnel ou pour guérir réellement, en fait adapté à la situation parfois ce sera plus négatif qu'autre chose. Et c'est vrai, l'exemple qui me vient, c'est parce que c'est tout récent, c'est cette chimiothérapie, mais ça s'applique encore plus pour l'homéopathie ou les fameux vasoconstricteurs dans le rhume et des traitements soi-disant magiques qui sont vendus partout mais qui en fait n'ont pas d'intérêt réel puisqu'ils exposent à parfois plus de risques que un bénéfice !

A1 : Ça peut être intéressant aussi quand on prend en charge un nouveau patient, surtout les patients âgés, parce que ça permet de faire parfois du nettoyage au niveau des ordonnances, nous nous étions aperçus, nous médecins, à une réunion de formation que toutes nos personnes âgées avaient des IPP. Et on se demandait tous qui c'est qui les avaient mis et pourquoi ils en avaient parce que on n'osait pas l'enlever quand il avait été mis. Je dirais que moi, je me rends compte, depuis quelques temps je prends en charge une maison de retraite, puisque personne veut y aller ! Donc je me disais que je pourrai prendre en charge tous ces petits papys de 90 ans et il m'est arrivé de voir des ordonnances à dix médicaments et de supprimer les hypolipémiants, supprimer les médicaments qui ont moins d'utilité et personne n'avait osé supprimer. C'est plus facile quand on prend quelqu'un en charge.

Animateur : Okay. Est-ce que vous avez encore quelque chose à dire sur cette notion de balance bénéfices-risques ? Est-ce que chacun d'entre vous...

A2 : Moi je voulais rebondir sur ce que A5 disait. Discuter avec le patient sur ce que, pour prendre la décision ensemble, lui ce qui pense de cette balance bénéfices-risques, ça sous-entend aussi que nous il faut qu'on ait une bonne connaissance de cette fameuse balance (accord de A6) parce que je vois, je ne suis pas capable de dire quels sont les risques de certains traitements, et du coup se prononcer c'est pas toujours évident... ! Il faut connaître pour conseiller comme il faut quoi !

A6 : Juste pour revenir, ben c'est exactement ça, c'est-à-dire que la balance bénéfices-risques, toute la complexité c'est d'arriver à connaître le bénéfice, déjà de manière générale, et le risque, et bien évidemment mais c'est encore plus compliqué, on peut pas prévoir, on peut pas savoir à l'avance, mais dans une situation clinique donnée ! Mais effectivement, le bénéfice, et d'arriver à l'expliquer clairement, ou même, nous-mêmes, à le connaître clairement, par exemple de jours ou de semaines ou de mois avec une chimiothérapie ou de mois de vie gagnées, en termes de qualité de vie, en termes voilà, et c'est tout ça qui rends la balance bénéfices-risques très vite très complexe aussi, donc il faut arriver à la synthétiser et là, on est obligé d'être aidé par des sources qui analysent cette balance.

A1 : C'est écrit dans le Vidal, les inconvénients.

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

A1 : C'est vrai que ça c'est le ressenti... quand on arrête un médicament, des fois, c'est très très mal vécu par les patients !

A6 : Qu'est-ce qui se passe si...

A5 (intervenant directement) : Quand on parle des IPP, là il est ressorti des études récentes que les IPP au long cours avaient une balance bénéfices-risques défavorable ! Alors qu'il y a peut-être 5ans, on...

A1 : Euuh...

A5 : Et ben c'est une réévaluation dans le temps aussi.

(Marmonnements de A6)

A1 : C'est ce qui avait été dit en fait dans notre réunion, je crois que tu y étais, qui avait montré en fait que les américains avaient fait une étude là-dessus.

Animateur : Okay ! Comment vous avez eu contact avec ce paradigme de la balance bénéfices-risques. Comment c'est venu dans votre mode de travail, dans votre raisonnement, dans votre... ?

A4 : Au cours de notre formation. Notamment pendant le stage chez le praticien ! (Rires de tous.) Ah non mais c'est vrai !

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

Animateur : Les autres ?

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

Animateur : A5 ?

A5 : Formation initiale.

A3 : Formation initiale également il me semble. Maintenant précisément quel cours quel prof je ne pourrai pas le dire...

Animateur : Okay, A2.

A2 : Ouais, moi c'était à la fac je pense et surtout en oncologie qu'on abordait ça avec les chimiothérapies ! Mais après que c'est plus venu à ma conscience c'est en stage ambulatoire, et avec Prescrire parce que en lisant ça on est encore plus sensibilisé et puis ça donne des arguments aussi pour évaluer correctement.

A1 : Alors moi j'ai un cas très particulier d'une patiente que je suis depuis 30ans, qui a 80ans, et j'ai du mal à lui arrêter son *Lipanthyl*[®]. Cette patiente qui a juste une clairance un peu basse il y a 30ans, qui était à 40 ou 50 et à force de ne pas lui donner d'anti-inflammatoires et tout, ça a tendance à augmenter, mais elle avait rien d'autre comme maladie. Et en fait elle était très embêtée parce que par rapport à ses compagnes et compagnons, elle n'avait rien à dire sur ses maladies, c'est ça qui est complément fou. Il n'y avait que ça. Et j'ai eu énormément de mal ! Arrêter du *Lipanthyl*[®] en plus !

Animateur : Vous avez déjà un peu débattu tout à la l'heure sur la manière dont vous utilisez cette BBR, mais comment est-ce que vous l'utilisez en pratique professionnelle et qu'est-ce que vous en faites, comment vous faites ? Quand vous êtes dans votre cabinet et que vous devez déterminer... ?

A1 : On peut expliquer aux gens que ça a des désavantages de donner ou de prendre un médicament !

Animateur : Donc ce que tu fais, tu décris aux gens qu'un médicament peut avoir des avantages et des inconvénients ? Okay. C'est un peu en complément de ce que vous avez dit en répondant à la première question.

A3 : L'utilisation est d'abord intérieure, c'est dans ma phase de réflexion silencieuse que j'évalue la balance bénéfices-risques et dans un deuxième temps que je peux être amené à l'exprimer, ou pas forcément d'ailleurs ! Je l'exprime quand j'ai besoin vraiment d'expliquer un traitement ou d'expliquer l'arrêt d'un traitement, ou pourquoi un traitement qui est demandé ne sera pas prescrit. Sinon en général j'utilise pas cette notion euuh... spontanément dans la discussion avec le patient...

Animateur : Okay, merci.

A3 : Mais j'essaie de la prendre en compte dans mes choix thérapeutiques !

A6 : Moi c'est ce que j'avais un peu expliqué tout à l'heure, mais effectivement euh... il y a la réflexion de la balance bénéfices-risques du médicament en tant que tel qui fait que je vais le mettre ou pas dans ma liste de médicaments que je maîtrise et que je pratique et là par exemple Prescrire pourra m'aider à faire le tri ! Les ASMR les SMR aussi, les autorités de santé ont quand même leur rôle à jouer, mais voilà. Et du coup donc je vais maîtriser tel ou tel médicament, je vais utiliser ceux-là car je sais qu'ils ont un bénéfices-risques utile et par contre je vais expliquer et justifier auprès du patient ou discuter avec lui quand justement le bénéfice ou la situation est un petit peu complexe, moins évidente. Je vais discuter avec lui en utilisant l'outil de la balance bénéfices-risques donc ce serait les bénéfices et les inconvénients du médicament.

Animateur : D'accord. Tu as utilisé un nouveau mot, tu as utilisé le mot « outil balance bénéfices-risques », okay.

A5 : Comme on dit un peu, parfois j'utilise la balance bénéfices-risques. J'utilise le Cardioscore quand moi-même j'ai une intuition clinique, ben au moins je m'appuie sur cet outil afin d'appuyer ou non, d'expliquer ce que le patient a comme bénéfice à bénéficier d'une statine.

A6 : Oui, car le Cardioscore donne le pourcentage de réduction du risque de mortalité à 10 ans en fonction de l'arrêt du tabac, de la maîtrise de l'hypertension, donc cela permet d'avoir des chiffres concrets et qu'on peut accepter facilement la décision dans la situation.

A5 : Dans la démarche clinique.

A4 : Alors ça j'en parle au patient suivant son niveau de compréhension..., mais c'est vrai que la discussion elle est effectivement, comme disait A3, avant tout intérieure ! Ou elle peut être à la fois pour initier un traitement ou pour au contraire en déprescrire un.

Animateur : Ça on va y revenir tout à l'heure.

A4 : Le Cardioscore peut être intéressant justement pour expliquer à des patients que eux, en effet, ils n'ont pas intérêt à continuer un traitement hypolipémiant.

A2 : Moi je pense que ça se fait un peu de manière intuitive quand c'est des médicaments que je maîtrise, je n'y pense même pas si le patient ne pose pas la question. Après c'est vrai que si le patient le demande, si je sais très bien de quoi je parle ben j'explique, et si c'est intéressant pour avoir son accord aussi. Et si c'est quelque chose que je ne maîtrise pas, ben franchement, je vais sur les sites d'explications des médicaments et dans ce cas je réfléchis à voix haute avec le patient. Je pense que je lis un peu devant lui ce que je trouve et...

Animateur : Okay ! Alors ça c'était la balance bénéfices-risques, un petit peu ce que c'est, ce que vous en saviez, ce que vous vous en représentiez... et cætera et cætera, comment on pouvait l'utiliser. Est-ce que l'on termine sur cette BBR ou il y a encore des choses à dire ? Ou on passe à la question suivante ? (Absence de réaction des participants) Non c'est bon, okay ! C'est très intéressant ce que vous avez débattu.

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

A1 : C'est vrai que moi je trouve de plus en plus que les patients ils existent par leurs maladies, donc si on leur supprime certains médicaments c'est très très mal vécu !

Animateur : Alors maintenant on va rentrer dans une chose un peu plus pragmatique, ce que vous faites tous les jours : la décision. Si vous êtes en face d'un patient et vous allez initier ou reconduire une ordonnance alors comment vous prenez cette décision d'initier un traitement ou de reconduire un traitement, quels sont vos automatismes, quels sont vos manières de faire, que ce soit d'ailleurs pour un médicament, que ce soit pour une imagerie, une prescription de biologie... ?

A3 : Déjà c'est différent. Il peut éventuellement y avoir un automatisme pour une imagerie, pour un traitement médicamenteux y'a rarement un automatisme, enfin c'est rarement automatique.

Animateur : Explicites-toi.

A3 : Ah ben je, j'ai peu de situation ou telle situation clinique entraine automatiquement telle prescription sans qu'il y ait une réflexion. Je ne crois pas en avoir, mais peut-être que je me trompe hein !

Animateur : Alors ce qui serait intéressant c'est que tu détailles ta réflexion. Tu dis que tu as une réflexion et que ce n'est pas automatique, c'est quoi ta réflexion ?

A3 : Alors ma réflexion, par exemple, le truc tout con, une douleur, j'ai rarement une réponse stéréotypée pour la prise en charge d'une douleur, quelques soit... Il y a toujours une analyse qui va prendre en compte l'âge du patient, l'intensité de la douleur, le type de douleur, la possibilité d'effet secondaires éventuels et donc il n'y a pas d'automatisme. Les allergies éventuelles ou les intolérances à un pallier 2 ou à un pallier 3, donc même pour quelque chose d'aussi simple, entre guillemets, qu'une douleur, il n'y a pas d'automatismes.

A1 : Je pense que la douleur c'est pas très simple au contraire, et donc c'est très varié, tu as toutes les possibilités, contrairement à une polyposé ou quelque chose où tu auras peut-être plus...

A3 : J'ai pris l'exemple de la douleur, mais je pense que toutes les situations nécessitent une réflexion et j'essaie vraiment d'éviter l'automatisme.

Animateur : Okay, d'accord. Mais pensez, pour moi c'est l'initiation ou la reconduction d'une décision médicale, qu'elle soit de traitement ou de biologie médicale, voire même à prendre un avis.

A3 : A contrario, pour les biologies, je peux avoir des automatismes. Il y a un certain nombre de recommandations et donc on va avoir une certaine rythmicité avec ces différentes recommandations, et donc voilà si j'ai pas eu telle analyse dans tel délai, je vais la prescrire, voilà.

A2 : Je trouve que même pour la douleur, effectivement c'est adaptable à chaque patient, moi j'ai quand même des cases qui s'ouvrent bon ben tel genre de douleurs j'ouvre ça et puis j'explique systématiquement comment je prescris mon paracétamol et si je décide de mettre un anti-inflammatoire comment je le prescris. Souvent c'est pas automatique car bien sûr je ne prescris pas des anti-inflammatoires à tout le monde, mais y'a certains trucs qui éveillent telle réaction et la réflexion elle se fait automatiquement je trouve. On réfléchit forcément : est-ce que là je peux mettre des anti-inflammatoires et si oui combien, et est-ce qu'il faut que je mette un IPP avec, mais c'est donc des trucs qui sont vites...

Animateur : Tu es donc plutôt dans une décision adaptée, et A3 est dans une décision réfléchie. Justement c'est ça qui est intéressant, c'est qu'on voudrait savoir quels sont vos manières de faire.

A1 : L'écoute des gens en premier, il paraît que des médecins ne laissent pas assez parler les gens, c'est un gros problème. En deux le questionnaire et en trois l'examen, au moins.

Animateur : D'accord. Qui prends la suite ?

A6 : Moi à contrario, je pense que j'ai quand même pas mal d'automatismes, parce que ça me soulage pas mal dans mon travail, dans ma réflexion. C'est-à-dire qu'effectivement bien sûr il faut que je puisse

avoir un diagnostic le plus précis possible de la situation clinique possible et puis là-dessus en fonction des recommandations, en fonction de mes connaissances, avoir un certain nombre de réflexes par rapport à mes prescriptions. Après j'ai de plus en plus d'automatismes, je m'en rends compte, parce que j'ai eu un certain nombre de formations de FMC là-dessus, par exemple automatiquement je vais aller regarder la dernière clairance, pour vérifier s'il n'y pas à changer l'adaptation d'un traitement, en particulier sur la reconduction, sur des traitements qui ont été introduits par quelqu'un d'autre. Et régulièrement il y a des erreurs, surtout chez les personnes âgées, chez qui il y a une altération de la clairance. Et aussi maintenant on a les logiciels qui peuvent nous montrer les interactions bon ben j'essaie d'être vigilant quand je mets un nouveau traitement, de prendre en compte qu'il n'y ait pas d'interactions, je pense en particulier avec un certain nombre de médicaments qui sont assez... pris de manière assez banale, soit le charbon activé pour les troubles du transit, ou des antiacides qui par contre peuvent diminuer l'absorption du traitement et donc il y a des interactions réelles avec ça. Donc je vais être vigilant là-dessus et au puis au moins expliquer en prenant mon temps. Mais donc il y a un certain nombre d'automatismes qui viennent quand je prescris tel ou tel traitement, voilà, d'expliquer un petit peu comment est-ce qu'il faut qu'il soit pris. Pour le *méthotrexate*, penser toujours à bien préciser que c'est une fois par semaine. Voilà, donc finalement, j'ai plein de petits automatismes que j'ai construit et qui me soulage pas mal dans ma pratique.

A3 : Je me permets... c'est pas en opposition ! J'ai ces...

A6 : Non non mais voilà, mais y'a des automatismes !

A3 : Bien sûr, notamment les automatismes des précautions d'emploi pour les AINS..., il y a un certain nombre de prescriptions où j'ai toujours le même discours, ou ça sort automatiquement : attention à un certain nombre de choses ! Y'a des automatismes, mais pour moi la question je l'avais compris comme : est-ce que vous avez des prescriptions automatiques ?

A6 : Ah moi je ne l'ai pas compris comme ça ! Pour moi c'était : est-ce que dans vos prescriptions vous avez des automatismes ? Ben typiquement les AINS, je vais avoir des automatismes, qui sont des...

A3 : Ah oui oui, non mais là je te rejoins clairement !

A6 : Mais du coup je ne sais pas quel était l'intention de la question !

Animateur : Ah non mais c'est vous qui avez amené l'automatisme, moi je n'ai absolument pas parlé d'automatisme à l'introduction de la question. La question c'était : qu'est-ce que vous faites quand vous faites une prescription ? Et A3 a commencé à parler d'automatismes donc vous a recommencé à parler d'automatismes.

A3 : On réécouterà la bande (ton blagueur, rires) !

Animateur : Non mais l'intérêt de cette discussion c'est que vous fassiez venir votre pratique ! C'est ça qu'on cherche. En fin de compte c'est quelle est votre pratique pour qu'on puisse réfléchir dessus.

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

Animateur : A2 et A5

A5 : Effectivement, moi je..., je réfléchis de manière un peu systématique sur mes ordonnances, en prenant les médicaments les uns à la suite des autres et en voyant, est-ce que celui-là il a toujours son indication ? Je demande l'avis du patient car encore aujourd'hui pour une prescription, par exemple aujourd'hui pour une prescription de vitamine D à ma patiente ce qu'elle préférerait. Car moi je lui aurais

mis une ampoule tous les trois mois et je lui ai proposé une autre alternative. Et c'est finalement ce qu'elle a préféré faire, alors que pour moi c'était équivalent. Et je pense qu'effectivement pour nous c'est plus facile d'être quand même guidé quand on parle d'antalgiques comme a parlé A3, ben on sait très bien qu'il y a des paliers d'intensité donc ça on va s'en servir. Euuh, quand on voit notre liste de médicament on sait qu'il va s'afficher des petites annonces donc quand ça va s'afficher moi je vais aller voir aller gratter pour voir pourquoi d'un coup il y a un petit « attention » qui arrive. D'autres automatismes, les AINS, je suis persuadé que parmi nous, si il y a une indication d'anti-inflammatoire et ben on va toujours choisir les mêmes qui ont le bénéfices-risques le plus favorable parce qu'on va se dire tant qu'à en prescrire un, si on doit en choisir un, on va choisir *naproxène* ou *ibuprofène* en premier lieu, en tout cas pour moi ! (Accord de A3 et A4) Et pareil pour les antibiotiques, quand y'a besoin d'en prescrire un et ben c'est sûr que je vais prendre toujours le plus « secure » entre guillemets qui a le moins d'interactions pour éviter au maximum, euuh..., pas des erreurs, mais euh... des interactions entre les médicaments.

A1 : Je voulais juste signaler, les médecins se servent souvent d'outils comme Antibioclic ou d'autres sites que les jeunes utilisent de plus en plus ! Parce qu'ils ont dû être former pour cela je pense... Antibioclic c'est une jeune interne qui avait créé ça pour euh, parce qu'elle s'était rendue compte que dans ce groupe où elle travaillait les médecins avaient du mal à choisir leurs antibiotiques.

A6 : Ce sont des arbres... des algorithmes d'aide à la décision !

A1 : Oui oui.

A6 : Et effectivement il y en a de plus en plus sur internet et c'est un vrai outil effectivement dans le choix de la prescription. Et qui permet si le choix l'a mis à jour et cela permet aussi d'être à jour dans ces recommandations en particulier !

A1 : Gestaclic pour la femme enceinte.

A6 : Pour la femme enceinte oui c'est un vrai outil qui fait partie intégrante de notre pratique, en tout cas de ma pratique, au quotidien dans l'aide à la décision.

A1 : Et je me rends compte que mes internes s'en servent de plus en plus et qu'ils vont très très vite !

A2 : Moi, pour répondre à la question, je fais un peu une différence entre les prescriptions de trucs aigus ou de truc chroniques. Par exemple, moi en tant que jeune remplaçante, j'ai l'impression que les trucs aigus je fais de la primoprescription, et les trucs chroniques je fais quand même essentiellement de la represcription. Et pour la represcription de médicaments chroniques, je pense que j'ai cet avantage que vu que je ne connais pas les ordonnances, je suis obligée de reprendre à chaque fois pourquoi ce médicament, pourquoi celui-là et c'est vrai que de temps en temps je tente, surtout pour les anxiolytiques, « Celui-là, est-ce que vous êtes sûr d'en avoir besoin ? ». Souvent je represcris même si je suis pas trop d'accord, mais voilà parce que, je..., comme on disait plus tôt, on voit bien le patient s'il est motivé pour changer quelque chose ou pas ! Et sur la retranscription, je pense en tant que nouveau médecin c'est intéressant, je ne sais pas comment je ferai plus tard, quand ça fera 20 ans que je prescrirai la même chose à mon patient et j'espère que j'aurai encore ce réflexe-là. Mais j'ai l'impression que vous l'avez encore, donc... ! Et pour la primoprescription, c'est assez rare pour des traitements chroniques pour l'instant ! Mais quand ça arrive effectivement, je réfléchis dans tous les sens, et j'attends d'avoir l'accord du patient sur c'te prescription !

Animateur : Dans tout ce que vous venez d'évoquer, vous avez vachement parlé de la prescription médicamenteuse, vous avez un tout petit peu oublié la prescription de biologie, d'examen complémentaires ou la prescription d'un avis d'un autre confrère. Est-ce que vous faites à peu près la même chose, assez rapidement ? Est-ce qu'il y a des choses à rajouter par rapport à ça, ou pas ?

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

Animateur : D'accord.

A2 (enchaînant immédiatement) : Moi je trouve que à part certaines imageries qui peuvent effectivement avoir des effets négatifs, la réflexion se pose moins vis-à-vis de l'avis d'un confrère, parce que à part le délai et la gêne qu'on va apporter au confrère qui est déjà overbooké, parce que, okay, y'a pas trop de risques pour le patient d'aller voir un spécialiste ou de faire une prise de sang.

Animateur : Okay, d'accord. Alors maintenant on va changer un tout petit peu la situation. Vous allez voir votre patient, que vous connaissez bien, vous êtes son médecin traitant, et il vient vous voir pour la reconduction de son ordonnance. Alors cette ordonnance vous pouvez l'avoir initiée, elle a pu être initiée par quelqu'un d'autre, ou elle a pu être modifiée parce qu'entre-temps vous l'avez envoyé à un confrère, ou parce qu'entre temps il était à l'hôpital et il est sorti de l'hôpital. Et donc il revient avec ses lignes de prescriptions, alors à partir de là qu'est-ce que vous faites ? Dans vos pratiques ?

A1 : Je pense qu'il est plus facile de mettre en doute la prescription d'un confrère que la nôtre (rires). Je suis pas sûr que quand on renouvelle pas, que quand je renouvelle un traitement, j'ai tendance à le renouveler sans trop me poser la question à part pour une personne âgée qui a peut-être besoin de faire en fonction de sa clairance. (rires sourds, notamment de A4)

Animateur : Donc en gros, si je reformule, une nouvelle ligne, elle t'interpelle.

A1 : Oui bien sûr.

Animateur : Okay, les autres ?

A2 : Moi la nouvelle ligne elle m'interpelle,

Animateur : La ou les, hein

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

(Plusieurs personnes réagissent en même temps.)

A3 : Ce qui est dommage !

A2 : Je me poserai la question mais ce serait pas aussi évident de dire non...

Animateur : D'accord. A2 a une réflexion qui est la sienne.

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

A3 : Euuuh, c'est comme la nature, le mouvement attire l'attention hein, en fait. Le mouvement sur l'ordonnance attire l'attention. La nouvelle ligne m'interpelle. Comme le prédateur dans la nature. C'est pareil... si l'ordonnance a bougé, ça, hein... Donc je sais, hein..., c'est un défaut un travers que j'essaie de corriger mais c'est pas évident, donc j'ai beaucoup plus de facilité à renouveler, avec un certain nombre de mes automatismes, une ordonnance que j'ai initiée et, euuh, quand la situation clinique n'a pas vraiment changé, qu'il n'y a pas d'éléments intercurrents, je vais parfois... pas me reposer des questions sur le traitement et renouveler de façon, pour le coup, en parlant de renouveler et pas de primoprescription, de manière trop automatique. C'est un travers que j'ai, personnellement. Par contre, quand il y a une nouvelle ligne, systématiquement j'essaie de comprendre pourquoi, qui et comment, et

quand, et là je m'intéresse beaucoup plus à la globalité de l'ordonnance. Donc à la limite c'est intéressant parce que ça permet de refaire une réflexion globale sur, euuh, voilà. Et j'essaie de creuser, d'aller au bout du raisonnement, et c'est... Je trouve ça globalement, intellectuellement intéressant, de comprendre le cheminement de pourquoi on en est arrivé là.

Animateur : Okay.

A4 : Il m'arrive beaucoup de renouveler par automatisme mes propres prescriptions. De temps en temps mes groupes de pairs ont cet intérêt de prendre du temps, de prendre un peu de recul pour l'analyse et de se dire mais pourquoi je continue à laisser ce truc-là alors que c'est pas nécessaire. Et oui, il m'est arrivé de modifier certaines prescriptions de confrères, mais je suis toujours effectivement toujours un petit peu... euh... je me sens toujours un peu euuh, ben je sais pas, gêné ou je sais pas comment dire, j'ai pas le mot...

Blanc.

Animateur : Si si, on le sent très bien, mais tu ne dis pas le mot. On sent très bien ce que tu veux dire A4. Essai d'analyse jusqu'au bout, c'est quoi cette gêne ?

A4 : De critiquer quelque part la prescription d'un confrère, ou de ... et d'être en désaccord avec lui. Mais euuh...

A5 : Je me permets de faire le relai. J'ai une patiente qui est sortie de l'hôpital, on lui a changé une partie de son traitement antihypertenseur, parce qu'elle avait du *Tareg*[®], donc on lui a changé, donc j'ai reconduit sans trop me poser de questions. La statine pareille. Et puis il y a un autre traitement qui a été changé, ben ça je ne me suis pas dit 'ben tiens tel IPP est mieux', je pense que ça dépend de la délivrance de la pharmacie hospitalière. C'est une personne âgée, je ne me suis pas forcément posé de questions et je ne suis pas reparti sur ma prescription à moi, puisque pour moi c'était à peu près équivalent. Par contre quand il y a une nouvelle ligne, c'est forcément que ça interpelle intellectuellement et ça amène aussi à savoir pour quelle durée est prescrit le traitement, si c'est provisoire ou si c'est chronique. Et euh, si un nouveau traitement est prescrit, notamment différent du miens, j'essaie de m'interroger sur ce qui est le plus pratique entre guillemets pour le patient et du coup j'opterai souvent pour une monoprise ou des associations, donc j'essaierai de réaménager le traitement progressivement pour quelque chose qui me convient mieux et proposant au patient ce qui me semble le mieux convenir.

A1 : Moi je pense que ça peut être intéressant de voir des nouveaux patients, justement moi je me souviens d'une patiente turque de 50 ans, qui est venue pour un renouvellement *Stédiril*[®], qui n'avait jamais eu de bilan et qui je me suis dit à 50 ans est peut-être ménopausée. Elle était ménopausée et elle était diabétique. Et *Stédiril*[®] était une pilule qui étaient systématiquement renouvelée par le médecin sans réfléchir... On voit des choses parfois complètement dingues. Donc il ne faut pas hésiter à remettre en cause et à aller voir plus loin !

A2 : Après, si c'est pour revenir sur ce qui est dit, euuh, pour une prescription qui est ancienne et qui est renouvelée comme ça par automatisme, okay ! Mais quand on fait appel à un confrère qui soit hospitalier ou pas, et qu'après il fait des modifications, moi je trouve que c'est un peu..., je dis pas qu'il faut tout accepter et dire bêtement oui oui, mais lui dire « Ah non ce que tu m'as proposé en fait j'en veux pas ! », ça peut être un peu délicat !

A5 : Oui ça peut être un peu délicat !

Animateur : Okay. A6 ?

A6 : Je voudrai rebondir là-dessus et répondre à ta question. Alors je sais pas, mais pour moi ça s'appelle plus l'argument d'autorité ! On peut aussi avoir une certaine forme de déontologie, on n'a pas envie d'embarrasser le confrère, etc...

A1 : Bien sûr. (Accord de A4 également)

A6 : Alors moi, par déontologie, quand je ne suis pas d'accord avec le traitement, ou quand je veux un peu modifier la posologie, je peux décrocher mon téléphone, voilà, la plupart du temps ça se passe très bien. J'ai quelques personnes, médecins, qui l'ont très mal pris ! Qui se sont senti attaqués, que je remette en cause leur légitimité ou leur prescription en tout cas puisque je ne remettais pas en cause leur légitimité. Ensuite, moi quand j'adresse à un confrère, ça dépend pour quoi évidemment, quand j'ai aucune compétence dans le domaine, c'est vrai qu'en cancéro, je me sens démuni, mais la plupart du temps je demande juste un avis et je demande des compétences techniques. C'est-à-dire que quand j'adresse à un cardiologue je n'ai pas du tout envie qu'il prescrive quelque chose, je veux juste qu'il me fasse son point et qu'il me propose. D'ailleurs, maintenant les cardiologues l'ont bien compris, ou alors ils écrivent « je me permets », et les cardiologues qui imposent, qui ont commencés à mettre des médicaments, c'est pareil en endocrinologie en éducation thérapeutique, je n'attends pas de la prescription ! Et par expérience, ma courte expérience, dans le domaine, euh... y'a quand même, le spécialiste je n'ai pas l'impression qu'il soit meilleur que moi dans la prescription ! J'ai l'impression de beaucoup me prendre la tête sur la prescription ! Ils ont des vraies compétences techniques que je n'ai absolument pas ! Et dans la prescription je suis pas tout à fait là-dessus, mais je vois, j'ai vu énormément, une liste de choses que j'ai remis en cause, euh..., qui sont plus ou moins grave ! La dernière fois j'ai, c'était hier, j'ai vu une dame qui revenait de chez le cardiologue qui lui avait mis de l'*Eliquis*[®] à la place de la *Coumadine*[®] parce que c'était un peu compliquée les INR, elle avait 83 ans, la mamie elle avait une bonne fonction rénale, il le mettait bien. Pas de soucis, sauf que il a mis 5mg deux fois par jour et elle faisait 48kg, et bon je revérifie dans les RCP, j'avais notion que petit poids et âge important, en effet c'était dans les RCP plus de 80 ans et moins de 50kg, bon ben faut passer à 2,5mg fois deux, donc je décroche mon téléphone, j'appelle le cardiologue, le cardiologue avec qui je m'entends très bien, il n'y avait aucun problème. J'ai eu des choses parfois un peu plus difficiles avec un rhumatologue sur une PR, je lui ai envoyé une suspicion de PR pour confirmation pour avoir son avis, et il met au patient qui est diabétique et insuffisant rénal et qui a plus de 66 ou de 67 ans, il lui met du *méthotrexate* à plus de 20mg, oui c'est ça ils lui mettent à 20mg par semaine. Ça me semble être extrêmement élevé d'emblée, en plus des AINS qu'il prescrit sur trois mois alors qu'il y avait déjà une insuffisance rénale avec une clairance à 40, voilà, moi je bondis ! Alors j'hésite pas, j'ai pris mon téléphone, j'ai négocié avec le rhumatologue, parce que là c'était de la négociation pour qu'on baisse, qu'on arrête les anti-inflammatoires, qu'on baisse le traitement voilà, mais pas trop vite, parce que voilà lui il m'a expliqué ses raisons, mais c'est vrai que il ne va pas voir le risque d'insuffisance rénale aigue, alors c'est vrai que lui il va pas voir, chacun focalisé sur sa spécialité ! Et les diabètes j'en parle pas ! Sur certains, ils vont mettre des traitements avec lesquels je ne suis pas d'accord, où la balance bénéfices-risques pour moi n'est pas forcément favorable. Donc vraiment pour le coup, je trouve que c'est complétement mon rôle de faire la synthèse ! Et c'est à moi de prescrire (accord de A1 et A2) et c'est à moi de dire que je ne suis pas d'accord et éventuellement en discuter, et parfois je me trompe aussi, évidemment ! Ou parfois il y a même des choses qui m'ont échappé, là d'ailleurs je trouve ça intéressant de pouvoir discuter, je suis triste de... Et juste pour revenir sur les choses qui m'ont interpellées, euh, sur le renouvellement et la prescription s'il y a eu une nouvelle ligne, ce sont des choses sur lesquels je vais me poser la question ! Et il y a aussi la liste des médicaments que je n'aime pas bien, des fois je sais que c'est moi qui les prescrit mais justement, les benzodiazépines etc., où là, ben quand je vois ces médicaments là, ce sont des médicaments qui vont me choquer, où je me dis, ben tiens, il faut que je fasse une intervention et en fonction du temps que j'ai, effectivement l'intervention elle va être plus ou moins pertinente, plus ou moins longue, voilà. Mais « Est-ce que vous avez encore besoin de ce traitement pour dormir ? » D'accord, bon ben ça non, hop ! Mais ça c'est aussi une façon de leur poser la question de leur balance bénéfices-risques. Les IPP ça fait partie de..., ces gens qui ont des IPP pour des hernies hiatales : « Est-ce qu'on n'essaierait pas d'arrêter ? ». Voilà ! Les THS, souvent c'est pas moi qui les prescris, mais souvent est-ce qu'on peut pas essayer de diminuer, d'arrêter, etc... Voilà des choses où du coup je vais

lancer des propositions parce que je sais que chez moi ça fait des alertes, donc là il y a une forme d'automatismes !

A3 : Donc je trouve l'échange très intéressant, parce que je vois vraiment en fonction des profils psychologiques de chacun d'entre nous, qu'on a des réactions assez différentes...

Animateur : Tu... Professionnel ou psychologique ?

A3 : Psychologique, et ce qui apparaît c'est que dans un certain nombre de situations c'est nous médecin généraliste traitant qui ne nous sentons pas légitimes, suffisamment légitimes, pour remettre en question la prescription spécialisée, parce que souvent on a été formaté comme ça, et même si on essaie de sortir de ce schéma, on a l'impression que euh... face à un expert, il va forcément avoir un avis plus pertinent que le nôtre ! (Rires de A1) Il est beaucoup plus facile pour nous de... Dans les domaines que nous maîtrisons tous bien, il y a des domaines de spécialité que nous maîtrisons bien et c'est vrai que dans certaines spécialités, certains types de prescriptions je serai beaucoup plus critique sur ce qui a pu être prescrit pas notre confrère, tout en restant bien évidemment déontologique, mais ça peut parfois amener à des conflits où je vais refuser catégoriquement de prescrire certaines associations que je trouve délétères tout en sachant que il y a l'aspect médico-légal. En sachant que si moi je represcrais, que je cautionne et donc dans certaines prescriptions je ne veux pas endosser cette responsabilité parce que non je ne la trouve pas nécessaire. Et donc il m'est arrivé d'échanger... Et alors ma grosse difficulté dans ces cas-là c'est le patient, parce que le patient se retrouve ballotté entre deux médecins qui ne sont pas d'accord et j'essaie de l'épargner en décrochant le téléphone et en essayant de négocier, mais des fois la négociation ne marche pas.

Animateur : Est-ce que on pourra parler du patient plus tard s'il te plait ? Merci.

A3 : Mais ça influe sur la décision justement, je me suis retrouvé en difficultés dans ces cas-là, avec des prescriptions avec lesquelles je n'étais pas d'accord.

Animateur : D'accord, et à ce moment-là tu as fait quoi ?

A3 : (rires) J'ai honte... (rires) J'ai d'abord refusé ! En lui demandant, si le cardiologue voulait faire cette prescription car moi je ne la ferais pas ! Et devant un patient qui devait partir au Portugal, j'ai rajouté je crois, mais pour l'aspect médico-légal, tout en sachant très bien que cela ne me protégeait absolument pas puisque j'étais prescripteur, « à la demande du cardiologue traitant ». Et j'ai rajouté la ligne parce que j'avais eu un... J'étais super emmerdé, je suis pas fier de ça, mais je ne voulais pas lâcher là-dessus parce que je trouvais que ce n'était pas une prescription..., et j'ai fini par lâcher pour le patient parce qu'il ne comprenait pas du tout ce qui se passait. Et... euh, bon ! J'avais fini par contacter un autre confrère cardiologue pour lui demander son avis parce que j'étais vraiment emmerdé et il m'a dit « Ecoutes, effectivement je suis d'accord avec toi, mais bon euh, c'est théorique et en pratique t'emmerdes pas ! » Voilà. J'étais dans une impasse.

Animateur : Est-ce que je pourrai simplement amener le questionnaire de A4 tout à l'heure. Est-ce que le mot qui a été donné par A3, n'était-ce pas le mot qui te manquait tout à l'heure ?

A3 : C'est pour ça que je l'ai sorti.

Animateur : Tu l'as sorti, c'était quoi le mot que tu as sorti ?

A3 : La légitimité !

Animateur : Est-ce que A4 tu n'as pas l'impression que c'est le mot qu'il te manquait ?

A4 : Oui.

Animateur : Oui, merci c'est gentil.

A6 : C'est notre légitimité, effectivement, de faire la synthèse des traitements et c'est marrant parce que dans ma pratique je me rends compte, peut être de plus en plus maintenant, au début effectivement on hésite. Mais de plus en plus maintenant, surtout quand j'ai clairement, ça je le fais quand j'ai des arguments solides pour le faire. J'ai devant moi un texte qui me permet de dire, je m'imagine, voilà, si je dois défendre ma position, je sais comment l'expliquer sur des données basées sur la science ou sur un livre donc je le note surtout bien dans le dossier et si j'ai quelque chose où on est pas d'accord avec le spécialiste, je fais selon mon avis et donc le dernier *Eliquis*® où je n'avais pas pu joindre le cardiologue, qui m'a vu qui a dit « Est-ce que c'est bien ou pas ? », ben je mets 2,5 et je l'appellerai demain et il me confirmera s'il est d'accord ! Donc voilà c'était un exemple. Et c'est sûr que le nombre de fois... Les urgences je ne les rappelle même pas ! (Rires de A3) Quand je vois l'allopurinol qui est prescrit à 300, je ne me pose même pas la question, pour moi c'est une évidence que y'a... ! C'est une erreur ! Je vois une erreur de prescription et bon là mon rôle est simple de corriger la posologie de l'allopurinol.

Animateur : Si je reprends là, vos modifications de lignes de traitement, l'apparition d'une nouvelle ligne de traitement, soit parce que vous avez demandé un avis, soit parce que le patient a consulté, soit parce que ça a été initialisé puisqu'avant il avait rien, visiblement vous pouvez être d'accord ou ne pas être d'accord, vous pouvez reconduire ne pas reconduire, vous pouvez argumenter ne pas argumenter, et alors vous avez parlé de votre ressenti à remodifier le traitement à votre tour, avec des positions tout à fait compréhensible entre A3 et A6. Et alors là, la BBR vous l'utilisez comment ?

A5 : Alors là c'est la synthèse des ordonnances si on veut donner la même ordonnance à plusieurs médecins et bien en principe on devrait arriver à la même chose ! (rires) Avec cette histoire de balance bénéfices-risques. (A1 veut intervenir) Sauf que je pense que si on faisait des statistiques, il y aurait des différences. Ce delta comment on peut l'expliquer ? En fonction de nos profils psychologiques ? Moi je peux peut-être dire le ressenti du patient, son expérience, euuuh... et pourtant on devrait tendre vers les mêmes similitudes d'ordonnance face à un patient ou une situation clinique !

A1 : C'est mon fantasme depuis très longtemps qu'un même patient vu par 10 médecins et de voir ce qu'il en sort ! (rires)

A3 : Tu as des fantasmes... (ton sarcastique, suivi de rires de tous sauf A6).

A3 : Je pense que ce qui permettrait de classer les ordonnances c'est la tranche d'âge du médecin, qu'il y aurait des grandes lignes à mon avis. Et à la question « Où intervient la BBR ? », elle intervient à tous les niveaux de cette analyse d'ordonnance ! Justement c'est l'un des éléments qui va permettre de...

A5 : D'uniformiser...

A3 : Déjà il y a l'indication du traitement, et ensuite la BBR !

A1 : Je pense aussi que les gens nous choisissent médecin en fonction de nos profils, ça c'est évident !

A4 : Il y a une sélection...

Animateur : Est-ce que je pourrai avoir la réaction d'A2 et d'A4 qui se sont peu exprimés ?

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

Animateur : Et par rapport à ce qui était exprimé en complément du premier tour de table sur la légitimité, la BBR, est-ce que A2 et A4 vous pourriez réabonder par rapport à ces lignes qui sont apparus, si vous discutez, si vous discutez pas, si vous revenez à une ligne antérieure ou pas, comment est-ce que vous faites ?

A2 : J'ai un peu du mal à répondre à la question. Si y'a un truc qui apparaît, où pour moi, ma connaissance du rapport bénéfices-risques me paraît évident qu'il est pas bon, ben euh..., oui je vais pas le reconduire ! Et je vais réfléchir à pourquoi ça a été mis, alors que ça me paraît pas logique ! Et on retombe sur ce qu'on disait tout à l'heure, si on veut garder de bons rapports avec la personne qui l'a prescrit on discute avec elle ! Si on s'en fout, on parle avec le patient... !

A6 : La BBR ça légitimise notre décision. On base notre décision sur la BBR quand même.

A2 : Oui.

A5 : C'est l'intérêt du patient qui prime sur le relationnel avec d'autres médecins, ben...

A5 : Je pense que tous les médecins pensent à améliorer la santé de leurs patients.

A2 : Oui, mais de cette phrase-là, ça voudrait dire qu'il y a des médecins qui prescrivent ça... alors qu'ils ont torts ! Moi j'ai du mal à remettre à ce point-là en question ! Mais si je le pense effectivement, je vais les contacter et...

A3 : Je pense que tous dans nos ordonnances il doit y avoir des petites conneries qui se cachent et (rires, en s'adressant à A2, sa remplaçante non thésée) je t'en supplie, si tu en vois passer une (rires de A2), surtout ne reconduit pas ! Et je ne serai pas vexé, il n'y a pas de problèmes (rires) !

A2 : Ben justement comme je suis en remplacement, si je vois passer un truc qui me paraît bizarre, sur une ordonnance d'un médecin, qui est prescrite depuis 5 ans, je vais avoir du mal effectivement à dire au patient : « C'est n'importe quoi ! ». Parce que déjà il faut que je me sente légitime et il ne faut pas que le lien qu'il a, là en l'occurrence, avec son médecin traitant ou que ce soit avec un spécialiste ou autre, mais quand même, il ne faut pas casser le lien et je poserai la question. Ça m'arrive souvent de me poser la question : pourquoi ça ? Si je pense que c'est urgent de l'arrêter, okay, je vais le faire, mais si je pense que c'est pas urgent, j'écris un petit mot et j'avoue que oui je laisse le médecin décider. C'est sa prescription, et mettre un coup de pied dedans je pense que c'est un peu délicat.

A1 : Il ne faut jamais dire « C'est n'importe quoi ! » !

A3 : Ouais.

(Réaction de la salle en accord.)

Animateur : Est-ce qu'on pourrait avoir l'intervention de A4 et après on passe à autre chose ?

A4 : Pour autant, il m'est déjà arrivé en mon âme et conscience d'interrompre des prescriptions de spécialistes, parce qu'effectivement y'avait des événements intercurrents qui faisaient que la balance bénéfices-risques était clairement défavorable où là la question ne se posait même pas, c'était même être en faute que de reconduire une prescription de confrère ! Mais c'est vrai que je suis toujours un peu... chagrinée. Pour autant c'est plus facile quand c'est un patient qu'on voit pour la première fois, où nous on n'a pas eu de part de responsabilité. Et ben là on a un peu plus de recul, on est un peu plus vigilant.

Animateur : Tu viens d'utiliser un mot qui à mon avis est fondamental, est-ce que vous avez noté, ou pas ? Non... Okay. Tout à l'heure, A3, tu as commencé à parler de la réaction de vos patients. Justement, moi j'aimerais que vous me parliez, qu'est-ce que vous imaginez que vos patients pensent, font, est-ce qui réagissent par rapport à ces questionnements que vous avez, que vous posez de manière assez légitime sur un acte qui vous concerne de reconduire ou pas une ligne qui vous semble discutable, ou modifiable, ou ne pas abonder. Tu avais commencé là-dessus, si tu voulais continuer ?

A3 : Je vais reformuler ta question, pour être sûr d'avoir bien compris. Tu veux dire que tu nous demande ce qu'on imagine que notre patient pense lorsqu'on... ?

Animateur : Penserait !

A3 : lorsque je réfléchis au traitement, ou je détermine le traitement adapté à sa situation.

Animateur : On va prendre les choses de manière beaucoup plus pragmatique : vous avez une situation où un patient vient vous voir avec une ordonnance que vous avez initiée ou qu'un autre a introduit, que quelqu'un a modifié ou que quelqu'un a complété, et vous êtes dans cette situation où le patient vous demande cette reconduction. C'est donc votre décision, et à partir de là il y a des choses critiquables au sens grecque du terme, par critiquable je démonte, mais critiquable je peux améliorer ou je ne suis pas d'accord. Qu'est-ce que vous pensez que vos patients pensent par rapport à ça ?

A4 : Je pense que ça dépend de la façon dont on... Si on dit effectivement « C'est n'importe quoi ! », le patient risque de se braquer. Si on dit : « Ben voilà, il y a des publications qui disent que telle association ou telle prescription au long cours est délétère. », le patient peut se dire que là il est avec quelqu'un qui se soucie de sa santé et qui est là pour l'accompagner.

A2 : Ça c'est dans le principe où tu n'es pas d'accord avec ce qui a été prescrit ? Et parfois on peut être d'accord, sans maîtriser complètement. Je pense que s'il y a un traitement qui apparaît ou je ne le maîtrise pas complètement et je ne suis pas contre, je vais regarder et je pense que le patient il peut être en confiance parce que le médecin il vérifie ce qui se passe et qu'il va se dire au contraire, bon ben c'est bon, je suis entre de bonnes mains.

A1 : ...

Animateur : Y'a A3 qui m'a fait un geste comme quoi il voulait faire monter l'enchère.

A3 : Non non pas de tout, mais je commençais à parler parce que je vois que la question à susciter beaucoup de... et j'ai été dépossédé du bâton de parole. Non mais alors en fait, au-delà du fait de remettre en question les traitements, j'espère que le patient est rassuré de me voir réfléchir à son traitement que ça soit pour le reconduire ou le fait que je m'interroge à voix haute sur l'intérêt et où j'essaie de le faire participer, je le fais parce que je pense mais je me trompe peut-être, j'espère que le patient ça le rassure ! Et le fait de devenir acteur, parce que quelque part, lui donner des informations sur la raison pour laquelle j'hésite entre ça et ça, ben j'espère que ça le rassure, en fait ! (Accord de A2)

A1 : Moi je dis toujours à mes patients que je travaille pour eux, tout est fait pour leur bien, dans ma façon de faire. Après... de toute façon, maintenant, vu le nombre de médecins qu'il y a, ils ont toujours le choix.

Animateur : A6 ?

A6 : Je pense effectivement que le patient attend de moi que je critique au bon sens du terme la nouvelle prescription, donc je l'analyse, que voilà, et comment je l'explique au patient ! Ou j'explique si je ne suis pas d'accord, parce que c'est aussi comme ça que j'ai l'habitude de faire avec les patients. Ils commencent à me connaître un petit peu, et ils savent là-dessus, que la discussion est toujours ouverte. Et du coup ce qui est intéressant, c'est qu'effectivement ce que pense le patient ça dépend, bien évidemment, de la relation patient-médecin et éventuellement de la relation que j'ai eu avec le spécialiste. (Accord de A2) S'il a une grande foi dans le spécialiste, effectivement ça peut arriver, ça peut braquer un peu les choses si on remet en cause, mais dans l'ensemble c'est quand même très rare. C'est le cas chez les généralistes car on les suit depuis longtemps et donc voilà il y a vraiment une confiance qui s'est instaurée donc voilà je pense que là-dessus ils attendent beaucoup qu'on leur explique et qu'on confirme quelque part que c'est presque une raison de venir : « Voilà, il m'a prescrit ça, est-ce que vous validez ? ». (Accord de A3). Moi c'est vrai que c'est très très souvent dans cette situation-là.

A3 : Je rejoins totalement A6, et c'est un point que j'ai effectivement explicité, c'est peut-être qu'il attend aussi qu'on lui explique d'autres prescriptions qui ont pu être faites par des confrères qui n'ont pas nécessairement le temps, parce que c'est souvent ce qui nous est décrit, « Je suis resté 5min, il m'a

fait l'ordonnance, et je suis partie ». Voilà, on parle souvent de confrères hospitaliers qui ont pas le temps et peut-être qu'il attend qu'on lui explique les raisons et le pourquoi du comment...

Animateur : Ce que vous êtes en train d'exprimer c'est le contenu d'une loi, c'est la loi de 2002. Ça veut dire que ce que tu dis, le médecin spécialiste qui a vu, ou l'autre médecin, qui n'aurait pas pris le temps d'expliciter au patient le pourquoi de sa ligne, là il est en dehors de la légalité.

A3 : J'ai pas donné de nom, hein ! (Rires, suivis de rires de la salle.)

Animateur : Mais non, est-ce que par rapport à ça, sur la réaction que vous imaginez, que les patients puissent avoir, ou par l'expérience qu'ils ont eue, est-ce que vous avez d'autres apports à faire ?

A5 : Globalement j'essaie rarement d'imaginer ce que pense ou ressent le patient, je lui pose la question directement parce que quand j'imagine, il y a une part d'interprétation qui est en décalage avec...

Animateur : Alors si tu leur as posé la question, ils t'ont répondu quoi ? Parce que ça aussi c'est vachement intéressant !

A5 : Ben cet après-midi, il y a une patiente qui m'a dit : « Ah mais votre traitement, il marche pas ! ». C'était un antiallergique, c'était la *lévocétirizine*. Elle m'a dit « On m'a prescrit de l'*Aérius*[®] ». Et là j'ai fait : « Ben parfait ! ». (Rires, rires de A3) Mais si je ne lui avais pas demandé ce qu'elle pensait, pour moi *lévocétirizine* et *desloratadine* sont équivalents donc euh... Alors que pour elle, elle avait un ressenti différent. Donc je n'ai pas imaginé ce qu'elle pensait, je lui ai posé la question.

