

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>

Année 2017 N°42

L'ordonnance : représentations des médecins généralistes.

**Etude qualitative par entretiens collectifs de 17 médecins
généralistes de Rhône-Alpes.**

THESE

Présentée
A l'Université Claude Bernard Lyon 1
et soutenue publiquement le **30/03/2017**
pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

DUMAS Marianne
née le 27 Mai 1987 à Saint Agrève (07)

L'ordonnance : représentations des médecins généralistes.

**Etude qualitative par entretiens collectifs de 17 médecins
généralistes de Rhône-Alpes.**

THESE

Présentée

A l'Université Claude Bernard Lyon 1
et soutenue publiquement le **30/03/2017**
pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

DUMAS Marianne
née le 27 Mai 1987 à Saint Agrève (07)

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD – LYON 1

Président

Frédéric FLEURY

Président du Comité de Pierre COCHAT

Coordination des Etudes Médicales

Directrice Générale des Services

Dominique MARCHAND

Secteur Santé

UFR de Médecine Lyon Est

Doyen : Gilles RODE

UFR de Médecine Lyon Sud -

Doyen : Carole BURILLON

Charles Mérieux

Institut des Sciences Pharmaceutiques
et Biologiques (ISPB)

Directrice : Christine VINCIGUERRA

UFR d'Odontologie

Directeur : Denis BOURGEOIS

Institut des Sciences et Techniques
de Réadaptation (ISTR)

Directeur : Xavier PERROT

Département de Biologie Humaine

Directrice : Anne-Marie SCHOTT

Secteur Sciences et Technologie

UFR de Sciences et Technologies

Directeur : Fabien de MARCHI

UFR de Sciences et Techniques des

Directeur : Yannick VANPOULLE

Activités Physiques et Sportives (STAPS)

Polytech Lyon

Directeur : Emmanuel PERRIN

I.U.T.

Directeur : Christophe VITON

Institut des Sciences Financières
et Assurances (ISFA)

Directeur : Nicolas LEBOISNE

Observatoire de Lyon

Directrice : Isabelle DANIEL

Ecole Supérieure du Professorat
et de l'Education(ESPE)

Directeur : Alain MOUGNIOTTE

Faculté de Médecine Lyon Est

Liste des enseignants 2016/2017

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers

Classe exceptionnelle Echelon 2

Blay	Jean-Yves	Cancérologie; radiothérapie
Cochat	Pierre	Pédiatrie
Cordier	Jean-François	Pneumologie; addictologie
Etienne	Jérôme	Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière
Gouillat	Christian	Chirurgie digestive
Guérin	Jean-François	Biologie et médecine du développement Et de la reproduction; gynécologie médicale
Mornex	Jean-François	Pneumologie; addictologie
Ninet	Jacques	Médecine interne; gériatrie et biologie du vieillessement; médecine générale; addictologie
Philip	Thierry	Cancérologie; radiothérapie
Ponchon	Thierry	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
Revel	Didier	Radiologie et imagerie médicale
Rivoire	Michel	Cancérologie; radiothérapie
Rudigoz	René-Charles	Gynécologie-obstétrique; gynécologie médicale
Thivolet-Bejui	Françoise	Anatomie et cytologie pathologiques
Vandenesch	François	Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers

Classe exceptionnelle Echelon 1

Borson-Chazot	Françoise	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; Gynécologie médicale
Chassard	Dominique	Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence
Claris	Olivier	Pédiatrie
D'Amato	Thierry	Psychiatrie d'adultes; addictologie
Delahaye	François	Cardiologie
Denis	Philippe	Ophtalmologie
Disant	François	Oto-rhino-laryngologie
Douek	Philippe	Radiologie et imagerie médicale
Ducerf	Christian	Chirurgie digestive
Finet	Gérard	Cardiologie
Gaucherand	Pascal	Gynécologie-obstétrique; gynécologie médicale
Guérin	Claude	Réanimation; médecine d'urgence
Herzberg	Guillaume	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Honnorat	Jérôme	Neurologie
Lachaux	Alain	Pédiatrie
Lehot	Jean-Jacques	Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence
Lermusiaux	Patrick	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Lina	Bruno	Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière
Martin	Xavier	Urologie
Mellier	Georges	Gynécologie-obstétrique; gynécologie médicale
Mertens	Patrick	Anatomie
Michallet	Mauricette	Hématologie; transfusion
Miossec	Pierre	Immunologie
Morel	Yves	Biochimie et biologie moléculaire