A1 : J'aurais tendance à dire qu'à l'hôpital ils ne donnaient que ça parce que c'était le médicament qui était offert gratuitement par le laboratoire ! Et du coup les internes ne connaissent que ça... !

Animateur : Okay, donc ça c'est pour la réaction de vos patients, donc si vous voulez rajouter...

A3 : Des fois, la manière dont du as reformulé la question, ça fait remonter des souvenirs, des fois on n'imagine pas... On se plante ! En imaginant pas la réaction que va avoir le patient sur telle ou telle prescription. Souvent c'est un lien avec le vécu du patient. Il a pu avoir des proches traités par tel médicament et garder une image très négative du médicament et se voir prescrire ce médicament peut être très mal vécu (Accord de A4) et que pour nous c'est quelque chose de banal ou qui ne nécessitait peut-être pas d'explications particulières. En fait on se rends compte quelques temps plus tard que le patient n'a pas du tout, a mal vécu cette prescription. Des fois on se plante, on perçoit pas... enfin le patient ne perçoit pas la prescription de la manière dont on l'imagine qu'il devrait la percevoir.

A1 : Et le ressent.

A3 : Je ! Je, pardon.

Animateur : Oui, alors tu pourrais finir ta phrase avec le « je » s'il te plaît ?

A3 : Alors des fois je ne comprends pas... Putain reformuler, tu as vu l'heure-là ?! Des fois le patient perçoit la prescription d'une manière que je n'aurai pas imaginé ! Euh...

Animateur : Merci, ça s'appelle les représentations psychologiques (Rires) !

A2 : Du coup ça pèse aussi dans la balance, ça c'est des trucs où c'est difficile pour nous d'avoir à penser à ça.

A4 : C'est difficile.

A3 : On peut passer à côté.

A1 : Il faut poser la question !

Animateur : Si vous voulez réabonder sur la réaction de vos patients, je vous laisse tout à fait le..., d'ailleurs sur tout le reste, si vous avez quelque chose qui revient dans votre esprit, n'hésitez pas à réabonder. Là on est dans un cadre de « débattre » qui est un petit peu construit. Alors vous en tant que médecins généralistes, donc spécialistes de médecine générale, quels types de besoins vous formulerez, comment acquérir d'autres choses pour que cette légitimité de prescription, de modification, de synthèse, en gros, comment est-ce que vous pourriez vous l'approprier, professionnellement de manière plus sereine ? Plus légitime ? Puisque vous l'avez dit tout à l'heure. Et plus, avec le mot dont a parlé A4 ?

A3 : Je donne la parole à A6.

A6 : Ouais, en tout cas, j'ai un exemple très simple car je l'ai encore eu, je l'ai vu y'a pas longtemps ce gars-là. Moi je trouve que ce qui m'aide beaucoup pour assoir ma décision par rapport à la balance bénéfices-risques, c'est ces fameux outils d'algorithmes à la décision. Là il y a eu une étude entre les anticoagulants et les antiagrégants plaquettaires, voilà donc il fallait mettre... donc c'était une revue de la littérature pour vraiment faire une synthèse, avec un tableau très bien, ben ça m'a permis de changer des prescriptions avec des gens qui avaient des associations AVK-Kardégic® par exemple, qui en fait n'avait pas lieu d'être, parce que le risque hémorragique était supérieur, et j'avais pas... Voilà, j'avais les cardiologues qui font « Oui, mais lui, il est quand même à haut risque, on va lui laisser les deux ! ». Okay, et du coup le fait d'avoir un outil, moi ça me permettait de savoir combien de temps dans quel contexte il fallait que je fasse, donc les choses étaient plus claires, et donc ça ça a été un vrai outil qui permettait de légitimer ma décision et quand même de me faciliter la vie parce que du coup, j'avais vraiment des arguments scientifiques pour poser et légitimer la décision. (Accord de A4)

Animateur : Okay, donc toi tu dis « un outil, un outil d'aide à la décision ».

A6 : Un outil actualisé.

A3 : Voilà, donc c'était la réponse que j'attendais, effectivement, ben la formation médicale continue tout simplement, le fait de se former en permanence, et d'avoir des outils, des référentiels, des... je trouve plus le terme, des recommandations, issue de la profession, la revue Prescrire, les outils qu'on utilise tous : « Antibioclic ».

A4 : Le CRAT.

A3 : Parce que ça nous donne..., ben des référentiels, tout simplement.

A4 : Ce qui fait que ce n'est plus un avis d'expert, c'est plus un consensus. C'est écrit noir sur blanc, le patient ne peut pas nous dire « C'est mon docteur qui a interprété comme ça ! », non c'est une recommandation effectivement...

Animateur : D'accord. Tu veux bien dire un avis de recommandations et non pas de consensus ? Parce que tu as dit l'inverse tout à l'heure.

A4 : Non mais l'avis d'expert pour moi c'est l'avis d'un individu.

Animateur : D'auteur ?

A4 : Si tu veux.

Animateur : D'accord.

A4 : Et le consensus pour moi c'est un avis pluriprofessionnel

Animateur : Donc si je reformule, c'est un avis consensuel par rapport à un avis d'auteur ?

A4 : Oui !

A1 : Je pense qu'il ne faut pas qu'on doute de notre profession. On a un travail en tant que généraliste qui est quand même important et plus difficile ! Il faut connaître un peu tout partout et pas seulement une spécialité à fond ! Et je crois que c'est important, on a de plus en plus des aides, y'a la HAS qui publie aussi...

A2 : Moi je trouve que la revue Prescrire est bien parce que ça repose les choses de manière ferme et pour des trucs un peu bidon comme les rhumes quand même ! Ben moi je vais lire une fois dans Prescrire, bon ben bon « Le rhume passe tout seul, ça ne sert à rien de mettre tel ou tel traitement parce qu'il y a plus d'effets secondaires potentiels. ». Sauf qu'après on entend un patient, deux patients, trois patients, dix-huit patients qui disent « Je mets ça et ça marche vachement bien ! » et même si je sais que non scientifiquement c'est pas prouvé, ben quand on n'entend que ça, et ben ça fait du bien de relire que non c'est pas vrai, y'a pas de preuves scientifiques et que la science, en ce moment, montre ça !

A3 : C'est de la réassurance !

A4 : Une piqure de rappel !

A2 : C'est ça, et je pense qu'il en faudra tout le temps.

A6 : Je pense que ça leur faire vraiment du bien ! Mais sauf que évidemment après il faut leur rappeler la balance bénéfices-risques, l'évolution sans traitement, que c'est qu'un nez bouché, et que du coup ce nez bouché il prend peut-être une place qui n'est pas vraiment la sienne... Ben voilà, effectivement il rapporte que ça.

Animateur : Vous venez d'apporter un nouvel élément de travail.

A2 : L'évolution naturelle de la maladie ?

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

Animateur : Est-ce que vous avez encore des choses à rajouter sur ce dont on vient de débattre avant de l'intervention ? On va faire une intervention de connaissance, c'est ce qu'on appelle une étude d'intervention, c'est-à-dire que tout d'un coup on va faire une intervention, après avoir entendu votre réflexion pour savoir si elle vous permet d'avoir une meilleure réflexion.

A1 : Je trouve que nous n'avons pas beaucoup parlé d'autre chose que des médicaments et des prescriptions. On n'a pas parlé des laboratoires.

Animateur : Ah oui, alors qu'est-ce que tu aurais à nous proposer sur le reste ?

A1 : Alors moi je voulais vous proposer quelque chose qui m'interpelle de plus en plus, c'est que les gens arrivent dans le cabinet en disant : « J'ai ça, je veux ça ». C'est vrai qu'ils le font pas trop, mais j'ai vu ça et c'est assez surprenant, parce qu'ils sont allés sur internet, faut faire tel examen, il faut faire tel ..., c'est assez aberrant ! Moi je leur dis « Je suis encore le médecin, dites-moi ce que vous avez et je vous dirai après... ».

Animateur : Alors c'est vrai, mais là on va sortir un peu sortir du cadre de la réunion, on va dans le consumérisme médical.

A1 : Oui mais ça nous perturbe dans nos prescriptions, ça nous pousse à faire des examens, alors que c'est pas toujours utile. L'autre jour, j'ai vu une femme qui avait un rhume, je leur ai tellement appris à se traiter avec du Doliprane et du sérum phy, qu'ils ont attendus un mois... Elle me dit « Ça coule depuis un mois, je voudrai voir un ORL ». En fait, en l'examinant, elle avait une sinusite tout simplement. Et elle aurait pu venir un peu plus tôt, peut-être, pour se soigner.

(Pas de réaction de la salle.)

A6 : Juste par rapport à ce que tu disais, je voulais juste revenir sur deux choses, par rapport à ce que tu disais, et aussi par rapport aux outils... Je ne sais plus la question qui était avant, c'était « Qu'est-ce qui peut nous aider par rapport à la balance bénéfices-risques et à la prise de décisions ? ». Donc effectivement les FMC, ou Prescrire, c'est quelque chose qui peut se faire en dehors du champ de consultation et les outils d'arbres décisionnels ou d'algorithmes, c'est pertinent pendant la consultation, pour trouver l'information rapidement. Et par rapport à la prescription autre que médicamenteuse, je trouve ça très intéressant ! Alors des fois on tâtonne, on prescrit des examens, soit on essaie d'éliminer, soit de chercher des choses, mais c'est vrai que arriver à se baser sur une balance bénéfices-risques, ou en tout cas baser sur des preuves EBM des prescriptions des examens complémentaires. C'est pertinent ce qui a été évoqué avec la lombalgie, où la prescription trop précoce de la radio était défavorable pour le patient parce qu'il allait augmenter le risque de chronicité de la lombalgie. Ils sont centrés sur des discopathies qui n'avait pas d'intérêt là-dedans. On dirait que le fait de l'intégrer, pareil moi j'essaie de plus en plus de me dire que si je prescris quelque chose, après il y a des recommandations où, okay, des fois il faut prescrire tous les trois mois, en plus il y a la ROSP, donc on le fait, mais c'est aussi qu'est-ce que je vais faire du résultat de l'examen. Donc c'est vrai que moi maintenant j'arrête de prescrire des bilans de cholestérol à des personnes qui ont plus de 80ans parce que je ne vais rien en faire. D'ailleurs j'arrête de prescrire des bilans de cholestérol à des gens qui n'ont pas de facteurs de risque cardiovasculaires, parce que je ne vais rien en faire. Donc qu'est-ce que je vais faire du résultat, ça ça rentre dans ma prise en compte de la balance bénéfices-risques de la prescription paramédicale.

Animateur : Bon ben vous avez bien fait de le signaler car c'est vachement intéressant ce que vous venez de rajouter. Donc je vais vous faire mon intervention qui va être un rappel à la loi. La loi HPST, alors elle dit que, je ne vais pas vous donner tous les articles du texte de loi, mais : Les missions du médecin généraliste de premier recours sont notamment les suivantes, on ne va pas vous ressortir tout le texte de loi mais on a sélectionné trois éléments contributifs :

1° Contribuer à l'offre de soins ambulatoire, en assurant pour ses patients la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des maladies ainsi que l'éducation pour la santé.

3° S'assurer de la coordination des soins nécessaire à ses patients.

5° S'assurer de la synthèse des informations transmises par les différents professionnels de santé (modifié : de soins qui gravitent autour de la santé d'un patient).

Qu'est-ce que ces trois éléments de légalité vous apportent par rapport à votre légitimité, par rapport à tout ce qu'on a dit et par rapport à toute la réflexion qu'on a eu ce soir, médecins traitants, quant à la réévaluation d'une prescription médicamenteuse, et/ou plus ou moins, de sa reconduction ? Qu'est-ce que ça vous apporte ce texte de loi ?

Silence de 5 secondes.

A2 : Effectivement ça apporte un peu de légitimité, que oui on peut le faire et, en fait, on doit le faire ! Après y'a quand même « coordination » dans le texte, donc si on veut que ce soit bien « coordonné », et ben il faut discuter, communiquer, on ne peut pas prendre de décisions tout seul dans son coin pour... Donc oui on est des synthétiseurs, mais on n'est pas le chef non plus.

Animateur : Continuez.

Silence de 5 secondes.

A6 : Moi c'est de toute façon c'est la notion que j'avais du rôle du médecin traitant, de synthèse et oui de coordination, et ça légitime tout à fait notre rôle et même ça justifie notre rôle. Ce qui justifie pour moi le fait que je demande un avis, spécialiste, c'est pas une intervention sur la prescription de mon

patient, ou alors avec mon accord, ou alors parce que c'est urgent, ce qui est évidemment différent, ou vital, ou voilà. Surtout si c'est quelque chose comme une introduction de statines, ou sur des petites choses qui peuvent être discutables, je commence à croire que c'est mon rôle, éventuellement, là, le spécialiste peut me dire que lui il propose ça, il propose tel traitement, telle modification du traitement et moi je revois la personne, et c'est comme ça que je conçois plus mon travail... la remise en cause du traitement qui a été prescrit, la critique...

Animateur : Donc, si j'entends ce que tu dis, l'énoncé du texte de loi, te renforce... ?

A6 : Oui ça me légitimise !

Animateur : Ça te légitimise, okay.

A1 : Moi je pense qu'on applique tous plus ou moins ça. Ce qui perturbe un peu notre travail je pense c'est l'obligation de moyens et non l'obligation de résultat. Est-ce qu'il n'y a pas une augmentation des examens qui sont fait à cause de ça ? Parce que je sais pas moi, j'ai des patients qui travaillent en IRM, ils me disent il y en a 50% qui servent à rien.

Animateur : Ça c'est hors truc... On reprend sur l'apport du texte de loi dans notre exercice professionnel quant à la réévaluation plus ou moins reconduction d'un traitement.

A4 : Il en va de notre responsabilité si quelque chose ne se passe pas bien !

Animateur : C'est bien parce que A4 quand elle n'arrive pas à dire le mot, elle nous sort celui qui manque ! Ouais, vas-y continues.

A4 : Nous sommes l'intervenant de premier recours auprès du patient si jamais il y a quelque chose qui ne va pas. C'est quelque chose qui est, c'est vers nous que le patient va se tourner en premier ou en cas de soucis, donc effectivement, il faut... être vigilant ce qui n'est pas toujours quelque chose de facile au quotidien quand on a un emploi du temps qui ne désemplie pas. Ça complexifie...

Animateur : Si je résume ce que tu viens de dire, tu me diras après si c'est bon ou pas. Donc en gros ça complexifie les choses, mais ta légitimité est assortie d'une légitimité.

A4 : C'est ça.

A1 : Je pense que à notre époque le médecin généraliste est le pivot central de la médecine. Et moi je suis persuadée qu'il faudrait faire exclusivement de la prévention, hein !

Animateur : A2, tu as parlé ? Oui tu as parlé en premier. A3 ?

A3 : J'ai pas parlé parce que au fond il me semble que ça conforte ce dont on a dit depuis le début, tout à l'heure. Ça donne un cadre légal à ce que nous faisons dans notre pratique au quotidien.

Animateur : Ouais, mais qu'est-ce que ça t'apporte le fait de rappeler le cadre légal par rapport à toutes les questions, ambiguïtés qui ont été soulevées dans le débat ?

A3 : C'est une notion que j'avais plus ou moins donc euuh... c'est pas une découverte ! Ça me conforte... Je ne vais pas m'endormir ce soir plus légitime qu'hier. Si tu veux m'entendre dire quelque chose, ça me conforte dans mon rôle ! Un rôle que je porte et que je me suis déjà attribué !

Animateur : A5.

A5 (hésitant) Euuh... La loi nous rend un peu plus impliqué dans la démarche de soins, c'est-à-dire, peut-être qu'on peut un peu dire que c'est nous le chef d'orchestre, on a un peu plus notre mot à dire !

A3 : C'est pas dans la loi « chef d'orchestre », hein ! (rires)

A5 : Coordonnateur des soins de notre patient, plutôt que chef d'orchestre.

Animateur : Le chef d'orchestre il a cet avantage qu'il va demander à l'alto de pas éteindre le violoncelle si le compositeur avait demandé « Faut que ce soit le violoncelle qui s'exprime sur l'alto. ».

A6 : D'où le fait qu'on demande l'avis des spécialistes, mais c'est nous qui prenons la décision.

Animateur : Ouais. Ça fait plusieurs fois que tu utilises ce mot « spécialiste », ça veut dire quoi pour toi ?

A6 : Spécialiste d'organe.

Animateur : Merci. Est-ce que vous avez à réintervenir sur cet échange qui était absolument passionnant ?

A1 : Je pense qu'on fait partie d'un groupe, quand même, qui a été exposé à la formation depuis très longtemps...

A4 : Il y a autre chose auquel je n'ai pas pensé, qui commence seulement à se développer maintenant, pour discuter de la reconduction d'un traitement, on peut aussi avoir recours au bilan de médication avec le pharmacien, parce qu'au niveau des histoires d'interactions médicamenteuses et autres, on n'est pas forcément les mieux placés, nous pour connaître tout, et... là-dessus le pharmacien, je pense qu'il y a un travail coopératif à faire. (Accord de A3) Mais ça moi pour l'instant, je n'ai que deux patients qui en ont bénéficié, donc c'est vrai ce n'est pas quelque chose auquel je pense absolument.

A1 : Par contre tu peux aller sur Ameli.fr, qui te permet de voir l'historique des remboursements, je trouve ça bien parce que les gens ils ne savent pas ce qu'ils prennent.

A4 : Le pharmacien prend le temps avec le patient de voir toutes ses ordonnances...

Animateur : Non seulement il prend le temps, mais il est rémunéré pour ça.

A6 : Ça fait partie du rôle du pharmacien, mais en théorie de tout professionnel de santé, d'alerter, d'être vigilant sur la prescription, en particulier les traitements. Un pharmacien, même si c'est en dehors de l'évaluation, il doit alerter ! Et d'ailleurs, ça arrive des fois et heureusement, que s'il voit une erreur sur l'ordonnance, ou qu'il suspecte une erreur, ou qu'il pose la question « parce qu'il y a ça, c'est des posologies qui ne sont pas habituelles, soit c'est... ? » de la *Dépakine*[®] chez une femme enceinte, j'espère qu'il va...

A1 : Il m'a demandé de marquer la clairance aussi parce que...

A4 : Moi je ne me vexe pas quand le pharmacien me rappelle pour réviser une prescription !

A1 : Au contraire !

Animateur : Est-ce qu'on estime que le time is getting over ?

Animateur : Et ben du coup, à l'attaque ! Alors déjà, est-ce que vous acceptez tous d'être enregistré ce soir ?

B1 : Oui !

B2 : Oui.

B3 : Oui.

B4 : Oui.

B5 : Oui.

Animateur : Alors plutôt que d'utiliser les noms et prénoms de chacun et que ce soit anonymisé, je vous propose de vous appeler (en désignant les participants successivement) B1, B2, B3, B4 et B5. Du coup avant chaque prise de parole, l'idée ce serait de préciser, de dire : B1... par exemple.

(Prise de parole générale menée par B5, rires, inaudible)

B5 : Et sur la feuille je dois mettre B5 aussi ? (pires, référence au formulaire d'accord de participation à l'étude).

Animateur : Si vous avez besoin de prendre des notes pour rebondir sur ce que dirons les uns et les autres, il n'y a pas de soucis aussi. Par ailleurs, vous devez toujours avoir à l'esprit que les questions concerneront autant les traitements médicamenteux, que les prescriptions d'examens complémentaires ou paramédicales. Donc surtout le médicament, mais pas que ! Et bien on peut attaquer, dès maintenant. Qu'est-ce que... qu'évoque pour vous la notion de balance bénéfices-risques ?

(Rires de B4, qui hausse les sourcils, et silence de 5 secondes)

B2 : Alors c'est le bénéfice supérieur pour le patient de prendre un traitement, voire très supérieur, par rapport au risque que le traitement va... risque de lui entraîner, c'est-à-dire les effets secondaires... ou autres.

Animateur : Est-ce que quelqu'un veut réagir ?

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

B2 : Ben oui.

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

B2 : Par exemple, pour donner un cas concret, j'ai un patient qui nous fait une hépatite, je ne sais pas de quelle nature, je ne sais pas, je savais pas si c'était ou cholestase, qu'il avait mal à l'estomac ou si c'était une hépatite et manifestement l'échographie étant normale sans température, j'en ai conclu que c'était une hépatite. Et en attendant d'avoir les résultats des sérologies, pour éventuellement confirmer une hépatite, j'ai continué à regarder les traitements qu'il avait : *allopurinol Colchimax*[®], *allopurinol* ça peut donner des hépatites aiguës. Donc je lui ai fait arrêter l'*allopurinol* dans le doute en me disant que le risque est sans doute plus important de faire une hépatite sous *allopurinol* que de faire une crise de goutte. Donc je lui ai fait arrêter l'*allopurinol*, voilà, dans le bénéfices-risques j'ai préféré jouer la carte

de la sécurité, sans savoir pour autant si c'était le médicament qui était à l'origine, si c'était une hépatite immunoallergique.

B3 : Je me retrouve dans cette réflexion sur beaucoup de choses qu'on va faire, même en dehors des traitements, c'est juste pour choisir le meilleur chemin pour le patient. De la même façon qu'on se posera la question du bénéfices-risques d'un examen complémentaire, de différentes prises en charge, on doit juste choisir le meilleur chemin pour le patient, enfin celui qui aura la meilleure balance.

(Brouhaha)

Animateur : Et... Mais du coup c'est la meilleure balance pour le patient, ou c'est une balance qui est établit sur un traitement par exemple ?

B4 : Oui plutôt pour le patient, si on pense qu'il y a pas d'avantages, pas de bénéfices à lui... à lui donner un médicament ou à lui faire des examens complémentaires, on va pas le faire. Je pense que ce n'est pas par rapport à nous. On pourrait c'est vrai se poser la question par rapport à nous se dire « bon ben pour ne pas être embêter demain, effectivement je le mets sous antibiotiques ». Ça ça peut être une autre balance effectivement. Mais euh enfin je ne sais pas.

B3 : Mais c'est aussi une balance juste en termes de moyens.

B4 : Ouais c'est pareil.

B3 : Si on avait des moyens supérieurs où les choses étaient mieux remboursés, ce serait un bénéfices-risques sur lequel on aurait pas accès mais une puissance de santé publique, peut-être, je ne sais pas. Après on n'est pas beaucoup limité en France sur les traitements qu'on va choisir. Pas comme dans d'autres pays.

(Marmonnements de B5)

B4 : Quand même, ils essaient de nous... tu vois pour les antibiotiques on n'est quand même pas restreints mais... euh, ils nous sollicitent beaucoup par rapport aux résistances...

B3 : Oui oui tu as raison.

B4 : Ça c'est une balance aussi.

B3 : Oui oui c'est aussi un autre bénéfices-risques ! De santé publique, vis-à-vis des résistances.

B4 : Donc on n'est pas limité...

B3 : Pas immédiatement pour le patient, non c'est vrai

B4 : Oui donc tu vois on met la balance du côté patient, on peut trouver une autre balance santé publique, une autre balance ...

Animateur : OK, donc pour vous il y a plusieurs balances bénéfices-risques en fait ? Selon...

(En même temps) B4 et B3 : Ouais ! (en acquiesçant d'un signe de tête)

Animateur : En fonction de comment on se positionne, il pourrait y en avoir une pour le patient... ?

B4 : Oui donc je pense que c'est d'abord la balance pour le patient... et après on réfléchit plus ou moins soit en santé publique soit en ... effectivement du côté des antibiotiques c'est de la santé publique. Après tu vois on était à une réunion pour les vaccins (B2 : « Hum. »), et ils disaient : « tu vois en France ils ont remboursé le *Neisvac*[®] et ils l'ont remboursé uniquement parce qu'ils se sont rendus compte qu'en vaccinant, en obligeant tout le monde, tu vois, enfin en obligeant...

B2 : Les enfants à être vaccinés.

B4 : A vacciner les enfants, on protégeait...

B2 : Plus largement !

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

B2 : à la communauté

B4 : à la société, voilà.

B2 : Parce que il n'y a pas le bénéfice secondaire qui fait que le vaccin du méningo C, il protège les gens vaccinés mais il diminue le portage chez tous ceux qui ne sont pas vaccinés, alors qu'il n'y a pas ça avec le méningo B. Il n'y a pas de diminution du portage des gens non vaccinés. Donc c'est qu'un bénéfice individuel et aucun bénéfice de santé publique, donc ils ne le remboursent pas. Donc dans la balance bénéfices-risques, même si le bénéfice est supérieur pour le patient...

B4 : Exactement !

B2 : Que de ne pas le faire, et bien ce n'est pas préconisé par les pouvoirs publics et ce n'est pas remboursé parce que le risque il n'est pas supérieur à un autre vaccin bien que ce soit un vaccin très réactogène, mais le bénéfice il est individuel et pas collectif. Donc il faut dire que nous on nous donne dans le cadre bénéfices-risques, en fait on ne nous oblige pas à faire ou à pas faire mais en fait ils remboursent, ils remboursent pas, ils obligent certaines choses ou pas. Donc en remboursant pas, les gens se disent ce n'est pas obligatoire donc je ne le fais pas, mais en fait ben le bénéfice il est supérieur au risque dans le sens où le vaccin, le méningo B il est prévalent surtout avant l'âge de 1 an. Donc si on avait toutes les informations sur tout ce qui se fait, sur tous les médicaments, dans tous les domaines, si on avait une information extrêmement précise, on serait encore plus à même de juger, mais parfois c'est simple avec ce que les pouvoirs publics nous disent.

Animateur : Donc du coup tu as l'impression que pour évaluer au niveau du médecin généraliste la balance bénéfices-risques, il n'y a pas forcément toutes les infos.

B2 : Oh oui ! Tout à fait ! Tout à fait !

Animateur : Et que sur le plan collectif ou vous pensez que c'est le cas aussi sur le plan individuel ?

B4 : Comment ça ?

Animateur : Ben du coup si vous disiez que sur le plan collectif on n'avait pas toutes les infos pour évaluer correctement la balance bénéfices-risques. Est-ce que vous suggérez aussi que c'est le cas aussi au niveau individuel ?

B2 : On les a pas toutes mais euh... par exemple, ben dans le cas du bénéfice-risque, je vais donner un autre exemple, j'ai appelé pas plus tard qu'hier le centre de pharmacovigilance de Lyon parce que j'ai une de mes patientes qui part pour six mois en Colombie, pour ses études. Elle est déjà partie six mois et elle vient me demander son renouvellement de contraception qui est *Diane35*[®]. (rires de B4) *Diane35*[®] qui a été décriée puis remise au goût du jour. Cette jeune femme prend *Diane35*[®] parce qu'elle avait une acné terrible et effectivement depuis qu'elle est sous *Diane35*[®] pour son acné ben elle n'a plus d'acné. Et donc ça fait deux ans qu'elle prend cette pilule, en sachant que le risque de thrombose il est surtout les six premiers mois, mais pas après, donc elle n'a pas un risque de thrombose majeur. Mais le risque il est que, on a vu passé que l'*Androcur*[®], l'*acétate de cyprotérone*, donc *Diane35*[®], risque de faire des méningiomes. N'ayant pas envie de changer de pilule, j'ai appelé le centre de pharmacovigilance qui m'ont dit « mais en fait le problème, il est que pour *Androcur*[®], qui a été étudié à 50mg/kg. *Diane35*[®] c'est une extrapolation mais y'a que 2mg, donc on peut pas vous répondre parce que pour le moment on

a pas les documents (B4 écarquille les yeux) ». Et avant de les appeler j'avais regardé sur l'ANSM où ils disaient rien. Donc, en fait, on a des informations, on les a pas complètement, on sait que les études ont été faites avec 50mg et pas avec 2mg ! On arrête des pilules *Diane*[®] et on fait peur à des gamines qui en ont besoin pour leur acné, je dis bien 'pour leur acné, hein, pas pour leur contraception' ! Et quand on appelle les centres de pharmacovigilance ils sont pas plus informés que nous et ils disent « on va faire des recherches et on vous enverra des mails ». En attendant, 2mg pour 50 dans les études, à priori voilà, c'est dans ce sens que je dis que le bénéfices-risques, on est informé globalement tout azimut, mais vas chercher les informations ! Et pour chaque médicament on peut pas faire ce travail forcément !

B3 : Ah ben non c'est impossible ! ... Après on est bien obligé de se fier à certaines informations.

B2 : Mais je trouvais que c'était abusif de lui arrêter son *Diane35*[®] alors qu'elle allait être en Colombie... 'fin alors qu'elle allait être loin pendant des mois et des mois, alors que ça lui a transformé sa vie pour quelque chose qui était pas forcément... voilà, donc je me suis renseigné, mais on avait une information qui était tronquée au départ ! Pour apprécier le bénéfices-risques.

(Ambiance conviviale, grignotages)

Animateur : Okay. Et du coup dans votre pratique... ? Pardon je vais juste faire une parenthèse. Je pense que tous les petits bruits parasites qu'il y a, ça risque d'être... A mon avis ça va vraiment parasiter votre voix, faudrait qu'on essaie de les diminuer...

B5 : Faut qu'on arrête avec ces papiers-là ?!

(Rires de tous les participants)

B2 : C'est lui qui nous a amené ces papiers là (en s'adressant à B5) !

Animateur : Et alors, la balance bénéfices-risques, on en a déjà un peu parlé, mais comment vous l'utiliser dans votre pratique professionnelle ?

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

B3 : On y réfléchit tout le temps et aussi on explique cette notion aux gens quand... euh, quand ils vont devoir faire un choix compliqué, ou...

Animateur : Comment tu l'expliques ?

B3 : Mmmh, ben les gens qui vont avoir une question par exemple, je pense notamment à la vaccination, on n'est pas là pour donner un cours d'immunologie, par contre si on comprend que le risque est plus grand pour le groupe non vacciné que pour le groupe vacciné, on comprend le bénéfices-risques en fait. L'explication simple que les gens doivent comprendre, sur l'intérêt ou pas d'ailleurs, c'est une explication de bénéfices-risques. Quelqu'un qui s'interroge sur le fait de faire mettre sa prothèse de hanche ou pas, ben chaque chemin a un bénéfices-risques en fait, de se faire opérer, de pas se faire opérer, et les gens ils ont besoin de le comprendre. Donc on leur explique vraiment très très souvent.

Animateur : Donc tu l'expliques et après tu leur laisses le choix ?

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

B4 : Ça arrive souvent ça, ce choix que les gens doivent faire quand ils ont un cancer ou une maladie grave à un certain stade, ils viennent souvent nous demander (B3 acquiesce) « Est-ce que vous feriez cette chimio ? Est-ce que vous feriez les rayons ? » Enfin voilà ! Alors on leur explique, après ça dépend de la maladie, du sexe, de plein de choses, mais c'est vrai que... on explique aux gens ce qu'ils peuvent en attendre, après on sait pas tout non plus, mais... c'est vraiment important de leur expliquer ça ! De leur expliquer que nous on est là pour expliquer... pour... prescrire mais que eux ils ont aussi ce choix à... à faire ! Avec le bénéfice et le risque quoi. Si c'est gagner deux mois de vie avec des inconvénients de la chimio... euh, voilà ! Souvent ils nous posent la question (B3 acquiesce) et en pratique on n'a jamais la réponse, mais on peut quand même les aider à faire un choix.

Animateur : B1, est-ce que vous avez quelque chose à ajouter ?

B1 : Non.

(Rires de tous les participants)

Animateur : Est-ce que vous avez quelque chose à ajouter sur la balance bénéfices-risques ?

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

Animateur : Donc ça veut dire que la responsabilité est partagée ?

B5 (enchaine immédiatement) : Elle est partagée ouais ! Parce que sans ça on peut prescrire n'importe quoi, on peut avoir un embêtement. Les types ils ont quand même la notice dans la boîte, on peut leur dire : « Lisez la notice. » mais après ils ne veulent plus le prendre. En général on se méfie un peu !

(Rires de tous les participants)

B5 : La réalité c'est que moi je serre les fesses à chaque fois que je donne quelque chose car on peut avoir un ennui invraisemblable, quelque fois c'est invraisemblable. C'est rarement invraisemblable, heureusement ! Mais pour ceux pour qui ce sont des ennuis qui sont importants... Mais pour les médicaments, y'a quand même des ennuis décrits qui sont importants ! Quand je fais le *Gardasil*[®], ben je serre les fesses et je me dis...

B2 (en interrompant B5) : Ah bon ?!

B5 : ben j'espère qu'il ne fasse pas une asthénie formidable ! Ben écoutes oui, j'ai vu une émission à la télévision où ils ressemblent des gens. J'ai vu une émission où ils ont retrouvé des gens qui étaient vraiment embêté après le *Gardasil*[®]... des asthénies durables... des gens où on avait l'impression que leur vie était foutue tellement ils étaient... ils se trainaient complètement

B2 : Ah bon ?

B5 : Et ils faisaient remonter ça exactement au moment de l'injection de *Gardasil*[®], alors merde, quand on voit ça on se dit 'Ouille aïe aïe... !'.

B2 : C'était des français, ou c'était des gens... ?

B5 : Ben ouais !

B2 (avec un ton humoristique) : Ah oui, bon ben ça ne m'étonne pas alors... (rires de B2, B3 et B5) c'était pas des gens très bien (rires de B2).

B5 : Mais alors je ne sais pas comment ils font leurs plateaux télévisés, parce que vraiment tu te dis 'Est-ce qu'ils ont vraiment provoqué le truc ? Ou bien est-ce que c'est vraiment des témoins efficaces ?'. (marmonnements de B3) Parce que moi je n'en rencontre pas dans ma clientèle. Quoique, moi j'en ai vu une ce matin... J'ai vu une jeune femme de 13 ans qui a eu une injection en septembre et depuis septembre est fatiguée. Elle a mal à la tête et tout. Je me dis 'Bon ben y'a une coïncidence !'. J'ai pas cité le *Gardasil*[®], ni rien du tout, mais enfin...

B2 : Ben elle a peut-être une mononucléose non ?

B5 : Ben oui enfin, mouais, j'ai demandé un bilan, mais six mois, bon, ça commence à faire long ! Attends, elle est pas incapable de faire quelque chose, elle va faire du taekwondo demain. Donc j'me suis dit 'si elle va faire du taekwondo' c'est bon. Mais elle dit « J'ai mal à la tête, je suis crevé, ça date de septembre ! ». J'ai fait le vaccin en septembre. Je me dis 'Bon tiens, est-ce que je vais faire le deuxième ou pas ?!'.

B3 (ton ironique) : Oui donc quoi, tu risques d'aller en prison quoiqu'il arrive.

(Rires de tous les participants)

B5 : Non je vais attendre qu'elle guérisse de sa fatigue et on verra après.

Animateur : Et cette histoire de balance bénéfices-risques, comment vous l'avez connu ? Comment vous avez eu contact avec ce paradigme ?

B4 : On a du tomber dedans quand on était petit, hein !

Plusieurs voix s'élèvent : Oui oui !

B3 : Ça existe aussi dans la vie en plus.

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

B3 : Dans les jeux. Dans la théorie des jeux. Le poker.

B5 : Comme à la bourse, quand tu achètes une action ! (Rires de B5 et B2)

B4 : Dans nos études médicales, je pense que ça...

B1 (chevauchement de la parole avec B4) : Dans nos études y'a eu des cours sur ça, sur la iatrogénie.

B4 : Ça commence tôt, enfin moi je ne me rappelle pas...

B2 : Ben oui, tout à fait !

(Silence de 5 secondes)

Animateur : Okay, ben alors je vous propose qu'on passe à la phase suivante. Lors de l'initiation ou de la reconduction d'une ordonnance, qu'elle soit médicamenteuse, d'imagerie, d'exams complémentaires ou paramédicales, comment faites-vous ? Lors de l'initiation ou de la reconduction d'une ordonnance, comment vous fonctionnez ? Comment vous faites ?

B4 : Ben on regarde, enfin moi c'est comme ça que je fais, on regarde si les médicaments qu'on donne aux gens si ils sont toujours d'actualité, s'il y a toujours un intérêt à continuer à lui donner d'abord. Mmmh (hésitation), euhh...

B1 : Si on introduit un traitement il n'y a pas d'interactions, avec ce qu'il prend déjà.

B2 : Moi je prends chaque médicament ligne par ligne de mon ordonnance, et j'en profite pour dire « Et ça vous le prenez ? Et ça vous le prenez ? », parce que d'abord, ça me permet de savoir ce qu'il faut... euh, enlever ou pas, et ça me permet de savoir s'ils prennent vraiment les médicaments qu'on leur donne.

Et on a souvent des surprises ! Et donc moi je détaille mes ordonnances, ligne par ligne, médicament par médicament avec le patient. Sauf quand je les dépanne parce qu'ils s'y sont pris la veille et que je ne peux pas leur donner de rendez-vous et que je fais un renouvellement gratuit de la même ordonnance, je ne le regarde pas. Mais c'est exceptionnel, sinon c'est ligne par ligne, systématiquement.

B5 : Adopté ! Moi aussi, enfin on fait attention à chaque chose. Je trouve qu'ils les prennent bien les médicaments. B5 ! C'est moi au fait ! Je trouve qu'ils les prennent en général bien.

B2 : Sauf la *pravastatine* !

B3 : Ça dépend des médicaments je pense, je sais pas. Enfin c'est toujours étonnant de voir les études sur l'observance et qu'on soit tous persuadé qu'on ne fait pas partie de ces chiffres là (rires de tous les participants) !

B5 : C'est vrai, d'accord, ça m'a surpris, beaucoup !

B3 : Parce que comme toi je n'ai pas l'impression que j'en ai beaucoup qui soient de mauvais observants. Je dois faire partie des chiffres, hein.

Animateur : Donc si j'ai bien compris, vous êtes plusieurs, où à chaque fois que vous allez renouveler des traitements, vous allez reprendre ligne par ligne, et du coup plutôt pour B2 c'est de reprendre ligne par ligne si le traitement est pris ou pas (B2 acquiesce).

B2 : Entre autres, et puis si il est toujours adapté ou pas également. Quand on a donné un traitement en plus pour la douleur, « Est-ce que vous l'avez pris ? Est-ce que vous êtes obligé d'en prendre régulièrement ? », parce qu'ils n'étaient pas venus pour ça.

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

B1 : C'est pareil avec la *codéine*, tous les antalgiques.

B5 : Alors c'est embêtant si on peut pas en donner !

B2 : Une autre façon, quand je represcris une ordonnance par contre, je mets aussi le patient face à sa responsabilité dans la gestion de son traitement et de la maladie. Si c'est en prévention primaire, mais qu'ils ont un score de risque cardiovasculaire par exemple qui est élevé, sans être très élevé, qu'ils ont des facteurs de risques familiaux en plus et qu'ils sont censés être traités pour le cholestérol pour diminuer le risque d'événements cardiovasculaires, j'ai des patients qui me disent : « Non mais j'en veux pas ! ». Alors, ben chui... Ma façon de faire c'est je le prescris quand même, 'parce que si vous changez d'avis, vous le prendrez peut-être et vous direz vous au pharmacien que vous ne le voulez pas !'. Parce que à priori les études ont montré qu'il y avait plus de bénéfices que de risques si vous prenez une statine. C'est pas parce qu'elle n'est pas supportée, c'est parce qu'ils l'ont vu à la télé hein. Donc parfois je mets même des médicaments que je sais qu'ils ne prendront pas. Pour leur dire « Je prends mes responsabilités en tant que médecin, prenez vos responsabilités en tant que patient ! ».

B5 : Pour les statines c'est vrai que, c'est B5 qui parle là, je trouve que on n'a pas la même tolérance avec des myalgies ou avec des arthralgies ou des gens qui supportent pas à l'effort ils sont gênés, ils ont des crampes, moi j'en ai plusieurs, moi je les arrête, parce quand même, je préfère qu'ils marchent plutôt qu'ils prennent une statine. Tu vois le bénéfices-risques là il est... Ils vont chez le cardiologue, ils se font engueulés comme tout, « Prenez votre statine, il faut pas l'arrêter, c'est très bon pour vous ! ». Pis moi, ils arrivent chez moi et me disent « J'ai des crampes tout le temps, j'arrive pas à marcher, qu'est-

ce qu'on fait ? ». Ben je l'arrête souvent, ça m'est souvent arrivé de l'arrêter ! Et ensuite ils me remercient en disant « Je suis vachement mieux ! ». Qu'est-ce que tu veux faire ?

B2 : Là je ne parlais pas des gens qui ne supportent pas les statines, ça c'est un autre cas !

B5 : La tolérance c'est juste un inconvénient du traitement !

B2 : Quand je dis que je le note quand même sur l'ordonnance c'est pour ceux qui ont vu des émissions et qui n'ont pas d'intolérance, qui les prenaient pendant des années ! Sinon effectivement le problème n'est pas le même !

B5 : Les cardiologues, ils voient un type qui se plaint, qui a des crampes, et ils disent « Prenez votre statine, c'est bon pour vous ! ». La cardiologue elle sait qu'il y a ces études qui sont confirmatives, elle veut la statine. T'a pas un type qui revient de chez le cardiologue sans revenir avec une statine ! C'est ahurissant ! Et moi je vois des inconvénients et des effets secondaires désagréables, et quand tu l'arrêtes les gens vont mieux ! Alors qu'est-ce que tu dois faire ? Est-ce que tu dois prendre le risque d'avoir une maladie cardiovasculaire à cause de l'absence de statine ou est-ce qu'il vaut mieux être confort en disant il va mieux quand il le prends pas ? Là on a quand même une interrogation qui est cornélienne si tu veux !

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

B5 : Oui mais quand même le cardiologue c'est quand même le Dieu ! Il a le couperet, attention l'infarctus !

B3 : Mais comme il connaît moins les patients, il le dit effectivement vous devriez faire du vélo et puis perdre 30kg, et puis après bon débarras ! (rires) Nous on sait qu'ils le feront jamais ! Donc on peut les encourager une fois de temps en temps, mais...

B5 : Oui mais les statines c'est...

B3 : On est plus confronté à la vraie vie [que les cardiologues], lui il dit « Dans l'idéal tu devrais faire ça ! ».

B5 : La statine ça leur permet de garder des kilos et d'être protégé ! (rires de B3 et B5)

B3 : Oui bien sûr ! Ça peut être la solution de facilité.

B5 : Sauf s'ils ne le tolèrent pas !

B3 : Ptêtre, une des choses qu'on regarde aussi sur l'ordonnance, c'est, mis à part le bénéfices-risques de la situation actuelle, ça peut nous rappeler que de leur faire faire du sport ou de maigrir, de rappeler d'autres choses, même si finalement on va reconduire une ordonnance. Ils pourraient faire d'autres choses encore dans leur vie pour leur rappeler de temps en temps, même si ça ne marche pas souvent.

Animateur : Est-ce que B4 vous voulez rajouter quelque chose ?

B4 : Non... Ça va.

(Rires de B3 et B4)

B5 : Si, c'est très intéressant, B5, c'est moi ! (rires de tous les participants) On est aidé par les émissions télévisées, c'est marrant !

B1 : Aidé ?

B5 : Oui les émissions télévisées ! Aider, souvent.

B1 : Ou desservis !

B5 : Sisi, quelques fois on est aidé quand même ! (B1 : Mmmh mmh !) « Les antibiotiques c'est pas automatique ! ». Je me souviens de cette phrase ahurissante.

B3 : Ah ça, ça a été un coup de pub magnifique !

B5 : Extraordinaire ! D'un seul coup, « Mais non ne me donnez pas d'antibiotiques enfin c'est pas la peine ! ». De temps en temps il y a des hésitations sur des gamins malades qui ont une bonne rhino avec, bien sale, tu te dis 'Est-ce que je donne un antibiotique, ça va régler le truc tout de suite, ou est-ce que je laisse trainer ? C'est théoriquement mieux d'après les standards... de la faculté, ou est-ce que ... ou alors est-ce qu'il a une petite otite débutante et inflammatoire, est-ce je bombarde ou est-ce que j'attends ?'. Avec 'Les antibiotiques c'est pas automatique', là t'étais tranquille, les gens supportaient très bien qu'on attende alors qu'avant on n'osait pas les faire attendre, on donnait l'antibiotique beaucoup plus facilement, moi je trouvais qu'on avait l'antibiotique beaucoup plus facile. Cette publicité, nationale, nous a aidé je trouve. Vous n'avez pas cette impression ?

B3 : Si si bien sûr !

B2 (en même temps) : Oui.

B5 : Quand tu donnes pas l'antibiotique tu prends un risque quand même, un petit peu. Alors que l'antibiotique est souvent pas bien risqué.

B3 : Mais globalement c'est souvent plus difficile, quand les gens écoutent avec passion Annie Duperey parler du *Levothyrox*[®]... Elle est pas docteur en fait... (rires) Souvent ça nous dessert pas mal en fait, les médias.

B5 : Sur le *Levothyrox*[®] ?

B2 : Mais ça nous serre, ça nous serre... (interrompue)

B5 : Annie Duperey ?

B3 : Elle a lancé une pétition... C'est une actrice

B2 : Oui oui

B5 : Elle a bien raison, de toute façon il faut bien que la médecine sorte de l'univers médical unique et le *Levothyrox*[®] ils nous coller une belle saloperie dans les pattes quand même !

B3 : Mais ils ont tous rappliqué au cabinet le lendemain quand elle est passée à la radio !

(Rires tous les participants)

B5 : Non j'ai pas eu ce problème Annie Duperey moi. Enfin je l'aime bien mais... Je l'aime bien pour les chats, elle a fait un bouquin sur les chats que j'aime bien. J'ai pas eu de patients qui ont cités son nom. Par contre j'ai beaucoup changé de *Levothyrox*[®] car leur nouveau truc c'est une saloperie quand même ! Enfin moi j'ai eu plein de gens intoxiqués par ce truc-là quand même. J'ai changé avec beaucoup de succès, c'est magnifique ! Dès que tu les changes, c'est magnifique !

B1 : Moi aussi !

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

B1 : J'ai deux-trois patients à qui j'ai changé le *Levothyrox*[®] et qui allaient mieux hein !

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

(Le chien gratte par terre) B1 : C'est le chien ? On va virer le chien. B5 : C'est B6 le chien ? Hein c'est B6 ? Rires des participants. B4 : B6 il réinitie pas d'ordonnance, mais alors... !

Animateur : Du coup je vous propose de passer à la question suivante. Alors je vais vous exposer une situation courante au cabinet. Un patient, dont vous êtes le médecin traitant ou que vous connaissez bien, vous demande la reconduction de son traitement. Une ou plusieurs lignes de votre ordonnance initiale ont été modifiées par un autre professionnel, que vous avez sollicité ou que le patient est allé voir de son propre chef.

B5 : Et bien tiens !

B1 : C'est pas pareil...

Animateur : Il peut s'agir d'une prescription qui a été initiée par un autre médecin, et dont le patient vous demande la reconduction. Pour ce patient que vous connaissez depuis longtemps et dont vous êtes le médecin traitant, que faites-vous ? Vous pouvez prendre des exemples de situations vécues. (Silence de cinq secondes) Est-ce que vous voulez que je réexpose le cadre ? C'est un patient dont vous êtes le médecin traitant ou que vous connaissez depuis longtemps vous demande la reconduction de son traitement, une ou plusieurs lignes de votre ordonnance initiale ont été modifiées, par quelqu'un d'autre, dans cette situation là qu'est-ce que vous faites ?

B3 : On va étudier la situation, et notamment quand on a sollicité un avis on aura souvent un courrier, si on a des questions on va devoir regarder le..., avec le patient, le courrier, pour comprendre ce qui a été changé et pourquoi. Typiquement le patient qui a été voir le cardiologue, on regarde le courrier du cardiologue avec le patient pour lui réexpliquer, pour voir si on a été d'accord avec la démarche, pour s'interroger sur le renouvellement qu'on va proposer.

B2 : Pour être sûr que le nouveau traitement mis en route, que ce soit par le cardiologue ou par un confrère autre, soit bien toléré. C'est-à-dire si il a un bénéfice supérieur aux risques ou à une tolérance. A savoir, un bêtabloquant, si c'est quelqu'un qui est asthmatique et que le cardiologue a pas géré ce genre de problème ou il n'y a pas pensé ou si le bêtabloquant ne ralentit pas trop la fréquence cardiaque et et cætera et cætera. Donc heu, on va reconsidérer la nouvelle ordonnance, le nouveau médicament, dans le contexte du patient en l'examinant, en lui posant des questions déjà et en l'examinant.

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

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

B5 : Moi je le réévalue complètement, forcément ! Parce que tu, quand même...

B1 (interrompant B5) : Oui oui tu réévalues !

B5 : La position d'observateur à posteriori est bien meilleure. A l'instant T il faut revoir. Ce qui a de marrant, c'est entre généralistes,

B1 (interrompant B5) : Ah là c'est autre chose !

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

chose ou à ajouter quelque chose d'autre, puis ensuite en général ça se passe bien parce que, on est en confraternité normale.

B1 : En soit quand c'est sur de l'aigu, en soit, on n'était pas là quand il l'a examiné...

B5 : Ouais.

B1 : Mais quand c'est des changements de traitements chroniques, c'est un peu limite.

B5 : Donc les insultes ne volent pas souvent quoi.

Animateur : Pourquoi c'est un peu limite ?

B1 : Ben parce qu'il ne connaît pas le patient, entre guillemets, aussi bien !

B3 : Du coup c'est une situation qui doit être vraiment très rare.

B1 : Oui oui, je pense que c'est quelque chose de rare.

(B1 et B3 parlent en même temps)

B3 : Quand on un confrère généraliste instaure un traitement chronique...

B1 : Oui mais il y a quand même... Quand il y a un patient qui fait un peu du nomadisme médical, qui vont voir d'autres médecins pour quelque chose que tu n'as pas voulu leur prescrire par exemple.

B5 : Mais l'exemple souvent c'est les urgences, putain, les gens vont aux urgences directement !

B3 : On a des patientèles telles que j'ai l'impression que ça existe quasiment plus.

B2 : Oui mais...

B4 : Les gens ils disent pas tous !

B1 : Y'a pas longtemps, enfin y'a pas longtemps... J'ai vu une patiente qui venait tout le temps me voir pour avoir des sachets de *Monuril*® et chaque fois j'en discutais, enfin je... la faisais chier quoi ! (rires) Pour pas lui filer les sachets de *Monuril*® pour pas qu'elle s'automédicament, je disais « Ben OK, je vous les prescrirais le jour où on aura fait des examens et où je serai persuadé que ce que vous me décrivez à chaque fois c'est des cystites ! ». Et puis du coup je sais qu'elle est allée voir d'autres docteurs parce que je lui filais pas de *Monuril*®, jusqu'au jour où le médecin qu'elle a été voir a été très bien et lui a fait passer des examens, lui a fait faire un examen des voies urinaires, et y'a une néphrocalcinose ! Voilà, donc c'était plus des cystalgies... ou... enfin y'avait pas à chaque fois des cystites quoi ! Donc ils ont découvert une hyperparathyroïdie, enfin voilà ! 'Fin...

B2 : Ensuite, ça peut être un autre médecin qui modifie un traitement chronique, sans que ça me choque moi, déjà. Dans le sens où déjà cet autre médecin ça peut être ton remplaçant ! Et voire un remplaçant régulier, même si il a pas vu souvent le patient, il l'a peut-être vu une fois ou deux, et même s'il le connaît pas depuis 10 ans, il a ton dossier. Donc il va modifier un traitement chronique pour le diabète ou autre, donc pourquoi pas, et puis parfois moi, même si c'est pas un remplaçant, et qu'il va voir un autre médecin parce que tu es en vacances, et puis que il est ailleurs, dans une autre région, ou que il va voir quelqu'un d'autre parce que tu n'es pas là, parfois c'est pas mal parce que tu es obligée de te réinterroger sur 'Est-ce que ce que j'ai fait jusque-là c'était pertinent ? Est-ce que finalement la façon de faire du collègue c'est adapté ou non ? Plus pertinente que la mienne ou non ?'. Donc moi je ne suis pas du tout dans 'Il connaît pas le patient, il a changé un traitement un traitement de fond, ça me contrarie...'. Non non au contraire je me dis 'Il a eu un autre regard sur mon patient, et heu... au final c'est plutôt bien, et donc ça me permet de... réévaluer peut-être certaines choses que je n'aurai pas fait toute seule.

B1 : Je suis d'accord avec toi quand c'est le remplaçant !

B2 : Moui. Mais même un autre.

B4 : Même un autre.

B1 : Mais un autre qui l'aura vu ponctuellement une fois, qui va modifier un traitement de fond, moi je pense que si j'avais... Les gens qu'on voit l'été, enfin je ne sais pas toi, moi je ne modifie pas les traitements. Ils viennent parce qu'ils ont un problème aigu, ils me montrent leur ordonnance de traitement de fond, je la modifie pas. Je la change pas quoi ! Enfin sauf si il y a une hypertension qu'il faut revoir leur traitement de la tension et tout ça, mais ça m'est jamais, quasiment jamais, arrivé j'crois !

B3 : Mmh !

B1 : Et je ne pense pas avoir un regard neuf sur le patient !

B4 : Enfin si quand regardes, quand tu as commencé, enfin regardes moi j'ai changé de région, quand je suis arrivé là, heu je peux te dire que j'avais un regard neuf sur les gens que je ne connaissais pas...

B1 (interrompant B4) : Oui, mais tu étais dans l'optique que ce soit tes patients à toi ! Ça c'est devenu tes patients à toi. C'est pas un patient que tu vois...

B4 : Oui c'est d'venu ! C'est devenu quoi, mais...

B1 : Mais c'est pas un patient que tu vois ponctuellement !

B4 : Enfin des fois, oui, je suis d'accord avec... toi.

B1 : Oui, ça peut arriver !

B4 : Le regard extérieur... le regard neuf.

B2 (en même temps que B4) : Le regard neuf.

B1 : Oui, enfin le patient qui va dire, qui va se dévoiler à quelqu'un qu'il a jamais vu, ou voilà... on est d'accord que des fois...

B4 : Tu vois, avec nos internes ou nos remplaçants, tu vois, moi j'apprécie fortement ça ! Le regard neuf, extérieur, toi tu es tout seul, entre guillemets tu te dis 'Putain, celui-là tu le connais, tu n'as pas forcément envie, enfin tu vois il y a des jours où t'a...'

B5 (interrompant B4) : Tu ronronnes !

B4 (reprenant immédiatement la parole) : Oui voilà, c'est ça, c'est le ronron ! Tu fais, tu te poses pas la question, comme nos internes qui connaissent pas le patient, comme nos remplaçants... et puis tu épluches ça, tu te dis, 'Alala ! Ah ben oui, je suis passé à côté...'

B1 : Oui, tout comme quand tu as un coup de fil de l'hôpital où ils te disent, « Monsieur Machin est hospitalisé, est-ce que vous pouvez me dire pourquoi il prend ça ça ça sur l'ordonnance... ? ». 'Pourquoi il prend ça ça ça... ?' Enfin des fois...

B4 : C'est exactement ça !

B1 : Des fois il faut recréer quoi, 'Pourquoi il prend du *Kardégic*® ? Alors attendez...'

B4 : Madame *** [nom d'une cardiologue locale], notre bon docteur cardiologue, qui est excellente au domicile, mais qui quand elle t'appelle t'a l'impression d'être encore à l'école, « Et alors, pourquoi il a ça ? ». 'Euuuh, attendez, je... je vais regarder, je... mais bordel il est où ce courrier ?! Il est où ? Et pourquoi il a ça ? Et pourquoi j'ai pas vu, haaa, et là je...' Et là ça me fait ça (impression de panique),

enfin moi j'ai l'impression, enfin surtout avec elle, haaa... Tu te dis 'J'ai loupé quoi ??' (rires de B2 et B4). 'J'ai fait le ronron là tu vois...' (rires) Et bon voilà, donc. Je trouve que quand même.

B1 : Ou c'est vrai que sur un nombre de rectorragies, c'est vrai que chez les personnes âgées où tu vois qu'ils ont du *Kardégic*[®], arf... et que le gastro dit « Faudrait arrêter le *Kardégic*[®] ! Je ne sais pas pourquoi il le prend il faudrait l'arrêter ! ». Et là tu fais 'Pourquoi il le prend ?' (rires de B2 et B4). Le patient il l'avait déjà. Et j'ai jamais réfléchi à pourquoi il le prend. (rires de B3, haha !)

B4 : Si si, tu as dû y réfléchir au démarrage, parce que je trouve que le démarrage c'est vraiment le...

B1 : Ben vite fait... mais oui oui !

B4 : Mais le moment où tu refais...

B5 : La réévaluation c'est intéressant ! Le *Kardégic*[®] c'est un bon exemple. Parce qu'en plus, ils ont tous *Kardégic*[®], plus un IPP !

B1 (en même temps que B5) : C'est ça oui !

B5 : Et parfois tu te dis que s'il n'y avait aucun des deux ce serait pas mal ! (Rires tous les participants) Et puis le *clopidogrel* ça marche très bien et...

B1 : Des fois, des fois ça fait ça, pourquoi cette personne âgée elle a du *Plavix*[®] et pas du *Kardégic*[®] ?

B5 : Alors c'est vrai que ça fait mal à l'estomac quand même ! Moi j'en ai plein que je mets au *clopidogrel* parce que le mal d'estomac disparaît. Il y en a plein ils se plaignent, tu t'aperçois que quand tu les interrogues, tu te sens obligé, ils me disent « Mais donnez-moi mon *Mopral*[®] parce que sinon ça va pas du tout ! ». Le *Kardégic*[®], moi j'en ai pris trois jours, j'ai compris, ça fait mal à l'estomac ! Tout de suite ! Ça me va pas du tout... J'ai essayé pour voir, hein ! (rires de tous) J'en avais pas besoin.

B1 : Tu fais comme la généraliste de mon père qui lui dit c'est un sachet par semaine ! Et là, j'ai fait 'Papaaa... Elle est bien ta généraliste, mais un par semaine... Ça sert à rien !' Et il me dit « Oui, mais elle a fait ses études en Belgique et tout... ». 'Moui..., t'es sûr... ?'

B4 : C'est encore plus que délétère, c'est-à-dire que à chaque fois que tu arrêtes...

B2 : C'est encore pire !

B4 : C'est encore pire que tu arrêtes *Kardégic*[®], ça augmente le risque thrombotique !

B1 : Oui oui il faut en prendre tous les jours.

B2 : Oui c'est ça dans les dernières études.

B5 : Financées par le laboratoire ! (rires, suivi de rires tous les participants) Ça fait très financé par le laboratoire ça ! (rires de tous)

B4 : La question est probablement là ! C'est... (rires)

B5 : Mais le *Kardégic*[®] c'est très intéressant, est-ce qu'il faut en prendre ? Parce que moi je suis déjà âgé... Je me dis 'Est-ce que je dois prendre du *Kardégic*[®] pour éviter d'avoir un AVC ?' Alors tu te dis 'Est-ce qu'il faut, est-ce qu'il faut ? Ça va peut-être m'empêcher d'avoir un cancer de l'intestin... Ça va peut-être m'éviter quelques AVC thrombotiques mais finalement j'aurai peut-être un hémorragique à la place !' (rires de tous) 'J'aurai peut-être mal à l'estomac.' Forcément je me dis 'Où est le bénéfice ?'. Finalement tu t'aperçois que c'est pas un bénéfice et qu'il faut pas le faire. Alors maintenant j'ai compris qu'il faut pas le faire.

B3 : J'sais pas mais y'a des cardiologues qui disaient : « Une éventuelle pilule de longévité, de traiter des gens sains, ce serait d'avoir du *Kardégic*[®], un petit peu d'IEC, et un petit peu de statine, que tu mets dans la pilule de longévité... Tu le vends sur le marché, et on vit tous jusqu'à 130 ans ! ».

B2 : Ola, quelle horreur !

B3 : Ce serait possible en fait... que ce soit positif même pour des gens qui ont aucunes maladies...

B1 : Ben tu manges du riz rouge

B5 : Ah non non, le riz rouge c'est immangeable ce truc-là !

Animateur (discrètement) : N'oubliez pas vos noms...

B5 : B5 !! (rires suivis de rires de tous les participants) Ah non, j'ai pas envie de bouffer du riz rouge toute ma vie. Mais le *Kardégic*[®] je me suis interrogé justement, voir si c'était intéressant ou pas, mais je suis trop jeune encore... Faut attendre (rires suivis des rires de B2 et B4).

B3 : C'est peut-être intéressant remarque !

B5 : C'est pas idiot remarque ! *Kardégic*[®] statine IEC. IEC ça fait tousser tout le monde ! Moi je déteste les IEC. Je ne sais pas si vous aimez les IEC, mais moi j'arrête sans arrêt des IEC... Ils toussent ils toussent...

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

B2 : Avec les IEC ?

B1 : Oui.

B5 : Ils toussent tous ! Ils toussent sans arrêt les mecs ! Ils sont sans arrêt en train de se racler la gorge.

B2 : C'est les sartans ?

B1 : Non c'est les IEC... Et que l'hydrochlorothiazide ça donne des cancers de la peau. Donc tous ceux que tu as mis sous *Corenitec*, co..., comachin...

B4 : Tu fais comme nos jeunes étudiants...

B2 : Tu mets rien !

B4 : Tu fais que du paracétamol ! Et encore maintenant... (rires de B4 !)

B5 : Avec modération.

B3 : Ça reste le bénéfices-risques.

B1 : Oui mais quand tu as une nana qui fume beaucoup et qui est hypertendue, tu n'as pas trop envie de lui mettre d'IEC !

B3 : Oui oui, après tu fais un autre choix, mais les autres... sont peut-être pas formidables non plus. L'idéal c'est de ne prendre aucun médicament.

B1 : C'est ça, donc la pilule de longévité...

B5 : Ah non non non ! J'aime pas cette phrase du tout ! C'est B5 qui parle ! Je m'insurge là contre « ne pas prendre de médicaments ». Les gens te disent « Docteur, je ne voudrai pas prendre de médicaments ! ». Vous aimez les médicaments, souvent ça les sauve les médicaments quand même ! Il faut surtout pas leur dire que le mieux c'est de ne pas en prendre, les types ils gobent ça tout de suite,

souvent les mecs ils sont tout contents quand tu leur dis ça ! Ils aimeraient pas en prendre, mais ils en ont besoin ! J'ai l'impression que quand j'en donne, c'est pas pour rien.

B3 : Pour les gens qui pourraient s'en passer !

B5 : Y'en a aucuns ! Dans ma clientèle aucuns ! (rires tous les participants) Sinon pourquoi ils viendraient me voir ? C'est une boutade, mais je veux dire, il faut leur faire adopter les médicaments. Tous les psychotropes que les psys ne veulent pas prendre... Les malades mentaux ils te disent « Non mais docteur je ne veux pas prendre de médicaments ! ».

B2 : Aaah, oui !

B3 : Bien sûr.

B5 : Et après ils comprennent. Ils veulent les arrêter sans arrêt.

B1 : Oui mais après, moi je suis d'accord quand c'est moi qui les introduits. Mais les psychotropes par exemple, toutes ces personnes âgées qui arrivent, qui ont leurs somnifères, leur machin leur bidule, moi ça me saoule ! Enfin... Quand j'ai instauré le traitement et que j'en suis persuadé. Mais autrement je préfère leur faire arrêter. Après je fais : 'Enfin non, j'aurai jamais dû leur faire arrêter ! Parce que... c'est pire qu'avant !'. (rires de B3 et B4) Donc tu le remets. Mais c'est...

B5 : Non mais l'idée, si tu veux, que les gens vont bien quand ils prennent pas de médicaments et que c'est mieux de ne pas en prendre, c'est une idée contre laquelle on lutte tous les jours ! Moi j'ai sans arrêt des gens qui ont cette idée-là dans la tête, mais non !

B3 : Je te parle du cas particulier de la dame obèse qui est fumeuse et qui a besoin de protéger ses artères à cause de ses vices en fait. Si elle pouvait ne pas prendre de médicaments, c'est qu'elle arrêterait de fumer...

B2 : Et qu'elle se mettrait au sport.

B3 : Et je t'assure que ça serait mieux pour elle ! C'est certain.

B5 : Je le sais très bien. Enfin, moi je suis d'accord avec toi que c'est l'idéal, mais l'idéal ça n'existe pas ! Mais y'a des tas de gens qui ne veulent plus prendre leur médicament, ils te disent : « Mais Docteur, je voudrais les arrêter ! J'essaie de les arrêter... ». 'Mais bon dieu, mais prenez-les, vous serez beaucoup mieux !'. (B3 acquiesce) L'essentiel c'est pas de pas prendre de médicaments. Leur objectif c'est de pas prendre de médicaments. L'objectif c'est d'être bien !

B1 : Oui, quand il y a besoin de médicaments.

B3 : Oui dans 99% des cas ou plus, c'est sûr ! Mais voilà, après, il y a des cas où... ils pourraient éviter, s'ils voulaient vraiment.

B5 : Moi je trouve qu'il y a plein de gens où... Non, mais c'est vos amis les médicaments !

B2 : Pour ce qui est des traitements qui sont introduits par des spécialistes, euuuh, j'avais pas... Au départ quand je me suis installé, d'abord c'était pas la médecine comme maintenant les étudiants sortent, on avait pas l'informatique, on avait pas un accès aussi facile à l'information qu'on l'a maintenant et je me rappelle d'un patient qui avait des douleurs de partout, que j'avais envoyé faire un bilan chez un neurologue, électromyogramme et demander son avis, et il lui avait donner des grosses doses de vitamine D, en disant qu'il était carencé. Il n'y avait pas de protocole à l'époque, et comme je vous dis il n'y avait pas encore les ordinateurs. Et donc moi, ben, j'ai fait comme il avait écrit dans son courrier et comme il avait fait son ordonnance, j'ai pas été vérifié, j'ai pas eu l'esprit critique... pour me dire 'Est-ce que c'est ça ?'. A l'époque on ne prescrivait pas d'*Uvedose*[®] comme on prescrit maintenant.

Jusqu'au moment où le monsieur il a fait un surdosage en *Uvedose*[®]. Pour faire des signes de surdosage quand même c'est pas mal !

B1 : Ben il paraît que ça existe pas ! C'est le Dr. *** [nom d'une endocrinologue locale] qui a dit. (B4 acquiesce)

B2 : Oui, et bien... le monsieur, je ne sais plus quelle dose il avait parce que ça remonte à... à plus de 20 ans, n'empêche que le monsieur, il avait tous les signes inscrits sur le Vidal[®]. Il ne savait pas ce que c'était effectivement, et j'ai repris tout ça. Et il avait effectivement des doses de vitamine D en dose de charge massives ! Et en fait, ben quand on vit une expérience comme ça en tant que médecin, heu, après on... garde un esprit aiguisé et critique sur toutes les prescriptions, même nos confrères spécialistes, parce qu'on se dit que nul n'est à l'abri de l'erreur. Nous-mêmes on n'est pas à l'abri de l'erreur, mais que les collègues et les spécialistes ne sont pas à l'abri de l'erreur ! D'un zéro, d'une virgule, de quoi que ce soit. Et du coup, depuis, j'ai gardé cet esprit critique par rapport aux ordonnances des autres. Par rapport à l'erreur qui est humaine, pas par rapport à... après on est d'accord ou on n'est pas d'accord par rapport à la pathologie et au patient, mais, euh, même dans le côté erreur...

B3 : Moui, il y a eu le cas... On a reçu la lettre d'information du médicament, pour ne plus faire d'introduction de *Previscan*[®] et il y avait des angiologues qui n'avaient pas reçu la lettre, qui l'ont reçue après nous, hein, j'y pense.

B2 : J'sais pas, j'ai pas eu l'occasion d'être confronté à ce problème, mais toi tu as eu l'occasion quoi.

B3 : Moi j'ai eu l'occasion. C'est quand même délicat hein, parce qu'on en a prescrit à tour de bras auparavant et ça allait très bien.

B2 (très discrètement) : Et tout d'un coup rien ne va plus...

B3 : Mais on est censé, quand même, comme on a cette information, changer la prescription, en essayant d'être hyper-confraternel avec quelqu'un qu'on respecte beaucoup en plus. Mais si j'ai reçu la lettre (rires), je suis censé, pas quand même, arrêter cette introduction... en théorie.

B5 : Oh, tu attends six mois de plus, et tu changes à ce moment-là en disant « Tiens, y'a un truc qui est mieux là, ce sera plus stable, *Coumadine*[®] c'est mieux ! ». Tu fais ça, ou tu fais *Eliquis*[®], c'est bon ! Tu le vends un peu plus tard, tu fais un petit délai !

B3 : Oui mais j'ai fait le délai en fait, j'ai prévenu l'angiologue en fait. Puis on a changé comme ça, ça s'est fait hyper... confraternellement.

B5 : Soft.

B2 : C'est ce que je disais, l'erreur... l'erreur ou le manque d'information sur...

B3 : Après moi je me dis, sur les anticoagulants, c'est bien lui qui aurait dû m'apprendre ce truc.

Animateur : Et vous avez eu un retour ?

B3 : Euuuh. J'ai eu un retour par le patient en fait. Mais quoi, je ne pense pas que ce se soit mal passé. Si en fait ça s'est quand même mal passé... (rires tous les participants) Entre temps, le patient devait voir le cardiologue. Et le cardiologue a vu ça, et il avait pas été au courant de l'introduction des anticoagulants chez ce patient qui était déjà sous *Kardégic*[®], et il s'est mis en colère contre l'angiologue, et le patient a rien compris à cette histoire parce que j'avais essayé d'être plutôt confraternel. Donc ça c'est pas hyper bien passé non. C'est plus entre les deux autres que... avec moi finalement... Je pense qu'il n'y avait pas d'urgence à changer une prescription, donc je l'ai suggéré dans un courrier pour que le patient ne soit pas affolé, et... euh, pour que mon confrère ne se sente pas agressé.

Animateur : Donc toi si je reformule, tu n'as pas fait le changement, mais tu l'as suggéré dans un courrier ?

B3 : Voilà, parce qu'il devait revoir mon confrère rapidement en fait.

Animateur : OK. Et bien justement, ça m'amène à la question suivante. Dans la situation où on est amené à renouveler une ordonnance qui a été modifiée par un confrère, ou une consœur, et que vous évaluez la balance bénéfices-risques comme étant défavorable, qu'est-ce que vous faites ?

B1 : Moi j'appellerai le spécialiste, le confrère je pense. Pour en discuter avec lui.

Animateur : Et si vous avez des exemples vécus, si vous voulez en témoigner.

B5 : Ecoute souvent ce n'est pas le bénéfices-risques, c'est l'intolérance à un médicament. Moi j'ai souvent des gens, quand ils reviennent de chez le spécialiste, soit ils ont un bêtabloquant trop dosé et ils ont le cœur trop lent par exemple, qu'on est obligé de modifier la dose, ou bien ils ont un antibiotique. L'autre jour j'avais un insuffisant hépatique, la *rifaxymycine* là, un truc comme ça, un truc qui en pratique qui théoriquement empêche de fabriquer de l'ammoniaque dans l'intestin, le type il dégueulait ça plein pot, donc j'ai pas pu lui continuer, on l'a arrêté. Le bénéfices-risques était bien sûr dans l'arrêt, enfin le bénéfice était à l'arrêt du médicament, avant que ça l'empoisonne complètement. Ça c'est des choses que je réévalue, je demande même pas son avis au gars, je l'arrête et puis c'est tout. J'ai pas le temps de téléphoner au gars moi. Ça prend un temps fou !

B3 : Ben c'est vrai que ça peut arriver assez souvent cette situation-là, je fais un petit... heu, quoi, surtout quand ces médecins-là ont un mail. J'envoie juste le compte-rendu de la consultation. Parce que si il est amené à le revoir, il comprend pourquoi on a arrêté. Moi je fais un petit mail en général. En général...

B5 : On prend la décision !

B3 : Si je prends la décision, je... j'envoie une petite lettre oui quoi.

B1 : Moi j'en ai un d'exemple... C'est une patiente enceinte en début de grossesse, suivie par un gynéco du secteur.

B4 (qui travaille dans le même cabinet que B1) : Et là on a beaucoup de soucis, car la confraternité est compliquée... (rires)

Animateur : On ne saura pas qui est le gynécologue du secteur !

B1 : Et en fait elle a saigné, donc elle est allée le voir. Et elle m'appelle, une ou deux semaines après être allée le voir, et en me disant que c'était un hématome qui s'était évacué, un hématome intraplacentaire ou... un truc qui s'était évacué, et qu'en prévision d'une éventuelle infection, il l'a mise sous *Rulid*[®] *Flagyl*[®]...

B4 : Il doit y avoir un troisième ! Parce qu'en général c'est trois pendant 3 semaines... (rires)

B1 : pour 15 jours. Et elle allait super bien, elle avait pas mal au ventre, elle saignait plus, elle avait pas de fièvre. Et donc elle trouvait que c'était peut-être un peu long deux semaines, et donc elle me demandait ce que j'en pensais. Donc je lui ai dit qu'à une semaine elle pouvait arrêter. Voilà.

Animateur : Et ça à l'air de te gêner... ?!

B1 : Oui parce que après, ça a été introduit, ça a été introduit, parce que après je ne suis pas sûr de l'indication de la biantibiothérapie.

B4 : Parce que ce gynéco-là a la fameuse tendance de... d'avoir... des patientes, et elles ont toutes soit une endométriose, soit il enlève les trompes à toutes les jeunes filles, soit... et elles ont toutes des

infections alors qu'il a pas fait... il a rien fait si ce n'est son échographie, et elles ont toutes une trithérapie... voilà...

B1 : Toujours ces traitements-là !

B4 : Toujours toujours toujours... Donc pour nous ça nous pose probl... vraiment question. On prend pas notre téléphone pour lui dire : « J'arrête le médicament. ». Donc on arrête les médicaments. C'est... ça c'est vraiment... y'a qu'avec lui hein, quasi qu'on a...

B1 : Alors moi quand c'est pour une salpingite j'arrête pas, mais j'envoie...

B4 (interrompant B1) : Ah ben non... si on a la suspicion non...

B1 : A un autre avis ! Et bien souvent il n'y a pas besoin de salpingectomie comme il est préconisé...

B4 : Mais bien souvent il n'y a pas de salpingite non plus... Donc c'est quand même problématique pour nous, mais voilà ça je pense que c'est très local. Et voilà ! Après quand euh... Comme pour les gastros qui ne supportent pas le *Pylera*[®], euh, voilà, on l'arrête, mais moi souvent je le... remplace par autre chose.

B5 : Oui là tu peux le remplacer. Mais quand c'est pour autre chose comme mon type qui est insuffisant hépatique, là il est vraiment guéri sans antibiotique et il a pas envie de le reprendre. Je ne connaissais même pas... le *rifampyxine*, rifamp... C'est pas *rifampicine* exactement, il y a une syllabe en plus. C'est pt'être ça qu'il a pas digéré, la syllabe ! (rires, suivi de rires de tous les participants). Ça se prononce plus difficilement. Donc maintenant il est confus, mais il a pas son antibiotique ! Et il vomit pas ! (rires)

Animateur : Est-ce que vous avez d'autres situations comme ça où vous vous retrouvez à... Devant cette ordonnance que vous tends votre patient et où vous vous dites en voyant le nom de la thérapeutique 'Je ne suis pas sûr que la balance bénéfices-risques soit la meilleure pour ce patient', et à partir de ce moment-là, qu'est-ce que vous faites, qu'est-ce que vous vous dites ? Qu'est-ce que vous dites au patient ?

B5 : Exactement ce que t'as dit : « Le bénéfices-risques n'est pas en faveur de ce traitement ! ». On peut le dire carrément, ça c'est un bon terme, on peut le dire carrément ! Ils comprennent les gens !

B3 : Mais ne vous inquiétez pas ! (rires de B2)

B5 : Mais j'ai la situation bien en mains ! (rires de tous les participants) On trouve quelque chose d'autre quoi...

B2 : Ça arrive pas très souvent quand même...

B3 : Non ça n'arrive pas très souvent...

B2 : Moi où je vais prendre mon téléphone c'est pour justement arrêter un AVK, ou... pour voir avec le cardiologue, si on n'a pas toutes les données de l'échographie ou quoi... si on peut le passer sous un ADO, parce que ça sera quand même mieux pour le patient pour la surveillance etc... en fonction des indications. Donc pour simplifier des traitements, simplifier des surveillances et autres. C'est plus dans ce cadre-là. Mais je trouve qu'on n'a pas souvent... euh... des... des interrogations comme ça pour un traitement. Là j'ai une patiente qui est rentrée de l'hôpital avec de l'acide folique en traitement, pour un bilan d'anémie, et la fille me dit « Je n'ai pas eu le temps de le prendre à la pharmacie. Est-ce qu'il faut vraiment lui donner ? ». Bon ben je lui dis « On va refaire un dosage, et l'acide folique on verra s'y y'en a vraiment besoin, on le donnera à votre maman. » Mais... mais globalement, des grosses interrogations... face à des médicaments de sortie d'hôpital, enfin d'hôpital ou de spécialistes, c'est pas souvent quand même. Enfin, je sais pas vous hein... ?!

B3 : Non non bien sûr...

B2 : C'est pas souvent hein.

B3 : C'est pour ça qu'on se rappelle des quelques histoires. C'est pour ça que je pense... qu'il faut dédramatiser la situation. Et être confraternel (B1 acquiesce) et ne pas faire peur au patient... Parce que souvent en plus c'est pas grave... Et puis ça arrive rarement, quand ça nous arrive ! Ça nous arrivera aussi... (B5 acquiesce) Apparemment dans une carrière ça peut nous arriver... (B2 acquiesce) On n'a pas très envie de se faire ramasser par celui qui va redresser notre erreur.

B1 : Si, il y a le pharmacien qui nous rappelle : « Vous avez prescrit de l'*Oflocet*[®], en comprimés dans chaque oreille, c'est normal ? » (rires de tous les participants). « Ah non, je me suis trompé pardon... va pour la solution auriculaire ! ». Et là tu fais 'Oh, pffff...' (rires, rires de B2 et B4)

B2 : Puis au bout de 10 jours, d'avoir tous les comprimés enfoncés... (rires tous les participants)

B4 : 'Je dois avoir un bouchon docteur !'

Animateur : Est-ce que vous avez un exemple ou une situation ?

B4 : Qui me vient à l'esprit... heu, non. C'est notre souci de gynéco (rires), mais à part ça c'est tout (rires). Non moi je prends mon téléphone quand je pense que... Des fois en sortie d'hôpital on n'a pas le compte-rendu, et ils viennent avec une ordonnance qui a complètement changé... Là j'ai un exemple d'un m'sieur que je n' connaissais pas, qui allait devenir, enfin... qui allait être suivi chez moi. Et il avait complètement changé entre les derniers comptes-rendus que j'avais et sa sortie d'hôpital, il n'y avait quasi plus rien sur son ordonnance. Du coup c'était pas mal. Et j'me disais 'Il s'est passé quoi ?'... Enfin, il a fallu rappeler pour avoir le compte-rendu et comprendre que... le cardiologue avait enlevé, le néphro avait enlevé, tout le monde avait enlevé, il se retrouvait avec plus rien ! Là c'était pour le coup plus facile. Mais c'est vrai que voilà, souvent c'est plus facile que... soit on comprends pas, on appelle, puis quand il faut qu'on gère, on gère la situation... Et quand y'a notre gynéco adoré, et ben on se débrouille tout seul ! On l'arrête et on l'appelle pas ! (rires)

Animateur : Qu'est-ce qui s'est passé pour que les spécialistes arrêtent ?

B4 : Ben là ils avaient découvert une autre maladie, à ce patient. Et puis là, ils ont tout arrêté, parce que le bénéfices-risques... Il était très très cardiaque, et ils lui ont découvert un lymphome... très... de haut grade, je ne sais pas comment on dit. Enfin bon il n'y avait plus grand-chose à faire... donc ils ont décidé de tout arrêter quoi...

Animateur : Donc c'était plutôt dans une visée palliative... ?

B4 : Probablement ouais ! Mais sauf que moi j'avais pas du tout cette notion, puis que le patient était pas capable de me le dire en fait... Enfin, il n'a pas... Il a bien compris qu'il avait une maladie... mais probablement qu'il avait pas compris qu'on enlevait tout parce qu'il n'y avait plus grand-chose à faire. Donc voilà, moi ne le connaissant pas, je l'ai vu qu'une fois... j'ai pas compris toute l'histoire quoi ! Parce que moi ça m'arrive aussi de faire le tri dans les médicaments quand c'est nécessaire, voilà, ce que je disais tout à l'heure, quand tu es en fin de vie ou quand tu sais que c'est du palliatif.

B1 : A 93 ans, est-ce que tu as encore envie de leur faire manger la statine ?!

B4 : Non mais c'est ça quoi, voilà ! Exactement !

Animateur : Et B5, tout à l'heure, vous avez dit que vous arrêtiez assez facilement certains traitements... ?

B5 : Exactement ! J'ai encore un autre exemple, j'ai un parkinsonien bien connu, qui a plusieurs choses ce type-là, il fait une rétention urinaire un jour. Je lui fais le diagnostic de rétention urinaire, je l'envoie à l'hôpital pour qu'il se fasse sonder. Il revient avec une sonde à demeure et en revenant avec un mot disant 'Au bout de dix jours, vous pouvez lui l'enlever et vous voyez ce qui se passe'. Vous passez par

l'urologue... Moi je me suis aperçu que depuis qu'il avait sa sonde, il n'avait plus besoin de se lever pour pisser et il tombait moins ! Donc le bénéfice était très important. Il supportait hyper bien sa sonde. Il avait adopté sa sonde psychologiquement, instantanément il s'est dit 'Putain, c'est bien ce truc-là !'. Donc il avait une sonde avec une poche, et depuis il était plus obligé de se lever la nuit pour aller pisser, et donc il était en sécurité. Et donc j'ai pris la décision de ne pas lui enlever ! Naturellement j'en ai parlé à personne. (rires de tous les participants)

B2 : Mais il faut la changer de temps en temps !

B1 : Tu serres les fesses, et tu...

B5 : Non on achète des poches, et je prescris une sonde à changer tous les mois par l'infirmier et ça marche quoi ! Et il est content comme ça ! Donc non ça se discute, mais j'estime que il faisait des chutes. Donc le neurologue est d'accord, sauf que le neurologue il a augmenté son traitement antiparkinsonien, il revient l'autre jour avec une ordonnance avec une modification de la dose de *Modopar*[®]. Et moi ce type que je connaissais toujours super calme super bien, il était comme ça, tu vois il était comme ça là (mimant des dyskinésies).

B2 : Avec des dyskinésies... !

B5 : Avec des dyskinésies incroyables quoi. Donc je me suis dit 'Il est surdosé quoi !'... J'ai pris la décision de modifier la dose, d'amorcer la diminution. J'en ai pas parlé au neurologue parce que je ne veux pas lui téléphoner, je ne veux pas perdre trois... une demi-heure pour le joindre quoi, je ne suis même pas sûr de pouvoir le joindre !

Animateur : Est-ce que ça vous arrive de ne pas passer de coup de téléphone par exemple ? Ou de ne pas communiquer par exemple sur une modification de thérapeutique ?

B2 : Moi justement j'ai le cas, elle c'est une maladie neurodégénérative de Steel Richardson, donc apparenté au Parkinson, qui est suivie par un neurologue. Et en fait je lui avais augmenté un tout petit peu sa dose de *Modopar*[®], parce qu'elle marchait moins bien. Et je crois que c'est le contraire, le neurologue lui avait rediminué. Et en fait j'ai pas pris la décision toute seule de réaugmenter parce qu'elle n'avait pas de dyskinésies, mais c'est parce que j'en ai discuté avec la famille parce qu'elle est à domicile, avec l'époux, avec les aides ménagères à domicile qui m'ont dit, les gens qui la lèvent et qui s'occupent d'elle, qui m'ont dit « Ah oui, c'était mieux avec la dose précédente. ». Et donc là, ben effectivement j'ai... j'ai pas appelé le neurologue, parce que comme il dit le neurologue pour certains spécialistes, ben lui en particulier il faut appeler les quinze premiers jours du mois, et encore de telle heure à telle heure et pas tous les jours... Et quand c'est des gens qu'on voit à domicile : rentrer, faire un mot... envoyer un mail comme fait mon collègue B3, c'est des fois un peu lourd. Et comme c'est des maladies chroniques où les neurologues disent eux-mêmes, on y va à tâtons, on regarde que... on regarde que le bénéfice fonctionnel de la patiente soit meilleur parce que ça va dans le même sens que le neurologue dans ses courriers et ce depuis dix ans pour cette patiente. Effectivement s'il y avait quelque chose de très important qu'il faille modifier, qu'il faille changer les choses je le ferai en téléphonant. Mais ça dépend pour quoi, ça dépend pour quelle thérapeutique. Quand c'est des effets doses comme pour le *Modopar*[®] comme tu disais, c'est...

B1 : Moi il y a une situation dans laquelle je ne modifie jamais, jamais jamais jamais, c'est la psychiatrie. Jamais jamais ! (rires de B2)

B5 : Ah si moi du coup, j'adore la psychiatrie... C'est hyper intéressant ! Enfin je veux dire, j'adore pas, mais c'est vraiment extraordinaire les médicaments !

Animateur : Alors que dans d'autres, alors que dans d'autres... ?

B1 : Y'a pas beaucoup d'autres non plus où je change, quand même... (rires de B1 et B5) Mais surtout la psychiatrie, ouais, ça me fait peur ! Les conséquences du changement me font peur.

B3 : Du coup, par rapport à mes mails qui sont vraiment très rapides, ça reprend la copie de mon mot, je trouve que je travaille beaucoup mieux en me mettant à la place de l'autre, quand il m'envoie régulièrement des courriers en fait. Ça me fait râler les gens qui ne m'envoient pas de courrier tu vois. Et je me dis aussi que mon confrère travaillera sans doute mieux s'il a cette information. Je pense que c'est important, parce que j'ai bien en tête les gens qui font pas leurs courriers, les spécialistes avec moi, et je trouve qu'on fait un mauvais travail en fait.

B1 : Tu as les mails de tous tes... ? Enfin tu ?

B3 : Je leur envoie une lettre, c'est pas...

B1 (d'un ton interrogatif) : Ah oui ? Tu envoies une lettre aussi ?

B3 : Pour lui donner des informations ! Donner la lettre au patient, s'il le voit dans les six mois. Juste pour qu'il y ait un échange d'informations. C'est un truc important.

B1 : Ah ouais, tu envoies une lettre, c'est pas bête ça ! (B2 acquiesce)

B2 : Je fais ça davantage et je le ferai davantage depuis que je suis sur Sisra et que j'envoie mes courriers par Sisra aux spécialistes.

B1 : Ah bon ?

B2 : Oui, tu peux envoyer tes courriers par Sisra au spécialiste.

B4 : Ouais ouais !

B1 : Mais je sais pas comment on fait... Comment tu mets la pièce jointe ?

B4 : Et ben tu peux tout mettre !

B1 : Ben faut faire ça parce que par Gmail c'est pas très sécurisé...

B2 : On t'expliquera. Là par Sisra ça part directement de ton logiciel.

B1 (s'adressant à B4) : Tu sais faire ? (B4 acquiesce) Tu me montres ? (rires de B2)

B2 : Et donc c'est quand même plus facile, c'est plus rapidement fait, donc on a plus tendance à envoyer des courriers !

Animateur (s'adressant à B1 principalement) : Du coup est-ce que vous avez... ? Enfin, tu disais que tu avais du mal à modifier des traitements chroniques ?

B1 : Oui oui. En psy !!

Animateur : Et dans les autres spécialités ?

B1 : Quand c'est du psy, moi je dis au patient : « Moi je traite votre corps. » Si la tête va pas, c'est pas chez moi qu'il faut venir, je ne modifierai pas le traitement. Mais après quand c'est de la cardio, on a un cardio dans le coin qu'on peut joindre facilement ! Après oui, j'appelle plus facilement et je modifie, que la psy de toute façon on n'arrive pas à les joindre (B2 acquiesce). C'est impossible ! Même quand c'est vraiment leur boulot : les HDT, les patients schizophrènes...

Animateur : Et quand vous remodifiez un traitement qui a été modifié par un autre confrère, par le spécialiste, soit par le confrère généraliste ou à l'hôpital, quel est votre ressenti ? A vous ?

B5 : J'ai le pouvoir ! (rires de tous les participants)

B4 : Quand elle a été modifiée ou quand on la modifie ?

B1 : Quand on la remodifie.

Animateur : Quand on la remodifie !

Tout le monde parle en même temps.

B5 : C'est moi qui ai la main en ce moment ! (rires de tous les participants) Enfin, c'est rigolo, mais c'est un peu ça quoi !

B3 : On fait chacun notre tour !

Animateur : Quand on remodifie ou quand on corrige ?

B4 : C'est pareil !

B1 : Corriger, c'est quand même... Dire 'je corrige une ordonnance', moi je ne me dis jamais que je corrige une ordonnance. Je ne suis pas assez sûre de moi pour...

B5 : Non le terme c'est modifier, je modifie une ordonnance ! C'est pas corriger.

(Le chien mange bruyamment, rires de tous les participants. B4 : On t'a dit qu'il fallait manger en silence B6 !)

B2 : Moi par exemple ça me fait ni chaud ni froid si le cardiologue a mis l'*atorvastatine* 40 et que le patient a des douleurs musculaires et qu'il ne supporte pas, je vais lui proposer de mettre de l'*atorvastatine* 20 parce que y'a un effet dose-dépendant et puis d'arrêter deux jours et de réévaluer l'importance ou pas des douleurs, en lui disant qu'en plus on a une association qui fonctionne et qui pourrait peut-être être bénéfique ! Donc... moi je pars du principe que je suis un peu comme le gardien du temple quoi ! Le temple étant le patient... qui a plein de gardiens.

B3 : Tu as la sensation d'être le gardien du temple ? (rires)

B2 : J'ai dit le gardien ! J'ai pas dit Dieu dans le temple ! Je suis pas Dieu dans le temple ! Le temple étant le patient, c'est pas pareil ! C'est-à-dire, ben voilà, chaque gardien... œuvre pour que le temple tienne debout et puis on vérifie que ce soit en adéquation avec le patient quoi, voilà. Donc on a juste l'impression de faire notre boulot ! Pfff, enfin moi ça me semble... Moi quand je modifie des ordonnances je me dis tout le temps 'Et si c'était toi pour toi ? Et si c'était pour ton père ? Et si c'était pour ta mère ? Pour ton frère ?'. Donc comme ça en général, quand on se dit sans arrêt ça, on a moins de risques de se tromper. C'est pas qu'on se trompe pas, mais on a moins de risques ! Donc voilà, je suis plutôt... plutôt bien dans l'humilité.

Animateur : Dans la situation dont tu parlais tout à l'heure B3, où... tu suggérais la modification du traitement, comment tu t'es senti ?

B3 : Comment je me suis senti... ? Je pense que comme B2, ça ne me fait pas... ça ne m'a pas fait des sensations ! (rires de tous les participants) Après, comme je l'ai expliqué, je prends garde à être confraternel, à ne pas inquiéter le patient parce que ça va faire de l'agitation pour rien en fait. Mais pour le coup ça ne me donne pas une sensation... que je pourrais définir. Je ne suis ni inquiet ni surpuissant ! J'ai juste l'impression de faire le travail.

B5 : Tu fais le job !

B3 : Ouais c'est ça !

B5 : C'est toi qui as la main, tu dois faire le boulot, c'est tout ! C'est toi qui as la main, tu fais !

B1 : Ah si j'ai un truc à dire ! J'ai une idée, j'ai un truc !

Animateur : B1, alors on t'écoute !

B1 : Non non non c'est pas ça que je disais !! Quand tu suggères quelque chose ou que tu fais un changement et que tu es sûr de toi, tu te dis 'Ca y est... j'ai... j'ai su un truc quoi !'. Et je l'affirme, et je trouve que c'est difficile d'affirmer, changer une ordonnance c'est quand même vraiment t'affirmer quoi !

B3 : Ouais... ça je ne me dirai jamais ça, mais c'est... Comme je disais en rigolant à notre interne tout à l'heure, que la très grande majorité des médecins ont un égo surdimensionné, et comme tu disais tout à l'heure mais en rigolant, je suis totalement d'accord avec toi, on a tous un gros ego, en général, mais toi (en s'adressant à B1) pas trop visiblement. Mais du coup voilà, je pense qu'il y en a plein qui vont jamais se dire... qui vont jamais se dire ça ! Qui ont un trop gros melon on peut dire.

B1 : Oui oui ! Trop gros melon tu dis ?

B3 : Qui ont peut-être plutôt un égo trop volumineux... (rires de B2)

B5 : Non mais bien sûr, on assure la responsabilité ! On assure la responsabilité, moi j'appelle ça 'avoir la main'. C'est quand tu es devant le patient et que tu dois prendre la décision ! Tu vas pas laisser... Si ça va pas, tu es bien obligé de faire quelque chose ! C'est toi qui le fais, tu demandes pas la permission. Si c'est un cas difficile et que ça met en jeu sa vie... On appelle le cardiologue quelque fois, ou le neurologue ça peut arriver, mais on n'a pas besoin d'appeler pour seulement prendre la décision d'abord ! Et on raconte si il faut. Tu vois c'est comme ça que ça se passe.

B1 : Mmh !

Animateur : OK. Si je reformule, vous vous sentez... tout à fait dans votre rôle et légitime à modifier une ordonnance, ou à remodifier une ordonnance, euh... ?

(Plusieurs prennent la parole en même temps. B2 et B5 acquiescent. Propos parfois inaudibles.)

B1 : Oui, si j'en suis sûre, oui oui, bien sûr !

B4 : Ben c'est notre boulot quoi ! Faut vraiment..., oui !

B3 : Il faut peut-être qu'il n'y ait pas trop de sentiments et d'affects là-dedans, c'est que l'époque où les pharmaciens étaient terrorisés d'appeler les médecins parce qu'ils allaient se faire pourrir, alors qu'ils avaient raison de les appeler parce qu'il y avait une prescription qui n'allait pas je pense qu'elle va être révoquée, parce qu'on enlève l'affect qu'il y a là-dedans. On a le droit de se tromper et c'est pas grave, on sera pas vexé si le pharmacien nous dit « Est-ce que vous êtes sûr de prescrire ça, ça, ça et ça ? ».

Animateur : Okay. Quand vous remettez en cause la prescription qu'on vous demande de reconduire, quel a été la réaction de vos patients ?

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

B3 : Parce qu'à l'époque ?

B1 : Parce qu'à l'époque, c'était au tout début où on entendait des choses, comme quoi le *Médiator*® c'est pas bien, je ne sais pas quoi...

B3 : C'était à la fac, ou... ?

B1 : Et c'est arrivé une fois ou deux où j'avais du *Médiator*® à prescrire, et... que le médecin que je remplaçais prescrivait hein ! Et où j'avais dit que je ne le prescrivais pas !

Animateur : Donc tu t'es affirmée dans le fait de... ?

B1 : Ah ben oui, moi j'avais pas de... c'était contre... j'avais pas envie de le faire !

Animateur : Et comment tu faisais pour expliquer ?

B1 : Ah ben... J'expliquais au patient qu'il y avait des études qui montraient que... sans dire que c'était mauvais, parce qu'on savait peut-être pas trop, mais que y'avait des effets indésirables suffisamment importants pour que je ne le prescrive pas !

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

B1 : Oui mais moi c'était dans le cadre des remplacements, hein, les gens venaient renouveler leurs traitements et je tombais sur... J'avais pas préparé la réponse ! Et je tombais sur ça sur l'ordonnance et moi je leur disais que je ne le mettais pas ! Après ils voyaient avec leur docteur...

B2 : Oui, mais t'as raison...

B4 : C'est comme pour les renouvellements dans... dans le couloir là, que on a beaucoup de saisonnier, l'été, et on est censé... enfin, on n'est pas censé non... On... est sollicité pour renouveler les traitements de *métha*, de *Skénan*[®] et...

B1 : De *Seresta*[®] 100, cinq par jour... !

B4 : Tu vois des ordonnances mais c'est hallucinant !! T'as du *Skénan LP*[®] 200.

B3 : Ou des boissons hyperprotéinées (rires, rires de B1 et B4)

B1 : Oui oui aussi !! Oui c'est vrai !

B4 : Bon ben voilà, là la question se pose même pas... Tu leur dis 'Ben non ! Moi je ne fais pas ça !'. Et c'est non négociable en fait... Alors, ça c'est très facile, c'est une réaction... Alors la réaction (des patients) est toujours très difficile à gérer !

B3 : Oui, parfois ils vont te dire « Je vous paierai Docteur... » ... Ben heureusement !

B4 : Ah mais c'est pas une question d'être payé.

B3 : Non mais bien sûr, mais leur réaction souvent c'est ça ! Ça veut dire qu'ils ont trouvé des gens qui leur prescrivait. Ben moi, celui qui avait des dreads, qui voulait que je lui prescrive plein de boissons protéinées, il disait que d'autres docteurs le faisaient, qu'il ne m'embêterait pas longtemps, et que c'était une consultation d'une minute qui allait me rapporter 25€. Il a le bagou pour te dire tout ça le gars !

B1 : Putain...

B5 : Ah il est bon commerçant le mec ! (rires de B3 et B5)

B3 : Incroyable !

B5 : Ouais c'est marrant. Et ouais il y a des dérives... Tu sais on se débarrasse... Enfin les gens avec le *Skénan*[®] ou les... les stupéfiants on veut s'en débarrasser parce que on en a marre. Alors le problème c'est que si ils sont d'ailleurs c'est facile de s'en débarrasser, si tu le fais une fois ensuite tu te les colles, alors il faut savoir ce que tu vas faire... (B1 acquiesce) Moi j'ai eu des types comme ça qui m'ont fait des démonstrations extraordinaires ! Un type qui avait une arthrogrypose, il me racontait ça, et il a plaidé sa cause, je lui ai fait jouer pendant une demi-heure son rôle (rires de B3), c'était extraordinaire ! Il était avec des béquilles, il était déformé, et il prenait du *Palfium*[®] le mec. Je savais très bien qu'il était complètement, enfin que c'était... que c'était une prescription bidon, et que c'était pas vraiment

nécessaire tu vois, mais au bout d'une demi-heure d'extraordinaire rôle, vraiment, en me racontant ça, il a plaidé sa cause magnifiquement, je lui ai filé « Allez, je vous prescris une semaine de *Palfium*[®], parce que franchement vous avez été très bon ! ». (rires)

B1 : C'est quoi le *Palfium*[®] ?

B2 : C'était de la *morphine*. En injectable.

Animateur : Si on revient sur... vraiment quelle a été la réaction de vos patients quand vous avez refusé de reconduire un traitement ou quand vous avez... ou quand vous avez évoqué, comme on le disait tout à l'heure, le fait que la balance bénéfices-risques ne soit pas favorable ?

B5 : No problème ! Enfin si on explique, c'est bon !

B2 : Moi j'ai sauté sur l'occasion, heu... de l'histoire du *Médiator*[®], pour faire arrêter plein de prescriptions de *Stilnox*[®], donc de *zolpidem* à mes patients ! En leur disant « Vous avez vu ! C'était pas un médicament indispensable, ça a donné des valvulopathies ! Vous vous rendez compte ce que ça a donné ! Là, le *zolpidem* et les somnifères, on sait que ça peut aggraver la mémoire, et... précipiter des maladies d'Alzheimer. Bon là vous êtes à la retraite, donc on va voir par quoi on peut le remplacer ». Parfois c'est toujours difficile pendant trois-quatre semaines, mais je leur faisais peur ! Je sautais sur l'occasion de leur dire « C'est parfois dangereux les médicaments, regardez, et celui-ci est particulièrement dangereux c'est connu ! » donc je motivais l'arrêt du médicament et je négociais ça avec eux, on va dire ! Quand c'était pas un médicament... voilà, c'était un médicament de confort ! Mais en même temps, ceux qui dorment jamais... Donc je négociais l'arrêt du médicament de façon progressive, et je les revoyais, et je les inquiétais, en leur mettant par exemple que la balance bénéfices-risques était plus en faveur du risque que du bénéfice. Donc ça c'était facile parce que c'était les prescriptions que je gérais moi-même. Après si c'est des prescriptions d'autres qu'on arrête ou qu'on ne renouvelle pas... mmmh, ben on essaie d'être déontologique avec les collègues, et de motiver les patients ! Ils sont pas idiots, maintenant ils ont internet, et ils tapent n'importe quoi sur Google et puis ils comprennent hein !

B5 : Tu leur expliques et ils comprennent !

B3 : Ils sont reconnaissants. Ils sont plutôt reconnaissants de l'explication.

Animateur : Qu'est-ce que ça veut dire « être déontologique » ?

B2 : C'est-à-dire... pas dire « Qu'est-ce qu'il est con ce spécialiste, il a dit n'importe quoi... » (rires et rires de B5) « Il était à côté de ses pompes ! ». Ben j'veux dire, c'est... heu... déontologique ça veut dire « Ben écoutez, moi je ne partage pas cet avis... parce que dans votre cas particulier... » Mais je ne vois pas d'exemple ! Honnêtement je ne vois pas d'exemple. Donc c'est compliqué. Être déontologique c'est... c'est dire... « Je ne partage pas le même avis, ou on va demander un autre avis si vous le voulez bien parce que je ne partage pas l'avis de ce spécialiste, on peut demander l'avis d'un autre spécialiste. » Et comme les patients savent, enfin s'ils continuent à nous voir c'est qu'ils ont confiance, ils sont en général tout à fait d'accord pour prendre un autre avis ! Mais voilà... J'ai eu le cas dernièrement avec un cardiologue et un de mes patients... Un patient qui a été pris en otage par le cardiologue pendant son hospitalisation par un cardiologue de ville qui est attaché à cet hôpital et c'était pas son cardiologue initial. Et le cardiologue déjà pour le joindre déjà, il est jamais joignable ! Le patient il avait des traitements qui associait plein de choses qui lui donnait des hémorragies nasales à mon avis qu'il était pas nécessaire d'associer chez lui. Du *Kardégic*[®], plus du *Plavix*[®], parce que ça faisait je sais pas combien de temps, j'ai plus le dossier en tête, par rapport à son AVC et son stent. Le cardiologue m'a répondu sur mon téléphone quinze jours après... Ensuite j'ai eu un autre problème, ce monsieur il est venu pof il risquait pas grand-chose parce qu'il était sous *Eliquis*[®], et découverte d'un rythme cardiaque à 140 mal supporté, impossible de joindre le cardiologue encore... ! Je fais un électro au cabinet etc... Heu, bon ben qu'est-ce que j'ai fait, j'ai appelé l'autre cardiologue, le cardiologue

précédent et j'ai dit au patient « On en a marre de votre cardiologue, il habite à trente kilomètres de chez vous, il vous a kidnappé à votre sortie d'hôpital, il est pas joignable ! Vous avez des problèmes, on va voir ce qu'on fait. » Bon, là, j'ai pas du tout été très déontologique et j'ai appelé l'autre cardiologue, le précédent, et je lui ai expliqué... Et il m'a dit « Que faire ? » et il l'a revu ! Mais dans le sens où ce patient était très mal pris en charge par le spécialiste. Pas que le spécialiste faisait mal les choses, mais le spécialiste il travaille trois jours par semaine, il est jamais joignable le reste du temps, sa secrétaire elle envoi balader tout le monde même nous ! Euuh, enfin je veux dire, c'est pas possible quoi ! Dans l'intérêt des patients on peut pas... Donc là le patient il était... ben lui, je lui dis « Pourquoi vous avez quitté le premier ? », et donc il m'a expliqué comment ça c'était passé parce que moi j'avais loupé l'épisode de « Pourquoi ? ». Et je lui ai dit « Mais attendez ! », il avait peur que le premier ne veuille pas le reprendre, je lui ai dit « Non mais ne vous inquiétez pas, moi je vais lui téléphoner et lui expliquer ! » Et y'a pas eu de problème, mais dans ce cadre-là on va pas être déontologique parce qu'on va expliquer au patient qu'il faut qu'il change de spécialiste dans son intérêt. Pas que le spécialiste faisait n'importe quoi, mais quand il y avait des problèmes qui ne nécessitaient pas forcément une hospitalisation, donc pas forcément six à huit heures d'attente dans un service d'urgences sur un brancard, et bien que on aime bien pouvoir contacter quelqu'un, euuuh, en dehors de trois jours dans la semaine quoi ! (B1 acquiesce)

(Silence de 5 secondes.)

B5 : L'explication suffit ! Que on leur explique, ils comprennent !

B2 : Oui oui les gens comprennent.

Animateur (s'adressant à B1, B3 et B4) : Vous êtes d'accord avec cette affirmation ? Que les gens comprennent ?

B3 : Ils ont besoin d'explications, oui, sûrement !

B4 : Mmmh (affirmatif).

Animateur : Alors du coup on va faire la dernière partie. Quels types de besoins formuleriez-vous pour vous appropriez encore plus votre rôle de médecin traitant ?

B2 : Quels types de quoi tu as dit ?

B4 : De besoins !

Animateur : Des besoins. Quels types de besoins formuleriez-vous pour vous appropriez encore plus votre rôle de médecin traitant ?

B1 : Un recours plus facile aux spécialistes.

B2 : C'est sûr !

B1 : Si on pouvait les appeler, si on avait des lignes spéciales, pour pouvoir les joindre et avoir une réponse rapide à nos interrogations, ce serait bien ! On prendrait mieux en charge les gens ! (B2 acquiesce) Il y aurait moins d'errance diagnostique, moins de...

B5 : Ensuite c'est les gens qui vont aller directement à la télémedecine avec les spécialistes ! Ça nous échappe entièrement, on existe plus (faisant semblant de pleurer, suivi de rires de B2 et B5) ...

B1 : Y'aurait pas de perte de temps.

B2 : Et puis c'est quand même le rôle des généralistes d'être le coordinateur des soins, que ce soit radios machins et cætera... et c'est vrai qu'il y a des spécialistes qui sont toujours relativement faciles à

toucher ! C'est par exemple les oncologues, ça y'a jamais de problèmes pour les avoir, par contre il y a des types de spécialistes qu'on n'arrive jamais à joindre...

B1 (enchaine directement) : Dermatos, psychiatres.

B2 : Entre autres ! Et puis entre autres choses et qui sont... qui peuvent être très délétères pour la prise en charge des gens.

B3 : Un accès plus facile pour tous les examens qu'on veut. Pour des hospitalisations des fois... On fait maintenant des passages idiots (insistance sur « idiots ») aux urgences parce qu'on a plus de lits ouverts... Donc ça ça nous aiderait beaucoup oui !

B2 : Et ça aiderait nos patients ! Alors il y a quelques services qui ont des lignes spécialement dédiées...

B3 (enchainant immédiatement) : Pour les entrées directes mais c'est rare hein !

B2 : Pour les médecins, pour les généralistes, pour les confrères. Mais il doit y avoir deux services qui ont les lignes... en gynéco et l'autre en chépaquoi ! Et je me rappelle plus l'autre, mais c'est tout quoi, donc...

B3 : Tu veux dire pour les faire hospitaliser directement ?

B2 : Non non, pour avoir des secrétaires !

B5 (murmurant) : Y'a pas de ligne pour les faire... Il me semble que j'ai téléphoné... y'avait une ligne dédiée pour les professionnels.

B2 : Moi je trouve qu'il y a aussi, quelque chose qui n'a rien à voir avec les ordonnances ou les médicaments, mais je trouve qui fait terriblement défaut. Ça fait trente ans que je fais ce métier, ça fait trente ans que ça fait défaut, et ça ne s'améliore jamais, c'est-à-dire que c'est très important pour nous d'avoir un réseau de spécialistes. Ces réseaux il sont connus de nous quand ils sont installés en privé, dans les cliniques, parce qu'ils se présentent à nous, on sait qui s'installe et à peu près ce qu'ils font. Dans les hôpitaux, c'est le no man's land, ça part, ça rentre, c'est des nouveaux, c'est des anciens, eux, ils font de la proctologie, pas de proctologie, de la chirurgie viscérale ou d'autres choses, on n'en sait rien !! On connaît même pas leurs noms, on a aucune information de qui sont les spécialistes, de ce qu'ils font dans les hôpitaux généraux. On arrive à le savoir dans les CHU. Pourquoi dans les CHU ? Parce que dans les CHU, on fait des formations médicales continues, qui sont des formations où en général on va rencontrer des pontes des CHU donc on arrive à peu près à savoir, mais moi j'en suis contrainte à téléphoner aux secrétaires en demandant « Qui dans vos orthopédistes s'occupe de la main, si il y en a un qui s'occupe de la main chez vous à l'hôpital ? ». Voilà, on est confronté dans notre métier de médecin généraliste à être complètement aveugle sur le réseau de spécialités hospitalières. Non seulement on ne peut pas les joindre, mais en plus de pas les joindre, de toute façon on ne sait pas ce qu'ils font, on ne sait pas qui ils sont ! C'est vrai ?! (s'adressant aux autres) A part un ou deux qu'on voit aux formations médicales exceptionnellement, et encore, il faut tomber sur la bonne formation ! (rires)

B3 : A part ça, tout va bien ! (rires, suivi de B2)

B2 : Non mais c'est vrai, c'est un vrai problème quoi, parce que du coup tu envoies d'autant plus tes patients dans les établissements privés, même si toi tu voulais travailler avec des établissements publics, parce que tu ne connais pas les praticiens des établissements publiques ! Ou alors c'est parce que les patients te disent qu'ils ont envie d'aller à l'hôpital. Moi je leur dis à m'sieur l'urologue ou m'sieur Machin à l'hôpital, puis au final, tu te rends compte qu'il travaille bien, et puis qu'il reste là, qu'il part pas tous les deux ans comme certains. Alors tu te dis 'Ah, ça c'est sympa, je vais pouvoir travailler avec lui !' et c'est grâce aux patients ! Mais ça se fait dans le sens inverse duquel ça devrait se faire normalement quoi... Il y a un dysfonctionnement énorme de ce côté-là ! Sujet d'une autre thèse...

Animateur : Est-ce que vous voyez d'autres besoin pour vous appropriez votre rôle de médecin traitant ?

B4 : Je ne trouve pas que ce soit de nous appropriez, c'est surtout de nous le rendre plus facile ! Parce nous l'appropriez... Enfin moi j'ai pas besoin de me l'appropriez un peu plus !

B5 : Vous pensez que le DMP vous rendrait service ou pas ?

B2 : Quand on saura rentrer les dossiers dedans oui !

B4 : Pour faciliter notre travail ! Plus que de nous appropriez... notre... notre travail ! (rires) Je sais pas si le DMP ça va nous aiderait.

B1 : J'crois pas moi.

B4 : C'est une usine à gaz, ça va tout faire péter !

B5 : Pour l'instant je reste vraiment à l'écart mais...

B4 : Moi j'pense que dès que tu vas en mettre, les gens qui vont en avoir beaucoup ça va sauter ! (rires et rires de B2) Enfin moi je vois ça comme ça !

B2 : Après... s'appropriez, tout ça... C'est que des fois il nous manque des liens, avec les familles des gens qui sont seuls, isolés, vulnérables. Quand ils sont institutionnalisés c'est pas un souci, mais quand ils ne sont pas institutionnalisés c'est parfois un réel problème ! Parce que c'est hyper chronophage, on ne sait pas forcément qui joindre ou comment les joindre. C'est un vrai souci, mais bon voilà. Ça c'est pour le côté global de la médecine générale on va dire !

B4 : Moi j'ai une patiente qui... qui... est au demeurant alcoolique, et voilà, et elle a plein de soucis, elle s'est pété... elle a été retrouvée par terre chez elle, donc elle a été hospitalisée... L'appel de la cardio : « Vous saviez qu'elle était en ACFA... ? » Alors c'était écrit dans mon dossier, donc 'oui oui je le sais'. Bon voilà, tu lui racontes toute l'histoire, « Et comment ça ? » ... 'Ben écoutez, moi je ne savais même pas qu'elle avait été hospitalisée...' Bon bref. Et puis elle va en MPR là, hop hop hop, et *** [nom de l'hôpital de rééducation local] m'appellent et ils me disent qu'elle sort dans la semaine ! 'Comment ça elle sort dans la semaine ? Vous savez comment elle habite ? Alors elle est toute seule, sa fille est de l'autre côté de la France maintenant, avant elle était de l'autre côté de la terre... Elle en a qu'une, et elle petite toujours !'. J'ai lui dis 'Mais elle va... elle va pas pouvoir manger... Enfin, vous avez essayé de... Mais c'est pas une bonne idée de la faire sortie comme ça !', « Ah bon, ben on va se renseigner ! ». Donc ils se sont renseignés quand même, et alors elle est allée un petit peu plus loin dans une autre structure le temps qu'elle se remette, et là j'apprends qu'elle sort ! Incroyable, elle sort ! Elle est sortie deux jours, elle s'est alcoolisée, elle est tombée... l'infirmière... et là, hier, l'équipe mobile m'appelle en disant « Bon ben on conclue que c'est un échec, elle est encore alcoolisée, et elle est encore tombée... » Donc, là il va falloir... faire quelque chose quoi ! Et elle me dit « Ben oui, elle refuse les maisons de retraite... ». Enfin là je vois pas, la pauvre infirmière, elle va être toute seule, enfin tu vois... ! Donc c'est ça, le lien avec les familles ou les gens tout seuls, non tu peux pas, tu n'es pas surhumaine ! Tu peux pas, enfin c'est pas possible... J'crois que tu pourras pas, enfin on pourra pas, même avec toutes les bonnes volontés...

B3 : Tu n'es pas obligé...

B4 : Ah ben si, tiens, encore un autre souci, tu vas être obligé de t'occuper de patients dont tu n'as pas envie !

B2 : C'est pas vrai ?!!

B4 : C'est la loi de santé là...

B1 : Maintenant ils vont pouvoir nous imposer !

B5 : Ah ça c'est extraordinaire, j'ai vu ça... Je suis tombé par terre !

B3 : Non mais c'est hallucinant. Ce sera jamais fait !

B2 : Mais pourquoi ?

B1 et B4 ensemble : Pour les gens qui n'en n'ont pas de médecins...

B5 : Qui vont se plaindre auprès de la sécu en disant « Je ne peux pas trouver de médecin ! ».

B2 : Ils vont pas commencer par moi, parce que vu mon nombre de patients en médecin traitant...

B4 : Non mais c'est pas le souci, en pratique même s'ils te l'imposent, non mais... toi en pratique, t'as dix mille raisons, dix milles façon de refuser...

B1 : Ils t'imposent des patients qui... et ben t'as trois semaines de délais pour consulter et puis c'est tout hein ! Tu fais comme n'importe quel spéciali... n'importe quel autre spécialiste, nous sommes spécialistes aussi, y'a pas de rendez-vous avant trois semaines ! Et tu ne fais plus d'urgence !

B3 : Je pense qu'on s'est déjà approprié notre rôle de médecin traitant, par contre il ne faut pas qu'il y est des gens comme ça qui nous oblige à travailler comme ils veulent, parce que là on se fait piquer notre rôle ! Mais pour l'instant on n'a pas beaucoup de besoin pour retrouver notre rôle de médecin traitant. Si on doit me dire comment je dois faire et comment organiser ma journée, là j'ai l'impression que je ne suis plus propriétaire de mon rôle de médecin traitant ! Il sera bien reçu le président de la CPAM là si il m'appelle ! Pour m'obliger à prendre un patient que j'ai refusé, parce que ça va être ça... C'est quelqu'un qui se plaint auprès de la CPAM que tu ne l'as pas pris ou...

B1 : Qu'il n'a pas de médecin ! Ils vont leur affilier le médecin le plus proche ! Ils vont regarder qui est le plus proche et ils vont lui affilier le médecin le plus proche, j pense !

Animateur : On sort un petit peu du cadre... Je vous propose de terminer sur ce qu'on appelle une intervention. Donc c'est un rappel de la législation française qui concerne le rôle de médecin généraliste. Le texte est issu du code de la santé publique et il a été introduit par la loi Hôpital Patient Santé Territoire en 2009. C'est l'article 4130. Donc les missions du médecin généraliste de premier recours sont notamment les suivantes :

1° Contribuer à l'offre de soins ambulatoire, en assurant pour ses patients la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des maladies ainsi que l'éducation pour la santé ;

3° S'assurer de la coordination des soins nécessaire à ses patients ;

Et en dernier, c'est là-dessus que je voudrais insister :

5° S'assurer de la synthèse des informations transmises par les différents professionnels de santé ».

Qu'en pensez-vous et qu'est-ce que cela vous apporte ? D'avoir ce rappel à la loi ?

B1 : Je pense que c'est super ! Que c'est idyllique ! C'est exactement ce qu'on doit faire, mais on n'a pas le temps ! (rires de B2) De le faire comme il faut ! (B2 rit à nouveau)

B4 : C'est vraiment la, la définition... enfin pour moi c'est la définition du médecin généraliste ! Ah ça... enfin du médecin traitant !

B1 : Moi j'adorerai !

B4 : Après... En pratique, c'est... C'est quand même pas, ce dont on parlait juste avant, loin de ce que là... Là tu nous rappelles ce que c'est. Là ils vont nous rappeler on a un rôle de prévention, de truc, de machin, de bidule, enfin tu vois !

B3 : Ce qui est dit à la fin c'est souvent assez vrai quand même.

B2 : Oui mais ça c'est idyllique, on passerait trois quart d'heure par consultation pour chaque patient, mais étant donné qu'il y a trop de patients pour pas assez de médecins, et qu'on va en plus peut-être nous obligé à en prendre davantage, donc c'est pas possible, on peut pas tout faire déjà ! On peut faire le maximum, mais c'est tellement chronophage, que c'est compliqué.

Animateur : Alors si on se recentre sur la dernière partie qui est « S'assurer de la synthèse des informations transmises par les différents professionnels de santé » ?

B2 : C'est surtout ça, parce que la prévention on l'a fait !

B3 : J pense qu'on le fait quand même très souvent, et qu'on est convaincu qu'on doit être au centre du soin, et on a peut-être tous... enfin en tout cas moi j'ai bien en tête que les patients qui sont pas dans ce cadre-là, ceux qui... je ne sais pas par quels moyens ils ont réussi que je ne sois pas vraiment au centre des soins... Qu'ils ont une ordonnance chez le pneumologue, une ordonnance chez machin... Ils sont très très mal soignés (B1 et B2 acquiescent) mais ils se comptent sur les doigts d'une seule main parce que pour tous les autres on a ce rôle central, et je pense que c'est notre mission effectivement ! Et quand on le fait pas, c'est la catastrophe. C'est une source d'erreur catastrophique ! (B1 acquiesce)

Animateur : Pour ce..., celles et ceux qui n'ont pas pris la parole... ?

B5 : Est-ce qu'on peut se passer de nous ? C'est ça le plus intéressant parce que... Parce que c'est le rêve de pas mal de gens, parce qu'ils nous ont appauvris en nombre à un point où on se demande si on pouvait se passer de nous ! Il y a une époque où ils voulaient faire disparaître la médecine générale ! Puisque même les spécialistes étaient capables d'être médecin traitant de la famille. Alors est-ce qu'il y en a qui ont pris des gens comme médecin traitant ?

B4 : Il y en a quelques-uns oui...

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

B5 : Ou du diabète ! (rires de B3 et B5) Non les cardios ils ont quand même une autonomie relative, mais c'est quand même bien quand on est au centre...

B1 : Sauf qu'on nous demande d'en faire plus ! On nous demande d'être, comme on n'a pas recours aux spécialistes facilement, d'être...

B3 : Dermatologue !

B1 : On nous demande d'être dermatologue, de surveiller les grains de beauté, on doit être rhumatologue, on doit être gynéco...

B2 (en même temps) : Rhumato... Gynéco...

B5 : Ben on le fait tout le temps, je veux dire... c'est bien normal ! Je suis étonné que tu sois... surprise.

B1 : Ben je trouve qu'on m'en demande... trop ! (B2 acquiesce)

B2 : De plus en plus en fait !

B3 : On fait des missions supplémentaires, alors qu'on a déjà plus de temps, c'est... ça peut être discutable. Je rejoins B1 sur..., maintenant certains dermatos qui veulent plus faire les suivis cutanés, on nous demande de faire la cartographie des patients...

B1 : Surveiller les grains de beauté et tout ça.

B3 : C'est sûrement très intéressant, mais ça prend du temps... J'ai pas le temps en fait !

B1 : Et c'est pas mon boulot ! Enfin je regarde...

B5 : Mais si, mais si c'est ton boulot !

B1 : Quand je vois un truc qui me saute aux yeux, j'envoie chez le dermato ! Mais je considère que c'est pas mon boulot de prendre... ça te prends une consultation de regarder les grains de beauté de partout ! Les gens ils viennent pour le renouvellement, et tu...

B3 : Et quand tu reprends les patients de *** [nom d'un dermatologue local parti récemment à la retraite], celui qui est parti à la retraite...

B2 : C'est une cata !

B3 : Il faut que je parte une heure plus tard sur mes jours de travail, qui sont rares (rires suivis de rires de B1 et B2), mais je ne dis pas que c'est pas intéressant ou qu'on ne peut pas le faire, mais c'est que au bout d'un moment on ne peut pas rajouter tout le temps des choses...

B2 : C'est ça, c'est ça... C'est qu'on rajoute de la dermatologie, de la gynécologie, on rajoute de tout hein !

Animateur : *** [nom d'un dermatologue local parti récemment à la retraite] c'était un dermatologue ?

B2 : Oui... A force de rajouter de tout, on n'a plus de vie. On n'a plus de vie !

B3 : C'est les dermatologues de *** [nom d'une ville proche] qui disent qu'elles ne veulent plus faire de verrues, plus faire de suivi des nævi, mais... par contre elles sont hyperdisponibles pour tout le reste ! (B1 acquiesce)

B2 : Quels dermatologues ?

B1 : T'envoies une photo, elles répondent tout le temps...

B3 : Et si y'a besoin qu'il soit vu vite, elle le voit vite hein ! Après je trouve qu'elles travaillent bien. Et elles leur disent après « C'est vous qui allez vous surveiller avec votre généraliste. ». Parce que elles elles n'ont pas le temps, mais nous on a le temps... !

B1 : Elles elles font quoi, elles font de la dermatoscopie ? Parce qu'elle voit bien déjà au dermatoscope si elle...

B3 : C'est ton obligation de moyens après.

B1 : Mais moi j'ai pas envie de en plus me coltiner les suivis au dermatoscope !

Animateur : C'est super intéressant mais on sort un petit peu du cadre...

B3 : Comme il est diplomate !

Animateur : Est-ce que vous avez autre chose à ajouter par rapport au texte de loi et à ce que ça vous apporte ?

B2 : Non, on le savait déjà que c'était notre rôle.

B1 : On le savait déjà.

Animateur : Alors je vous propose que l'on s'arrête sur cette conclusion, à moins que quelqu'un ait in extremis quelque chose à ajouter ?

Lors du débriefing :

B2 : Moi je lis pas Prescrire parce que sinon j'arrêterai la médecine générale et je ferai un autre métier. Parce que quand tu lis Prescrire, tu prescris plus rien. Et t'as peur de tout et tu trembles. Donc moi je lis l'EMC, l'EMC Médecine Générale.

B3 : Moi je trouve que ça fait un bon contre-poids si on prend de la distance en fait.

Entretien collectif :

Animateur : Alors du coup, vu que vous allez être enregistrés, je vous propose d'anonymiser directement l'enregistrement. A chaque fois que vous prenez la parole, pour que je puisse identifier qui parle, le mieux serait que vous ayez une lettre suivie d'un chiffre. Alors ce que je vous propose, c'est de vous appeler (en désignant chaque enquêté à la suite) C1, C2, C3, C4, C5 et C6. Voilà, je suis médecin généraliste et je réalise une thèse sur la prescription en médecine générale. Cet entretien, dit en focus-group, durera environ 1h30 à 2h. On va essayer de faire 1h30 si c'est possible. Pour ce travail, il est nécessaire que cet entretien soit enregistré dans son intégralité. Il sera anonymisé lors de la retranscription et les enregistrements audios seront détruits avant la publication de ce travail, donc on ne pourra plus retrouver votre voix nulle part. Acceptez-vous d'être enregistré ce soir ?

C1, C2, C3, C4, C5, C6 : Oui ! (Les participants répondent quasiment tous en même temps)

Animateur : Alors, pour cet entretien, vous devez toujours avoir à l'esprit que les questions concerneront tout autant les traitements médicamenteux que les prescriptions d'examens complémentaires ou paramédicales. Vous pouvez également avoir de quoi écrire si vous voulez, pour prendre des notes ou si vous avez des idées qui vous viennent... Et c'est moi qui vais modérer le groupe ce soir. Alors, pour commencer, la première question : qu'évoque pour vous la notion de balance bénéfices-risques ?

(Silence de 8 secondes)

C2 : Bon ben C2, je commence. C'est la balance bénéfices-risques, pour moi c'est ce qui va guider toute décision, qu'elle soit diagnostic ou thérapeutique, c'est-à-dire avant de faire un acte quel qu'il soit, quel est..., en fonction de la situation du patient, quels sont les bénéfices qu'on en attends, et quels risques ça peut faire encourir au patient. Donc on a besoin de toujours garder ça dans un coin de sa tête pour savoir si les bénéfices attendus sont supérieurs aux risques encourus. Et d'ailleurs, si c'est pas le cas, on peut discuter avec le patient et voir ce qu'il est prêt à... s'il est prêt à accepter. Voilà.

Animateur : S'il est prêt à accepter quoi ?

C2 : Les risques ! Je vais illustrer ça, je vais prendre un exemple, on va prendre un des trucs graves, les chimiothérapies dans les cancers, hein ! Y'a quand même beaucoup de... Les bénéfices sont... (prends sa respiration et un air dubitatif) incertains, modérés, faibles, nuls (bafouillage), utilises l'adjectif que tu veux, avec des risques élevés, qui dans le contexte émotionnel du patient va dire « Oui mais je suis prêt à tout tenter... », même pour gagner, hypothétiquement deux mois de vie, peut-être ! Voilà !

C5 : Oui, donc c'est... Je suis d'accord avec la définition de C2 (rires des participants, notamment C2 et C5, rires un peu nerveux). C'est du coup... beaucoup à personnaliser, c'est vraiment quelque chose qui est complètement mouvant d'un patient à un autre, et pour un même patient d'un moment à un autre, donc c'est toujours à réévaluer ! La balance bénéfices-risques, elle peut être positive à un moment, et pour un même patient devenir négative à un autre, donc c'est à réévaluer en permanence. Et puis moi je le lierai un peu aux principes de l'EBM, à la base pour évaluer le..., 'fin, le bénéfice et le risque, on a aussi besoin de données justement... un peu... scientifiques, de données un petit peu... voilà des choses un petit peu évaluées, pour savoir de quoi on part et ensuite l'adapter au patient.

Animateur : Juste une petite remarque, vous utilisez beaucoup les « on », j'aimerais bien savoir à quoi... à qui ils correspondent ces « on ». Est-ce que c'est un « je », ou est-ce que c'est quelqu'un d'autre ? Est-ce que vous pourriez utiliser ce à quoi ce « on » correspond s'il vous plait ?

C5 : En tout cas moi je parle pour mon compte, donc c'est plutôt « je » !

Animateur (s'adressant à C5) : Donc toi c'est « je » ? Okay.

C3 : La balance bénéfices-risques j'ai l'impression que je l'utilise tout le temps, pour un diagnostic, pour un patient qui nous demande des PSA où je commence à leur expliquer le risque de... des... 'fin voilà, les excès du diagnostic, et cætera. Moi un truc que j'aime bien utiliser, surtout quand je prescris, je sais pas un antibiotique ou un antidouleur, on a des patients qui des fois entre guillemets, j'allais dire « exagèrent leur douleur », je ne sais pas si c'est le bon terme. Et quand on commence à dire 'Vous savez maintenant, plus fort, ça serait la morphine, est-ce que vous savez les risques et ? ». Et j'aime bien, parce que partir là-dessus, ça permet de faire ce qu'on a appelé... l'alliance thérapeutique avec le patient, les bénéfices et les risques. Et c'est pas mal !

Animateur : Donc pour toi c'est un outil ?

C3 : Ça peut être un outil ouais ! On peut l'utiliser comme un outil.

C4 : Ben dès que j'ai l'impression que le risque est élevé, parce qu'il est supérieur ou pas supérieur aux bénéfices, j'ai l'impression que je deviens nuisible ! Et comme c'est pas vraiment mon métier, donc j'ai tendance à déconseiller le traitement s'il m'ait demandé, à pas le donner spontan... à pas le donner ! Et si la personne l'exige, elle le veut ou le... je fais comme il veut !

Animateur : Et qu'est-ce que c'est le risque ?

C5 : Euuh... alors, qu'est-ce que c'est qu'un risque ?! Ben c'est pas exemple, pour prendre un exemple concret, c'est quelqu'un qui se dit « On peut opérer la myopie ? ». Je lui dis... alors les chiffres ne sont pas exacts, parce que je ne m'en rappelle pas, je lui dis « Y'a huit pourcent de chances que vous voyez moins bien après, et un pourcent de chance que vous voyez plus rien du tout après. Vous avez donc le risque de moins bien voir, de plus rien voir du tout, ou pratiquement plus rien, pour ne pas avoir de lunettes quelques temps... » Donc le risque il est... on peut pas définir le risque ! Ça se définit tout seul !

Animateur : Okay !

C2 : Chépa par exemple... C2 ouais ! Moi j'ai eu le cas il y a pas longtemps d'une femme qui a eu 38 ans, qui fume un paquet par jour et cætera et qui me demande de renouveler sa contraception oestroprogestative, prescrite par le gynéco, ben j'ai refusé en bloc ! Elle m'a même appelé derrière et j'ai dit non ! Donc toi dans ce cas-là si la patiente insiste et te dit « Oui, mais c'est bon, j'ai bien compris, je risque de faire une phlébite ou un AVC », tu prescris ?!

C4 : Ah ! Non parce que... (hésitation faible), non, ben non ! Non !

C5 : Ah ! Donc ça dépend des fois quand même ?

C4 : Oui oui oui, si jamais le risque est insupportable... non bien sûr que non !

C5 : Oui, mais est-ce qu'il est insupportable là ? Quel est le pourcentage de risque qu'elle fasse vraiment un évènement ?

C4 : Euh... quand l'évènement est vraiment grave... Quand l'évènement est vraiment très grave, euh...

C5 : Oui, d'accord ! Mmh !

C4 : S'il s'agit juste d'attraper des boutons, c'est pas la même chose que risquer de faire un cancer ! Ou un AVC ! Parce qu'on en a tous des AVC...

C2 : Autour de nous ?!

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

C5 : Ouais, parce que je parlais des études tout à l'heure, mais... le risque il va beaucoup varier en fonction des situations donc on peut pas donner de chiffres, enfin c'est rare qu'on puisse donner un chiffre... Moi je vais plus donner un risque à un patient : « Vous avez tant de risque de faire telle complication ! », et donc c'est un peu pile ou face en effet dans le sens que j'explique au patient les risques qu'il y a et les bénéfices attendus, et je le laisse un peu réfléchir là-dessus ! Après, je pense que c'est assez rare, que moi personnellement, je refuse de prescrire quelque chose, une fois que j'ai expliqué le bénéfice attendu, et les risques encourus, je pense que c'est assez rare que je refuse de prescrire. Mais je ne sais pas si j'ai besoin !

C4 : Il y a aussi les conséquences médico-légales ! (C5 acquiesce) Mais si j'ai l'impression que je peux prendre un grand coup de bâton, ou un coup de bâton, j'aime pas ça du tout. Si c'est lui tout seul qui prends le risque, ben c'est lui qui commande ! Si je le prends avec lui, c'est tout hein !

C2 : Oui et puis, hein, j'ai l'impression de toute façon, le patient si il sait vraiment, on leur refuse une prescription qui leur paraît indispensable, et ben ils vont ailleurs et ils trouvent un médecin qui accepte ! (rires de C3)

C4 : Oui mais c'est lui qui a pris la responsabilité !

C2 : Voilà !

C6 : Pour revenir juste au bénéfices-risques en tant qu'outil, ça peut aider aussi dans les situations un peu polémiques je pense. Je pense aux vaccins... aux médicaments qui peuvent faire polémique, aux... à certaines situations, ça peut être... un outil pour essayer de faire pencher un côté plus que de l'autre.

Animateur : C'est une situation fréquente ? Enfin, c'est une situation que tu rencontres souvent ?

C6 : Ouais ! De plus en plus en tout cas je pense !

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

C4 : Ah ouais !

C2 : Là on voit bien qu'on parle de bénéfice à l'échelle populationnelle, c'est évident que quand on va traiter quarante mille femmes, dans l'année, ben une chance sur quinze ça va en toucher quand même un paquet ! Et quand on regarde d'un point de vue personnel, tout d'un coup, et ben on se dit : « Bon ben fais chier votre truc, c'est nul ! ». C'est pas : « Si je le prends j'ai pas de cancer, et si je le prends pas, j'ai un cancer, c'est pas ça ! ». Donc bon après, voilà faut arriver à... Là de toute façon je suis dans une situation où de toute façon quelqu'un qui refuse son traitement, on est obligé, on va pas lui mettre son truc dans la bouche de force ! J'aurai beau le prescrire, s'il ne le prend pas il ne le prend pas ! C'est peut-être plus simple dans ce sens-là, dans le sens du refus de traitement, encore que tu évoquais la vaccination, mais là on est encore sur un autre débat ! On parle souvent de santé collective et puis souvent d'enfants qui du coup sont pas responsables, que dans le sens où on refuse, où nous on refuse un traitement où ça peut être conflictuel.

C5 : En fait, on a l'impression que... moi j'ai l'impression que en en discutant, il y a un peu deux types de bénéfices et deux types de risques. Il y a le bénéfice, euh, voilà, « risque de rechute », « prévention d'une complication de l'hypertension », de bénéfices non ressentis par le patient, et puis il y a le bénéfice, ben voilà, l'antibiotique va me guérir de mon angine et je n'aurai plus de fièvre. Ça c'est un bénéfice qui peut être facilement compréhensible par le patient, alors sur des bénéfices sur voilà « prévention du risque d'AVC à dix ans », c'est beaucoup moins compréhensible par le patient ! Et pareil pour le risque, il y a le risque, voilà, de la complication mortelle d'une contraception chez la fumeuse, et puis il y a le risque d'avoir un effet indésirable, des bouffées de chaleur, invalidantes, avec le traitement hormonal, ou euh... voilà, j'ai pas d'autres exemples. Et c'est là que moi je vois des patients, qui sont pas du tout motivés pour des traitements de l'hypertension parce que ça leur donne des effets indésirables et ils comprennent pas les bénéfices ! Et inversement des patients qui exigeront un antibiotique parce qu'ils veulent être soulagés tout de suite, sans comprendre que y'a des risques, euh... d'antibiorésistances qui ne leur parlent pas !

C2 : Et puis, pour le coup peut-être pas de bénéfices en plus !

C5 : Ouais.

C2 : Pardon, c'est une...

Animateur : Donc si je reformule, tu as l'impression qu'il y a deux formes de bénéfices et deux formes de risques, qui sont plus ou moins différentes, qui sont plus ou moins palpables par le patient ?

C5 : Voilà, c'est ça ! Surtout ça !

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

C5 : Ouais !

C2 : Qui sont... forcément l'immédiat est plus palpable ! Que le long terme, bon, pfff... C'est moins palpable.

C4 : Faudrait trouver un coefficient d'utilité, bon ben on va prendre un truc simple, c'est cinquante cinquante ! Dans cinquante pourcents ça vous améliore, dans cinquante pourcents des cas ça vous aggrave ou ça vous fait autre chose. Alors on mettrait un coefficient qui dirait, si ça vous guérit, je mettrai coefficient huit, et si jamais ça me fait des bleus sur les jambes, jm'en fout moi des bleus sur les jambes c'est coefficient deux. Ça ferait donc des chiffres qu'on pourrait comparer. Après on pourrait faire la même chose pour vingt pourcents de risque d'un truc qui me fait très peur, et puis quatre-vingts pourcents d'un bénéfice dont j'ai rien à foutre ! Et après ça pourrait faire quelque chose.

Animateur : C'est qui le « je » là ?

C4 : Y'a pas de je !

Animateur : « J'ai rien à foutre » ? C'est le patient ou c'est vous ?

C3 : C'est là patient !

C4 : Ah ben là... C'est celui qui... là c'est forcément le patient ! C'est pas moi qui vais mettre un coefficient d'utilité à quelque chose. Par contre s'il me demande mon avis, je lui dirais, et donc dans ce cas-là je vais partir de lui, on devient nous, mais c'est quand même lui qui commande !

Animateur : Okay.

C4 : Ça doit exister, le coefficient d'utilité !

C3 : C'est un concept !

Animateur : C1 et C3, est-ce que vous avez quelque chose à rajouter à la notion de balance bénéfices-
risques ?

C1 : Je pense que notre métier, c'est surtout d'être le moins nuisible possible pour le patient, et euh...
C'est toute la difficulté de poser cette notion de balance bénéfices-
risques, parce que on n'a pas de
coefficient et de chiffres clairs. C'est tout dans la nuance et la subjectivité et c'est ça qui est difficile,
parce que ça dépend de chaque patient, de chaque histoire, et aussi de notre vécu à nous, comment on
perçoit les situations, finalement ! Et c'est ça qui est difficile, c'est de réussir à être, comment dire, euh
non nuisible et de trouver la bonne solution, savoir bien orienter le patient, de l'aider dans l'alliance
thérapeutique comme tu disais, dans la décision et de trouver le juste milieu quoi, parce que on n'a pas
de chiffres clairs, bien objectifs, c'est ça qui est difficile.

(Silence de 7 secondes)

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

Animateur : Donc tu veux dire que... tu vois une évolution dans la... ?

C3 (enchainant immédiatement) : Dans la relation médecin-malade, ouais ! C'est pas le médecin qui
impose, vous prenez ça trois fois par jour, mais c'est presque parfois le patient qui dit : « On me prescrit
ça parce que j'ai vu sur internet. » ou... Donc là c'est une balance bénéfices-
risques à ressortir.

C4 : Ils connaissent de plus en plus de mots, de trucs, grâce à internet comme ils disent, ou c'est... Mais
ils comprennent pas davantage hein ! (Rires sourds de plusieurs participants) Quand tu leur exposes, ils
arrivent avec leurs idées, je les reprends toujours, très intéressé, et puis une fois qu'on creuse, ben pfff
ils ont rien compris ! « Bon bon bon bon, comment vous feriez vous ?! » (imitant un patient), alors qu'ils
savent déjà ce qu'ils veulent, au départ, quand ils viennent.

C1 : Est-ce que tu penses pas que les patients sont pas un peu plus acteurs de leur santé ? Ils s'investissent
un peu plus ?

C4 : Est-ce qu'ils sont acteurs (utilisant un ton interrogatif)... ?

C1 : Avec ces connaissances qu'ils ont en plus ?

C4 : Pas plus qu'on a actuellement dans notre propre vie ! Oui... oui ils sont plus... On leur fait croire...
Ils le croient... Est-ce qu'ils sont plus acteurs... ? Effectivement ils le sont, mais moi ça me va bien !
Mon idée c'est que les gens ils doivent être acteurs de leur santé ! Il n'y a qu'à ce prix que ça marche !
Le diabétique qui fait attent..., qui a bien compris ce que c'est que le diabète, qui fait pour de vrai, il a
rien à voir avec celui qui fait : « Qu'est-ce qu'il faut prendre ? (imitant un patient avec un air niais) A
quelle heure vous avez dit ? Ouais... ». Alors que celui qui a bien compris, il... Les diabétiques c'est
spectaculaire des fois !

Animateur : Est-ce que vous avez quelque chose à ajouter sur cette balance bénéfices-
risques ? Comment est-ce que du coup... bon vous avez déjà abordé la question entre vous, mais comment vous
l'utilisez dans votre pratique professionnelle ?

C3 : (en riant) Je pense qu'on l'utilise tout le temps ! Une radio, un scanner, à chaque décision !

C6 : A chaque décision !

C3 : Est-ce que ça vaut le coup ? Qu'est-ce que je vais en tirer ? Est-ce que ça va faire avancer ou pas... ?

C4 : Est-ce qu'on le fait en pratique ?

C2 : Ben on a quand même pas mal de décisions dans notre boulot qui sont avec des recos, des choses comme ça, où on peut estimer que la balance bénéfices-risques est déjà intégrée dans cette reco, si il y a une reco, c'est qu'ils ont déjà évalué cette balance bénéfices-risques et du coup on s'en remet à ça ! Mais tu vois, on en revient à l'exemple de tout à l'heure, même si t'a une reco, des fois creuser sur... euh... En fait, la balance bénéfices-risques à cette reco, des fois tu te diras, cheum mais la reco c'est naze ! 'Fin, moi j'ai pas mal travaillé, quand j'étais interne en gériatrie, j'avais fait tout un travail sur l'ostéoporose, putain quand tu creuses ! Les bénéfices des médicaments ils sont pourris ! Donc euh... à un moment, même si t'a des recos, tu dis, ouais bon okay, ben putain... On en revient au bénéfice personnel, ça vole pas haut du tout ! Donc c'est des choses après quand tu exposes avec les patients en disant « Dans votre cas, ce médicament est recommandé. » Et que tu dis « Dans votre cas ce médicament vous apporte telle chance de ne pas avoir de fracture ! » Bon ben ils te disent : « Laissez tomber, gardez-le votre truc ! J'en veux pas ! ». Après tout dépend, comme disait C4 (rires de C2 et C4), les patients ils arrivent avec... une idée déjà sur ce qu'ils veulent... Là j'ai un exemple d'un patient qui va arriver, toujours sur cet exemple de l'ostéoporose : « Euh, moi j'ai fait mon ostéodensitométrie (imitant un patient anxieux), parce que mon gynéco il m'a dit que j'avais 50 ans et qu'il fallait le faire, de toute façon maman elle s'est cassée le col du fémur et ça a été l'horreur, et cætera, on a tous les os fragiles dans la famille ! Il me faut mon traitement ! ». Et tu as l'autre qui va arriver, et qui va dire : « Ouais, c'est bon, on m'a dit que mes os ils sont fragiles (imitant un patient qui s'en fiche), pfff, de toute façon vos médocs je les prendrais pas ! Euh, bon, on fait quoi docteur ? ». Donc tu es dans des situations différentes... où la vision du patient va être primordiale sur la façon dont tu vas travailler avec lui ! Savoir si tu suis une reco, ou si tu décides avec lui de ne pas la suivre, et donc de suivre une balance bénéfices-risques établie, ou de ne pas la suivre.

Animateur : En prenant l'exemple de l'ostéoporose, tu as un avis sur la question ?!

C2 : Comment ça j'ai un avis sur la question ? Ben oui j'ai un avis sur la question ! Comme j'ai un avis sur la question de toutes mes décisions.

C4 : Ben ils nous l'a donné son avis ! S'il était vieux et ostéoporotique, il est peu probable qu'il prendrait quelque chose ! (rires de plusieurs participants, incluant C3)

C2 : Etant un homme, certainement ! Je serais une femme, ça se discuterait. Mais bon, voilà, c'est... Encore que là, on voit bien que l'ostéoporose, les recos ont évoluées au cours des dix dernières années. On est passé de recos basées sur la DMO, à des recos basées sur le risque de chute, qui sont déjà plus pertinentes à utiliser envers les patients ! Comme disait C5, les balances bénéfices-risques évoluent. Il y a des stratégies diagnostiques et thérapeutiques qui ont été valables un temps, et... Le dépistage du PSA systématique, qui ne le sont plus par la suite, et... c'est notre rôle aussi d'expliquer au patient : « Ben mon docteur il me faisait toujours le PSA ! ». « Ben ouais, ben maintenant c'est fini ! ». Donc là on réutilise cette balance bénéfices-risques, qui nous sert d'argumentaire, pour expliquer au patient notre démarche ! Et de dire : « Bon ben vous je continue de vous dépister, et vous j'arrête de vous dépister ! ». Et c'est pas... Donc oui, comment on s'en sert, toute... quand on décortique une consultation, toutes nos actions sont basées sur la balance bénéfices-risques ! Même dans l'examen clinique... Pourquoi je vais aller chercher une raideur de nuque chez ce gosse alors que des fois je vais la zapper et que je ne l'ai pas recherché ! Enfin voilà, tout est... Si on réfléchit, tous nos actes en soit sont reliés à une balance bénéfices-risques, même si le processus intellectuel on ne se le refait pas à chaque fois ! Ça serait trop lourd !

C3 : Ça me fait penser à un domaine particulier, où je pense qu'on utilise beaucoup ça, c'est chez les personnes âgées, euuh, qui est agitée, qui dort pas bien... On va passer du temps à expliquer qu'on va plus faire de bêtises à rajouter une benzo... que de la laisser pas bien dormir. On déplace pas souvent des personnes âgées grabataires, on les soigne sans leur faire voir tous les spécialistes, les scanners... Mais on passe du temps à expliquer aux familles que, oui, on n'a pas le médicament miracle contre...

pour qu'elle crie pas la nuit, ou qu'elle... voilà... C'est vraiment le domaine très particulier où on est tout le temps en train de peser...

C5 : Moi la balance bénéfices-risques, je l'utilise aussi beaucoup pour nuancer les patients qui arrivent avec... Tout est sur le même plan ! Par exemple, ils arrivent avec une notice avec les effets indésirables des médicaments... tout est sur le même plan, ils ne voient que les risques ! Donc euh... je suis pas capable de leur donner des chiffres, mais je fais un petit peu en fonction de ce qui est le plus connu, le plus fréquent des effets indésirables d'un médicament. Donc je l'utilise un peu pour pondérer, un peu, les inquiétudes d'un patient, les demandes d'un patient, pour essayer de nuancer, mais en effet le patient il arrive avec de toute façon un apriori, dans un sens ou dans l'autre, en fonction de sa personnalité, soit un apriori méfiant, soit un apriori très demandeur. Et j'utilise beaucoup, pour reprendre ce que disait C2, j'utilise beaucoup le « dans votre cas » ! Pour bien expliquer que voilà, c'est... la balance bénéfices-risques, elle est adaptée au patient et discutée avec lui quoi !

C1 : Moi je suis assez d'accord avec C5, euh... Ça nous sert bien sûr dans chaque décision, j pense, plus ou moins consciemment, ça dépend un peu du degré de risque j pense. Et euh... mais c'est vrai que ça sert aussi dans l'éducation du patient ! On peut toujours amener cette alliance thérapeutique.

Animateur : Comment vous avez eu contact avec le paradigme de la balance bénéfices-risques ?

C4 : Tu peux recommencer stp ? (rires des participants et de l'animateur)

C6 reformule la question (paroles couvertes par les rires).

C2 : Comment on a appréhendé ça dans notre formation ?

C6 (qui voulait prendre la parole, mais la laisse à C4) : Vas-y je t'en prie.

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

C5 : C5.

Animateur : Euh... C6.

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

Animateur : Okay. C5 ?!

C5 : J'allais dire pareil ! (rires de C6)

C3 : Je ne pense pas qu'on l'apprenne beaucoup à l'hôpital cette histoire-là ! Parce qu'on prescrit beaucoup beaucoup...

Animateur : Ah oui ? Qu'est-ce qui te fait dire... ?

C3 (enchaînant immédiatement) : Non, comme tu disais ** (en parlant de C2), j pense les chimios, les traitements...

C2 : C2 !

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

C2 : Ouais !

C3 : On a plus appréhendé ça en médecine gé !

C1 : Tu ne penses pas plutôt qu'ils ont le niveau de risque ailleurs ? Tout simplement...

C3 : J pense...

C1 : Parce qu'ils doivent quand même se poser la question ?!

C3 : Moi j'ai vraiment l'impression que les patients ils vont à l'hôpital pour... j pense à la cancéro, quand ils ont des chimios quand ils tiennent plus debout quoi... Après je sais pas...

C2 : L'hôpital moi c'était une question médico-légale, quand j'étais externe ou interne... C'était comme ça ! C'est-à-dire qu'il y a un protocole qui a été établi selon les bénéfices-risques des situations. Tu appliques ton protocole et tu fermes ta gueule ! Et si tu n'as pas appliqué ton protocole, ton chef de toute façon va te tomber dessus ! Parce que tu n'as pas appliqué le protocole ! J'exagère peut-être un chouïa mais en tout cas c'était ultra vrai dans les services aigus, d'urgences, et cætera, où le protocole c'est le protocole ! Point final !

C4 : Ah ben oui !

C2 : Y'a le protocole « Douleurs abdos », et si t'as pas respecté le protocole « Douleurs abdos », ben t'as pas fait ton travail ! Et je pense que c'est vraiment par impact médico-légal ! Moi en tout cas voilà, et j'me rappelle de mon stage de médecine gé... j pense que j'avais des enseignants qui étaient des prescriers on pourrait dire (rires de C2 et C3), des disciples de Prescrire (rires de C2, C3 et C6), des prophètes peut-être, et qui m'ont appris, y'a un p'tit moment déjà : « Oui, mais tu vois, on a le droit de réfléchir sur des situations ! Tu n'as pas la réponse dans un protocole, tu peux réfléchir et tu peux chercher quelle est la réponse adaptée et donc la balance bénéfices-risques adaptée à cette situation. ». Voilà ! Donc oui je pense que l'hôpital n'est pas un bon lieu pour ça parce que on est encore dans une verticalité, et y'a des gens qui font des protocoles et y'a des gens qui exécutent les protocoles, entre autres les étudiants, n'ont pas à remettre en question ces protocoles. C'est pas de leur niveau.

C4 : Ben ils les fabriquent ! C'est très très normé à l'hôpital !

C2 : Ben oui !

C4 : Donc du coup tu n'as pas intérêt à faire autre chose, voilà. Ça casse tout le bazar !

C2 : Mais c'est ça !

C4 : Après, ce qui sort de la machine, on l'utilise comme on veut ! (C2 acquiesce)

C6 : Oui, puis c'est vrai que ce n'est peut-être pas le même point de vue, enfin nous on parle de bénéfices-risques centré sur le patient, eux ils ont peut-être un bénéfices-risques centré sur la pathologie, on va dire, entre guillemets : le traitement permettra peut-être d'éradiquer telle maladie mais pas forcément, mais c'est pas forcément le bénéfice pour le patient, mais plus un bénéfice pour la pathologie.

C2 : Y'a un très bon sketch là-dessus ! « On a tous raclé, il reste plus rien, plus une cellule cancéreuse ! Bon par contre, les organes... » (imitant un sketch)(rires des participants).

C1 : Moi j'avais assisté à des RCP, je trouvais que c'était quand même centré-patient... C'était un tout petit centre hospitalier de campagne, je ne sais pas si ça change quelque chose, mais... C'est vrai qu'aux urgences par contre, c'était très protocolaire ! Mais c'est aussi pour répondre à l'affluence, je sais pas...

Mais j'ai vraiment été dans des services hospitaliers où c'était centré-patient ! Notamment en gériatrie, ou j'ai vraiment appris « iatrogénie », « balance bénéfices-risques »...

C2 : Alors je me permettrai un truc sur les RCP.

C5 : C5 ! C2, okay.

C2 : Non, mais alors j'aurai une question, si c'était vraiment centré-patient, est-ce que les patients assistent à leur RCP ? Qui les concerne ?

C3 : Non !

C6 : Ou le médecin traitant ? (rires de C2, C3 et C6)

C2 : Ou le médecin traitant ! Voilà, on peut imaginer de la télé-expertise où ça serait nous les experts du patient, voilà... Donc bon, certes, on va présenter les résultats de la RCP au patient ! Mais je ne suis pas sûr qu'une fois que les résultats de la RCP lui sont présentés il ait bien grand-chose à dire...

C1 : C'est pas que sorti du protocole

C5 : ...

C2 : Oui non mais d'accord. Oui, on est d'accord, ils sont pas tous que protocolaire, mais... n'empêche que, je pense qu'on peut encore faire des progrès !

C5 : J pense qu'à l'hôpital, et typiquement les spécialités d'organes j pense, puisqu'ils ont beaucoup plus de mal à raisonner en balance bénéfices-risques, parce qu'ils sont vraiment axés sur l'optimisation du fonctionnement d'un organe ! Et moi, pour être passé en cardiologie, c'était la guerre entre guillemets entre les cardiologues et les néphrologues, parce que les cardiologues détruisaient le rein pour sauver le cœur, et les néphrologues étaient pas d'accord. C'est plus difficile qu'il y ait une discussion collective déjà pour décider ce qui est du... du juste milieu ! Après moi j'ai une amie qui a été hématologue pendant longtemps, et maintenant qui travaille en réanimation, et dans les deux services elle disait qu'elle avait un peu souffert de cette difficulté à justement... à s'arrêter à un moment pour discuter de la balance bénéfices-risques ! Et toujours d'aller plus loin en hématologie, ou sur des chimios, et en réanimation toujours aller plus loin sur des décisions d'arrêt de soins, je trouvais souvent que c'était difficile de s'arrêter pour...

C3 : Moi j'suis passé en réa, j'avais adoré, j'avais un interne qui m'disait : « Ah ben super, il est mort guérit ! » (rires de C3 et sourire des autres participants). Ma foi la prise de sang elle était bonne, mais le mec il était mort ! (rires de C2 et C5)

C2 : Ouais, moi je tique toujours quand je vois des patients qui arrivent avec des deuxièmes lignes, troisièmes lignes de chimiothérapie, truc qui me... pfff... désespère un peu parce que là pour le coup, c'est quand même acté que s'il y avait un bénéfice à en attendre, et ben ce ne serait pas une deuxième ligne, ce serait une première ligne ! Enfin... de manière un peu cartésienne et débile, j'ai rarement vu des patients en tirer grand-chose de ces... J'en ai plus vu que... On commence une deuxième ligne, troisième ligne et puis trois semaines après il est mort quoi ! Donc bon...

Animateur : Qu'est-ce que ça te fait ça ?

C2 : Moi ça me frustre un peu ! J me dis qu'on aurait pu être plus... être plus... J'ai l'impression qu'on n'a pas été franc avec la personne du coup ! Après c'est compliqué, parce que on a des situations où on a envie d'avoir un espoir... Est-ce que l'espoir passe forcément par un médicament ? J'en sais rien ! Un truc qui est étonnant quand même, c'est que les médecins malades refusent quand même beaucoup plus les chimiothérapies que les patients lambda, donc euh... donc nous on n'est pas prêt à s'infliger... C'est quand nous on se retrouve dans une situation, c'est une étude que j'ai lu, je ne pourrai pas te redire les chiffres, mais... Le docteur qui se retrouve en position de cancer, il va dire : « Ah, teu teu teu, vos

chimios vous vous les carrer là où je pense ! Et euh... on va faire autrement j'y pense ! ». Donc c'est bien que appliquer à nous, on n'est pas prêt, à subir ce qu'on fait à nos patients... C'est quand même super perturbant ! Donc je ne suis pas sûr que la balance bénéfices-risques ai été super bien expliquée ! Mais je me rends compte qu'on a un peu digressé là, parce que la question c'était « Quand est-ce qu'on a été exposé à la balance bénéfices-risques ? ». (rires de C2 et C5)

Animateur : Mais la digression est intéressante ! (rires de tous) Et d'ailleurs, je vous laisse parler...

C2 : Sur la digression ouais !

C5 : Moi j'ai un exemple plus récent sur le sujet en oncologie, qui a un cancer multimétastatique, d'emblée au diagnostic ! Au début voilà, c'était un monsieur qui voulait se battre, j'me souviens de sa femme qui m'avait confié, que de toute façon, il savait très bien qu'il ne pouvait pas s'en sortir ! Euh... soit lui il l'avait pas compris, soit... en tout cas il faisait mine de ne pas comprendre... Il voulait se battre, il était très demandeur de chimiothérapie ! Il était beaucoup demandeur, et il en faisait, il en faisait, il en faisait ! Et puis là, il est dans une situation où bon... l'état général périclité, et puis il a fini par... par vouloir en parler à son oncologue, ne pas réussir à en parler... il croise parler, et tout d'un coup brusquement il était content du suivi, et tout d'un coup il est plus content parce qu'il n'arrive plus à dialoguer avec son oncologue. Il a fini par ne pas se présenter à des chimios parce qu'il était trop fatigué pour et qu'il en avait marre ! Et donc euh... il s'est fait remontrancer par plusieurs hématologues, qui dans le courrier qu'ils m'ont envoyé, ils m'ont un peu expliqué qu'ils l'avaient remontrancer, sur le fait qu'il ne se rendait pas compte que s'il ne continuait pas ses chimio, ben la maladie allait progresser ! Et... euh j'ai vraiment été surpris par le fait, que, manifestement là, le souhait du patient il n'avait pas été clairement été reconsulté. Parce que comme disait C2, la balance bénéfices-risques, elle peut être très négative parce que on considère qu'il va y avoir deux mois d'espérance de vie de gagné. Si le patient est très demandeur, et que pour lui, voilà, c'est dans sa démarche, psychologiquement qu'il a besoin de ça pour..., que c'est sa façon d'affronter la maladie, c'est compréhensible, après euh... Si à un moment le patient il commence à se tourner sur une autre démarche, euh... il faut que quelqu'un soit là pour le réévaluer.

C1 : Moi, du coup je veux revenir sur ta question, je pense que j'avais entendu parler de la balance bénéfices-risques dès la fac, mais que j'ai vraiment compris le concept quand j'ai commencé à prescrire, dans mes stages. Que quand on fait que remplir des feuilles papier, des QCM ou autres, c'était une notion qu'on sortait comme beaucoup de notions, mais vraiment comprendre qu'est-ce que c'était comme démarche intellectuelle, c'est quand j'ai commencé à prescrire moi-même des examens, 'fin quand j'étais devant des patients quoi !

Animateur : Tu fais référence à des situations précises, ou... sur le cheminement intellectuel au moment de signer... ?

C1 : Oui, ben je me pose la question : « Voilà, est-ce que tel examen va vraiment avoir un bénéfice ? Est-ce que ça va m'apporter quelque chose dans ma démarche diagnostic ou thérapeutique ? Est-ce que tel traitement a pas plus de risque de iatrogénie que de bénéfices ? ».

Animateur : Okay.

C1 : Que de se rendre compte que nos prescriptions elles ont quand même des conséquences et d'essayer de faire qu'elles soient le plus bénéfique possible !

Animateur : Okay. Ben ça m'amène à la question suivante : Lors de l'initiation ou de la reconduction d'une ordonnance, qu'elle soit médicamenteuse, d'imagerie, d'examen complémentaire, ou paramédicale, comment faites-vous ? (rires de certaines participants) Lors de l'initiation ou de la reconduction d'une ordonnance, comment vous faites ?

C4 : La première fois ?

C5 : Initiation ou reconduction donc !

(C2 reprend son souffle !)

C2 : J'ai droit de dire de manière cynique que ça dépend de notre état de fatigue ? Et de l'heure de la journée ? (rires des participants et de l'animateur)

C6 : Oui, oui !

C2 : Ben pour de vrai ! Ben quand on est fatigué, on va moins se prendre la tête à...

(C4 et C5 prennent la parole en même temps)

C4 : Oui mais personne n'est...

C5 : Ça dépend beaucoup du retard aussi ! (rires aux éclats de tous les participants)

Animateur : Qu'est-ce qui dépend du retard ?

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

C2 : Moi je dis à mes étudiants, on ne renouvelle pas une ordonnance, on réévalue une ordonnance !

C4 : Oui c'est ça !

C2 : J'aime bien... je préfère ce terme !

C4 : Ah ben c'est ce qu'il a dit !

Animateur : C'est quoi du coup la différence entre réévaluer et renouveler ?

C2 : « Renouveler », pour moi c'est péjoratif ! Dans le sens où on se renvoie à l'image du médecin qui renouvelle une ordonnance : il clique ! L'ordonnance repasse (sifflement et mime d'une page sortant d'une imprimante), et on la remet ! On entend encore ça trainer : « Oui, ben c'est bon, les généralistes ils font des rhumes et des renouvellements d'ordonnances ! ». Alors que « Réévaluer », tu sous-entends la démarche active, de dans ta tête te poser la question de « Ce traitement est toujours adapté ? Oui, non ? ! ». Ça peut aller très vite ! Des fois on est dans des situations extrêmement simples, on retombe sur des recos ! Tu es dans du post-infarctus, tu regardes ton mec il a un IEC, peut-être un bêtabloquant, de l'aspirine, une statine, tu dis « Bon, ça va, correct, on est dans de l'Evidence-Based-Medicine cadrée tranquille ! ». Dès qu'on rentre dans de la polymédication quand même... pfff...

C5 : Si ton patient déjà il a 89 ans, déjà, c'est plus compliqué...

C2 : Voilà, exactement !

C5 : Parce que là il y a plein de questions qui vont se poser !

C2 : Y'a plein de questions qui vont sortir ! Est-ce que ma statine est justifiée ? Ou pas d'ailleurs, l'Evidence-Based-Medicine va être en défaut parce que t'aura pas la réponse ! Donc euh... voilà !

C5 : C'est que c'est un élément important ! Des fois on a beaucoup de situations en médecine générale, où on a aucunes données d'EBM sur lesquelles s'appuyer ! Typiquement en gériatrie, dans le grand âge, c'est dans la concertation avec la famille ou avec le patient, et c'est de la tambouille personnelle... sur le renouvellement, réévaluation, reconduction d'ordonnance...

C2 : Parce que l'Evidence-Based-Medecine chez les patients de plus de 80 ans, ça commence à être un peu chaud, les protocoles ils... d'études, ils ont toujours... 'fin toujours... Ils sont très souvent faits quand même chez des patients beaucoup plus jeunes !

Animateur : Et du coup ça veut dire quoi « chaud » ?

C2 : Ben pour nous c'est plus embêtant, on n'a pas ce socle scientifique.... solide, qui va nous permettre d'avoir une réponse franche au patient en disant « Oui, ce traitement, dans votre cas, il améliore votre survie, il diminue le risque que vous fassiez tel ou tel évènement. » Parce qu'après si vous regardez l'étude... Là y' a ton patient qui est en face de toi, qui a 85 ans, il a deux autres pathologies et tes chiffres ils sont sur des patients qui sont quinze ans plus jeunes et monopathologique, et tu dis « Bon ben du coup... Est-ce que vraiment mon socle scientifique, il est transposable à mon patient ? ». Ben ça devient difficile ! Après on peut pas évaluer chaque situation chez chaque type de patient, ça c'est strictement impossible ! Donc, fait que, voilà, on fait avec ce qu'on a !... Donc là effectivement ça sera des situations où t'auras « reconduction », « réévaluation » d'ordonnance... Des fois tu vas rentrer dans ces débats enflammés avec le patient, mais il faut comme le disait C4, il faut que le patient ait le niveau cognitif suffisant pour accéder à ce niveau de réflexion... On a des patients où malheureusement... déjà c'est compliqué pour nous, et pour eux on va leur parler chinois, et puis tu auras beau leur expliquer, ça leur est hors d'atteinte. Y'en a d'autres avec qui on va pouvoir discuter et se mettre d'accord, et ça va dépendre de leur ressenti aussi.

C4 : Y'en a une méthode qui est pas très scientifique, mais des fois quand j'y arrive plus, que je ne sais pas quoi faire, j'me dis « Qu'est-ce que je ferai pour moi ? »... Ben c'est souvent que je ne prendrais pas de médicament !

C2 : Mais toi tu es bien plus vieux que nous ! (rires de tous les participants)

C4 : Dépêchez-vous de vieillir ! (rires de tous les participants)

Animateur : J'ai vu des petits signes... quand C4 disait qu'il se posait la question de ce qu'il ferait pour lui-même. Qu'est-ce que ça vous... évoque ?

C3 : Oui moi ça me parle ! C'est vrai que par exemple, en contraception, j'avoue que des fois j'ai envie un peu de pousser les patientes vers les... chépa, vers les stérilets plutôt que... d'avaler encore la pilule. Et c'est pas toujours facile ouais... de se dire... euh... « Calmes-toi ! C'est pas toi qui décide, c'est la patiente qu... qu'est-ce qu'elle veut. En termes de contraception c'est ce que le patient veut ! »

C4 : Ah bah oui !

C3 : Oui, faut aussi essayer de se mettre en retrait... Je relisais Prescrire il n'y a pas longtemps, par exemple, sur l'herpès, ils disent « Surtout ne rien donner, l'herpès c'est bénin », c'est juste horrible, moche, un gros bouton d'herpès labial, pas l'herpès génital hein ! Donc « ne pas donner de traitement » ! Mais le patient qui a un truc monstrueux, puis qui travaille devant des gens, c'est compliqué de lui dire « Y'a plus de risques que de bénéfices ! »... Bon, c'est pas toujours simple.

(Silence de 7 secondes).

Animateur : C'est pas toujours simple... Okay.

C3 : C'est jamais simple ! (rires de C3 et C6)

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

C4 : (bougonnant) Oui, ben ils se basent sur des trucs qui datent depuis longtemps...

C2 : Oui, faut dire que les choses les plus évidentes... même ça on arrive à les discuter !! Mais voilà, quand on rentre dans du soin de la personne avec des problèmes multiples, et des représentations multiples et ben du coup c'est là où le médecin est intéressant, parce que l'ordinateur il va pas savoir gérer ça ! Donc euh... la balance bénéfices-risques elle nous... elle n'est jamais certaine, elle n'est jamais évidente... On parle de pourcentage, mais moi j'aime bien dire au patient : « Mais vous savez, c'est zéro ou cent pourcent ! Ou vous êtes malade ou vous l'êtes pas, ou vous récidivez ou vous récidivez pas, ou vous avez des effets secondaires ou vous les avez pas... ». Dire après « Oui mais c'est un pourcent, c'est cinq pourcents, c'est machin, bon ben pfff ! », ça veut rien dire ! Ou on est dedans ou on n'est pas ! Donc euh... c'est une évaluation perpétuelle, qui reste... euh... qui reste sur une personne en face de nous ! Ce serait plus simple, en fait, de soigner une population comme ça.

C5 : Une cohorte !

C2 : Une cohorte ! De gérer votre cohorte. En disant : « Cohorte ! Prenez votre médicament ! » (rires aux éclats de tous les participants). Ça serait cool !! En fait ça serait plus facile... On serait dans le bien de tous, en fait s'il y a des pertes c'est pas grave... c'est la survie de la masse... mais c'est pas ça !

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

C2 : Dans le schéma de l'EBM, le médecin a une place, c'est un trio, c'est science-médecin-patient hein ! C'est évident que notre ressenti joue, même si on est censé être centré patient et rester factuel, des fois quand même quand on a été traumatisé par quelque chose, c'est difficile de répliquer quoi !

Animateur : Okay. Donc je vais vous exposer une situation. Un patient, dont vous êtes le médecin traitant, vous demande la reconduction de son traitement. Une ou plusieurs lignes de votre ordonnance ont été modifiées par un autre professionnel, que vous avez sollicité ou que le patient est allé voir de son propre chef. Pour ce patient que vous connaissez depuis longtemps et dont vous êtes le médecin traitant, qu'est-ce que vous faites quand il vous demande la reconduction de l'ordonnance ? (L'animateur cherche dans ses feuilles une information supplémentaire). Ouais, c'est ça !

C2 : Du coup, j'ai pas bien compris du coup, est-ce que les modifications qui ont été apportées nous gêne ou... ?

C5 : C'est pas précisé !

Animateur : C'est pas précisé !

C2 : Ben du coup c'est ça la question, est-ce qu'on est d'accord avec les modifications ou pas ! (rires de C2 et C6)

C4 : Ben oui oh ! Moi je reprends chaque ligne changée, et je dis : « Et ça va mieux avec ça ? ». Sans agression ou rien du tout, c'est « Ça va mieux avec ça ? » objectivement ! C'est « Qu'est-ce qui va mieux avec ça ? » ou « Quelle différence vous voyez ? », et puis après on décide. S'il voit dit « Aucune différence ! », je lui dis « Vous préférez lequel ? », s'il dit « Ben c'est beaucoup mieux ! », ben je vais vous donner l'ancien, comme ça... ! (rires, suivi des rires de C2). Non je rigole je fais pas ça, c'est quand même moi le chef (rires et rires de C6) !

C3 : Oui, c'est très variable ! Après j pense qu'on est de nature, je sais pas, à pas casser le confrère qui a changé j pense que... au premier abord moi je vais toujours, voilà, être bienveillante...

C4 : Si c'était justifié !

C3 : « Vous avez vu votre cardiologue, il vous a changé votre traitement pour la tension ! ». Après j'pense que c'est notre patient, on le connaît, il nous connaît, il va nous raconter : « Voilà, j'ai vu le cardiologue, il a trouvé que ma tension était encore haute, il m'a changé mon traitement. », et puis nous aussi, on adhère ou pas à ce discours.

C2 : Ça va vraiment dépendre de quel est le type de prescription. Est-ce qu'on est sur une prescription préventive pure, est-ce qu'on est sur une prescription qui doit avoir un impact tout de suite, j'en sais rien ! Si c'est une rhumato qui a introduit du *Chondrosulf*[®] pour ses douleurs articulaires, ou si c'est un neurologue qui lui a mis un antiparkinsonien, enfin c'est complètement différent ! Puis alors des fois à la première lecture : « J'y avais pas pensé, cool, bonne idée ! », ou des fois je vais dire « Pfff, qu'est-ce qu'il nous casse les pieds encore avec ces molécules de merde qui servent à rien ! ». Ça c'est ce qui va se passer dans ma tête. Ou des fois « Bon ben tiens, ça j'connais pas du tout tiens ! Ah ben cool, un nouveau truc ! ». 'Fin voilà, déjà il va y avoir la première... de notre ressenti à nous, est-ce qu'on adhère à la modification ou est-ce qu'on adhère pas ? Et puis comme disait C4, qu'est-ce qu'en dit le patient ? S'il te dit : « Non mais vos traitements, j'en ai pris trois jours et puis j'ai arrêté parce que... ». Parce que j'en sais rien moi !! Parce qu'il me donnait la vision floue ou qu'il se plaint d'effets secondaires qui existent ou qui existent pas... Ou qu'il va y avoir plusieurs... comment dire, qu'il va y avoir plusieurs échelles réactionnelles à...

C5 : Moi j'aime bien avoir quand même, je trouve que c'est vraiment important, le courrier du... du... confrère s'il a modifié mon ordonnance, pour m'expliquer pourquoi ! Parce qu'il arrive parfois qu'il y ait une modification, euh... que je peux même pas critiquer si j'... parce que j'ai aucune information de pourquoi il y a eu modification ! Ça m'est arrivé par exemple, un patient qui voit un cardiologue, par exemple, et qui revient, avec des modifications de son traitement antihypertenseur, moi j'avais une tension bien équilibrée, et si j'ai aucune explication, alors là je me tourne vers le patient. Je demande au patient « Qu'est-ce que vous a dit le cardiologue ? », pour essayer de faire le téléphone arabe. Le patient s'il me réponds : « Ah bah il m'a rien dit ! », et ben là je suis bien embêté, c'était peut-être tout à fait justifié mais je comprends pas pourquoi et ça me dérange.

C2 : On a quelques confrères qui..., je trouve, c'est bien, ils nous font un courrier, ils font une proposition de modification thérapeutique. Ils disent « Ben j'aimerais bien introduire tel médicament parce que », mais ils nous laissent la décision ! Souvent pour des patients, c'est rarement pour... pour des patients un peu complexes. Mais du coup ils nous laissent la décision, en disant « Moi je propose ça, je... je vous laisse décider. ». C'est un peu déroutant pour le patient, ils disent « Oui mais c'est vous le spécialiste, c'est pas à vous de décider ! ». (rires de C2) C'est un peu vexant...

C4 : Ça dépend des pays hein !

Animateur : Ça dépend des pays ?

C4 : Oui ! J'ai l'impression qu'en Suisse, c'est le généraliste qui commande. Je ne dirai pas que les spécialistes sont des auxiliaires médicaux, mais presque ! (rires de C2 et C6)

C2 (en même temps que C4) : Des auxiliaires médicaux ?

Animateur : Et en France ?

C4 : Ah en France... Euuh, moi je me débrouille pour être à ma place, c'est-à-dire à la même place qu'eux ! Y'a pas de différence avec le mec qui a fait que de la cardio, mais bien sûr qu'il y a des choses que je ne peux pas savoir, que je peux pas faire : j'en vois pas assez, j'ai pas les appareils. Mais pour tout ce qui est de décision pour la vie du patient, moi j'aimerais bien qui me disent : « Voilà, ce que j'ai trouvé, pis c'est moi qui décide si ça se traite ou pas ! ».

C5 : Je pense qu'en tant que médecin généraliste, on est en plein milieu de la question de la balance bénéfices-risques, qu'on le veuille ou pas, on est au centre de ça, parce que on est vraiment dans la prise en charge transversale globale du patient. Et le spécialiste qui suggère une prescription, il pourrait expliquer d'ailleurs à son patient que voilà, que lui il pense que ce médicament serait bien mais sous réserve que il n'y ai pas de contre-indications, d'interactions par rapport à d'autres pathologies du patient, ou que le médecin traitant connaît mieux que le spécialiste qui l'a vu ponctuellement. C'est peut-être pour ça que le spécialiste suggère et il peut l'expliquer au patient du coup. Moi je vais pouvoir valider ou pas, ou adapter un peu la suggestion du spécialiste, de l'adapter un peu à... à une situation que je connais un peu mieux quoi, du patient !

C2 : Ce qui dans cette situation nous dit... nous permet de dire « Ah ben oui, le spécialiste il a proposé tel traitement, mais dans votre cas, vous avez ci et ça, ou il vous est déjà arrivé ça, je pense que c'est pas... dans votre cas je ne peux pas vous donner cette thérapeutique ! ». Que si on se retrouve dans la situation que tu as exposée, qu'on est devant le fait accompli, qu'il a déjà l'ordonnance de traitement et qu'il l'a déjà commencé du coup, et que là on doit lui dire : « Là, pour vous, ce traitement, non, c'est pas une bonne idée ! », c'est un peu plus difficile.

Animateur : Qu'est-ce qui est difficile ?

C2 : Ben ce qui est difficile c'est d'aller contre la parole de notre confrère. C'est toujours difficile de dire à un patient : « Ben lui, il vous a donné ce traitement, mais c'est pas très adapté... » On va forcément décrédibiliser notre confrère...

C4 : Si j'ai cette situation j'appelle devant !

C2 : Ah ouais ?!

C4 : Du coup on se met d'accord tous les deux !

C2 : Ouais c'est vrai.

C4 : Mais ça... je me rappelle de deux médicaments qui n'allaient pas ensemble... Je l'ai rappelé en disant : « T'es sûr ?! » (rires et rires de C2)

C1 : Moi je me rappelle de... Je suis médecin remplaçante. Et quand j'ai un doute sur une prescription où y'a un truc ou je tique un peu, je note dans le dossier ou j'en parle directement avec le médecin que je remplace. Je ne veux pas aller décrédibiliser le...

C4 : Ben bien sûr ! On... On embête tout le monde si on commence à décrédibiliser, on décrédibilise le voisin, on décrédibilise tout le monde. Soi-même le premier !

C5 : En plus c'est le patient le premier qui en fait les frais ! Là je pense on est en plein dans la déontologie, mais quand y'a deux médecins qui ont un discours contradictoire devant le patient, je pense que pour le patient c'est très déstabilisant... et iatrogène, il perd confiance. Donc c'est sûr que la concertation, téléphonique après coup, ou idéalement, même, avec le médecin qui propose...

C4 : L'idéal c'est quand t'appelles !

C5 : ...un médicament qu'on puisse même répondre en même temps : « J'ai mis en place la prescription, parce que, ou j'ai pas pu, parce que... et du coup j'ai un petit peu adapté, voilà ! ». Je pense que pour le patient c'est très sécurisant, de voir qu'il y a une collégialité, de la concertation autour de lui quoi ! (C2 acquiesce)

Animateur : Et ben du coup, quand vous identifiez la balance bénéfices-risques du traitement qui a été modifié ou introduit, vous identifiez la balance bénéfices-risques comme étant défavorable, comment vous faites ? ... Donc votre patient, il a été voir un confrère, spécialiste ou non, enfin, vous l'avez envoyé chez lui, ou il y a été de lui-même, bilan quand vous le voyez pour la consultation de renouvellement

d'ordonnance, vous voyez qu'une ou plusieurs lignes qui ont été changées et vous trouvez que la balance bénéfices-risques est pas favorable.

C4 : Alors ça c'est... J'expose ! Je lui dis « Tiens, vous avez pris ça, mais y'a un risque de... Vous le prenez ou vous le prenez pas ? ». « Qu'est-ce que vous feriez docteur ? » (imitant un patient), « Ah ben moi je ne le prendrais pas ! Hahaha ! (rires) ». Tu parles qu'ils te disent que tu le remets pas !

C2 : Moi s'il y a vraiment une balance bénéfices-risques défavorable, je vais droit dans la batte ! Je vais dire « J'ai bien compris, mais moi je ne vous le renouvellerai pas ! ». C'est l'exemple que j'ai donné tout au début de l'entretien, d'une femme de 38 ans sous pilule qui fumait ! Ça a été « Non ! » en consultation, elle a même rappelé après en disant « Oui, mais quand même j'veais revoir mon gynéco, vous pouvez pas me donner deux... ? ». J'ai dit : « Non !! ». C'est un non catégorique, j'ai exposé les choses, et je suis droit dans mes bottes, mais là on parle de cas un peu extrêmes... on n'est pas dans des balances bénéfices-risques moins certaines, moins... Quand ça va être incertain, je vais reprendre ce qu'avait dit C4 tout à l'heure, je vais demander au patient, j'veais dire : « Mais vous en pensez quoi vous ? Depuis que vous prenez ce traitement, est-ce que ça va mieux ? Est-ce que la pathologie pour laquelle ça a été prescrit, ça justifie de changer de thérapeutique, d'essayer... ? ». Donc on rentre dans l'alliance thérapeutique, mais euh... y'a des fois où je vais... moi je peux opposer un... si y'a contre-indication, y'a contre-indication ! J'veux dire, je vais ouvrir le Vidal et je vais le montrer ! Contraception et... c'est un truc qui doit poser problème quand même ! Y'a pas que moi qui ai ça en tête quand même ? ! Des jeunes avec des migraines avec aura sous pilule oestroprogestative ? Puis les vraies migraines, les vraies auras ! Ils revoient leur gynéco, qui REprescrit la même pilule ! Malgré le fait que la patiente lui ai dit « Ouais, mais j'ai des migraines et mon médecin... » (imitant une jeune patiente peu sûre d'elle), « Ouais mais moi j'ai jamais vu de problèmes ! » (imitant un gynécologue sûr de lui). Après « Qu'est-ce que vous pensez, je vous ai montré... », « Ben si je risque de faire un AVC... je suis bien d'accord, mais... ».

C4 : Ceux qui en ont fait un, ils sont prêts à les prendre en stage pour expliquer hein ! Les femmes euh, j'en vois une là, si jamais j'en vois une qui fume et qui prends la pilule, elle pourra lui expliquer que c'est pas vraiment bon hein ! Quand tu as à peine 20 ans et que tu es hémiplegique...

C3 : On fait preuve de pédagogie, et puis tu vois, qu'on dénigre personne. Moi ça m'arrive des fois d'expliquer que les spécialistes ils ont une façon de voir, et nous une autre... Je pense à des cardiologues qui prescrivent des statines en première intention sans évènement cardiovasculaire, on leur explique que en ce moment il y a une polémique, mais qui peut être nous parle plus à nous généralistes, qu'aux spécialistes. J'pense qu'on... que les patients ils savent faire la part des choses, sans qu'on critique ouvertement le collègue quoi.

C4 : Oui, et puis de toute façon les gens ils écoutent qui ils veulent. Les spécialistes qu'ils soient professeurs ou n'importe quoi ! Et puis la belle-sœur dit quelque chose et ils écoutent la belle-sœur. Qui a autant d'avis parce qu'elle a vu, parce qu'elle a lu !! Alors nous on est quand même... par rapport à la belle-sœur... ! (rires) Faut se positionner par rapport à la belle-sœur !

C2 : Ouais mais nous on a quand même le pouvoir de prescrire ! Et donc la belle-sœur elle peut pas prescrire !

C4 : Mais elle a un pouvoir de nuisance elle ! (rires de tous les participants)

C2 : Oui elle a un pouvoir de nuisance en lui disant « Oui, il faut pas que tu prennes ce médicament ! Va plutôt prendre ça à la pharmacie, les plantes, les machins ! »

C4 : Ah ça c'est pas...

C2 : Nous quand même on a le pouvoir et la responsabilité de prescrire... C'est sur nous que ça repose, à partir du moment où on a signé une ordonnance. Moi des fois c'est ce que je dis au patient : « Je ne

vous signerais pas une ordonnance avec tel ou tel médicament, c'est hors de question ! ». Puis je parle pour moi, ça reste exceptionnel quand même ! Ce genre de truc ça se compte sur les doigts de la main en une année, combien de fois on est dans des... ! C'est vrai que là on parle, on a l'impression que c'est des généralités, ça reste quand même rare !

C4 : A la marge...

Animateur : Ça reste rare que tu t'opposes ou ça reste rare de te retrouver dans une situation où tu trouves que la balance bénéfices-risques est pas favorable ?

C2 : Alors ça c'est fréquent, mais le fait que je m'oppose de manière franche, et avec une fin de non-recevoir, où je pose mes couilles sur la table, et je dis « Non mais c'est fini ! Je m'oppose à ça, et je vous signe que je m'y oppose et que je ne suis pas d'accord ! ». Ça s'est rare ! Des balances bénéfices-risques discutables c'est plus fréquent, et là on va pouvoir ouvrir le dialogue avec le patient.

Animateur : Donc la résolution de la situation se trouve dans le dialogue ?! Plutôt ?!

C2 : Voilà ! Ben typiquement on parlait de statines, ben ouais typiquement on peut discuter ! Bel exemple, une patiente un jour elle fait une écho thyroïdienne, puis le mec qui le fait l'écho de la thyroïde il lui dit qu'elle a de l'athérome, puis donc elle fait un doppler et il lui prescrit une statine et tout... Et elle vient m'en parler et je lui dis : « Ben bof... moi je suis pas d'accord ! », et « Oui, mais je suis jeune, et puis maman elle a fait un AVC... », chépaquoi, je lui dis « Non, mais si vous voulez, vous voulez... ». Putain elle a fait 7800 de CPK deux semaines après... (rires). Je peux te dire qu'elle prend plus de statines !! Mais bon voilà, je veux dire, je ne suis pas, je me suis pas opposé au fait qu'on prenne sa statine ! Je lui ai dit « Dans votre cas je pense que la balance bénéfices-risques n'est pas forcément favorable... machin, gningnin... ». Bon ben là, du coup, l'avenir m'a donné raison ! (rires, et rires de C5 et C6). Là on n'est pas sur le même... on n'est pas sur un truc autant impactant ! Que des risques irréversibles, graves, et cætera... On est quand même plus là-dedans, de savoir si on continue ou pas un antihypertenseur, si on le change, si on le change pas... Voilà, si on diminue la dose, si on augmente la dose... Tout ça c'est des situations beaucoup plus courantes, mais on n'est pas dans la même puissance de balance bénéfices-risques. Tu vois la balance, elle est un peu équilibrée, il y a pas un plateau qui penche complètement de l'autre côté.

C4 : ...

Animateur : La différence elle est assez ténue ? 'Fin... ?

C2 : Bah... Non justement elle est pas ténue justement, pour moi c'est quand y'a un plateau de la balance qui penche trop, je le dis ! Là c'est hors de question ! Quand elle penche un peu d'un côté ou de l'autre, ben là, comme disait C4, on l'expose et on en discute ! Les patients, ils vont nous dire « Ouais, j'ai bien compris docteur, vous dites « Bon, votre traitement... », mais moi quand même », souvent à cause de vécu personnel, et de la belle-sœur, « moi quand même, à cause de ça, j'ai envie d'essayer le traitement », ou « Non, il me gonfle ce traitement, je veux l'arrêter ! ».

Animateur : Okay. Je vous ai coupé du coup (en s'adressant à C4).

C4 : Non non mais...

C5 : Ouais, la concertation avec...

C4 : Ah oui, j'y pense...

C5 : La concertation avec le patient. Il a pu aussi m'arriver comme disait C2 de téléphoner au spécialiste devant le patient. J'voyais un rhumatologue moi, qui prescrivait des mois et des mois d'anti-inflammatoires non stéroïdiens à un monsieur avec une insuffisance rénale... euuuh, voilà ! (rires de C4 principalement)

C4 : Euh c'est bon ça !!

C5 : Euh en concertation avec le rhumatologue, très confraternelle, et qui c'est très bien passée pour se mettre d'accord. Mais euh dans des situations extrêmes, il a pu m'arriver, je ne sais pas si c'est une bonne solution ou pas, de dire à un patient que je lui conseille de voir un autre spécialiste que celui que qu'il avait eu (C4 fait un faux air outragé), parce que alors, en... en en disant pas que je suis pas d'accord avec le spécialiste, ou qu'il est dangereux ou je sais pas quoi, mais en disant que moi j'arrive pas à travailler avec ce spécialiste-là ! Et que moi je lui conseille de voir un spécialiste avec qui j'y arrive mieux... à communiquer ou voilà ! C'est exceptionnel pareil, ça se compte sur les doigts d'une main !

C4 : La balance bénéfices-risques elle est aussi très subjective ! Elle peut être euh... (onomatopées), parce que des études plus ou moins fiables disent... mais je me rappelle d'une voisine qui a fait un autre métier maintenant, qui avait calculé... qui était persuadée, enfin je ne sais pas moi, que la balance bénéfices-risques des vaccins était très défavorable et donc elle signait des carnets où elle disait qu'elle avait vacciné mais elle avait rien fait du tout ! Et donc elle, elle utilisait la notion de bénéfices-risques mais, hahaha (rires), est-ce que c'est elle qui a compris, ça je sais pas ! Donc euh nous, à une échelle moindre, y'a ça aussi là-dedans !

C2 : Ouais mais après...

C4 : Et qu'est-ce qu'on a compris NOUS de la balance bénéfices-risques ? C'est pour ça que... qu'il faut que ce soit évident pour qu'on... ça nous décide.

C2 : C'est sûr que ça dépend beaucoup de nos sources d'informations.

C5 : Ben oui ! On peut trouver des études très élaborées, avec des courbes et cætera, te démontre par A plus B que ces vaccins sont... sont... ont une balance bénéfices-risques très défavorable ! Donc tout dépend des sources choisies, et...

C2 : C'est vrai que dans ces cas-là, moi c'était plutôt avec des patients d'un haut niveau intellectuel, qui vont nous sortir un article : « Regardez docteur ! Il faut que... ». J'me rappelle d'un il disait « Ça a été publié dans une revue américaine ! Regardez, l'hypertension si on tombe à moins de douze c'est favorable, et cætera... ! » (imitant un patient sûr de lui). Je regarde, l'article c'était un truc qui sortait du JAMA ou je sais plus... truc tout à fait correct. J'lui dis « Oui oui, okay, vous avez une étude qui a montré ça. Maintenant vous en avez mille cinq cent quatre-vingt-quatorze autres qui ont montré autre chose, alors je crois quoi ? C'est compliqué. ». Donc c'est vrai que ça, ça dépend de notre formation, parce que nous, on est des générations où on a été exposé un peu à tout ça... J'veux dire, même si y'a un amphi Boiron à la fac, on nous a expliqué qu'il y avait des conflits d'intérêts, que... ben ce que disent les labos c'est de base biaisé, parce que ils sont là pour vendre des médicaments ! Sans aucune animosité pour les labos, mais c'est des commerçants... (rires de C5) donc après c'est à nous d'arriver après à essayer de... d'avoir des sources d'informations relativement fiables ! Mais c'est pas toujours... toujours évident... Et après quand on rentre dans le dialogue avec le patient, il faut qu'il... Putain nous la LCA ça nous a posé des problèmes, on a mis longtemps à comprendre, donc euh ! Là vous avez un quart d'heure pour expliquer au patient, quand vous il vous a fallu huit ans pour commencer à l'appréhender. Euh... Donc là les balances bénéfices-risques à un moment donné, c'est surtout sur quoi on se base nous et essayer qu'on soit scientifiquement irréprochable. Parce que même avec toute la bonne volonté du monde on ne peut pas tout savoir sur tout ! Faut des fois dire au patient : « Ben écoutez là j'en sais rien ! Je vais regarder un petit peu, je vais farfouiller un petit peu ! Revenez dans deux semaines, j'essaierai d'avoir une réponse ». Ça peut arriver aussi, quand on est vraiment sur des situations où pfff, j'en ai aucune idée de ce que l'on demande ! Ça arrive...

C1 : Et même quand on essaie d'être le plus scientifique possible, on a toujours une part de subjectivité.

C2 : Ah ben évidemment ! Ça on ne l'enlèvera pas !

C6 : C'est indéniable.

C1 : C'est ça qui est difficile.

C2 : C'est la partie médecin de...

C4 : Ah bon, ça veut donc dire que tu n'es pas un robot ? (rires de C2 et C6)

C3 : Je reviens sur la relation qu'on a... on a une relation privilégiée avec nos patients, ils viennent nous voir nous à chaque fois, on renouvelle et... j pense... de principe, ils nous croient nous ! C'est cette relation-là qui est importante, on discute, et ils savent comment on est, comment on doute, et je pense qu'on dit clairement qu'on ne sait pas, et qu'on doute. Donc je pense que, le fait qu'on soit leur médecin traitant, on a un poids plus que les autres spécialistes...

C6 : S'ils voient un professeur du grand CHU, je suis pas sûre... (rires)

C1 : Il y a des études qui montrent, sur des études de confiance, que le premier intervenant sur la confiance, c'est vraiment le médecin traitant ! Avant les spécialistes, avant le pharmacien, avant l'infirmière, avant... !

C4 : Pourquoi ? Parce qu'ils l'ont choisi !

C2 : Ouais, chui d'accord !

C4 : Et ne restent que ceux avec qui on fonctionne de la même façon ! Ils vont voir quelqu'un qui a déjà une idée des problèmes qu'ils ont, qui les comprend. S'ils tombent sur quelqu'un qui est ailleurs, qui comprend pas dans la même façon de penser qu'eux, ben ils y retourneront pas.

C6 : Ça dépend aussi de la réponse qu'il recherche le patient !

C2 : Oui, mais s'il a pas trouver la réponse auprès de toi, ben il va aller la demander ailleurs.

C6 : Oui voilà ! Mais dans ces cas-là c'est pas forcément le médecin traitant qui va... qui va forcément, 'fin, croire par exemple, je sais pas !

C2 : Ben tu vas pas rester médecin traitant longtemps du coup ! (rires de tous les participants)

C3 : Ouais c'est ce que j'allais dire ! C'est des patients que du coup on perd... dans ce cas-là j pense !

C2 : Ils vont voir ailleurs...

C3 : Ils retournent vers le spécialiste, parce que...

C6 : Oui voilà ! C'est le spécialiste qui va renouveler et...

C3 : Et nous on est un peu évincé de cette pathologie ou que on renouvelle pas et que c'est toujours le spécialiste qui renouvelle.

Animateur : Est-ce que vous avez des situations qui vous reviennent, qui vous sont arrivées par le passé ? Où vous vous êtes retrouvés en désaccord avec cette balance bénéfices-risques ? Et comment vous avez géré ces situations ?

C3 : Je pense que ça nous arrive régulièrement. Je pense aux traitements de l'Alzheimer, je pense qu'on la voit encore souvent. Enfin moi j'ai en tête deux patientes qui veulent absolument que leur femme ou parent, leur père leur mère, prenne le traitement pour l'Alzheimer et... avec maintenant des soucis de chutes à domicile et de confusion... Et la balance bénéfices-risques elle est... Là on commence à se dire que c'est le traitement qui fait plus de mal que de bien, mais c'est... Là aussi il y a un dialogue... On fait des expériences. On est toujours dans le compromis, on fait des expériences ! On essaie d'enlever le traitement pour voir. (B2 acquiesce)

C2 : Moi ouais, et des fois je leur imprime des articles, des gens sur lesquels j'y arrive pas, je leur dis « Ben écoutez, j'vous imprime des trucs ! », donc je sors la bible Prescrire quand il y a des articles bien faits et je leur donne, je leur dis « Ben écoutez, lisez-le et on... et on en rediscute. ». Ça c'est une source d'information que j'estime fiable et... certaine. Tu vois je m'en suis servi chez les ados pour le *Gardasil*[®] ! Parce que là les patientes elles... je dis les patientes parce que ça concerne les filles et puis leur maman hein ! J'ai jamais vu un papa me poser la question pour le *Gardasil*[®], vraiment tous des nazes ces papas (utilisant un ton ironique) (rires de C6). Ben ils me demandaient « Ben, docteur, faut le faire ? Faut pas le faire ? ». Ben j'dis « Ben chépa, vous en pensez quoi ? ». Ben « On vous d'mande ! »... « Vous faites chier ! (en simulant sa voix intérieure, suivie de rires) ». Et alors souvent, comme le disait C4, ils me demandent : « Et vous vous feriez quoi ? ». Je leur disais « Dieu merci, mes enfants sont encore petits, je vais avoir le temps de réfléchir ! ». Et ben du coup là je leur donnais de la doc et je leur disais « Ben lisez ça, et je vous laisse décider ! ». Parce que dans cette situation on est passé à un vaccin sur lequel on a une efficacité qui paraît quand même sortir, même si on peut pinailler qu'on peut montrer que la diminution des lésions de haut grade, on peut extrapoler..., raisonnablement, scientifiquement qu'on diminue le nombre de cancers ! Mais on est sur un cancer qui se dépiste, qui est lent, qui certes quand il survient est grave et souvent mortel, mais qui reste rare ! Et face quand même à des vaccins qui ne sont pas dénués d'effets secondaires : il y a un risque de Guillain-Barré, des choses comme ça qui ont l'air d'être établis. C'est certes exceptionnel, mais... ça existe, donc bon ! Donc dans ces cas-là moi je dis aux patients : « Ben je sais pas, j'vous expose un p'tit peu les arguments et on va décider. » L'exemple que je t'ai donné au tout début de la patiente qui a refusé son hormonothérapie, ou c'est moi du coup qui ai dû le mettre, ben on a pris la décision ensemble. Les spés l'ont bien marqué ! C'est écrit dix-sept fois dans les courriers qu'elle avait refusé l'hormonothérapie, qu'elle refusait l'hormonothérapie... Elle refuse l'hormonothérapie, point ! Je pense qu'on est dans des situations comme ça, où on a le temps, où on n'est pas dans une décision qui est urgente, on a le temps d'exposer au patient, on a le temps de les revoir, de rediscuter, ça se passe bien !

Animateur : Alors par exemple, dans ton cas de l'hormonothérapie, est-ce que tu es... Comment tu as fait avec le prescripteur ?

C2 : Ben j'en sais rien, c'est des oncologues, tu parles que je les ai jamais eu en direct ! Oh ben là, je veux dire, la patiente tu lui aurais pas fait bouffer ce qu'elle avait pas envie de bouffer ! Ça y'avait pas de doute ! Et c'est quand même quelqu'un qui est venue discuter en plus, voilà, parce qu'elle aurait pu dire « Voilà, l'hormonothérapie... », et elle est venue me demande à moi « Mais à quoi ça va me servir de prendre ce traitement ? ! ». Bon ben une fois que je lui ai exposé, elle m'a dit ça m'intéresse pas ! », et qu'est-ce que tu veux dire de plus ? !

C4 : Sachant qu'ils font un peu comme ils veulent aussi ! Sylvie [prénom d'emprunt] m'racontait que dans la salle d'attente de *** [nom d'une oncologue de l'hôpital le plus proche], y'a du monde, y'a du retard... bon ça peut arriver. Et elles parlaient de leur pathologie, les dames à la fin (imitation de la conversation entre plusieurs patientes présentes dans la salle d'attente d'une oncologue) :

Patient 1 : « Et... euh, il t'a donné le *Tamoxifène*[®] ? »

Patient 2 : « Oui. »

Patient 1 : « Tu le prends toi ? »

Patient 2 : « Non ! Et toi ? »,

Patient 1 : « Moi il me la donnée, mais non je l'ai pas pris ! »

Patient 3 : « Ah bon vous le prenez pas vous ? Et qu'est-ce que ça vous fait ? Ah ben moi je le prends ! »

Patient 1 (s'adressant à patiente 2) : « Et tu lui as dit ? »

Patiente 2 : « Ah non je lui ai pas dit ! »

(sourires des différentes participants). C'est lourds les statistiques ! Ils disent qu'ils le prennent et ils vont pas les prendre... Et nous on est malins, on va le prescrire ! On croit qu'elles font comme elles disent, tu parles ! Faudrait mettre des micros dans les salles d'attente... (rires sourds de C6)

C1 : Ce qui est important, comme on disait, c'est que la relation particulière avec le médecin traitant est une relation de confiance, peut-être !

C4 : Donc le *Tamoxifène*[®], celles qui discutaient et qui disaient « J'le prends pas », dans la salle d'attente de *** [nom de l'oncologue], elle m'disait « J'étais pas la seule à pas le prendre ! »... Euuuh, et elle me demandait les arguments et je lui dis, ben moi ce que je peux vous dire comme argument, c'est que la mortalité par cancer du sein baisse en ce moment, et que la seule chose qui peut expliquer ça c'est le *Tamoxifène*[®] ! Actuellement ! On n'est pas du tout sûrs, mais c'est les seules choses qui ont l'air d'être corrélée ! J'en sais pas plus que vous... Mais je pouvais pas dire mieux !

C3 : Pour rebondir sur le fait de comment on fait si on n'est pas d'accord avec un confrère, je pense que si on sent que le confrère on va pas le faire changer d'avis, je pense à la gériatre qui prescrit les traitements de l'Alzheimer, euuh... moi je discute qu'avec le patient et puis je leur dire « Mais dites-le à votre gériatre... » (rires). 'Fin, je sais pas si c'est bien de dire ça, mais de faire participer le patient, vous pouvez dire à votre gériatre qu'on en a discuté et puis que voilà... Donc j'avoue que moi j'ai pas pris le téléphone pour dire voilà... « Je pense que c'est pas une bonne idée là ! ».

Animateur : Est-ce que vous avez d'autres situations comme ça ?

C5 : Moi j'ai... C'est pas un exemple précis mais globalement je suis souvent un peu dans le questionnement sur la balance bénéfices-risques des statines, en prévention primaire, en fonction des facteurs de risques cardiovasculaires, quand il y a beaucoup de facteurs de risques cardiovasculaires ! Ou des antécédents familiaux, on sait jamais exactement... Moi je sais... Et ben du coup comme C2 fait, sur l'exemple que tu donnais sur... l'exemple que tu viens de donner, sur le *Gardasil*[®]... que bon, j'explique aux gens que bon, on est dans un période de rétropédalage sur les risques liés au cholestérol, que il y a plusieurs écoles qui ne sont pas tout à fait d'accord en elles, et que on est pas certain de l'intérêt... moi j'essaie de donner des informations, quitte à m'appuyer sur des fiches en effet, et je laisse un peu le patient décider. Et en effet, il y a des patients qui sont très inquiets des accidents cardiovasculaires, qui préfèrent prendre le traitement et d'autres qui ont plutôt peur des effets indésirables, et qui préfèrent ne pas le prendre.

C2 : Ben là moi j'ai une patiente, il n'y a pas longtemps, c'est exactement ça, c'est de la surprévention : elle est souvent *Kardégic*[®] et statine je pense, sans indication ! Et pour le coup, même un cardiologue a mis dans un courrier que le *Kardégic*[®] n'était pas justifié... (bafouillements), j'ai jamais vu ça hein ! Et ben elle, elle te soutient mordicus, qu'il lui faut son *Kardégic*[®] ! Et elle y tient ! Et je l'ai récupéré il y a pas longtemps, et c'est le premier truc qu'elle m'a dit : « Docteur, je sais ce que vous allez me dire, j'ai du *Kardégic*[®], je sais que c'est pas obligé que j'en prenne, mais moi je le veux ! »... Pfff (souffle de soupire)...

C4 : Alors là j'en ai deux comme lui, qui prennent même de l'aspirine, parce que c'est bon ! Elle a du... Enfin, il ! Il a une revue, euuh..., où c'était écrit, et ils y ont adhéré à fond !

C5 : Alors du coup, est-ce que vous avez mis une fin de non-recevoir au renouvellement de... ? (rires de tous les participants)

C2 : Et ben non, pas dans ce cas-là !

C5 (en même temps que C2) : Est-ce que vous avez mis vos couilles sur la table ?

C2 (immédiatement après C5) : Ah non elles sont restées...

C4 : Ah non moi je le laisse ! Ah bah tu parles l'aspirine ce que ça coûte !

C3 : Tu peux pas l'acheter sans ordonnance ?

C2 : Ben pas à 75.

C5 : Faut découper le mille hein ! (rires de C2, C3 et C6)

C2 : Non mais tu fais une dilution et tu actives la mémoire de l'eau et c'est pareil ! (rires de tous les participants)

C5 : Aspirine 30CH (rires et rires des participants) ! Aspirinum... (poursuite des rires)

C3 : J'espère que tu retranscris pas ça (en riant).

C2 : Ben non parce qu'on n'est pas quand même dans une situation de risque... hyper important et immédiat ! Même s... si on est d'accord... tu as raison C3, le jour où elle fait un ulcère, j'aurai l'air con !... Mais j'ai confiance, je vais arriver à lui faire arrêter son aspirine ! (rires)

C1 : Elle a une hygiène de vie irréprochable ?

C2 : Arf putain... Je l'ai vu qu'une fois... Il faut que je vois trois quatre fois les gens moi pour m'en rappeler ! Je saurai pas te dire.

C5 : Tu peux lui proposer une décroissance progressive... (rires aux éclats de tous les participants)

C2 (en riant) : Un sevrage... (les rires aux éclats se poursuivent)

C3 : Ça part en couille ! Bon le thème ?

Animateur : Non mais c'est toujours si vous avez eu des situations de désaccord sur l'évaluation de la balance bénéfices-risques avec un confrère ou une consœur ? Et comment vous avez géré ces situations ?

C6 : Moi je me souviens, mais j'étais remplaçante, d'une patiente qui venait, pour une maladie de Lyme, soi-disant en tout cas... avec surtout des syndromes dépressifs, fatigue... tout ça tout ça, qui avait été voir un très cher médecin à *** [nom d'une ville où pratique un médecin généraliste connu dans la région et se disant spécialiste de la maladie de Lyme] (prenant un ton sarcastique). Euh..., qui avait fini au laboratoire vétérinaire, à faire une sérologie de Lyme, au nom de son animal « Madame Machin ». Euuh... et qui ensuite était aller voir un très grand spécialiste, je sais plus, à Grenoble ou... et qui finissait du coup avec euh... une... des perfusions d'antibiotiques, avec un cathéter à demeure depuis deux semaines sur son bras, et puis qui venait me voir parce que son bras il commençait à devenir un peu... rouge ! (sourire) Eh oui, là c'était compliqué du coup, effectivement, sauf que c'est le spécialiste avec qui tu peux pas avoir de dialogue quoi... De toute façon ce sont des visions qui sont diamétralement opposées... Euh, qui bon voilà, tu cherches pas à avoir un dialogue, parce que de toute façon tu sais que voilà, la patiente elle, euuh..., voulait absolument ses antibiotiques. Elle soutenait mordicus qu'elle allait vachement mieux... (reprenant sa respiration), sauf son bras par contre ! Et donc c'tait... c'tait compliqué ! Y'avait pas vraiment de solution...

Animateur : C'était compliqué parce que ?

C6 : C'était compliqué parce que tu es plutôt impuissant en fait... t'as pas le même avis que les spécialistes qu'elle a vu... Humm... la patiente, tu veux lui faire entendre raison avec la balance bénéfices-risques... euh, clairement elle l'avait déjà évalué en fait ! Puis elle avait déjà multiplié les consultations parce que c'était... sur une errance... soi-disant sur une errance diagnostique. Donc ça fait des années qu'elle était fatiguée, dépressive... Donc euh...

C2 : Mais c'était une patiente que tu suivais pas alors,

C6 : Voilà, c'est ça...

C2 : Mais elle est venue avec un cathlon avec une lymphangite alors ?

C6 : Oui donc moi j'ai traité sa lymphangite en disant que c'était un peu n'importe quoi tout ça... Mais voilà, alors... Le médecin que je remplaçais, elle m'a dit sa situation, parce que du coup elle est revenue la voir plusieurs fois et au final elle lui a dit : « Ecoutez, moi, vos histoires de Lyme je ne veux plus en entendre parler, vous voyez ça avec votre spécialiste mais pas avec moi quoi ! », tout en étant, elle, son médecin traitant.

C3 : J'ai un cas pareil aussi, et je pense que je faisais de la pédagogie aussi, en lui disant que... on était pas vraiment sûr que ce soit une maladie de Lyme. Je pense que c'était pas facile pour la patiente, que j'ai ce discours, mais en même temps elle me le demandait, tout le temps ! Et j'ai toujours refusé de lui renouveler ses anti... Je m'étais dit qu'elle allait me quitter et puis elle est restée un moment... Après elle a déménagé. Ce qui m'a bien soulagé, car c'était très compliqué pour moi de rester... 'fin d'avoir c't ambiguïté enfin... quelque part. Parce que même si je lui disais ce que je pensais, je m'opposais pas non plus ! J'disais pas « Faut tout arrêter, c'est n'importe quoi ! ». Alors j'disais, moi ce que j'ai appris, c'est... je suis allé me former, j'ai fait une formation... j'lui ai dit que j'allais faire une formation à Lyon sur le Lyme. Et après elle me posait la question, je lui disais « Non vous n'avez pas le Lyme », « Mais si, j'ai vraiment ça ! ». C'était complexe...

Animateur : Mmmh...

C4 : Les sérologies françaises elles sont pas bonnes !

C3 : Ben, il y a un laboratoire à Nice.

C5 : Ou en Allemagne. Il faut les envoyer en Allemagne.

C4 : Oui il faut les envoyer en Allemagne, ils sont positifs là-haut ! (rires des participants) Il a des associations de joueurs de compètes mais il y a aussi des associations de Lyme chroniques. P'tain tu sais qu'ils en veulent aux médecins ceux-là. Il y a des gens qui sont prêts, y'a des nanas qui seraient prêtes à frapper si on dit que ça n'existe pas ! Puisqu'ils connaissent... des gens qui SOUFFRENT !

C2 : Ben on a toujours besoin d'avoir des explications à des tableaux qui s'expliquent pas en fait ! Là c'est le Lyme en ce moment, ça va passer... Dans dix ans, ça sera autre chose !

C5 : L'électrosensibilité ? (rires des participants)

C2 : Ben voilà, ce sera ça !

C4 : Mais si regardez docteur !

C5 : Moi j'en ai vu une d'électrosensible, elle m'a demandé de couper mon portable, j'ai fait semblant. Et ça allait tout de suite mieux ! Alors que les ondes elles étaient toujours là hein...

Animateur : On va se concentrer un petit peu sur... Quand vous découvrez qu'il y a eu une modification de votre ordonnance et que vous identifiez la balance bénéfices-risques comme étant défavorable, c'est quoi votre ressenti ? (rires de C2)

C5 : Alors moi clairement, c'est de l'inconfort ! Ça c'est juste... voilà ! Inconfort ! Mon ressenti c'est ça ! On va me demander... situation très, voilà, je suis le cul entre deux chaises, à me demander comment je vais dire au patient que je suis pas d'accord, sans justement être antidéontologique... Donc c'est vraiment pour moi de l'inconfort, je veux pas perturber le patient, mais... il faut que je dise que ça va pas ! Avec toutes les différentes possibilités qu'on a évoquées hein... soit discuter avec le patient, soit appeler le confrère, soit lui demander d'aller voir un collègue ou... mais c'est de l'inconfort ! En tout cas, ce que je ressens c'est vraiment ça !

Animateur : Et vous (en s'adressant aux autres participants) ?

C3 : Moi pareil !

C2 : Ça dépend de qui a changé l'ordonnance !

C3 : Ouïi... mais...

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

C3 : Toujours le même ? (rires de toutes les participants)

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

Animateur : Tu veux en parler de l'exemple ? Sans citer le nom du cardiologue en question.

C2 : Oh ben c'est des histoires de...

C5 : De *Crestor*[®] ?

C2 : De *Crestor*[®], de *Préviscan*[®] associé aux anticoagulants, de choses comme ça, où il empile des médicaments qui sont pas censés être des médicaments de première ligne et qui met... malgré l'avis de quelqu'un qui venait d'avoir des soins à l'hôpital, où ils avaient bien marqué, de manière très claire, on arrête le *Préviscan*[®] à cette date... euh non justement, on le laisse sous anticoagulants mais on arrête le *Kardégic*[®], et on arrête le *Plavix*[®] à telle date, c'était tout prévu, et t'a le cardio qui dit « NON ! On va tout remettre comme ça ! », et aucune justification, aucunes... comme disait C5 tout à l'heure, tu te retrouves face à un patient où tu dis « Ben oui je vois bien ce qu'il a fait, mais vous comprenez il l'argumente pas ! Qu'est-ce que vous voulez que je vous dise ?! ». Donc bon, et sinon effectivement c'est de se dire, ce que je disais, de dire moi (imitant sa voix intérieure) : « Est-ce... ? Bon, t'es pas d'accord avec ça, mais est-ce que tu as raison de pas être d'accord ? ». Déjà, parce que si je commence par dire « Bon euh, c'est pas bien ! » et puis qu'en fait si... A prendre le temps de se demander si cette situation est adaptée ou pas, si je suis sûr ou pas, et puis après on retombe dans le schéma de tout à l'heure, soit j'appelle... Ou tu es vraiment contre, et tu le dis, et tu dis « Moi je ne renouvellerai pas ça parce que... parce que j'estime que vous êtes en danger avec ce médicament ! ». Ou, voilà, en ouvrant le dialogue... Mais du coup, mon ressenti, le premier, ben c'est toujours pareil, c'est, le premier truc c'est de soupirer dans sa tête, c'est de se dire « Pfff, je me serais bien passé de cette complication quoi ! ».

C4 : J'essaie de mettre dans la... Alors, on comprend ou on comprend pas hein ! Comment il a fait ça ? Pourquoi il a fait ça ? Mais si on a des idées pour comprendre, euh... on... une façon de faire, c'est de dire à la personne, spontanément : « Je comprends pourquoi... dans quel esprit il vous a donné ça, ça se discute. Moi je penserai plutôt comme ça. ».

C2 : Voilà, en ouvrant la discussion dans ce cas-là.

C5 : C'est ça !

C4 : Comme ça tu descends pas celui qui est en face, ce qui n'a jamais, mais alors jamais d'intérêt !

C2 : Ben oui !

C4 : Jamais ! Mais des fois tu comprends pas ! C'est ce que tu as dit tout à l'heure ! Et là quand tu comprends pas, bien là je suis carrément comme toi (s'adressant à lui-même) : « Qu'est-ce que c'est qu'c' merdier ? ». Alors là c'est... ?

Animateur : Ça n'a jamais d'intérêt ? Tout à l'heure vous ne disiez peut-être pas tout à fait la même chose...

C4 : C'est-à-dire ?

Animateur : De dénigrer... ou... ?

C4 : De dénigrer... Quand on dénigre quelqu'un on dénigre tout, on abîme tout ! Il a pensé comme il a pensé pour ses raisons, et...

C2 : Après on a des confrères spécialistes en fait, avec qui on n'a pas envie de travailler...

C4 : Tu parles oui !

C2 : Et le problème c'est quand les patients vont les voir... parce qu'ils sont allés voir comme ça... parce qu'ils sont passés par les urgences, parce que on a été déontologique, on peut faire un courrier en leur disant : « Bon, allez voir qui vous voulez... ». Et ils reviennent : « Non mais si vous voulez, mais pas lui ! » (rires de C2 et C4). Là malheureusement t'es face à des situations où...

C4 (en chuchotant) : C'est le cardio qui fait des épreuves d'effort à tout le monde ?

Animateur (en chuchotant) : Plus fort, plus fort...

C4 : Y'a un cardio qui fait des épreuves d'effort à tout le monde en ce moment... Tu l'envoies pour n'importe quoi, il se retrouve avec une épreuve d'effort ! (sourires de tous les participants) Quand tu connais les avantages de l'épreuve d'effort (fait une grimace), puis dans les cas particuliers, tu as envie de lui dire « Ben y'allier pas, et puis c'est tout ! », mais je le fais pas. J'me dis « Ben j'éviterai de lui envoyer du monde à celui-là ! ». Ils sont un et demi... y'en a un qui fait beaucoup ça, puis l'autre qui le fait un peu moins. Y'a la même chose, y'en a un qui fait des... des... il donne des appareils aux gens, il cherche des apnées du sommeil chez tout le monde !

C2 : Ça oui...

C5 : Ça oui...

C2 : Oui mais ça... encore à la limite quand tu es sur une démarche diagnostique...

C4 : Ah ouais, mais c'est quand même bizarre, un cardiologue qui fait ça à tout le monde, t'a l'impression qu'il a acheté un appareil, puis qu'il veut le rentabiliser quoi ! « Mais j'vous envoyais pas pour ça... Pourquoi il vous a demandé ça ? »

Animateur : Oui, C1, tu voulais... ?

C1 : Oui, moi ce que je ressens quand je suis face à une ordonnance où la balance bénéfices-risques est plutôt défavorable, je ressens plutôt de l'incertitude d'abord, je suis plutôt perdue. Je perds un peu confiance dans mes propres idées avant tout !

C4 (chantonnant) : Plus tard quand tu seras vieille... (rires des participants)

C1 : C'est un manque de confiance

Animateur (presque en même temps) : C'est-à-dire ?

C1 : C'est un manque de confiance plutôt, après je me pose... j'ai quand même des connaissances, je me reprends, mais c'est vrai que spontanément, après c'est vrai que ça fait que deux ans que je bosse. Mais spontanément je vais plutôt douter de moi, que du spécialiste.

C2 : Ouais, t'as besoin du temps, de te dire « Bon... »

C4 : Ben oui !

C2 : (imitant les questionnements de C1) « Est-ce que c'est vraiment inadapté, ou est-ce que c'est moi qui... qui n'ai pas saisi... ? »

C4 : Quelque chose.

C2 : « Qui n'ai pas saisi quelque chose ?! »

Animateur : Okay...

C3 : Mais j crois que la question c'était quand, une fois que tu en es sûre, qu'est-ce que tu... ? C'est pas la même quand même...

C1 : Oui...

C3 : Qu'est-ce que ça fait... ? Que là tu es sûre de toi et que (deux mots inaudibles)... ?

C1 : Une fois que je suis sûre de moi... Ben justement, est-ce que j'arrive vraiment à être sûre de moi ?! ... Ben oui, il y a des situations oui, par exemple la pilule, ça se discute pas !

C3 : Voilà, alors si la patiente vient avec une ordonnance de pilule et qu'elle a plus de trente-cinq ans, tu... ?

C1 : Alors là oui sans hésiter...

C3 (en même temps que C1) : Qu'est-ce que toi tu... ? Qu'est-ce que ça te fait, elle est allée voir le spécialiste, il lui a prescrit, et qu'est-ce que ça te fait ?

C1 : Qu'est-ce que je ressens, c'est une bonne question, chépa ! Je... Même pas de sentiment d'inconfort, je suis dans mes bottes, je sais que je ne vais pas lui renouveler... Donc je suis même pas ni inconfortable ni indécise. Je sais que ça va prendre du temps, je vais essayer de faire que ce soit pas conflictuel, qu'elle comprenne, pour que ça avance, pour que ce soit pas un mur, mais...

(C4 et C5 veulent prendre la parole en même temps, déclenchant les rires de tous les participants)

C5 : Moi c'est juste que pour moi l'inconfort, comme disait C4, moi c'est vraiment la peur de tout casser, en allant trop directement critiquer la prescription d'un confrère, et c'est ça qui me fait mon inconfort ! Je peux être sûr que la prescription est pas bonne, mais l'inconfort, c'est comment je vais l'expliquer au patient, sans être antidéontologique... c'est ça... c'est ça ! Même si je disais que dans certains cas extrêmes il a pu m'arriver de carrément dire de carrément changer de confrère, mais bon... c'est très rare !

C6 : J pense que le ressenti il dépend aussi de la situation, que face à un patient ou tu sais qu'il va être finalement plus réceptif, où tu vas batailler à lui expliquer... Ou à l'inverse, si tu sais que tu es moins patient, et qu'à chaque fois il contredit tout ce que tu dis... C'est... Ça dépend sur qui ça tombe aussi... Ça dépend si t'a une heure de retard (rires de C2), et de lui expliquer que toi tu trouves que c'est défavorable... Ça dépend si le patient, il lui a été sympathique..., voilà.

C4 : Ça peut être bien aussi d'avoir un couteau dans le dos et d'être pressé comme tu viens de le dire, parce que tu trouves les mots justes rapidement ! (rires de C6 et C2) « Ecoutez, j'ai pas le temps de vous expliquer... ! Mais alors... (rires de C3 et C6) Moi j'ferai pas ça. Vous pouvez hein, il vous l'a donné, il est diplômé et tout le bazar, mais moi je prendrai pas ! »

Animateur : J'ai l'impression qu'il y a une... que vous avez une peur du conflit.

C2 : Ah bah oui... ! (d'un air dépité)

C4 : Bah...

C2 : Oui, bah oui, parce qu'on a envie de... comme disait C4, de...

C6 : C5 !

C2 : Comme disait C5 oui, c'est tard là... [il est environ 22h30], arf... on n'a pas envie de se brouiller avec des confrères spécialistes.

C4 : Ou même les autres hein !

C2 : Oui, même les autres... Après c'est ce que je dis, malheureusement ça fait bientôt sept ans que je travaille dans la région, il y a quelques noms où... pfff. De toute façon je sais que je serai jamais d'accord avec ce qu'ils font, donc, bon ben c'est acté ! Mais sinon c'est important de ne pas être antidéontologique.

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

Animateur : Qu'est-ce que ça vous fait d'être en conflit avec un confrère ?

C2 : C'est haineux mais ce sera pas du conflit ouvert ! Ben en plus, ça va être par patient interposé... donc c'est pas sain ! Donc oui si ça peut...

C5 : Parfois ça peut être un conflit ouvert si c'est par téléphone...

C2 : Ouais, bon, ça reste rare !

C5 : Ça peut arriver rarement que on veuille se concerter par téléphone, enfin que je veuille me concerter par téléphone avec un confrère particulièrement obtus ! Mmmh... Je ne dirai pas la première lettre (rires, suivi des rires de C3 et C6), et... et oui donc là, il va y avoir carrément un échange ou deux par téléphone ! Mais globalement moi... oui, si j'ai peur du conflit avec le confrère, c'est parce que j'ai peur du retentissement que ça aura sur le patient.

C2 : Ouais c'est ça ! Moi après je m'en fout d'être en conflit avec...

C3 : C'est perturbant !

C5 : Avec un confrère avec qui je suis pas d'accord. Si on a aucuns atomes crochus...

Animateur : Ça pourrait avoir quoi comme conséquences pour le patient ?

C2 : Ben il perd confiance...

C3 : Il perd confiance en la médecine... en général.

C5 : Ouais...

C4 : Il a plu envie...

C2 : Il se dit « Mais ils sont même pas foutus de se mettre d'accord, c'est vraiment qu'ils me racontent n'importe quoi ! ». 'Fin... moi je le prendrai comme ça en tout cas ! Je transpose : j'ai deux artisans qui viennent chez moi et qui dit « Ouuh attention votre mur porteur il faut tout refaire jusqu'aux fondations, et tout ! » et l'autre qui vous dit « Ah, il faut refaire le crépi ! ». Putain mais je dis quoi ? C'est perturbant... Il y en a un qui dit que ma maison va s'effondrer et l'autre que c'est juste du crépi à refaire ? Enfin je prends un exemple complètement con, mais pour le patient c'est ça : « Y'en a un qui dit il faut que je prenne ce médicament si je vais faire un infarctus... » Euh, bon on est très branché cardiologue,

hein, j' remarque ! « Et mon médecin généraliste, il dit que ce qu'il va me donner c'est de la merde et que ça va me rendre malade ! ». Pfff... Je fais la version courte, mais c'est quand même ça en fait !

C4 : Ah bah oui ! A dit C4 ! (rires de C1, C3 et C6)

Animateur : Donc tout à l'heure je vous avais demandé ce que vous ressentiez à la découverte de la modification de l'ordonnance. Qu'est-ce que vous ressentez à la remodifier à votre tour ?... Donc vous avez identifié la balance bénéfices-risques qui est défavorable et vous décidez de changer le traitement, comment vous vous sentez ? Quel est votre ressenti ? (rires des participants)

(Plusieurs participants parlent en même temps)

C6 : Satisfaite !

C5 : Je suis d'accord !

C3 : On la rencontre pas quand on a l'alliance avec le patient, donc après on est... ça y est on est bien !

C2 : C'est ce que j'allais dire, ça dépend complètement de la réaction du patient !

Animateur : Et ben justement, on y vient ! Parce que c'est ma question d'après. Quand vous avez été dans cette situation-là, quelle a été la réaction de vos patients ? Quand vous remettez en cause la prescription qu'il vous demande de reconduire ?

C2 : Variable !

Animateur : Ça veut dire quoi variable ?

C2 : Ben des fois le patient va adhérer à ce qu'on dit et effectivement c'est plutôt satisfaisant parce que... On tombe dans le renforcement narcissique ! Si nous, le généraliste, faire adhérer à notre projet thérapeutique le patient, c'est vachement bien. A l'inverse, moi ça m'est arrivé que le patient n'adhère pas du tout, et qu'il me dise « Mais bon sang, le spécialiste m'a dit que, et vous vous n'êtes que généraliste... ». Pfff, ben dans ce cas-là, c'est parti pour un conflit avec le patient ! Moi j'ai un patient qui est parti, ça faisait pas trente ans que j'exerçais, mais c'est moi qui lui ai dit, je lui ai dit « A un moment, écoutez, manifestement on n'est d'accord sur rien, et je ne parlais pas de truc grave en plus ! Quelqu'un qui était sous statines, quelqu'un qui était sous... mmh, pas les statines les autres... sous fibrates !

C4 : Ah oui les fibrates !

C2 : Sous fibrates !

C4 : Ça existe encore ?

C2 : Quelqu'un faisait des PSA en dépistage systématique, et quelqu'un qui voulait absolument voir un endocrinologue pour un diabète débutant, je parle de glycémie à 1,30g/L et d'une HbA1c à 6,5 hein ! Euuh... et donc j'étais d'accord avec rien, sur son truc... Alors c'était pas tout à fait une modification de traitement, c'était un nouveau patient.

C5 : Il n'y avait pas encore d'alliance thérapeutique...

C2 : C'était pas un premier contact, c'était des premiers mois de suivi.

C5 : D'accord !

C4 : Après il est venu à mon cabinet et ça s'est bien passé. (rires de C2 et C6) Ce que je veux dire, c'est qu'il t'a testé, puis tu vas pas avec lui et puis c'est tout !

C2 : Ben oui oui...

C3 : Moi je trouve que cette discussion de balance bénéfices-risques elle est bien. Parce que soit le patient il adhère à ce qu'on dit, et ça fait du renforcement positif on est plutôt content ! Soit il adhère pas, et en général, moi je... j'ai en tête deux trois patients comme ça, et en effet je pense que je les ai un peu perdus comme ça, parce que on peut pas continuer à être médecin traitant. Je pense que s'il a quelque chose d'important on peut... et quelque part j'ai eu la satisfaction au moins d'avoir pu dire les choses et de pas avoir fait semblant, et de prescrire quelque chose avec lequel au fond de moi j'étais pas d'accord ! Donc finalement il n'y a que du bénéfice !

C2 : Et du coup tu es satisfaite qu'il s'en aille ? (rires)

C3 : Voilà ! Et le cardiologue peut lui represcrire sa statine, je sais pas (rires). Je suis pas satisfaite qu'il s'en aille, c'est pas bien... de dire ça,

C4 : Oui alors...

C3 : Satisfaite de pas avoir fait semblant en tout cas ! De pas avoir reconduit une ordonnance avec laquelle j'étais... Je pense que j'aurai été plus malheureuse de continuer à prescrire quelque chose où au fond de moi j'étais... ça aurait été une bêtise je crois !

Animateur : Malheureuse ?

C3 : Oui...

C4 : Ben elle veut dire... Son image d'elle-même est positive.

C3 : Malheureuse... en soucieuse, je sais pas si « malheureuse » c'est... c'est trop fort ! (rire nerveux)

Animateur : Je veux comprendre d'où vient ce malheureuse...

C3 : Mais oui je pense qu'on peut mettre un peu d'émotion là-dedans ! Et être euh... Malheureuse est peut-être un peu fort, mais c'est satisfaction, on peut travailler, voilà...

Animateur : Est-ce que vous avez d'autres ressentis par rapport à ce dont on vient de parler ?

C1 : Oui, la satisfaction d'avoir réussi une alliance thérapeutique, mais après...

Animateur : Donc plus sur une vision à long terme ?

C1 : Oui.

Animateur : Okay.

C5 : Après, sur la réaction du patient, dans ces situations-là, c'est un dialogue de réactions en fait. Moi j'ai un premier discours, le patient il a une façon de réagir, et puis à laquelle je vais m'adapter, nuancer mon propos, proposer un compromis et puis voilà. Sur les différentes façons de gérer, il y a un exemple qui me vient en tête, typiquement la contraception de la fumeuse de plus de 35 ans, il a pu m'arriver moi, pas forcément de refuser complètement mais moi je vous fais une ordonnance pour un mois, deux mois, le temps de revoir votre gynéco et je vous explique pourquoi je pense qu'il faut changer votre moyen de contraception. Donc je vous dépanne le temps d'y réfléchir un peu, le temps de revoir votre gynéco, et... de manière à m'ajuster un peu à la réaction de la patiente, et était plutôt... plutôt pas d'accord avec ce que je... je lui disais. C'est une façon de m'ajuster un peu, de trouver le juste milieu pour... laisser une porte ouverte, pour laisser un peu de... d'espace de réflexion.

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

C2 : Non c'est pas qu'il est plus compétent, c'est qu'à ce moment-là, la patiente... quand moi je lui disais que je n'étais pas d'accord avec la prescription du gynéco, elle n'était pas satisfaite. Elle était satisfaite de sa pilule et ça l'arrangeait bien de rester sur la position du gynéco, donc c'était une façon

de lui dire « Moi je suis pas d'accord, réfléchissez-y et vous en discuterez avec lui en expliquant mes arguments. ». Simplement en disant que moi j'étais pas d'accord et que je n'allais pas faire un renouvellement de douze mois quoi, mais que bon je pouvais euh... une façon voilà de ne pas m'opposer frontalement, tout en lui disant que je n'étais pas d'accord et en lui laissant une piste de réflexion, mais qu'elle pouvait aussi revenir me voir moi... Si d'un coup elle préfère lâcher son gynéco et revenir me parler, du coup la porte elle reste un peu ouverte pour ça aussi quoi !

Animateur : Est-ce que vous auriez des choses à ajouter justement par rapport à la réaction de vos patients ? Dans ces situations où vous avez remis en question la prescription qu'on vous demandait de reconduire ?

C2 : Globalement les patients ils nous écoutent ! Comme on l'a dit, comme a dit C4, c'est très important d'avoir son médecin traitant choisi. Alors nous on est dans des zones géographiques où ça va ! Y'a encore des toubibs autour, on n'est pas le seul médecin dans les quinze kilomètres alentours où là, peut-être que ça devient peut-être plus compliqué parce qu'ils nous choisissent plus, si par défaut il n'y a que nous. Donc il y a encore cette notion de « Ils nous choisissent. », bon sans parler de ceux avec qui avec ça va pas : ils sont d'accord, ils sont pas d'accord, et à ce moment ils changent, et nous, presque, on s'en rends même pas compte.

C4 : Oui...

C2 : Ils reviennent pas nous voir !

C4 : Et puis comme ils allaient pas avec nous, ben... on est contents !

C2 : Ben c'est ça ! ... Donc sans conflit ouvert, où ça reste... où c'est exceptionnel que des patients nous disent au revoir en claquant la porte en nous disant qu'ils sont pas d'accord, pff. Si ils sont pas d'accord, ils nous disent pas et puis ils changent. Enfin, moi j'ai un peu c'te sensation.

C1 : C'est vrai que les médecins connaissent très bien leur patient. Je me rappelle d'un maître de stage qui était jamais d'accord avec les prescriptions des spécialistes, qui criait haut et fort que c'était tous des vendus des laboratoires, et qui était en froid avec tous les spécialistes du coin...

C2 : Un enseignant du DMG... haha ! (rires)

C1 : Et lecteur émérite de Prescrire (rires de tous les participants)...

C4 : Alors alors, racontes !

C1 : Et en fait ça faisait rire les patients, parce que les patients ils le connaissent, et limite ils s'attendaient à cette réaction... et donc il savait très bien, et donc la relation était pas du coup rompue ni avec les spécialistes ni avec le patient, et y'avait quand même finalement une prise en charge adaptée. Parce que ça correspondait à son caractère... (rires)

C3 : Je sais pas si tu veux nous faire parler finalement qu'on intègre le patient dans la discussion...

Animateur (discrètement) : Ah non non...

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

Animateur : Est-ce que vous partagés... ? Qu'est-ce que vous en pensez ?

C2 : Je suis d'accord !

C1 : Oui je suis d'accord, le plus important c'est le dialogue avec le patient !

Animateur : Okay ! Alors je vous propose qu'on passe à la dernière partie. Donc : quels types de besoins formulez-vous pour vous appropriez votre rôle de médecin traitant ? Quels types de besoins formulez-vous pour vous appropriez votre rôle de médecin traitant ?

(plusieurs participants soupirent, principalement C2)

C2 : T'es sûr là onze heures moins le quart là ? (rires des participants)

C4 : Un peu moins de patients et un peu plus d'argent... (utilisant un ton lent, moqueur, et suivi des rires des participants)

C3 : Ça peut tourner politique un peu ? Je sais pas, parce que...

Animateur : C'est plutôt en lien avec tout ce dont on vient de parler en fait ?

C2 : Il faut d'abord une CPTS ! (rires des participants)

C5 : Une bonne alliance thérapeutique ! Une bonne alliance thérapeutique avec le patient c'est le principal ! C'est que moi je me sens en plein dans mon rôle de médecin traitant, c'est quand il y a une bonne alliance thérapeutique !

C4 : Ah ben voilà ! Dis donc il a bien résumé C5.

C3 : C'est parfait, validé !

Animateur : Comment vous vous appropriez la légitimité de votre rôle de médecin traitant ?

C2 : Comment on s'approprie ? Ah.

C3 : Comment est-ce qu'on se sent légitime ?

C2 : Je pense que ça passe par la confiance que les patients nous accordent. On a ce rôle, on a cette proximité... Cette disponibilité aussi ! On est vraiment les soignants de premier recours. Pas au sens « urgent » du terme, mais quand il y a un problème de santé on est le premier interlocuteur. Quand y'a un souci... après la belle-sœur ! (rires de C1, C3 et C6) Elle est disponible par WhatsApp plus vite ! (rires de tous les participants). Ouais pour moi il est là notre... notre justification du médecin traitant. Le premier recours et comme dit *** [prénom de C5], pour moi ça veut dire que ce qu'on fait c'est centré sur les patients. Quand je parle au patient je parle de lui, je parle pas de... son insuffisance cardiaque, je parle pas de son apnée du sommeil ou de... Ma légitimité elle passe par ça, et par le fait qu'on les voit, qu'on les revoit et qu'on les suit. C'est... on n'est pas un interlocuteur ponctuel !

C5 : Oui, par opposition à là où j'ai le sentiment de pas être légitime au regard du patient, c'est ces quelques patients qui sont pas si fréquents que ça... qui picorent les avis de spécialistes en accès direct et qui viennent me voir ponctuellement pour un petit truc... et là moi je sens bien que dans le regard je suis pas du tout légitime, je suis juste là... ils gèrent leur santé sans moi. C'est l'extrême inverse de ce que disait *** [prénom de C2].

C2 : Toi t'es bon pour voir s'il y a des bouchons de cérumen quand il faut les enlever quoi. (C3 et C5 acquiescent) Et encore... pt'être qu'ils iront voir un ORL ! C'est pareil, ça reste assez minoritaire dans notre patientèle.

C5 : Très minoritaire ouais.

C1 : Moi je suis remplaçante et j'ai touché du bout du doigt vraiment le rôle de médecin traitant pendant un congé maternité sur plusieurs mois, et c'est vrai que j'ai senti vraiment la différence de quand tu es

remplaçant, sur le fait de vraiment connaître les patients et de la confiance qui s'instaurait. C'est là que ça a vraiment changé dans la pratique.

Animateur : Qu'est-ce qui a changé ?

C1 : Je me sentais moins... juste là pour régler des problèmes... aigus... juste... Ouais dans le regard des patients ça a changé ! Pour venir me voir même... j'avais l'impression qu'ils me choisissaient... Ils voulaient mon avis... Il y avait plus un échange dans... dans la prise en charge ! J'étais pas qu'une intervenante, épisodique, comme ça... de temps en temps... qui était là pour signer l'ordonnance et c'est tout quoi.

Animateur : Est-ce que tu as l'impression que ça a changé ta légitimité ?

C1 : Tout à fait ! Tout à fait oui je me suis senti plus légitime. Plus dans mon rôle, oui, à ma place. Et pour en revenir à la question d'avant, c'était... notre rôle dans la balance bénéfices-risques... ? C'est ça ?

Animateur : Mmmh... pas tout à fait... Qu'est-ce que tu voulais dire ?

C1 : J'pensais que un de nos rôles pour la balance bénéfices-risques, c'est justement d'assurer cette part scientifique, cette part objective, pour définir cette balance bénéfices-risques et de garder le côté subjectif au rapport avec le patient, pour toujours garder l'approche centrée-patient...

Animateur : Donc la question de la légitimité...

C3 : Moi je voulais rebondir sur ce que C2 et C5 ont dit, moi je pense que c'est le patient qui nous la rend la légitimité. Je suis toujours contente quand ils vont voir le spécialiste, et qu'ils reviennent me dire « C'est quand même le spécialiste... »

C4 : « Je prends ce qu'il m'a donné là ? » (imitant un patient interrogatif).

C3 : Ouais !

C4 : « Bah je l'ai pas acheté ! ». Régulièrement il y en a comme ça. « Ouais ouais j'lui fais confiance, mais... ».

Animateur : Vous avez la légitimité que... les patients vous donne ? En tout cas c'est que vous imaginez que les patients vous donnent ?

C3 : Disons qu'on la ressent dans ces cas-là !

Animateur : Que vous la ressentez. Okay. C6 ?

C6 : Oui, je suis d'accord avec C2 ! C3 ! C5 ! (rires de tous les participants) Euh, oui, non, la légitimité c'est le patient qui nous la donne. C'est frustrant d'ailleurs, parce que finalement on fait notre boulot, on est légitime à faire notre boulot, mais... mais d'un autre côté, si on a pas effectivement en face, si ce retour, on sera pas légitime, contrairement à d'autres spécialités j'pense d'ailleurs, alors qu'on fait notre boulot.

C4 : La légitimité c'est la société qui nous la donne ! Et après si nous on se sent pas légitime, c'est de la pathologie ! (rires de tous les participants)

C2 : Bon, on va parler du burn-out du médecin maintenant ? (rires de tous les participants)

Animateur : Non mais c'est intéressant cette histoire de ...

C5 : J'pense qu'on se sent légitime parce qu'on a fait nos études, notre diplôme, on essaie de se former, et cætera, on se sent légitime, mais c'est pas satisfaisant dans notre métier de se sentir légitime si le patient en face il nous légitime pas. Bon après, en général, il part, il va voir quelqu'un d'autre... donc

ça nous arrange ! Nos patients qui, eux nous ont choisi, parce que justement on a un peu la même manière de voir les choses, eux ils adhèrent à notre façon de faire, ils nous légitimes, je pense que c'est peut-être un peu ça... J'essaie de faire la synthèse des multiC.

Animateur : Est-ce que vous voulez rebondir par rapport à la synthèse qu'à fait C5 ?

C3 : Très bonne synthèse ! (sourire des participants)

Animateur : Bon alors vraiment la toute dernière partie. C'est une petite intervention... C'est un rappel de la législation française qui concerne le rôle de médecin généraliste. Le texte est issu du code de la santé publique, il a été introduit par la loi HPST, Hôpital Patient Santé Territoire, en 2009. C'est l'article L4130-1. Donc les missions du médecin généraliste de premier recours sont notamment les suivantes :

1° Contribuer à l'offre de soins ambulatoire, en assurant pour ses patients la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des maladies ainsi que l'éducation pour la santé ;

3° S'assurer de la coordination des soins nécessaire à ses patients ;

Et :

5° S'assurer de la synthèse des informations transmises par les différents professionnels de santé ». J'voudrai surtout vous...

C2 : Tu as oublié la marguerite des compétente (utilisant un ton blagueur) !

Animateur : Oui, mais je voudrais surtout qu'on s'attarde sur la dernière phrase qui est : S'assurer de la synthèse des informations transmises par les différents professionnels de santé.

C4 : Il est génial celui qui a dit ça ! A dit C4.

C2 : Tu veux dire qu'il faut qu'on fasse des synthèses de volet médical dans le DMP ? (rires des participants)

Animateur : Je vous demande juste qu'est-ce que vous en pensez de cette partie ?

C4 : J'en pense que c'est vraiment le rôle du généraliste !

C5 : Je rajouterai après les mots « Synthèse », « critique ». Synthèse critique !

C4 : Ben c'est ce qu'il voulait dire !

Animateur : Alors non, moi j'ai lu un texte de loi...

C5 : C'est un peu plus qu'un rôle de secrétariat médical où l'on va (C4 est outré : « Ah bah !!! »)... On expliqué au patient, voilà : « Monsieur K vous a prescrit du *Crestor*[®] (rires de tous les participants), à prendre tous les soirs... »

C4 : Non, il vous a prescrit du *Crestor*[®] pour ça ! (en mimant un surpoids). Soyez conscient que vous pourriez faire mieux, en vous bougeant les fesses... en mangeant comme ça...

C6 : Je dirai, à la condition d'avoir le retour des différents professionnels de santé (utilisant un ton sarcastique, suivi des rires de tous les participants).

C5 : Spéciale dédicace au *** [nom de l'hôpital psychiatrique du secteur] ! (rires des participants)

C4 : Mais pas que ! Y'a aussi un cardiologue qui... (rires de tous les participants)

C3 : Monsieur R ?! (rires)

C4 : Oui !

C2 : Mais siiii, il t'envoie une écho cœur, le compte-rendu il est vide !

C5 : Ben il le remet au patient !

C2 : Il le remet au patient. Une fois sa femme elle avait gueulée, alors il avait gribouillé trois lignes à la main, pour un mec qui devait avec un remplacement de valve... infarctus, etc... (rires)

C5 : Voilà, tout va bien ! (rires)

C2 : Ah ben oui (rires) ! ... On est les seuls, enfin pas les seul, faut pas exagérer... on est une des rares spécialités à faire de la médecine centrée-patient ! Et pas centrée-organe ! C'est évident qu'en découle ce problème de synthèse qui peut nous mettre en porte à faux avec certains spécialistes un peu obtus, enfin comme on a dit, qui ne voient que leur partie du travail. « Et si si si, allez-y là, faut pousser les IEC, allez-y, dix milligrammes ! » (imitant un cardiologue), « Oui, mais il a vingt-sept de clairance, vous êtes sûr... ? » (faisant une petite voix dubitative), « Puis il fait chaud, là c'est la canicule... ». Donc c'est toute la valeur de notre métier, c'est pour ça qu'on la choisit tous autant qu'on est, on se serait fait chier dans une spécialité d'organe !

C3 : C'est vrai...

Animateur : Est-ce que ça vous apporte autre chose d'avoir cette information ?

C5 : Quelle information ?

Animateur : S'assurer de la synthèse des informations transmises par les différents professionnels de santé, et que ce soit écrit dans un texte de loi.

C2 : Et ben j'aurai bien voulu qu'avec tout ça, ils revalorisent mieux nos consultations ! Voilà ! (rires des participants)

C4 : C4 dit la même chose que C2 ! (rires de C3)

C5 : Quel est le tarif de la consultation de synthèse ? (rires de tous les participants)

C2 : Alors ça a existé, c'est le CA qui maintenant a été annulé, c'est remplacé par le forfait médecin traitant ! (C4 et C5 acquiescent) Si si qui ont augmentés, on n'a rien à dire !

C5 : Y'a quand même une démarche de...

C3 : De revalorisation.

C4 : Ah ben oui, C4 a pu s'acheter une belle C5 ! (rires aux éclats de tous les participants)

C5 : C5 s'est acheté une belle C4 !

C2 : Et C2 est venu en C4 ! (poursuite des rires)

C5 : Ah ? C2 a changé de voiture ?

C2 : Non, ça fait longtemps que je l'ai ! 1 an et demi.

Animateur : Pour qu'on puisse couper l'enregistrement, est-ce que vous auriez d'autres choses à... enfin, qu'est-ce que vous auriez d'autre à ajouter par rapport à... ? Dernière minute sur tout ce qu'on aura raconté ce soir ! (silence de 7 secondes) Ah je casse l'ambiance, je suis désolé...

C5 : Je voudrais rajouter quelque chose par rapport à la réaction des patients. Parfois ils ont une réaction un peu retardée... J'ai un confrère qui... s'est retrouvé dans un débat... de savoir, de l'intérêt de doser le cholestérol... Un patient qui avait très mal pris un refus de prescription d'EAL... Le patient l'a très mal pris, il a changé de médecin et il est venu me voir. Ben en fait il n'était plus demandeur d'EAL, il avait cogité, et il se sentait peut-être pas de revoir le même médecin, mais en voyant un autre du coup, il avait changé de perspective. Ca y'a quand même un bénéfice... un avantage à distance...

Animateur : Bon je crois que vous êtes tous fatigués, moi y compris, on va s'arrêter là.

C4 : Mais il avait fait une belle conclusion !

Entretien collectif :

Animateur : Bonsoir à tous et toutes. Je suis Bastien Doudaine, médecin généraliste remplaçant et je réalise une thèse portant sur la prescription en médecine générale. Merci d'avoir accepté qu'on se rencontre ce soir. Ça devrait durer environ 1h30, voire 2h... Pour ce travail, il est nécessaire que cet entretien soit enregistré dans son intégralité. Il va être anonymisé dès le début, donc ce que je vous propose, pour commencer l'anonymisation, c'est de vous nommer directement. Tu peux t'appeler D1, D2, D3, D4, D5 et D6 ? (en désignant à chaque fois un/une des participants). Est-ce que vous êtes d'accord avec ce principe ?

D1 : Okay.

D2 : Oui.

D3 : D'accord.

D4 : Okay !

D5 : Oui.

D6 : Okay !

Animateur : Est-ce que vous acceptez tous d'être enregistré ce soir ? Alors, vous devez toujours avoir à l'esprit que les questions concerneront tout autant les traitements médicamenteux que les prescriptions d'examens complémentaires ou paramédicales. Vous avez également devant vous de quoi écrire si vous avez besoin de prendre des notes durant l'entretien, et du coup c'est moi qui vais le modérer. Euuh, je vous propose qu'on attaque tout de suite avec la première partie, qui sera : pour vous, qu'est-ce qu'évoque la notion de balance bénéfices-risques ?

(silence de 7 secondes)

D3 : Euuh, la balance bénéfices-risques c'est le fait que dans chaque prescription il y a des bénéfices attendus et des risques encourus par le bénéficiaire de la prescription et que parfois, même en étant bienveillant, on peut exposer notre patient à plus de risques que de bénéfices, dans une prescription d'examens complémentaires ou de médicaments.

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

D5 : Je suis d'accord avec ça, en effet, ça permet de... d'amener de l'alliance thérapeutique ! Et je dirai presque plus que toi [prénom de D3], c'est que ça ne concerne pas uniquement la prescription, mais tous les actes médicaux qui sont... qui sont concernés par cette notion de balance bénéfices-risques.

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

D5 : Même dans l'entretien ouais ! Ou dans le... le... Par exemple dans l'entretien motivationnel... Une consultation dédiée à une prise en charge psychologique, il va y avoir des impacts, des effets oui... En tout cas je pense que c'est des choses qu'on prend actuellement en compte tous dans notre activité et dans notre façon de soigner (D6 acquiesce).

D4 : Elle est au cœur des quatre... de l'EBM, des données actuelles de la recherche, de... le contexte de la consultation et le... le patient..., la balance bénéfices-risques.

Animateur : D5, tu disais « On la prend tous en compte... », c'est qui ce « on » ?

D5 : Ben déjà je pense que c'est les personnes qui sont présentes ici ce soir. En tout cas dans notre groupe de pairs, je pense qu'on fait bien attention à ça. Et je pense que ça peut nous apporter des arguments de deux manières, c'est-à-dire... en tout cas ce que ça m'évoque c'est du positif pour le patient, en disant : « Voilà, je pense que ce médicament comporte certains risques, mais il va vous apporter plus de bénéfices. On peut prendre ce risque parce que je pense qu'il vous faut prendre ce type de traitement ! » ou voilà... Et puis inversement, ça va pouvoir nous apporter des arguments dans le refus, dans la discussion, en disant « Ben oui, je suis d'accord que vous souhaitiez ce traitement, mais je ne prescris pas ce type de médicament parce que. ».

D3 : Moi dans le « On », j'avais entendu moi médecin avec mon patient.

D2 : Je suis d'accord, c'est essentiel pour l'alliance thérapeutique. Avec ce terme, on simplifie des fois des choses techniques, pour le faire... le rendre audible au patient, où nous par médicament on a en tête des notions de risques ou de bénéfices mais qui sont parfois trop complexes à faire comprendre au patient et en leur disant ça, voilà qu'on les expose à des bénéfices qu'on recherche mais aussi à des risques, c'est vraiment plus facile pour eux à comprendre.

D6 : Moi je pense que c'est important d'évoquer ces deux versants, à la fois le bénéfice mais aussi le risque parce que y'a des patients... On a beaucoup de patients qui reviennent en disant « Ah mais y'a plein plein d'effets secondaires ». Et que, certes, on va pas tous les exposer, mais je pense que c'est important de les évoquer pour que les patients ils partent avec des éléments et qu'ils ne se retrouvent pas en panique chez eux sur les bénéfices, 'fin sur les risques de certains traitements, ce serait d'autant plus angoissant si on en parlait pas au moment où on prescrit le traitement.

Animateur : Pourquoi ?

D6 : Ben parce que je pense que quand on a expliqué à un patient, chépa par exemple un antidépresseur, que initialement ça peut donner certains effets secondaires et pas forcément l'effet attendu, ben le patient il va pas se retrouver chez lui en se disant « Ah ben c'est pire depuis que je le prends... Mon médecin il m'a prescrit un traitement et c'est pire depuis que je le prends. ». Si on prévient que c'est une phase courte, ben le patient il va s'adapter. Parce que si on n'a rien dit, en effet, qu'on n'a pas exposé qu'il y avait ce risque-là et que potentiellement il allait s'atténuer, ben on expose d'autres patients à être encore plus mal que si on n'avait pas expliqué. Voilà, là c'est un exemple, mais je pense qu'il y a plein de traitements où c'est bien qu'on puisse dire « Bon ben voilà, vous allez prendre ce traitement, il peut se passer ça, ça et ça, et c'est important de l'avoir en tête. ».

D1 : Comme disait [prénom de D4], je trouve ça imagé. Je le fais souvent avec mes mains (rires), pour voilà... Et c'est vrai que c'est vraiment... ça reste assez personnalisable en fait ! Parce que nous on peut avoir une idée sur la balance bénéfices-risques du médicament, 'fin du traitement en général, ou de la prescription d'examen complémentaire, mais le patient il a son idée aussi, lui il peut trouver que les bénéfices sont supérieurs aux risques. Et il peut ne pas être d'accord avec nous. On peut aussi respecter son opinion, quand on l'a prévenu effectivement de tous les bénéfices et de tous les risques. C'est lui qui fait la décision... Enfin on a quand même le droit de refuser un traitement si on en est convaincu !

D3 : Il est indispensable de l'évoquer je crois parce que, les patients, c'est ce qu'ils vont faire une fois rentrer à la maison, ouvrir la boîte, ils vont dérouler la notice et lire les effets secondaires, et s'ils voient des trucs qui leur font peur, et qu'ils ont anticipé, et ben ils ne vont pas utiliser le produit. Et finalement, ne pas évoquer les risques avec le patient, c'est le prendre pour un... c'est le prendre pour un benêt quoi !

D6 : Moi ce que je trouve aussi c'est que, enfin moi ce que je dis souvent à mes patients, c'est que... si je vais... si j'écris un médicament sur l'ordonnance, c'est vraiment dans le but qu'il le prenne et pas dans le but qu'il embarque une ordonnance en disant « C'est bon elle m'a soulé, j'veais le jeter ! ». Je leur dis « Moi je vais pas prendre la peine de sortir une ordonnance si vous avez pas décidé de prendre le traitement et... » c'est aussi à ce moment-là qu'on expose la balance bénéfices-risques, et que si le patient il dit « Ben je suis pas encore prêt ! », ben on fait pas l'ordonnance parce que... Je trouve que c'est dommage que nos patients... Enfin moi j'ai eu le cas récemment avec quelqu'un qui m'a dit ça : « On m'a prescrit un traitement, je suis rentré chez moi et j'ai j'té l'ordonnance ! ». Après ma consultation, je préférerais vraiment que mon patient me dise « Non je ne vais pas le prendre. » et que je ne le prescrive pas ce coup-ci.

D5 : Moi j'emploie souvent avec mes patients, ça rejoint un petit peu ce que tu dis, la notion de sobriété thérapeutique, en disant qu'on essaie de prescrire le moins possible. En effet, quand je propose de prescrire un médicament, ça veut dire que c'est réfléchi et je vais vous expliquer pourquoi je voulais vous le donner, quel était le risque et quel était le bénéfice attendu, ou si pour moi les risques sont plus élevés que le bénéfice, je ne vais pas vous le prescrire.

D4 : Des personnes qui peuvent être résistants quel que soit la prise en charge qu'on propose, c'est vrai que ça va pouvoir permettre de discuter... pas forcément de lever, mais de discuter les freins ! Et... d'avoir une... ben euh ouais... une... améliorer notre relation, notre alliance thérapeutique et vraiment de... d'aller plus loin dans l'exploration de ces freins et de... de pouvoir avancer si pouvoir forcément arriver à la prescription ou à la non-prescription, parce que c'est vrai que ça va aller dans un sens ou dans un autre... ça peut nous servir. En tout cas, cette balance, elle permet d'améliorer la communication, avec le patient.

D5 : Oui je pense que c'est un levier pour explorer l'agenda médecin et l'agenda patient, si je veux reformuler ce que tu dis.

Animateur : « La... » ?

D5 : L'agenda médecin et l'agenda patient.

Animateur : D'accord.

D3 : J'aime bien ce qui vient de se dire là, sur la notion de sobriété thérapeutique, et finalement sur cette balance bénéfices-risques, c'est : à bénéfices identiques, allons chercher le moindre risque (D4 acquiesce). Cette remise en cause qui est permanente de tout instant, mmh, moi je trouve que elle est assez caractéristique de notre pratique quotidienne où on est tout le temps en train de remettre tout en cause finalement, parce que, en fonction de la personnalité du patient, ou de son vécu, ou de son histoire, on s'adapte en permanence et euh... ben le bénéfices-risques il est un petit peu large, mais euh... finalement nous on fait de... dans chaque situation de soin auquel on est confronté, euh..., on va réfléchir précisément au bénéfice attendu pour ce patient-là et les risques ben en fonction de pleins de choses.

D2 : Cette notion elle est très utile tout au long de la démarche, que ce soit de la prévention, ou du curatif, ou... de la prescription d'ordonnance, on parle de médicament, mais aussi d'imagerie, enfin du coup elle est vraiment utile, de façon très transversale en fait.

D4 : Aussi sur tout ce qui est demandes de... enfin tout ce qui est attrait aux médecines complémentaires, ou parfois on a peu d'informations et on connaît éventuellement les risques, ou on connaît pas les bénéfices et où ça peut nous servir quand même là où on a des données de la science qui sont quand même très limitées... ou on va dire : « Ben écoutez, c'est très important pour vous, à priori y'a pas de risques, bon ça a peut-être un coût pour vous ou pour la société, je sais pas, donc pourquoi pas. », ou alors « Ben là on sait qu'il y'a des risques et on connaît vraiment pas du tout le positif de la balance... ». Ben ça, ça permet d'avoir une approche un tout petit peu scientifique là où c'est difficile d'en avoir.

D3 : Et là tu rajoutes la notion de coût-bénéfice. Parce qu'à balances bénéfices-risques proches, on peut aussi aller réfléchir sur quelle est la balance la plus bénéfique de deux options qui seront peut-être valables. Mais on sera un petit peu hors sujet en discutant de ça j'y pense.

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

[Coupure de courant, l'entretien s'arrête, et tout le monde rit.]

D1 : Ah !

D3 : Coupure de courant, tiens !

D5 : On peut continuer dans le noir aussi.

D1 : Ouais, on peut continuer dans le noir. Faut que tu puisses lire ta grille aussi...

Animateur (en riant) : Oui !

[La lumière revient.]

Animateur : Donc on était sur...

D5 : On change de question à chaque coupure (rires) !

Animateur : sur le risque économique...

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

D4 : Mmh mmh mmh ! (réaction d'accord avec D3)

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

D6 : Ça peut être pareil pour les arrêts de travail... Un arrêt de travail peut aussi comporter certains... Où le bénéfices-risques ou le bénéfice-coût est important, et que les patients le... enfin des fois c'est important de le rappeler au patient quoi.

D3 : C'est juste !

Animateur : Donc si je reformule un peu tout ce que vous avez dit jusqu'à présent, j'ai eu l'impression que la balance bénéfices-risques dans votre pratique c'est un outil que vous utilisez quotidiennement...

D4 : Mmh, oui.

D1 : Pluriquotidiennement même plutôt.

D5 : Comme un socle, même, plutôt !

D4 : On peut l'utiliser de manière inconsciente... On va dire inconsciente comme outil de réflexivité interne, et consciente avec le patient comme outil de communication.

Animateur : Alors c'est quoi un outil de réflexivité interne ?

D4 : Ben ça fait partie de la réflexivité de la consultation, entre la demande, la négociation, les plaintes... les données actuelles de la recherche... cette petite cuisine interne et... on va y mettre le risque économique aussi, enfin le coût économique, enfin globalement tout ce qui... pour que ça tienne le coup.

D6 : Je pense que ce que tu veux dire c'est qu'il y a ce que nous on réfléchit, ce que nous on prend en compte dans notre réflexion et ce que des fois on est amené à expliquer au patient, et des fois pas forcément, parce que la situation ne le permet pas ! En tout cas nous dans notre tête on le fait systématiquement, mais c'est pas systématiquement qu'on l'exprime en tant que tel au patient.

Animateur : Et du coup il y a une part de conscient et d'inconscient ?

D4 : C'est notre travail en consultation, on se rends plus compte de... on va synthétiser par mal d'informations et on va prendre la décision pendant la consultation. Elle intervient partout la...

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

D5 : C'est une des hypothèses de la pédagogie de dire finalement quand on a une expertise, on est « inconsciemment compétent » (mot dit en cœur avec D3).

D1 : C'est que disait D4 (rires), c'est à la fois inconscient, conscient et explicité finalement. Il y a même trois niveaux, on peut être conscient de ce qu'on fait mais sans l'expliciter. Y'avait trois niveaux...

D5 : Bien sûr !

D3 : Il manque de référence le...

D4 : Et pour rejoindre D5, je crois que dans l'introduction il disait « C'est pour descendre les spécialistes... ? » ou une formule du genre, on va s'en servir aussi pour en toute confraternali...té, euh... composer avec des ordonnances ou des prises en charge qui viendrait de nos confrères hospitaliers ou d'autres spécialités, où cette balance bénéfices-risques elle manque peut-être de globalité quand on est dans une spécialité d'organe et où on va reprendre notre patient en consultation dans sa globalité et que elle va prendre d'autres niveaux cette balance bénéfices-risques.

D1 : Donc ce que disent D4 et D5, c'est nous et nôtre, c'est les médecins généralistes.

D5 : Je pense que c'est ça oui.

Animateur : Est-ce que c'est tous les médecins généralistes ?

D3 : Comment le saurait-on ?

D4 : Parce que on aime bien parler de « je » à la troisième du singulier ou à la 1^{ère} personne du pluriel, en médecine ! (rires des participants)

D5 : Enfin surtout quand tu as un nom à particule quoi ! (éclats de rire des participants)

D3 : Je trouve intéressant ce qui vient d'être dit là, à partir la blague sur la particule (rires discrets de certains participants). C'est vrai que sur l'aspect confraternel, les décisions que prennent nos confrères spécialistes d'organe, finalement, ne sont pas dictés par... mmm... par l'approche globale, mais par

l'approche sur la pathologie souvent et donc comme on a un point de vue différent ben forcément on n'a pas mis les mêmes choses dans les deux plateaux de la balance. Et ce qui a pu être très bénéfique pour le patient du point de vue du spécialiste, peut nous paraître plutôt risqué et j pense qu'une part de la dissonance qu'il peut y avoir entre la prescription de spécialiste commenté par un généraliste, c'est le fait que on pèse pas les mêmes choses.

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

D3 : Oui j'ai une très grosse balance (employant un ton grave et ironique, suivi de rires et des rires de plusieurs participants).

D5 : Mais en réalité, c'est... c'est-à-dire que tu vas avoir un argumentaire fort en fait ! Face à ça, grâce à cette balance bénéfices-risques. Il y a des arguments qui vont être difficilement démontables finalement.

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

D4 : Ou tout le monde ne met pas, je sais pas... pfff, pour faire la métaphore de la balance...

D1 : Le même poids ?

D4 : Mais tout le monde ne met pas les mêmes items dans la balance. Là ben justement on n'a pas parlé, ben : le social, donc effectivement la prise de tel médicament est-ce que ça va être possible dans tel cadre social en fait, est-ce que un régime alimentaire antidiabétique dans une famille où en fait il y a déjà trois régimes différents parce que chacun va composer comme il peut... dans l'idéal c'est bien, mais ce qu'on voit bien dans notre job, c'est que en pratique c'est pas forcément... en tant que médecin de famille, ben c'est pas très possible... 'Fin y'a tous les champs de famille de situation qu'on va rencontrer au cabinet, et ça, c'est ces éléments qu'on va mettre dans la balance ! Si on dit que de toute façon il faut qu'il arrête de fumer, qu'il est en post-infarctus, qu'il faut qu'il arrête de fumer, qu'il va prendre six nouveaux médicaments, qu'il faut qu'il perde du poids, faut qu'il aille voir la diète le machin le machin... Et en fait il rentre chez lui et en fait c'est pas possible. Et sauf que le cardiologue il avait plutôt raison, puisque c'est les données actuelles de la recherche, mais c'est pas bien adaptable !

D3 : En tant que maître de stage d'interne, moi je supervise des praticiens en train de prendre des décisions et de faire ces balances, et je vois bien que chez certains, certains risques sont surreprésentés, en tout cas dans leurs représentations. Et je me souviens, en disant ça, d'une étudiante, qui refusait toute prescription d'anti-inflammatoire non stéroïdiens, de principe, et même si il y avait des bénéfices attendus et des recommandations de bonnes pratiques qui disaient que dans cette situation, on pouvait peut-être quand même utiliser les anti-inflammatoires, et bien elle était... c'était une torture pour elle, elle se disait « Je vais tuer ce patient ! ». Elle avait vraiment, ben peut-être même des troubles anxieux ou phobiques sur la iatrogénie, mais spécifiquement sur les anti-inflammatoires.

Animateur : Est-ce que tu as pu explorer ses représentations des AINS ? Pour euh...

D3 : Effectivement on a essayé d'en parler et elle dans son vécu, c'est... ben c'est un stage en gastro qui l'a marqué, des ulcères perforés chez des patients jeunes, dont certains qui ont dû décéder d'ulcères perforés, à cause de la iatrogénie. Je sais plus trop, ça fait quelques années. La représentation qu'elle avait formé des anti-inflammatoires, c'est « Ça tue des patients ! ». Et euh... Bon alors que moi, ça m'a intéressé de discuter de ça avec elle, et de voir comment elle faisait sans anti-inflammatoires, c'était de voir qu'elle elle s'interdisait certaines prescriptions, qu'elle faisait vraiment en sorte de ne pas les faire, et au final elle arrivait à une décision médicale partagée pour les patients, que parfois il fallait réévaluer quelques jours après et que parfois ils acceptaient les anti-inflammatoires mais ça devenait compliqué

de leur prescrire aussi parce qu'ils avaient bien entendu le discours alarmiste. 'Fin je crois que voilà, ce discours sur les risques a... a... joue beaucoup plus sur des leviers émotionnels chez les patients que la question sur le bénéfice attendu, potentiel... de risque global, qu'il est dur de prédire un effet secondaire mais... Et là je repense à une patiente qui me demandait « Mais qu'est-ce que ça risque les benzodiazépines ? », et je lui disais « Ben Alzheimer ! » et ben du coup elle a arrêté instantanément, alors qu'elle avait déjà 82 ans et 25 ans de benzos derrière elle.

D5 : Tu parles de l'aspect de risque surestimé, mais on peut faire un miroir avec le bénéfice surestimé (D1 acquiesce) : y'a des spécialistes qui vont avoir l'impression d'avoir un bénéfice très important avec des retours positifs sur plein de patients, et qui vont m'écrire « Ben voilà, je prescris ça parce que ça marche ! ». Et je pense qu'on a ça aussi dans notre expérience personnelle avec des médicaments qu'on utilise régulièrement parce qu'on a l'impression que c'est efficace et où... alors qu'en fait les bénéfices ils sont pas validés. Euh... mais ça fait partie de l'EBM, puisqu'on prend bien aussi en compte nos habitudes quand on fait de l'EBM.

D3 : Bien sûr ! Nous on est vraiment dans la recherche du compromis. Parce qu'il y a parfois des décisions qu'on assume qui nous semblent... parfois... voilà, ce n'est pas ce qu'on aurait choisi pour ce patient-là, mais euh... ben on a fait un pas vers lui et puis euh... voilà, on a négocié un petit peu... et au final, parfois, on a des prescriptions qui ne nous donnent pas pleinement satisfaction mais qui... qui sont quand même partagées par le patient et à ce titre-là sont respectables.

D6 : Moi j'ai l'impression que ce que tu parlais de ton interne que c'est quelque chose qui est réel. Dans nos pratiques, il y a des expériences qui nous marquent, et des fois, suite à des expériences peut-être un petit peu choquantes, alors peut-être pas forcément dans notre pratique, mais avec notre vie personnelle, nos proches qui sont confrontés à des traitements, je pense qu'il y a des moments où on va plus facilement prescrire un médicament alors qu'il y a d'autres moments où on a vécu des expériences plus difficiles. Et en effet c'est pas du tout prouvé scientifiquement tout ça, mais je pense qu'on a notre sensibilité aussi, et que des fois peut-être on surestime le risque, ou on surestime le bénéfice, parce que on en a une expérience positive ou négative dans notre vécu. Mais ça je pense que c'est bien... enfin, qu'on peut pas bien le maîtriser, on peut en avoir conscience... mais on peut pas bien le maîtriser !

D2 : Ce qu'on entend là, c'est que cette balance bénéfices-risques, en fait, elle est propre à chaque patient mais aussi elle est propre à chaque médecin et que du coup c'est une relation à double... enfin, on prescrit pour un même patient, un médecin différent prescrira, enfin n'aura pas forcément la même balance, enfin n'aura pas les mêmes... effectivement. (D3 acquiesce)

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

D3 : On peut dire qu'il n'y a pas de part universelle sur cette balance bénéfices-risques (D2 acquiesce), dans l'exercice professionnel. Pas de copyright (rires).

Animateur : Pour revenir sur ce que tu disais D6, comment est-ce que vous avez conscience de certains freins, de... au contraire certaines facilités à prescrire telle ou telle molécule ?

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

D4 : Et parce que il semble, qu'avec le temps, les données actuelles de la recherche nous rassurent...

D3 : Exactement !

D4 : Quant à l'amélioration de la balance bénéfices-risques qui est liée au retour d'expérience. C'est pas le mot, mais bon vous traduisez... Et aux risques qui sont pas forcément plus important qu'avec les AVK.

D3 : Et puis il y a des croyances dans notre profession. Par exemple, ben cette interne qui ne supportait pas les anti-inflammatoires, a fait une thèse sur finalement les intramusculaires de neuroleptiques retard chez les patients qui sont psychotiques et sous anticoagulants, est-ce que ils ont tant de complications que ça ? Donc elle a fait une petite série, mais elle a fait une série où elle avait quand même pas plus d'effets secondaires, pas d'hématomes, pas d'hémorragies, pas de mortalité, alors sur une petite série, sur quand même un centre hospitalier régional. Et sa conclusion c'était ben... les psychotiques qui sont sous anticoagulants il faut quand même leur faire les neuroleptiques retard, parce que c'est indispensable. Et moi, fort de cette expérience, j'ai un patient vietnamien très sympathique qui... ben qui parle pas trop français, mais qui est psychotique ET qui est sous anticoagulants pour embolie pulmonaire, et ben c'était très amusant de voir que... il a été hospitalisé pour autre chose, et il y avait tout un paragraphe dans le compte-rendu d'hospitalisation sur le fait qu'ils ont essayé de me joindre pour comprendre comme ça se faisait que ce patient il avait son injection mensuelle alors que il est sous anticoagulant et que c'était extrêmement risqué, et cætera et cætera... et y'avait de l'irrationnel là-dedans. Et en plus, plus joignable que moi, tu meurs !

D4 : Et puis il y a une inertie du changement dans tous nos métiers. A l'hôpital comme en ville.

D3 : Ah ben oui, ça c'est le principe de...

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

D2 : Bien d'accord avec ça. La formation continue c'est...

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

D3 : Comment est-ce qu'on prend conscience de ces histoires-là ? Ben justement on en prend conscience avec nos patients, qui viennent nous bousculer... Et je me souviens, il y a quelques années, ce patient qui arrivait en me disant : « Mais moi, j'ai les statines depuis cinq ans, j'ai 35 ans, j'ai regardé dans cet article... », d'une revue qui était un magazine un peu grand public, qui n'était pas une revue médicale, y'avait un article bien documenté sur les statines, le prochain scandale, et cætera... Et il m'annonçait sa décision de ne plus prendre de traitement, à l'époque où j'aurai pas forcément dit ça, mais... Je lui ai dit que, ben après tout, c'était lui qui décidait et que si il voulait arrêter, ben que oui il n'y avait pas de problème. Et puis quelques trois ans après, quand on en a reparlé, je lui ai dit ben qu'il avait été précurseur, et qu'il avait contribué à me faire prendre conscience de ces problématiques-là.

D5 : Moi j'ai eu une situation un peu... 'fin, un peu identique avec un patient qui a un diabète de type 2, qui a moins de 60 ans, qui est jeune, qui est pas obèse, qui va plutôt bien, et chez qui le spécialiste voulait vraiment vraiment mettre des statines. Sauf que c'est pas possible, il a trop mal, c'est pas supporté. Enfin j'ai essayé deux molécules, j'ai pas voulu essayer une troisième. Et le spécialiste veut lui donner de l'ézétimibe, il lui en a donné, on en a rediscuté, mais pour l'instant il prend rien en fait. Je sais que sur le papier il y a un bénéfice attendu pour ce patient qui est jeune et qui a un diabète,

n'empêche que ça reste des médicaments diabétogènes aussi, que il n'a aucun autre facteur de risque, donc que le bénéfice il est sûrement faible (D4 et D6 prononcent le mot « faible » en même temps), le SCORE il est faible, et le spécialiste il veut vraiment qu'il prenne quelque chose. Donc dans deux-trois courriers, on a discuté un petit peu, en fait ce patient il ne prendra rien en fait, parce qu'il a eu une assez mauvaise expérience, et moi je suis d'accord avec lui pour pas lui en prescrire, et pour pas forcer la prescription. Pour ne pas essayer d'autres trucs, ni des hypolipémiants, pas les statines ni l'*ézétimibe*, mais la troisième classe...

D1 : Fibrates.

D5 : Oui, voilà, les fibrates, merci. Et clairement on était bien d'accord sur le fait qu'il fallait qu'il ne prenne plus ça en fait.

D3 : Bon ben c'est une anecdote où j'ai un patient qui supporte pas bien les statines, mais j'ai l'impression qu'il en a trouvé une qu'il supporte à peu près bien en prenant... j crois qu'il prend vingt milligrammes de prava, et comme ça ça va pas mal. Mais le cardiologue, lui, il lui dit : « Ben vous êtes pas à la cible ! ». Donc il lui met *atorvastatine*, il lui met *Crestor*[®], il lui met tout... et à chaque fois le patient il revient avec une ordonnance... on mais on va lui mettre prava à la place. Et puis le cardiologue, il est toujours dans l'intensification, *Liptruzet*[®] bien sûr, et puis je lui ai sorti une revue, je lui ai sorti un article... et le patient il a dit « Oula, mais oui c'est bien marqué... écrit que c'est de la merde en fait ! » (rires des participants), « Donc je vais continuer à prendre de la prava, vous le marquez sur l'ordonnance ». Et puis là, le dernier courrier du cardiologue, c'était « Bon ben puisque ça marche pas, et qu'il est toujours pas à la cible de 0,7, bon ben je vais lui mettre le dernier médicament injectable là, qui va sortir ! ». Et là le patient il me dit « Mais comment on va faire pour les injections, c'est quand même embêtant... », je lui dis « Ben déjà je connais pas ce médicament, qu'est-ce qu'elles en disent les revues un peu spécialistes ? ». On les a lus ensemble les articles, et on s'est dit « Non mais c'est pas possible (rires), ça sert à rien, y'a trop d'effets secondaires... y'a un bénéfice hypothétique... ». Euh, non, on va rester avec notre *pravastatine*. Mais il va peut-être falloir à un moment qu'on dise à ce cardiologue que je change en douce ses ordonnances (rires suivis des rires des participants)...

Animateur : Bon ben ça m'amène à la question suivante. Lors de l'initiation, enfin non justement, je dois vous exposer une situation. Un patient, dont vous êtes le médecin traitant, vous demande la reconduction de son traitement, une ou plusieurs lignes de votre ordonnance initiale ont été modifiées par un autre professionnel que vous aviez sollicité ou que le patient est allé voir de son propre chef. Il peut aussi s'agir d'une ligne qui a été initié par le tiers professionnel et dont le patient vous demande la reconduction. Pour ce patient que vous connaissez et dont vous êtes le médecin traitant, que faites-vous ?

D3 : Je grogne.

Animateur : C'est-à-dire ?

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

D5 : Moi je vais discuter avec le patient, en essayant de savoir ce que le spécialiste lui avait expliqué, et qu'est-ce qui fait que le traitement a été changé, quels ont été les arguments du spécialiste (D4 acquiesce) pour changer son traitement, et qu'est-ce qu'il en a compris. (D3 veut intervenir) A moins que je sache sur quoi me baser pour ouvrir la discussion avec ce patient, pour revenir à la prescription initiale ou pas. Après il peut aussi il y avoir un changement pertinent aussi. Ça arrive souvent !

D3 : Je dis « Je grogne. », mais je commence par lire le courrier. Et des fois c'est : « Eh bien, tout va bien, alors je change... ». Et là, ça rend fou quoi ! Mais vraiment ! (rires des autres participants) J'ai des réactions, mais émotionnelles, où je me dis « Mais qu'est-ce qu'il fait ? Mais pourquoi ? Pourquoi tu changes ? Juste pour changer alors ? ». Donc là ma réaction elle est à fond quoi ! Juste pour changer, juste pour le plaisir de changer, ça me rend dingue !

D6 : Moi j'ai du mal à rester confraternelle (rires). Alors je le fais hein, mais du coup j'arrive pas à m'exprimer en restant confraternelle et en disant ce que je veux dire. J'ai encore beaucoup de mal avec ça (rires).

Animateur : C'est-à-dire ? Est-ce que tu peux expliciter ?

D6 : C'est-à-dire que pour l'instant j'arrive pas trop à changer parce que je ne sais pas comment je vais arriver à l'exprimer en restant confraternelle avec euh... le médecin avec qui j'ai adressé le patient. Et du coup je teste encore des techniques pour rester confraternelle, mais j'ai pas trouvé !

Animateur : Ça veut dire quoi « Être confraternel » ?

D6 : Ben ça veut dire pas dire au patient « Je pense que le traitement qu'il vous a mis vous est inutile et que je ne comprends pas pourquoi il vous l'a mis », parce que ce n'est pas ce que j'ai envie de dire au patient, parce que je ne veux pas décrédibiliser le collègue vers qui je l'ai adressé... Donc je trouve que c'est difficile de trouver les bons mots pour...

D5 : Ça reste confraternel.

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

D6 : Oui mais en disant « Il vous a mis ce traitement, je vais vous en mettre un autre parce qu'il a une balance bénéfices-risques qui est négative... » euh... c'est... 'fin, indirectement c'est...

D3 : Ouais, je vois ce que tu veux dire.

D4 : C'est... Faut toujours rester dans le contexte en fait, dans le contexte en fait ! Dans le « Je comprends pas pourquoi il vous l'a mis, aujourd'hui quand je vous vois en ayant le retour, en ayant le suivi... parce que franchement ça va pas marcher ou ça a vachement bien marché », c'est pas confraternel, mais le contexte était pas le même, il l'a vu à un autre moment, et puis on n'a pas les mêmes habitudes de prescription, c'est l'EBM. On veut rester confraternel, parce que si on ne l'est pas, c'est toujours au... euh... au risque du patient, au détriment du patient... (réaction d'accord de plusieurs participants)...

D3 : Oui oui !

D4 (enchaînant) : ben en disant à ce moment-là : « Ben maintenant c'est comme ça, maintenant que je vous vois... avec ces autres antécédents... ». Parce y'en a on se dit que c'est peut-être le traitement le plus adapté, ou peut-être que il sert à rien. Maintenant que je vous vois avec le recul...

D3 : Moi je trouve qu'il y a deux situations. Il y a vraiment la situation typique des paradigmes différents où l'endocrinologue finalement traite le diabète, et moi je trouve que ce patient diabétique là il ne devrait pas être traité comme ça. Et donc on n'est pas sur le même paradigme, il y en a un qui vise l'hémoglobine glyquée et moi je vise la qualité de vie de mon patient. Et mmmh... et du coup, là y'a y'a, y'a conflit de valeur quelque part. Mais parfois, parfois je comprends, je comprends que... euh, mon confrère il est sur un... des objectifs différents des miens, il est sur une expertise différente, il est sur une pratique différente, donc je peux comprendre. Alors ça m'agace, mais du coup comme je comprends, je peux aussi expliquer au patient pourquoi il a dit comme ça et pourquoi il a fait ça, et partant de là, je peux dire « Ça c'est une vérité, il y en a d'autres. On peut explorer d'autres vérités. ». Et là, je trouve que c'est très confraternel de dire « Voilà pourquoi il a fait ça. Je suis pas tout à fait d'accord avec ce qu'il a fait pour plein de bonnes raisons, je peux vous les expliciter, mais si vous voulez on en parle pas. ». Et l'autre situation c'est quand je comprends pas. Je comprends pas, et on m'explique pas, alors ça ça me rend dingue. Et là, effectivement je ne peux pas rester confraternel avec quelqu'un qui se moque de moi quoi. Parce que c'est lui qui a commencé.

D5 : Après t'es pas obligé de rester confraternel, tu peux passer uniquement par le patient, et tu n'es pas obligé d'être confronté au spécialiste. Un exemple, une patiente qui vient me voir, qui avait eu une injection de *Prolia*[®]. Elle avait déjà eu cinq ans de bisphosphonates il y a quelques années pour une éventuelle ostéoporose, avec une ostéodensitométrie qui était pas si terrible que ça il y a quelques années, et un antécédent fracturaire vertébral. On a refait une ostéodensitométrie qui montrait un Z-Score à moins de 2, quelque chose comme ça... -2,4 sur une seule vertèbre, et pas sur l'ensemble du rachis. Et un score de je sais plus quoi là, calculé avec Aporose, qui était un petit peu élevé, qui la mettait...

D3 : FRAX ?

D5 : Oui merci, un score de FRAX, qui la mettait dans un groupe qui devait nous faire prescrire des bisphosphonates, qu'elle a déjà eu cinq ans, donc y'a plus de bénéfices. En fait, en discutant vraiment avec la patiente, donc elle avait fait le *Prolia*[®] pour faire plaisir au spécialiste, et en développant l'argumentaire correctement, elle a dit « Non mais vous m'expliquez, vous... Je suis très convaincu par ce que vous me dites, je ne vais pas le refaire en fait. ».

D2 : Moi je trouve effectivement, en mettant les éléments en main au patient, il contribue vraiment à aider à une décision... Enfin moi quand je suis pas d'accord avec une prescription, je leur demande à eux « Et vous, alors, qu'est-ce que vous pensez de ça ? De ce médicament ? ». Et c'est vrai que quand ils ont des appréhensions, ben souvent moi je les ai aussi. Ben du coup on partage comme ça, et c'est souvent plus facile en tout cas, des deux côtés je trouve, pour moi aussi parce que ça décrédibilise pas forcément le spécialiste, et puis pour le patient, pour adhérer effectivement, enfin le prendre éventuellement quoi !

D6 : Moi je suis confronté à un truc aussi, pas forcément qu'avec des spécialistes, et moi je commence mon activité, donc je prends en charge des gens qui changent de médecins. Et je vois des ordonnances qui me font mal... (rires et rires des participants, notamment rires aux éclats de D3)

D3 : Mais non, mais non !

D6 : 'Fin typiquement, j'ai vu une dame de 92 ans, qui a 5,5 d'hémoglobine glyquée, et qui a trois traitements hypoglycémisants... 'fin trois traitements pour le diabète, qui a des benzos, qui a trois traitements pour la tension, dont une partie au cas où la tension soit élevée, donc elle la prend trois fois par jour. Donc y'a tout un contexte qui fait que voilà, c'est compliqué... et enfin moi ce que j'ai commencé à faire avec cette dame, je me dis que je peux pas aujourd'hui enlever tout ce qui me plaît pas et avec moi ce sera différemment parce que bon, j'ai déjà passé quarante-cinq minutes à lui... Donc j'en ai enlevé un en quarante-cinq minutes et je me dis que je vais le faire très très progressivement, mais même si je suis sorti un petit peu irrité parce que ça me gênait de laisser cette dame avec un gros risque d'hypoglycémie, d'hypotension, clairement j'étais pas en confiance, mais bon... On fait connaissance, si je dis « On va tout changer... », 'fin, moi je pense que je perds crédibilité... mais voilà. Moi dans cette situation-là, finalement c'est un peu pareil, c'est un autre confrère qui a initié le traitement, j'essaie d'y aller en douceur et de faire pas tout d'un coup, c'est un peu ma technique quoi ! Ben... d'y aller traitement par traitement (rires un peu nerveux).

D5 : Après, tu peux aussi mettre les nouvelles bases de la relation en disant « Je ne pourrais pas renouveler ce type d'ordonnance. Et je vais vous expliquer pourquoi. »

D4 : Mais, enfin, tu composes avec ça, parce que tu as sûrement jaugé que pour la patiente, pour avoir cette alliance thérapeutique, fallait y aller en douceur.

D6 : Ben ouais, parce que j'ai clairement senti que cette dame elle faisait, du coup, une glycémie trois fois par jour, et que du coup si je faisais que je démontais toute son habitude et tout ce que son ancien médecin traitant a fait avec assiduité.

D4 (interrompant D6) : Assiduité ?

D6 (enchaînant immédiatement) : Ben j'avais trop peur de lui, 'fin voilà, de lui faire perdre confiance dans le corps médical, 'fin que j'avais déjà pas l'impression d'avoir énormément.

D1 : Ça me fait penser aussi, une fois une patiente qui m'a dit : « Ah mais vous de toute façon, les jeunes médecins, vous prescrivez jamais d'antibiotiques ! ». Et du coup, ben voilà, ça c'était ses représentations, de ce que moi j'avais comme freins et comme représentations des antibiotiques. Donc voilà, c'est vrai que c'est... Donc je lui ai expliqué, du coup, que j'étais pas contre les antibiotiques, que y'avait des indications...

D4 (en même temps que D1) : T'es jeune quand même...

D1 (poursuivant) : Que j'étais effectivement très jeune. Non et c'est vrai que réexpliquer la balance bénéfices-risques, que ça permet de mettre un peu... mais j'ai trouvé ça bien qu'elle me le dise parce que... j'ai préféré qu'elle me le dise et que je sache ce qu'elle pensait, plutôt que voilà, elle... Moi ce que font mes patients des fois, c'est... quand je leur donne pas d'antibiotiques, ils vont voir l'ORL d'à côté pour qu'il leur prescrive des antibiotiques.

D6 : Oui mais des fois il en prescrit pas quand même.

D3 : Oui mais ça c'est un accident ! C'est quand il est remplacé ! (rires suivis des rires aux éclats de D1, D6)

D1 : Mais du coup, ça m'est presque arrivé des fois de dire : « Mais allez voir l'ORL ! », quand vraiment ils m'énervent.

D6 : J'ai ma ROSP moi ! (rires)

D1 : Non mais c'est bon quoi, quand ils veulent rien entendre... ! Non et puis c'est bon quoi !

D6 : On arrive quand même à... Enfin y'a quand même des patients qui sont des fois très ancrés dans leurs représentations. Enfin, moi, typiquement, cette dame de 92 ans, elle habite à côté du cabinet, son médecin traitant d'avant peut plus la suivre parce qu'il fait plus de visite à domicile. Elle est, je pense, très compliquée à suivre, donc je pense pas qu'elle va trouver un médecin traitant demain et je me dis que c'est bien parce que les infirmières elles en peuvent plus, qu'il faut quelqu'un qui s'occupe de cette dame. Et je me dis, voilà, si moi je lui dis mes limites, par exemple : « La benzo, je n'augmenterai pas la dose pour revenir tous les deux mois. Ça c'est mes limites, je ne pourrai pas faire ça. ». Ça l'a un peu irrité ma dame... Voilà, c'est la première des choses que j'ai fait sur son traitement, et puis j'ai enlevé le *Loxen*[®] aussi, je lui ai dit : « Celui-là, il va vous faire tomber (en off : vu que c'est déjà fait, c'est dommage...) ». Mais voilà, je me suis dit 'Je peux pas enlever toute son ordonnance'... enfin, parce qu'en fait elle aurait pas besoin de traitement cette dame ! (rires de D3) En un coup ?! Non je peux pas.

D5 : Fais-le en deux fois ! (rires et rires de D2)

D6 : Il va me falloir dix fois... (rires)

D4 : Après t'avises, toute cette...

D3 : Une fois, moi j'ai une fois j'ai dit à une dame que je ne ferai pas ça... et je ne l'ai jamais revu, parce qu'elle voulait qu'on mette son hypnotique deux comprimés le soir pour en avoir pour deux mois. Et j'ai fait des grands yeux ronds en disant « Mais ça se fait pas ça ! ». « Ça fait quinze ans que je fais ça avec mon ancien médecin traitant, donc vous allez faire ça ! », « C'est mort ! Parce que ce médicament déjà on va l'arrêter... » (rires). Je l'ai dit finalement en manquant de délicatesse... et ça a finalement empêché l'alliance thérapeutique, et probablement que cette patiente a trouvé un autre médecin, qui ça me va bien en plus, n'est pas au cabinet... Mais, euh... (rires), et qui doit... rentrer dans son jeu ou... ou qui peut-être a été plus malin que moi et qui a dit d'accord au début et qui finalement a réussi à faire changer des choses.

D6 : Moi en disant à un disant « Je ne vais pas faire ça parce que c'est illégal. », j'ai l'impression d'être anticonfra... enfin de pas être confraternelle, de dire que mon collègue faisait quelque chose d'illégal.

D3 : Ben il faisait quelque chose d'illégal ! (D5 acquiesce)

D6 : Ben oui, mais... J'ai vraiment un sentiment d'écraser mon collègue...

D3 : C'est comme ces médicaments qui sont tous dans le cent pourcent. Le patient il a... chépa il a... son diabète, et il a du *Levothyrox*[®] dans le cent pourcent parce que comme ça ça lui permet de ne pas le payer... A un moment il faut arrêter les conneries !

D2 : Sur la prescription, on a une grosse responsabilité sur le patient lui-même, mais aussi sur ce que tu disais D6, sur la confiance dans le corps médical. Moi je me dis souvent on a plein de scandales qui sortent sur, ben, des enjeux de santé publique, le *Levothyrox*[®], bientôt ce sera peut-être les statines, et je me dis ben plus je suis en capacités de dire non à... à des prescriptions parce que ben j'ai des preuves scientifiques dans la littérature, ben c'est mon rôle de dire non, même si des fois je suis un peu toute seule, enfin pas toute seule, mais c'est vrai que par rapport aux spécialistes on dit 'Bon, est-ce que vraiment je vais endosser cette responsabilité ?'. Mais si, je pense qu'on est dans la défiance quand même, beaucoup dans la société, du coup on a intérêt de faire attention à tout ça.

D4 : Et pour continuer sur ce que tu disais D6, euh ben... ça va dépendre des médicaments que tu veux déprescrire aussi, ça va dépendre du moment, du patient... Moi y'en a d'emblée... Pareil, j'ai récupéré des ordonnances qui me faisait mal à reproduire, où j'ai pu leur dire « Ben ceux-là, on les arrêtera... Alors aujourd'hui je ne change que celui-là, mais ceux-là on les arrêtera. ». Donc ils savent qu'il va y avoir cette évolution, alors si ils sont pas contents, ils peuvent s'en aller... Et y'en a une où je lui ai dit, il y avait peut-être ben un antihypertenseur et du Kardégic, et après dix-sept médicaments homéopathiques, et du coup je lui ai dit « Aujourd'hui... », c'était une patiente un peu reloue on va dire, sympathique mais reloue, donc c'était déjà une première consultation longue avec beaucoup d'antécédents, « Donc aujourd'hui je vous renouvelle tout. ». Je me suis quand même tapé l'ordonnance d'homéopathie ! « Mais de toute façon c'est la dernière fois, de toute façon je suis pas homéopathe. ». C'était y'a peut-être deux ou trois ans. « C'est pas dans mes compétences... ». Elle a ronchonné, en disant « C'est pas possible... ». Je suis sa fille aussi, qui m'a dit qu'elle était pas contente, machin truc, et elle s'est trouvé un homéopathe et depuis j'ai plus jamais entendu parler de ses médicaments homéopathiques. Et du coup c'est vachement cool ! On a une relation super, comme il faut quoi !

D3 : Ah ben oui, au moins c'était clair hein !

D4 : Et après, j'étais pas... j'étais pas pas confraternelle ou quoi, mais c'est pas dans mes compétences. Alors maintenant je serai peut-être plus... un peu moins confraternelle avec l'homéopathie, mais bon à l'époque j'étais plus douce...

Animateur : Ça veut dire quoi « Ça me fait mal ! » ?

D4 : Ah ben euh, ils l'ont dit tous les deux D3 et D6, euh...

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

D4 : C'est en dehors de toutes les recos...

D6 : 92 ans, 5,5 d'hémoglobine glyquée, et trois traitements pour le diabète, 'fin, qu'en plus je connais pas parce que je les prescrais jamais, et donc je suis allé chercher quand (rires)... des hypoglycémifiants, des choses qu'on prescrirait jamais jamais jamais à des patients. Je sais pas si c'est notre génération, si c'est... On est quand même très sensibilisé à la iatrogénie, et donc du coup moi j'ai le sentiment d'être... Bon ben du coup je fais beaucoup de soins de la femme, donc sur les contraceptions, les femmes qui sont ou étaient sous pilule de trois et quatrième générations, j'ai l'impression de leur faire du mal en leur renouvelant un traitement qui va bien, elles ont pas de contre-indication, mais c'est pas moi qui l'ai

initié, (reprenant son souffle) pour toutes les raisons qu'on a dit on va pas forcément le modifier, mais ah ouais, c'est très inconfortable...

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

D4 : On te sent acculer par...

D1 : « Je sais, vous me l'avez déjà dit (avec un ton pleurnichard), mais... vraiment il n'y a que celle-là qui me va... ».

D5 : C'est assez intéressant ce que tu disais, et ce que tu disais aussi D2, D4 on va dire, c'est qu'on essaie de prévenir en fait... éventuellement les effets secondaires des médicaments... de prescrire le moins possible, et on essaie d'anticiper plus tard ce qui sera dit sur certains médicaments. Actuellement par exemple je pense qu'on prescrit plus aucun antiémétique par exemple, et à mon avis ça va être des médicaments qui sont ou qui vont être retirés du marché dans pas longtemps (plusieurs participants manifestent leur accord) et l'avoir dit aux patients depuis plusieurs années, ça crédibilise : « On sait que vous en donnez plus depuis longtemps et on vous fait confiance pour ça quoi ! ». Et puis, pour ce qui est des traitements modifiés ou initiés, je pense bien qu'on est toujours dans le respect du cadre et du respect avec le patient : on explore ses représentations, on expose les nôtres, on essaie de trouver un compromis, de trouver ce qui n'a pas marché, ce qu'on a enlevé, ce qu'on n'a pas enlevé, et au fil des consultations aussi, ça c'est le but de la... de la... en tout cas c'est l'objet de la temporalité en médecine générale, on peut revoir les patients, leur réexpliquer, réexplorer les représentations, pour pouvoir continuer à travailler sur ces questions-là quoi.

D1 : Moi je pensais à un truc, c'est que en fait, quand les patients sont suivis régulièrement par des spécialistes, j'ai un peu de mal... 'fin quand ils les voient tous les ans par exemple, j'ai un peu de mal à modifier leur traitement parce qu'en gros je sais qu'ils vont leur remettre ou... (rires), et donc comme je veux pas forcément les appeler ou leur écrire pour leur dire pourquoi moi je fais pas comme eux ils avaient décidé, voilà, j'ose pas forcément faire ça, et je change plus facilement chez ceux qui ne vont pas voir le spécialiste. Et je me demande si parfois j'ai même pas un frein à les envoyer chez le spécialiste, qu'ils ont besoin de voir, juste pour pas avoir besoin de négocier, d'argumenter... mes choix thérapeutiques, et nos choix thérapeutiques avec le patient parce que... et voilà, je me dis que bon il y a des choses qu'on peut faire et qu'on n'est pas obligé d'envoyer au spécialiste d'organe, mais c'est vrai que des fois je me dis : 'Est-ce que je ne fais pas perdre des chances au patient parce que je résiste à les envoyer chez le spécialiste pour ça ?'. Après, je pense être assez confraternelle on va dire, on va reprendre des termes... avec le patient en tout cas je vais pas dire « Ben voilà, il a vraiment fait de la merde ! », non je ne vais pas dire ça ! Mais c'est vrai que ça peut m'arriver de généraliser : « Les rhumatologues, ou les gynécologues, ils avaient des études... voilà, qui montraient que sont... soit qui sont restés là-dessus, soit... finalement nous on a des patients de médecine générale qui sont pas les mêmes que ceux qui vont à l'hôpital... », j'explique ! J'explique pourquoi finalement on n'a pas les mêmes données, et que c'est pas... c'est pas qu'il est nul, c'est qu'on a pas les mêmes données quoi !

D4 : Tu voulais parler du carré de White quoi ?!

D1 : Oui le carré de White par exemple. Après voilà, des fois, quand je suis vraiment énervé, je dis « Mais il est vieux votre médecin ?! » (rires de tous les participants) « Il est pas à jour le pauvre, parce que ça change tout le temps... donc il peut pas tout savoir. »

D6 : Moi je dis souvent que les spécialistes, ils ont très peur parce qu'ils voient tous les cas très graves, mais que nous on... Par exemple pour les frottis tous les ans, mais je leur dis : « C'est normal, parce que lui il est baigné dans les peu de cas de cancers du col qu'il y a sur la région, et c'est lui qui les voit tous,

donc... donc forcément il est plus inquiet que moi qui voit tous ces gens qui vont très très bien ! ». Donc je base ça sur leur inquiétude aussi : « Ils ont fait ça parce que ça les rassure aussi... ».

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

D4 : Pour continuer là-dessus, par rapport par exemple aux frottis, il y a un élément qui va nous permettre d'être décisionnaire, c'est quand même la physiopath' ! Et pour le coup y'a certains endroits où... et effectivement pour le HPV et tout ça, en y travaillant un peu, on va avoir nos petits domaines qu'on aime bien... d'expertise ou... Ou sinon avec la physiopath', ben... euh... en même temps que la littérature, mais au-delà de ça, on va pouvoir peser et rassurer... et rassurer les gens et vraiment recalculer les choses et ça, ouais, on en a pas parlé tout à l'heure, mais moi la physiopath' ça me permet de me rebaser sur... Parce que sur les statines, du coup ça va pas marcher pareil, j'ai besoin de littérature sur certains sujets où...

D3 : Je vous écoute depuis tout à l'heure et il y a plusieurs choses que je voulais apporter... Quand on nous met sur la réflexion d'une modification de traitement, je crois qu'on pèse aussi le risque de l'arrêt, parce que c'est pas rien d'arrêter un médicament. Et euh... on peut très bien avoir arrêté un traitement et qu'il puisse y avoir un effet secondaire grave quelques temps après, donc ça forcément ça peut marquer la pratique. Euh... D6, il faut que tu arrives à développer ton assertivité, c'est la capacité à donner son avis en respectant celui de l'autre, et ça passe par des moyens qui sont simples, qui sont de dire « Ben voilà, je comprends bien ce qui c'est passé, pourtant moi je pense que... » et en étant pas du tout dans... dans l'agressivité, pour ça il faut pas être trop dans les émotions. Parfois on aimerait que le spécialiste change un traitement, et on y arrive pas. Et j'ai une situation moi qui m'embête en ce moment et qui est traitée pour l'épilepsie et elle devient paranoïaque, elle parle de son mari qui empoisonnera ses fruits et puis qui serait violent avec elle, alors je lui dis « Ben il faudrait porter plainte alors si vous êtes victime de violences... ». Et un jour je reçois une dame en consultation qui me dit « Je ne vais pas vous donner ma carte vitale, parce que je suis la fille de la dame que vous voyez, et vous avez dit de porter plainte contre mon père, c'est une ânerie monumentale parce que mon père c'est le plus doux des hommes, et euh... il a jamais été agressif ou violent, et cætera, elle délire complètement ! ». Et donc moi j'étais un petit peu abasourdi, toutes mes théories qui s'effondraient, et en prenant simplement le Vidal, et ben dans ces antiépileptiques, il y en a un qui peut donner de la paranoïa ! Donc j'ai écrit au neurologue, alors bon, il aurait fallu que j'ai l'accord de la patiente... J'ai écrit au neurologue, en disant « Ben voilà, elle se dit persécutée, que son mari empoisonne ses fruits, et cætera et cætera, et c'est un effet secondaire possible de ce médicament que vous prescrivez, et j'aimerais qu'on étudie une modification de son traitement, parce que ça fait trente ans qu'elle est épileptique, trente ans qu'elle a pas fait de crise, qu'elle a deux antiépileptiques, et que à un moment il faut repenser, repenser le bénéfices-risques ! ». Et la réponse du neurologue à la patiente, c'était « Non mais tout va bien, continuez comme ça ! ». Alors je me suis demandé s'il avait eu mon courrier ou pas, et quand même c'était assez pénible de...

D5 : Ben tu deviens parano quoi ! (rires suivis des rires de D3, D4...)

D3 : Ah ben, oui carrément ! (rires de tous les participants) Ah moi je me sens persécuté.

Animateur : Ah ben justement, quand vous identifiez la balance bénéfices-risque est défavorable, sur un traitement qui a été... sur une ligne de traitement qui a été modifiée, est-ce que... qu'est-ce que vous décidez dans ces cas-là ?

D3 : Ben la décision on ne la prends jamais tout seul. On essaie de faire pencher la décision du patient vers un arrêt du traitement. Ben je pense, en tout cas moi je fais ça... sans forcément être dans un mode où je vais essayer de convaincre, mais... Je vais exposer les raisons, qui pour moi, sont vraiment des freins à cette prescription.

Animateur : Comment vous faites justement quand vous êtes pas d'accord ?

D5 : On a un argumentaire scientifique qui peut être fort quand même. Et qu'on a sûrement déjà développé pour d'autres médicaments, enfin ils nous connaissent au bout d'un moment, donc ils savent un peu ce qu'on va leur dire sur les médicaments. Euh... et puis c'est pareil, explorer leurs représentations, est-ce qu'ils ont envie de prendre ce traitement, ou qu'ils nous expliquent pourquoi ils veulent le prendre, ou pourquoi ils ont accepté cette prescription du spécialiste, qu'est-ce qu'il leur a expliqué, c'est à peu près la même parce que finalement, que la balance bénéfices-risques elle soit favorable ou défavorable, parfois ils vont... C'est à peu près la même chose que parfois ils vont pas prendre le traitement parce que ils ont pas eu d'explications, alors que nous... on va être là pour les convaincre, « Ah ben là si, c'est quand même assez pertinent, parce que ça peut vous apporter tel ou tel bénéfices... », enfin y'a pas trop de différence pour moi entre un médicament qu'on veut arrêter, et un médicament qu'on veut que le patient prenne, finalement.

D4 : Oui en fait il y a deux choses : si on pense que c'est le patient qui le veut, ou si c'est le confrère qui voulait le prescrire. Déjà, c'est pas du tout le même cas de figure ! Et en fait on va toujours, même quand on comprends pas, on va pas être d'accord, on va prendre un pas de plus, pour pas être comme les... psychiatres avec les anticoagulants, et les neuroleptiques retard, à dire... ben peut-être qu'il y avait une bonne raison quand même ! Et est-ce que je demande pas une explication dans l'histoire quand même, avec le patient, s'il peut m'éclairer là-dessus. Et après, effectivement si c'est une benzo et que, ben là on est dans la communication, dans toutes nos techniques de communication, et de patience et de... pour essayer de le faire dim... arrêter.

D5 : Après on a des solutions ou bien. On peut bien aussi laisser le prescripteur refaire la prescription, ça c'est possible aussi. Le patient il se débrouillera, il va revoir le spécialiste et lui signifier qu'on ne souhaite pas refaire cette prescription, qu'on ne peut pas la faire avec des arguments qu'on leur a développés, et qu'on ne le fera pas. Ça c'est aussi apprendre à savoir dire non, s'ils veulent vraiment cette prescription... (D4 acquiesce)

Animateur : T'as... t'as un exemple en tête ?

D5 : Oui oui, clairement...

D3 : Ben c'était ces prescriptions où tu mettais que tu renouvelais un produit en désaccord avec...

D5 : Oui, j'avais fait ça !

D3 : J'tai écouté !

D5 : Oui j'avais écrit que c'était un renouvellement... d'une prescription du spécialiste avec laquelle je suis en désaccord. Mais bon après, ça c'est..., c'est une technique oui et non...

D3 : C'est limite !

D5 : Oui !

D1 : C'est vrai que je suis assez d'accord là-dessus, alors oui c'est vrai, ça m'arrive de dire que j'ai pas envie de prescrire... que je reste persuadé que... il faudrait pas que ce patient prenne ce traitement ! Et que dans ce cas-là, c'est effectivement au spécialiste de prescrire. Alors ça fait partie de notre compétence de prescription, alors effectivement, les prescriptions si on les prescrit pas, il n'y en aura pas ! Ou en tout cas pas tout de suite. Bon, après est-ce qu'il faut en abuser, je sais pas, parce que c'est une solution de facilité, en tout cas pour moi. En moi quand je le fais, je suis pas spécialement fier de moi. J'aurai préféré convaincre, mais on peut pas toujours convaincre, donc euh...

D5 : Tu voulais un exemple précis ? J'ai une patiente que j'ai vu lundi, qui voyait un endocrino pour son diabète, qui prescrivait du *gliclazide* et du *Januvia*[®], chez une dame qui avait 78 ans, j pense à peu

près, qui devait avoir une hémoglobine glyquée à 7,3%. Et elle continuait à le voir, et moi je lui avais déjà signifié que je pouvais pas prescrire ce type de médicament, en tout cas si elle venait me voir pour ça, on ferait des modifications. Et là, elle est venue me voir parce qu'elle est un peu plus fatiguée, et le spécialiste il est loin et elle a son mari qui va pas bien, donc elle se déplace plus, et elle souhaite que... elle a souhaité un renouvellement d'ordonnance, de l'ordonnance habituelle avec des antihypertenseurs, et puis... et puis aussi celle du spécialiste, et là je lui ai dit « Vous savez je vous avais parlé que j'avais vraiment pas envie de vous prescrire tel type de traitement, mais je vais essayer de modifier le traitement, je pense que vous prenez trop de traitement pour le diabète, donc je voudrais baisser un petit peu les doses, et... ». Et donc on a..., comme c'était déjà préparé sur les consultations précédentes, ben ça a marché ! Donc j'ai remis un peu de *metformine*, à petite dose, et puis j'ai laissé le *gliclazide*, et je pense que ça marchera aussi sur..., je suis content d'avoir fait ça parce que j'avais pas envie du tout qu'elle prenne du... C'est moins hypocrite que je ne pensais, parce que je lui avais déjà expliqué que je ne souhaitais pas qu'elle prenne ce type de traitement. Et que si elle voulait ce type de traitement, il fallait qu'elle aille voir le spécialiste. Elle aurait pu aussi dire : « Docteur, j'entends vos arguments, et je vais venir vous voir et changer le traitement... ».

Animateur : Et tu as eu quel lien avec le spécialiste ?

D5 : Aucun ! Aucun, parce que si on commence à écrire directement au spécialiste alors qu'on n'a pas sollicité leur avis pour dire qu'on est en désaccord, on est... faut travailler la nuit quoi !

D1 : Moi j'ai pas mal d'exemples de prescriptions de... pour l'ostéoporose par des rhumatos, où je ne savais même pas qu'ils étaient sous ce traitement... ça c'est tellement tout le temps le rhumato qui le faisait que j'avais même oublié qu'il le prenait, donc euh... on sait pas ce que les patients prennent. Et moi je pense que j'ai parfois des conflits personnels intérieurs, entre euh... ma conviction EBM, et le fait que quand même je me dis 'Il faut faire quelque chose !'. Par exemple, un patient diabétique jeune, avec 10% d'hémoglobine glyquée, et qui a déjà trois grammes de metformine, et du coup... (rires) Du coup, quand je sais pas quoi faire, ben je l'envoie chez l'endocrinologue, qui va lui mettre des médicaments pourris, mais c'est pas moi qui vais les mettre comme ça ! Je suis pas très fière de moi (rires), mais en même temps voilà, je ne sais toujours pas comment réconcilier mes deux moitiés...

D3 : Mais pourtant, effectivement, c'est une façon de... résoudre... je trouve assez pertinente. Toi tu te sens pas de mettre certains médicaments, mais tu sais que si tu l'envoies à tel endroit, il pourra avoir un bénéfice au moins sur l'hémoglobine glyquée (rires des participants).

D6 : T'es sérieux ? (rires)

D4 : Tu lui laisses faire le sale boulot !

D3 : Mais pourquoi pas, éventuellement, c'est une façon intéressante d'utiliser les collègues. Euh... pour répondre à la question de comment est-ce qu'on fait en pratique ? Euh... je pense qu'il y a aussi ma communication non verbale qui je pense doit être assez explicite... parfois malgré moi, et parfois je vais en jouer un petit peu... Et c'est un outil qui est assez utile malgré tout ! Parce que avec certaines réactions, ils sentent bien que on va pas rentrer dans ce... dans ce truc-là !

D4 : Et puis il y a l'humour aussi, qui peut jouer, qui peut permettre de dire des choses sans être méchant ou autre... et en douceur. Et deuxième chose, pour compléter ce que disaient D1 et D5, même si on est en carence de médecins, on a quand même des patients qui nous sélectionnent, donc euh nous on doit choisir des mercenaires pour prescrire (rires et rires de D2), des ADO... (rires). Les patients ils vont nous sélectionner, et moi j'ai jamais prescrit d'antitussifs, je... un peu rigide là-dessus ! Et c'est vrai que rapidement ils le savent, et puis du coup maintenant, chaque hiver passe, et chaque hiver j'en parle de moins en moins quoi.

D5 : J'en ai prescrit aujourd'hui moi.

D4 : Ben ils vont voir un de mes collègues.

D3 : Il y a des jours où j'arrive pas à en prescrire, mais quand même. Zéro antitussif, c'est beau !

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

D1 : Moi ce qui est étonnant c'est que j'en prends vraiment jamais... et que quand même, j'ai pitié des patients, et que je leur en mets ! (rires et rires de D5). C'est quand même fou !

D5 : Donc les solutions, c'est les techniques de communication, laisser le prescripteur initial refaire la prescription, et puis, euh... ça c'est vraiment les techniques, comment dire, finales quand on a vraiment pas trouvé d'autres solutions de tout ce qu'on a dit auparavant.

D1 : Tu demandais comment tacler les spécialistes. Moi c'est vrai que ça m'arrive de leur téléphoner quand je comprends pas, soit quand j'ai pas de courrier, soit vraiment que je vois pas pourquoi il a fait ça ! C'est pas forcément que je suis pas d'accord, mais juste je vois pas le cheminement quoi, je vois pas comment est-ce qu'il est arrivé à cette décision, sur ce que le patient me dit, enfin je comprends pas ! Et là, effectivement je prends mon téléphone et je demande qu'on m'explique !

D5 : Tu fais la conne ou tu dis... ?

D1 : Noon ! (rires)

Animateur : Et comment ça se passe ?

D1 : Ben... déjà faut tomber sur un médecin ! Ce qui déjà n'est pas évident ! Après des fois..., enfin, des fois... ils arrivent presque à me convaincre (sourire de D5). Et des fois, quand eux ils le disent, ils se sentent obligé de se justifier... Et là on commence à se dire : 'Ah ouais, t'es pas très convaincu de ce que tu fais... parce que...' (rires de tous les participants). Et dans ce cas-là, on peut commencer à dire : « Oui, mais vous savez, le patient, il a eu des effets secondaires... », ou alors « Est-ce que finalement dans ce cas-là, vous pensez que c'est bien utile de continuer ce médicament, alors que voilà... ». Et en fait, bon, des fois ça marche ! Il finit par dire que je fais bien comme je veux de toute façon... Mais en tout cas il le sait, en tout cas il le sait ! Et si je le prescris, il va pas forcément l'enlever la fois d'après... enfin, enlever ou remettre, voilà.

D3 : En tout cas, clairement, quand on est face à une prescription d'un confrère, on évalue. Evaluer c'est porter un jugement par rapport à un référentiel, on utilise un référentiel qui peut être différent, et on va donc avoir un jugement différent sur l'opportunité de la prescription, et finalement une chose importante finalement c'est de l'expliciter dans un premier temps. Et dire qu'on est en désaccord, je ne sais pas pour quelle raison... Et déjà, ne serait-ce que d'être dans un entretien où l'on va donner nos arguments, écouter ceux du patient, ça a forcément... on se rends compte que ça a forcément plus d'impact et de poids dans la décision du patient, que la prescription en disant « Bon, ben j'ai bien réfléchi tout seul dans mon coin, et vous allez prendre ça ! » (rires de D4).

D4 : Et la littérature, moi je veux la partager de temps en temps, moi je leur donne, ou je lis avec eux des trucs de Prescrire, ou je leur donne des fiches, pour les maux de transports là, j'en ai sortie plusieurs, de Prescrire. Et... ça ça va pouvoir être aidant, parce qu'on va avoir un référentiel que même certains patients ont, ou certains patients ont entendu parler... Ou alors je lis avec eux en même temps.

D5 : Tu utilises le partage d'informations en fait. Et je veux dire, je pense que c'est important en fait, c'est un des paradigmes un peu différents de notre métier actuel par rapport à y'a trente ans, c'est bien d'essayer de donner l'information, de partager l'information avec... mais c'est...

D3 : On partage l'information, et ensuite on leur demande ce qu'ils en pensent.

D5 : Oui, bien sûr !

D3 : Parce que c'est l'entretien motivationnel.

D5 : Après je me rappelle que ça m'a été reproché par... Enfin, je me rappelle remarques de plusieurs groupes de pairs sur des situations, en disant « Mais tu expliques tout ça au patient ? C'est... c'est trop compliqué... ». Les patients ils sont capables de comprendre plein de choses, même de la physiopath', et de leur donner de l'information c'est même augmenter l'alliance thérapeutique, c'est donner une meilleure efficacité aux prescriptions qu'on peut faire, médicamenteuses et non médicamenteuses.

D2 : Bien d'accord avec ça, sachant qu'ils ont un accès énorme aux informations plus ou moins valables, donc c'est à nous de les... de les valider quoi !

D5 : C'est souvent ce qu'on fait puisqu'on explore un peu leurs connaissances : « Que qu'est-ce que vous savez de ce médicament, qu'est-ce que vous savez de cette maladie, que vous a dit le spécialiste, qu'est-ce que vous avez retenu, euh, qu'est-ce que vous avez compris... ? ».

D1 : J'ai fait ma thèse sur les recherches internet par les patients et les médecins généralistes, et les représentations de chacun de ce que faisais l'autre, et la conclusion en très bref, c'est que... bon on a interrogé un certain nombre de patient hein, c'est du qualitatif, donc c'était pas non plus énorme, mais... on n'a pas eu tant que ça de patient hyper hyperconnectés, et globalement les patients, en dernier recours, c'était quand même l'avis de leur médecin qui tranchait quoi. Et globalement il valait mieux savoir ce que les patients cherchaient sur internet, plutôt que « Ne cherchez pas sur internet ! ». Y'en a qui vont le faire, il vaut mieux le savoir, plutôt que... Parce que si on leur dit « Ben vous avez pas le droit d'y aller ! », ben quand ils y vont, ils vont pas nous en parler, donc forcément... Donc ça c'était la conclusion de la thèse. Et pour la petite anecdote, donc il y avait une partie sur la recherche donc sur internet par les médecins, et euh... (rires) et donc les médecins allaient sur Google, hein très globalement (rires), et les patients étaient eux persuadés qu'on avait des sites sécurisés, secrets, avec des codes, avec des vraies informations validées dedans... Enfin voilà, alors que pas du tout ! Et quand même ils disaient, en gros : « Ben euh, si mon médecin va sur Google, il perd toute crédibilité ! » (rires). Est-ce que vraiment il faut qu'on leur dise quand on cherche quelque chose sur internet ? Donc ça c'était un peu l'effet kiss-cool de cette thèse !

D4 : Doctissimo !

D1 : Et pour revenir un peu sur...

D3 : Moi je vais sur Lycos hein... (rires)

D1 : Au fait que dans ce groupe on est un peu biaisé peut-être, parce que on a tous un peu les mêmes valeurs... ou la même façon de travailler, en tout cas globalement. Pour donner un exemple, moi quand j'étais interne, j'ai eu des maîtres de stage qui étaient pas dans cette optique (insistant sur « optique »).

D4 : Mouvance !

D1 : Mouvance, ou comment le dire gentiment... Un qui par exemple, quand j'étais interne en autonomie, m'obligeait à faire comme lui, et m'insultait si je le faisais pas et rappelait le patient pour lui dire ce que lui il aurait fait, voilà ! Et un autre pour qui, la prévention était le maître-mot, pour lui avait une surestimation des bénéfices, que ce soit sur les statines, ou bien le dépistage... pour tout en fait, à partir du moment où c'était de la prévention, il fallait absolument faire ça ! Sans discussion possible sur les effets collatéraux possibles. Et donc, encore un fois, oui je pense que tous les médecins font consciemment ou inconsciemment une balance bénéfices-risques, mais que ils ont pas tous la même définition de la balance bénéfices-risques, que nous à cette table !

Animateur : Et du coup quand on... 'fin, quand...

D3 : On dit au revoir à D6. Au revoir D6 !

D6 : Ouais, je vais y aller, je suis désolée.

Animateur : Ben merci de ta présence !

[D6 quitte la salle, il est plus de 23h et elle doit rentrer chez elle.]

D3 : Désolé, mais elle me remplace moi demain, donc il faut qu'elle soit... (rires des participants).

Animateur : Ah oui ! Et du coup sur ces lignes de prescription où vous avez identifié la balance bénéfices-risques comme défavorable et que vous avez pris une décision avec votre patient, euh... vous avez le pris la décision de la remodifier, ça... ça serait quoi votre ressenti ? C'est quoi votre ressenti ?

D1 : C'est le ping-pong !

D4 : J'ai pas bien compris.

D1 : Comment on se sent quand on a modifié un traitement initié par quelqu'un d'autre ou modifié...

D3 : Vraiment, je pense que c'est la satisfaction du devoir accompli. Il y avait une situation qui était problématique, on a informé, on a pris une décision, on a redressé ou entre guillemets rectifié une situation, c'est un sentiment de satisfaction et de... de « job-done » quoi ! Mais c'est pas un truc plus gratifiant que ça parce que au contraire, ça a souvent été l'occasion d'un long échange avec le patient, d'explications, faut prendre en compte beaucoup de choses, il faut remettre en cause aussi... enfin au moment où on le fait... enfin... faut... En le faisant remettre en cause ce qu'on est en train de faire, euh... donc ça demande aussi pas mal d'efforts j'trouve et de travail, de travail ! Un travail qui je trouve est pas tant valorisé que ça... Euh... (D4 manifeste son accord), de l'occasion de dire, de réflexion sur l'ordonnance. Alors tiens, le pharmacien il va pouvoir coter un truc lui s'il bricole sur l'ordonnance !

D5 : Bien sûr !

D3 (enchaînant immédiatement) : Mais nous quand on reprend une ordonnance au complet, et qu'on fait le même travail, ben ça serait juste normal... Donc voilà, le ressenti c'est, j'dirai, une satisfaction, entre guillemets, parce que mon patient, entre guillemets, il est bien dans mon truc, haha (rires), et ben du coup si j'ai... si j'ai bien toutes les balances bénéfices-risques qui vont dans mon sens, ben je dors plus tranquille.

D5 : Après je pense que c'est important d'avoir cette satisfaction-là, de dire « Ah ben là on a fait quelque chose de bien ! », qu'on pense avoir fait pour le patient, on respecte notre idéal professionnel. On... on sait qu'on a renforcé l'alliance thérapeutique. Et puis la relation médecin-patient, il y a quelque chose qui se passe au moment où tu renforces les choses quoi ! Qui vont certainement rendre plus faciles d'autres modifications ou d'autres modifications...

D2 : Personnellement effectivement, y'a une grande satisfaction... parce que c'est assez valorisant même parce qu'on se dit qu'on a pris le temps, et ben ça marche. Et on se dit que maintenant le patient il y a une vraie confiance, qui est établie, après, très vite, j'ai des inquiétudes sur est-ce que j'ai les bonnes infos et globalement est-ce que j'ai fait ce qu'il fallait quoi ! La responsabilité à se dire... wow !

D1 : Moi je dirai, après être allé à une formation très intéressante, sur soigner les soignants (rires de D5), que peut-être il ne faudrait pas qu'on ait un trop haut niveau d'exigence. Parce que finalement quand on arrive à prendre une décision qui nous convient, est-ce qu'on a vraiment à être insatisfait quand la situation ou le patient il... ça fait que on peut pas faire ce qu'on veut en fait. En fait. Est-ce qu'il faudrait pas baisser un peu notre niveau d'exigence ?

D3 : C'est intéressant ce que tu dis. Oui, mais il faudrait que... quand on arrive à faire ça, on est satisfait, si on n'y arrive pas, ben c'est neutre en fait. J'en souffre pas quoi.

D4 : Ça doit pas...

D1 (interrompant D4) : Faut comprendre que ça vient pas forcément ! Parce que si t'es satisfait, ça veut dire que tu es fier de toi tu vois (plusieurs participants manifestent leur accord), euh...

D4 : Ça doit pas être un surinvestissement ! Encore plus que nos actions.

D1 : Voilà, parce que ça veut...

D4 : Ça peut venir aussi d'autre chose quoi !

D1 : Parce que ça veut dire qu'il faut passer quarante-cinq minutes avec chaque patient pour modifier son ordonnance complexe ? Ah ben au bout d'un moment est-ce que c'est possible de faire ça ?

D4 : Mmmh, ouais, justement, moi ce que je trouvais valorisant, c'est que vraiment cette décision médicale partagée, et le fait de pouvoir réassurer le patient, qui sont en confiance, pas que avec le système de santé, mais qui soit rassuré dans sa santé, pas dans le système de santé ! Et ça valorise finalement notre experti... notre expérience, notre expertise de médecin généraliste, enfin ce rôle de chapoteur de... un truc comme ça ! Et pour redonner un exemple qui change... dans les soins de la femme, moi j'en ai plusieurs des jeunes femmes qui étaient intéressées par avoir un stérilet, mais qui portaient une coupe menstruelle et à qui des soignants ou des non-soignants avaient dit « C'est complètement contre-indiqué ! Ah non ça va s'enlever ! Non ! Du coup, on peut pas en mettre ! ». Et en fait c'était important de pouvoir en parler avec elle, ça permet vraiment de peser vraiment cette balance bénéfices-risques. Pour l'instant on sait pas vraiment, on n'a pas beaucoup de retour dans les études, mais si peut-être y'a une étude qui dit que peut-être ça augmente le risque d'expulsion, ou en tout cas c'est un risque d'expulsion du stérilet, c'est pas un risque grave, enfin qui peut être... « c'est pas un risque que vous devez comprendre et c'est à vous de me dire, et les bénéfices c'est que vous voulez vraiment un stérilet et que tous les autres moyens de contraception aujourd'hui vont convenir pas. », et en fait avoir des patientes qui disent que c'est interdit... En fait c'est pas interdit, y'a pas d'interdit médico-légal ! C'est juste que, ça va peut-être s'expulser un peu plus. En plus, on le sait pas, et il y a peut-être des petits facteurs qui vont peut-être modifier après. Et cette décision, voilà, elle est éclairée, et finalement apaisée, et c'est « Ah ouais, en fait ! ... Je peux prendre cette décision ! Et je décide en connaissance ». Et si la patiente c'est un risque qu'elle voudrait jamais prendre, ben c'est pas moi qui décide pour elle.

D1 : Ben déjà on a la même chose pour les stérilets et les nullipares, une fois qu'on leur a expliqué pourquoi certains médecins ne prescrivaient pas de stérilets aux nullipares, et que c'était pas quelque chose d'interdit mais que c'étaient simplement des croyances des médecins... ben...

D4 : Mais là, on aura décidé pour elle, que elle voudra pas de... parce que peut-être qu'il y a un risque qu'il soit expulsé ! On lui a pas expliqué que...

D1 : On est deux spécialistes de la santé de la femme ici n'est-ce pas, et du coup moi je suis chargée d'enseignements aux journées femmes à la fac, et j'ai eu un cours où il y a eu des débats énormes sur cette histoire de cup et de stérilet ! Et c'est quand même fou qu'on ait passé une heure là-dessus ! Et j'avais une interne, enfin une étudiante, qui était mais tellement péremptoire dans ses affirmations, que ce soit sur ça, ou « De toute façon les bobos, elles veulent des stérilets sans hormones ! » (rires de D2)... Enfin un florilège, elle pour le coup je voulais la signaler au DMG ! (rires des participants) Enfin quoi, c'est pas possible, je le ferai la prochaine fois quand j'en aurai une comme ça...

D4 : Donc on en arrive à la notion d'humilité...

D1 : Oui, ou d'incertitude !

D4 : D'humilité, ou d'incertitude.

D1 : Enfin pour moi c'est vraiment une compétence majeure !

D5 : Quand tu es enseignant, tu as envie de sanctionner des fois... (rires)

D1 : Non mais je me suis vraiment posé la question dans ce cas-là... (rires)

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

D2 : Exactement !

D4 : Quel patient lit Exercer ?! (rires, suivi du rire de tous les participants)

D3 : Non mais quand même c'est vrai que des fois, tu te dis 'Non mais super, non mais quand même on a pris une décision dont on est satisfait', et...

D1 : Non mais je reste toujours modeste, je dis au patient que ce que moi je vous dis maintenant, ça va peut-être pas être la même chose une autre fois !

D4 : L'hiver prochain, ce sera antitussif tout l'hiver ! (rires de tous les participants)

D5 : Ce que tu te dis aussi c'est que là, cette fois, tu as pris quarante-cinq minutes, mais sinon tu lui mets juste pas le traitement et tu lui dis pas... Si ça se trouve il va pas le voir ! Et si il appelle, tu lui dis juste, « J'ai oublié, peut-être. La prochaine fois je vous le remettrai ! Hahaha ! » (rires).

Animateur : Vous en avez déjà un peu parler tout à l'heure, mais c'était quoi votre ressenti quand vous avez découvert que votre ordonnance avait été modifiée et que la balance bénéfices-risques était défavorable ?

D3 : L'incompréhension, et des fois l'agacement, parfois jusqu'à la colère.

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

D4 : Et moi je me demande si, quand même, si ça joue pas un peu sur l'empathie, est-ce que parce que il m'a un peu trahi..., j'ai pas d'exemple, donc j'extrapole un peu... Ah ben lui c'est du genre à aller voir tel collègue, tel confrère, tel spécialiste parce que peut-être que je conviens pas, alors ça c'est toutes mes représentations.

D1 : D'estime de soi ?

D4 : Ben oui, mais même des représentations... parce que même ça peut avoir tout à fait rien à voir, mais, parce que ça peut peut-être jouer un peu sur l'empathie que j'ai... Mais ça c'est les émotions, après il y a la réflexion !

D5 : Après tu peux avoir des ressentis, des émotions, qui peuvent être très difficiles aussi, c'est sûr, de la colère, en disant « Mais pourquoi il fait ça ? ». Moi je mets tout mon expertise dans cette relation, j'essaie de construire la chose, et après ça se casse la figure... Y'avait un exemple, une patiente que j'avais travaillé pendant un an et demi j pense, petit à petit, sur un trouble anxieux généralisé, pour lui faire accepter de prendre un traitement, de prendre un ISRS. Et, elle était convaincue, j pense, et arrivée à la pharmacie : « Pourquoi il vous donne un antidépresseur ?! ». Donc là, tu es très très en colère ! Puisque le pharmacien fait quand même tomber un an et demi de travail en une phrase... (rires nerveux). Et là tu as vraiment envie d'aller brûler une pharmacie quoi ! (rires)

D3 : Oui oui, ou après, j'ai un exemple récent de... un patient qui, fait un gros craquage au travail, qui manque d'agresser physiquement son employeur, il fond en larmes, il rentre chez lui, je le vois, on l'arrête quelques temps, je lui prescris un moment des médicaments symptomatiques, et il dit « Non mais moi je veux m'en sortir par moi-même, et... » et on lui dit il faut anticiper un petit peu en fait, il

faudrait peut-être aller voir le médecin du travail. Et les propos du médecin du travail était très disqualifiant avec ce que j'avais fait, et par le fait que j'avais même pas prescrit de traitement ! Et en fait le patient, bon, que le médecin du travail le pense, bon on n'a pas la même pratique, et moi je comprends que il puisse ne pas comprendre que je ne lui ai pas prescrit, ou que je n'ai pas prescrit telle chose. Mais ce qui m'a embêté, et ce qui m'a agacé profondément, c'est que le patient arrive en disant « Je n'ai plus confiance en vous. Parce que, avec ce qu'on m'a dit, je me demande comment vous m'avez soigné quoi... ».

D5 : Tu lui as mis en miroir le fait qu'il avait refusé ta proposition à un moment de prendre ce type de traitement ?

D3 : Non, je lui ai demandé ce qu'il voulait faire. J'ai dit « Okay, on vous a dit ça. Est-ce que vous souhaitez voir un autre médecin ? Vous voulez voir un psychiatre ? ». Voilà. Non, c'était assez inconfortable en fin de compte, ce même sentiment que toi tu travailles dans un sens, et que quelqu'un qui a une vision très partielle des choses va tout démolir !

D4 : Et c'est vrai que moi j'avais, on parlait d'idéal professionnel, c'est vrai que moi ça va me faire un peu petit de la peine au niveau de mes confrères. Moi j'ai un idéal de vie, j'aimerais que tout le monde soit gentil et plus humain, et du coup d'avoir des confrères que je vais peut-être pas forcément estimer sur des compétences médicales, ça va me faire, j'vais trouver ça... Ouais, chui en colère, voilà, je trouve pas ça à la hauteur ! On devrait être à la hauteur face au patient, on a une responsabilité... sociétale, et aussi donc je suis en colère contre... les autres.

D1 : Moi j'ai un spécialiste qui s'est installé récemment dans le coin, et j'ai... j'ai plusieurs patients qui l'ont vu récemment, et en fait il m'a envoyé des courriers où il disait : « Bon, j'ai vu madame Machin pour la première fois, et étant donné les données actuelles de la science, je me permets de modifier son traitement dans tel sens... ». Et sur des choses qui étaient pas forcément stupides, et puis dans le même courrier « Si la dyspnée continue, prescrivez-lui des bronchodilatateurs ! », donc déjà c'était un peu comminatoire comme ton, « en évitant la *Ventoline*® ! », alors là je me suis trouvé bête, en me disant 'Mais qu'est-ce qu'il veut dire par là ?!'. Que prescrire d'autre ? Alors là je comprends pas...

D3 (utilisant l'accent russe) : *Ipratropium*. Il parlait d'*ipratropium*, ou d'autre truc très puissant... Truc soviétique très puissant ! (rires de tous les participants)

D1 : Mais c'est pas vraiment un bronchodilatateur... !

D3 (avec le même ton) : *Ipratropium* ? Si bien pour bronchoprotection ! (rires de tous les participants)

D1 : Donc voilà, dans ce même courrier, il y avait plein de petits trucs, même, et il se trouve que pendant ma garde de samedi, donc il y a deux jours, j'ai vu une patiente qui était pas la même et qui avait vu ce même médecin, qui l'avait mis sous *allopurinol* pour une crise de goutte, et étonnamment ça avait majoré sa crise de goutte, et après j'ai vraiment eu envie de le pourrir (rires et rires de la salle). Mais tu vois, mais je l'ai pas fait avec la patiente. Je l'ai pas fait parce que le fils de la patiente a dit « Mais c'est débile de faire ça, faut pas faire ça ! ». Ben... aaah, c'est vrai que c'est pas forcément la solution qu'il aurait fallu choisir ! Bon, et j'ai vraiment hésité à faire un courrier à ce confrère, ce spécialiste, qui effectivement était un peu en dehors de sa spécialité, et en fait je suis allé la voir parce qu'il avait modifier tout son traitement, et qu'en fait la dame elle était perdue et qu'elle savait plus quoi prendre ! Et qu'elle a fait une réaction allergique à un des traitements mais on sait pas lequel, bref, donc je lui ai dit de recommencer comme avant et de voir son médecin traitant ! Qui n'est pas moi, ça m'arrange ! Pour dire que c'est bien beau, de tout modifier d'un coup, mais...

Animateur : Et justement, quand vous vous avez modi...fin, quelle a été la réaction de vos patients quand vous avez remis en cause la prescription de... qui avait été modifiée ?

D5 : Ben c'est toujours la même, parce qu'on va amener les conditions de cette modification éventuelle, dans la discussion ou dans l'exploration éventuelle des ressentis et des connaissances des patients, enfin si on fait ces modifications c'est que y'a un accord !

D3 : Je suis plus nuancé car tu parles de la réflexion du patient, alors que la question était sur la réaction... et parfois certains vont être soulagé qu'on dise qu'il ne faut peut-être pas faire ça, ça leur va bien parce qu'ils voulaient par le prendre vu ce qu'ils avaient lu sur la notice, ou... ils peuvent être neutre vis-à-vis de ça, « Après tout moi j'en sais rien, parlons-en ! », ou ils peuvent être agacé finalement qu'on remette en cause la parole du grand spécialiste !

D1 : Moi j'dirai qu'ils ont peur, plus qu'ils sont agacés ! Puisqu'ils se disent, si le spécialiste l'a mis, c'est bien qu'il y a une raison !

D3 : Oui oui, et moi j'trouve que les réactions sont très diverses, et que c'est justement un point de délicatesse de cet exercice-là, parce que quand on est dans la réaction, il y a quelque chose d'assez émotionnel qui peut être assez vif, et c'est là où il faut être habile pour bien conduire l'entretien et pas que ça dérape en pugilat quoi ! Parfois...

D5 : En plus c'est vrai que... ça marche pas à chaque fois, qu'on idéalise un petit peu en disant que ça marche avec tous les patients, en disant qu'on a une bonne relation, mais c'est pas la réalité puisqu'il y a des patients qui vont nous..., exiger des choses, exiger qu'on mette du *Duoplavin*[®], et pas qu'on mette du *Kardégic*[®] et du *clopidogrel* dans un deuxième temps et surtout qu'on l'arrête jamais quoi, même pas au bout de six mois ou un an, avec une exigence de la part du patient en disant « Moi quand je prends les deux traitements, ça me fait rien ! Et quand je prends le *Duoplavin*[®] j'ai plus de douleurs et je me sens bien. », et cætera et cætera... Ça c'est des choses qui vont nous... qui sont notre quotidien, ça marche pas à chaque fois... Voilà ce que je voulais dire, c'est que ça marchait pas à chaque fois ! Et on peut se faire insulter, se faire traiter de valet de la sécurité sociale...

D2 : Et on est dans ce qu'on appelle les limites de la relation coordonnée et centrée patient, c'est-à-dire que... ben... coordonnée entre médecin gé et spécialiste, ça c'est l'idéal, mais parfois, il y a vraiment des vrais entrechocs ! Qui sont difficiles à gérer quoi...

D1 : En parlant de coordination, c'est vrai que moi j'ai cet exemple d'une patiente qui était sous benzo, ouais, qui devait avoir plus de 90 ans, et qui l'avait depuis 25 ans, et qui a réussi à l'arrêter, et qu'en plus c'est sa fille qui l'a arrêté aussi, plus ou moins. Formidable, elle en prenait plus, c'était très bien ! Et en fait, elle est à l'hôpital et ils lui ont remis ! Mais tu sais, bêtement, parce qu'ils ont repris l'ancienne ordonnance que eux ils avaient... au lieu de demander la nouvelle ordonnance. Là on parle même pas de coordination, on parle de juste se tenir au courant des derniers trucs qui ont été modifié, donc euh... Après voilà, je pense que c'est à nous aussi de... dire au spécialiste quand on fait quelque chose et de donner le plus d'informations possibles, après on peut pas toujours ! Les gens qui sont hospitalisés en urgence, ils ont pas forcément leur ordonnance sur eux, ni un courrier du médecin traitant, et puis voilà, bon bref...

D3 : Par rapport à ça, il y a le DMP (rires et rires de D4) !

D1 : Oui mais il faut le mettre à jour !

D4 : Et puis en miroir de ce que tu disais tout à l'heure, où ils vont, je trouve, comme toi, de mettre de plus en plus en conformité aux données actuelles de la science, comme je le lis parfois dans leur courrier, enfin moi je le lis de plus en plus, il faut aussi qu'on assume ce rôle d'expert de la balance bénéfices-risques, enfin pour chaque patient, parce que... Là on a un vrai rôle, et je pense qu'il faut l'assumer parce que y'a beaucoup de... voilà, on a beaucoup daubé sur les spécialistes, mais il y en a beaucoup qui sont en attente de notre accord, ou de notre coordination en tout cas ! Et pour le coup-là on a un vrai rôle pour dire que là : « Ouais, c'est super, mais là il ne faudrait peut-être pas commencer cette benzo... Ou chez cette patiente à priori, c'est pas... », par exemple (D2 manifeste son accord).

D3 (dit avec une voix calme et posée) : Nous sommes le dernier bastion des anti-lobbies ! (rires sourds des participants)

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

D3 : C'est vrai...

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

Animateur : J'ai une dernière partie, qui serait une intervention. C'est un rappel de la législation française concernant le rôle de médecin généraliste. Le texte est issu du code de la santé publique, il a été introduit par la loi HPST en 2009. C'est l'article L4130-1. Les missions du médecin généraliste de premier recours sont notamment les suivantes :

1° Contribuer à l'offre de soins ambulatoire, en assurant pour ses patients la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des maladies ainsi que l'éducation pour la santé ;

3° S'assurer de la coordination des soins nécessaire à ses patients ;

Et :

5° S'assurer de la synthèse des informations transmises par les différents professionnels de santé ». J'voudrai insister surtout sur la dernière partie, qui est : S'assurer de la synthèse des informations transmises par les différents professionnels de santé.

Qu'en pensez-vous et qu'est-ce que cela vous apporte ?

D3 : La transmission elle est pas toujours effective, ou parfois on reçoit... le trente juin le compte-rendu d'hospitalisation du trente mai, donc bien entendu, le patient on l'a déjà revu depuis hein ! Donc c'est un courrier qu'on lit pas, donc c'est une information qui tombe à l'eau quoi ! Puisque la décision elle a déjà été prise avec le patient. Je crois que la loi HPST est très ambitieuse, elle nous place dans un rôle et une posture qui nécessiterait qu'on ait une meilleure estime de la part de nos confrères spécialistes d'organe, ce qui aujourd'hui n'est pas vraiment le cas, parce que ils ont souvent plutôt un regard condescendant... en deux mots ! Sur nos pratiques et nos décisions, ça leur appartient, et moi j'en souffre pas tant que ça, mais ça me fait doucement rigoler quand on dit qu'il faut qu'on coordonne... coordonne des gens avec qui on partage rien quoi !

D5 : Ils nous demandent de synthétiser les infos par les différents professionnels. A mon avis, on fait plutôt l'inverse, c'est nous qui synthétisons les infos qu'on leur transmet ! Quand on fait un courrier global pour adresser une patiente en hospitalisation, ou même quand on demande un avis spécialisé, t'essaies de mettre le contexte professionnel, familial quand c'est pertinent... et même, je pense que c'est intéressant à chaque fois... donc c'est peut-être finalement dans l'autre sens qu'on le fait dans la réalité quelque part.

D3 : On va plus souvent à la pêche aux infos que...

D5 : Oui oui, après euh, à nous de tenir à jour notre dossier et c'est pas toujours fait hein !

D2 : Je trouve qu'on a vraiment ce rôle-là, de synthétiser... synthétiser c'est qui... c'est qui a été vu avec les spécialistes en hospit'. D'ailleurs souvent les gens après les hospit' ils attendent pas le mois qui a été fait au niveau de l'ordonnance... ils viennent très souvent nous voir, voir si ça va, « Vous êtes d'accord... ? Machin... ». Je trouve qu'on a ce rôle-là de synthétiser moi j'trouve, et on le fait effectivement quand on les envoie voir les spécialistes, dans les courriers qu'on doit faire ! Mais moi je suis assez d'accord avec ça quand même !

D3 : Oui, on le fait finalement de synthétiser, de prioriser les informations, mais chaque spécialiste d'organe il considère que chaque information qu'il t'a envoyé, elle est prioritaire... Et quand tu vas expliquer au cardiologue que oui, peut-être qu'il a raison, mais que nous on va pas faire ce qu'il a dit

parce qu'on a plein d'autres bonnes raisons de le faire, il comprends pas ! « Mais... mais... mais NON ! Sur le plan cardiologique il faut faire ça ! » (imitant un cardiologue).

D2 : Oui oui, non mais c'est sûr !

D3 : Et c'est là que il y a une explication de texte à refaire !

D5 : Ça évolue un petit peu quand même, parce qu'on a beau demander des avis spécialisés, justement, sur tel ou tel traitement, en apportant toute l'info parce que nous on va avoir besoin de l'avis du cardiologue. Un patient qui a une PPR, qui est sous anticoagulant, qui tremble et puis qui a une BPCO, et qui prends certains traitements, donc il y avait déjà trois quatre cinq médicaments qui peuvent le faire trembler, donc là tu es obligé de coordonner et de faire une vraie synthèse pour le spécialiste, en disant « Ce tremblement il est invalidant, c'est pas neurologique, qu'est-ce qu'on peut changer à son traitement ? Si on met un bêtabloquant ben c'est pas possible parce que il a une BPCO, si on arrête tel traitement c'est pas possible parce que c'est indispensable, et cætera... ».

D3 : Et c'est là où c'est très difficile de choisir les correspondants finalement... Parce que moi j'essaie vraiment de privilégier le choix du patient, et son autonomie, et il y a certains spécialistes avec qui on est contraints à travailler parce qu'ils sont les plus proches de chez nous, avec lesquels on partage vraiment pas grand-chose, et puis les autres qui sont absolument géniaux mais les patients trouvent que c'est moins pratique d'aller chez eux... et cætera... « Voilà ce que vous pourriez faire pour votre patient un fois que je l'ai vu ! », « Ah ben oui, non... ». « Voilà ce que vous pourriez faire », versus « Voilà, j'ai tout changé, et c'est comme ça quoi ! » (rires de D4).

D2 : Et quand même, alors j'ai pas une énorme expérience, mais je trouve que les systèmes d'informatisation en termes de transfert d'info, c'est un peu plus facile quand même je trouve, avec les logiciels de messagerie sécurisées et cætera... par rapport aux... ça va plus vite !

D3 (en même temps que D2) : Ça va plus vite !

D2 : Donc c'est plus agréable quand même.

D4 : C'est ça que je voulais dire, moi j'trouve qu'il manque quand même, des moyens matériels. Ça va pour échanger, pour nous, mais quand le patient il est dans un service d'urgences, ou en tout cas qu'il est ailleurs et qu'il y a besoin d'information, le DMP c'est pas du tout... c'est pas suffisant développé pour être suffisamment aidant !

D5 : Moi j'ai un petit exemple assez marrant sur la synthèse qu'on doit faire, tu disais « condescendant » (en s'adressant à D3), là c'est plutôt con-ascendant. J'ai un patient qui était hospitalisé pour un trouble étiqueté somatoforme : des mots de tête et des... et des... troubles de la marche, chez un jeune patient d'une vingtaine d'année. Donc il est hospitalisé en neuro, et ils trouvent rien, sauf le trouble somatoforme. Il revient chez nous, on le revoit, on travaille sur le trouble somatoforme parce qu'il y avait vraiment tout un bilan qui est correct. Et puis on reçoit quand même un courrier du neurochirurgien qui a relu les images et qui a vu une malformation d'Arnold Chiari, qui pourrait tout à fait rentrer dans... pour expliquer l'ensemble de ses symptômes, notamment des céphalées intermittentes et des troubles de la mâchoire intermittent, donc on se dit bon ben très bien, on va rediscuter avec la famille. Il pose pas d'indication opératoire mais au moins on sait ce qu'il se passe. Et on reçoit un courrier du neurologue qui l'avait eu en hospit' et qui le revoit en consult', qui reparle de troubles somatoformes (rires). Et là (rires), je prends mon petit courrier, j'écris : « Désolé, est-ce que vous avez vu passé le courrier du neurochirurgien ? », qui travaille dans le même hôpital bien sûr (rires) ! J'ai pas eu de réponse... Donc voilà, nous on a peut-être un petit rôle de dire la synthèse... Parce que après nous on est un peu en porte à faux, il va revenir en disant « C'est dans ma tête ? », tu vois le truc...

D4 : Synthèse !

D1 : Effectivement on n'a pas d'outil encore satisfaisant, parce que Sisra moi j'ai essayé plein de fois d'écrire des messages directement, j'ai jamais eu de réponse ! Et quand les patients voyaient le médecin, à priori, ils avaient jamais eu mon message, bon !

D5 : Ben il est envoyé quand même !

D1 : Oui, il est envoyé... Est-ce que c'est la secrétaire qui les ouvre, enfin je sais pas comment ça marche... mais... J'ai un patient qui avait un antécédent qui était pas à lui, donc en fait, il avait un antécédent de cancer qui n'est pas à lui, c'est un homonyme. J'ai vérifié c'est pas lui, je sais qu'il n'a pas de cancer. Et il a une vessie neurologique, et l'urologue a dit « Ben je l'opère pas parce qu'il a un cancer ! ». Et du coup j'ai écrit à l'urologue en disant que c'était pas lui, il n'a pas de cancer, et peut-être que vous pourriez envisager de l'opérer... J'ai pas dit qu'il faut forcément l'opérer, mais en tout cas... « Enlevez cette information là et reréfléchissez ! ». J'ai jamais eu de réponse. Et il a été réhospitalisé, et il est revenu avec le compte rendu avec l'antécédent toujours... Et j'ai resigné à l'administration, que c'était un homonyme et que c'était pas lui, et personne n'est foutu d'enlever cet antécédent de son dossier ! Et donc peut-être qu'il pourrait être opéré de sa vessie, mais on ne saura jamais... (rires et rires de D4)

D3 : On fait normalement l'effort de faire des courriers de synthèse, et parfois ses courriers sont pas lus, les patients nous le disent bien ! (D4 manifeste son accord) Voilà, moi je continuerai à les faire parce que ça aura au moins l'intérêt de... pour le patient, de « Alors, si on fait un résumé de votre situation là aujourd'hui. Y'a effectivement une dizaine d'antécédents, des cancers, des machins, mais finalement ce qui est important aujourd'hui, c'est que vous tremblez et que vous faites des chutes, donc... et que vous supportez pas le *Modopar*[®], alors comment on fait quoi ? ».

D5 : Faut arrêter l'alcool ! (rires et rires des participants)

D4 : Administrativement on va l'avoir quand même, là, c'est nous qui faisons le cent pourcent, les dossiers MDPH, et là pour le coup on nous reconnaît bien cette compétence d'expert de synthèse.

D3 (en même temps que D4) : Ah ben à cent pourcent !! Magnifique !

D4 : Et en même temps c'est relou sur le coup, mais en même temps quand on n'est pas installé depuis très longtemps et qu'on a récupéré des patients qui avaient déjà des dossiers MDPH, de les refaire ensemble, ça permet aussi de comprendre des choses, ben de faire un temps de synthèse avec les patients quoi (D3 acquiesce), et avec... d'autres personnes si besoin.

D3 : Je réagissais sur le cent pourcent, parce que il n'y a pas très longtemps, je reçois un courrier qui dit qu'il a un cancer et donc je m'attends à le voir, pour pouvoir faire son cent pourcent. Je le vois six mois après et il me dit « Non mais c'est le spécialiste qui m'a fait le cent pourcent ! ». Je lui disais « Mais il a rajouté le diabète ? », donc je vérifie, et ben non ! Donc il a mis le cent pourcent sur son cancer, mais il a écrasé le diabète en fait... parce que le spécialiste il sait pas que quand il met un cent pourcent, il faut qu'il mette tous les cent pourcents... (D4 acquiesce).

D5 : Après, des fois, c'est bien que les spécialistes les fassent, moi j'ai reçu un relevé de cent pourcent pour une hémochromatose, j'ai pas l'info ! Je sais qu'il est suivi pas le gastro, j'ai un courrier très normal qui dit qu'il est suivi pour son hémochromatose, il a bien eu sa saignée, mais, sauf que le cent pourcent à remplir c'est l'enfer, il y a tout un truc génétique, les causes, il faut des chiffres précis et tout... J'ai rien du tout. J'ai le spécialiste qui me dit qu'il ne prenait pas le temps de faire ça, donc voilà, donc je peux pas... Ben voilà, je ne peux pas non plus, j'ai pas l'info, je ne peux pas le faire ! Et j'ai reçu aujourd'hui un courrier de la sécu qui dit « Ben on peut pas parce qu'on n'a pas l'info ! ». Ben ouais, voilà... moi non plus ! Je veux bien envoyer le truc, sauf qu'il y a un truc à faire remplir par le spécialiste, et soit il m'envoie les infos, soit... il le remplit ! Et le patient il est en porte à faux !

(silence de 5 secondes).

D3 : Ça va être une saloperie à coder quand même c'te merde là... (rires)

D5 : Ça a été loin quand même !

Animateur : Oui, je vous propose qu'on s'arrête là...

D5 : Ça va devenir important là !

Animateur : Non et puis du coup il y a une question que je ne vous ai pas posé... que... Enfin, mouais... Est-ce que vous vous sentez légitime dans votre rôle de médecin traitant à remettre en question la parole du spécialiste ?

D3 : Mais complètement, on l'a dit !

D5 : Bien sûr ! C'est notre expertise.

Animateur : Okay.

D1 : Après, pas que, parce que D6 a quand même dit que c'était difficile pour elle... (D4 et D5 manifestent leur accord).

D5 : Et puis [prénom de D4], tu l'as dit aussi, que tu te sentais pas...

D1 (en même temps que D5) : Et puis moi aussi...

D5 : Que tu n'avais pas d'expérience, toi tu le dis depuis cinq ans, dont au bout d'un moment... (rires des participants et brouhaha)

D4 : Non mais il y a plusieurs choses. D'abord que la science te donne raison, à force. Et effectivement sur les statines, enfin sur la prise en charge du risque cardiovasculaire global, dont le diabète, dont le cholestérol, ça fait cinq ans qu'on a une attitude et maintenant qui commence à être validée par tous... Donc du coup, même si c'est les patients qui vont le reconnaître, toi d'abord, tu vas te dire 'Ben là je me sens légitime !' Et puis après on a nos petits domaines d'expertise et puis on a nos domaines où on est moins expert, et du coup on va peut-être être plus légitime...

D3 : La plus grande légitimité c'est selon nous qu'on fait de la décision médicale partagée (en insistant sur « partagée ») ! Point barre !

D4 : EBM !

D3 : Comme dirait les anglosaxons : period !

D4 : Period ! Yeah !

D1 : Après quand même c'est vrai que chui arrivé, c'étaient mes premières consultations de renouvellement quand je me suis installé, c'était une dame âgée, je crois, de 85 ans, qui avait plein de traitement dont des statines, et bon je lui avais dit... « Bon, 85 ans, on va peut-être arrêter votre statine ! ». Et affectivement j'avais peut-être pas la notion... Je lui avais dit « Bon, vous avez des problèmes cardiaques ? », elle m'avait dit que non pas du tout, et que comme cette dame n'avait pas du tout l'air d'avoir de troubles cognitifs... ce qui était en fait une erreur ! (rires) Je ne l'avais pas vu tout de suite... Et du coup, elle avait des problèmes, notamment un stent, un infarctus..., des p'tites choses cardiaques... Et du coup le cardiologue m'a pourri dans une lettre en disant « J'espère que vous avez oublié de renouveler la statine et que vous ne l'avez pas arrêtée sciemment ! Ce qui serait une attitude mortelle envers cette patiente ! ». Et c'est vrai que du coup bon, tu vois je me suis pas senti en... ça m'a un peu freiné dans mes... dans mes... dans ma fougue de déprescription !