Moulin	Philippe	Nutrition
Négrier	Sylvie	Cancérologie; radiothérapie
Neyret	Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Nighoghossian	Norbert	Neurologie
Ninet	Jean	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Obadia	Jean-François	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Ovize	Michel	Physiologie
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

André-Fouet	Xavier	Cardiologie
Argaud	Laurent	Réanimation; médecine d'urgence
Badet	Lionel	Urologie
Barth	Xavier	Chirurgie générale
Bessereau	Jean-Louis	Biologie cellulaire
Berthezene	Yves	Radiologie et imagerie médicale
Bertrand	Yves	Pédiatrie
Boillot	Olivier	Chirurgie digestive
Braye	Fabienne	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique; brûlologie
Breton	Pierre	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Chevalier	Philippe	Cardiologie
Colin	Cyrille	Epidémiologie économie de la santé et prévention
Colombel	Marc	Urologie
Cottin	Vincent	Pneumologie; addictologie
Devouassoux	Mojgan	Anatomie et cytologie pathologiques
Di Fillipo	Sylvie	Cardiologie
Dumontet	Charles	Hématologie; transfusion
Durieu	Isabelle	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement; médecine générale; addictologie
Edery	CharlesPatrick	Génétique
Fauvel	Jean-Pierre	Thérapeutique; médecine d'urgence ; addictologie
Guenot	Marc	Neurochirurgie
Gueyffier	François	Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique; addictologie
Guibaud	Laurent	Radiologie et imagerie médicale
Javouhey	Etienne	Pédiatrie
Juillard	Laurent	Néphrologie
Jullien	Denis	Dermato-vénéréologie
Kodjikian	Laurent	Ophtalmologie
Krolak Salmon	Pierre	Médecine interne; gériatrie et biologie du vieillissement; 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
Mion	François	Physiologie
Morelon	Emmanuel	Néphrologie
Mure	Pierre-Yves	Chirurgie infantile
Négrier	Claude	Hématologie; transfusion
Nicolino	Marc	Pédiatrie
Picot	Stéphane	Parasitologie et mycologie

Rouvière	Olivier	Radiologie et imagerie médicale
Roy	Pascal	Biostatistiques, informatique médicale et Technologies de communication
Rymlin	Philippe	Neurologie
Saoud	Mohamed	Psychiatrie d'adultes
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
Vallée	Bernard	Anatomie
Vanhems	Philippe	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Vukusic	Sandra	Neurologie

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Seconde Classe

Ader	Florence	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
Aubrun	Frédéric	Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence
Boussel	Loïc	Radiologie et imagerie médicale
Calender	Alain	Génétique
Chapurlat	Roland	Rhumatologie
Charbotel	Barbara	Médecine et santé au travail
Chêne	Gautier	Gynécologie-obstétrique; gynécologiemédicale
Cotton	François	Radiologie et imagerie médicale
Crouzet	Sébastien	Urologie
Dargaud	Yesim	Hématologie; transfusion
David	Jean-Stéphane	Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence
Di Rocco	Federico	Neurochirurgie
Dubernard	Gil	Gynécologie-obstétrique; gynécologie médicale
Ducray	François	Neurologie
Dumortier	Jérôme	Gastroentérologie; hépatologie ;addictologie
Fanton	Laurent	Médecinelégale
Fellahi	Jean-Luc	Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence
Ferry	Tristan	Maladie infectieuses ; maladies tropicales
Fourneret	Pierre	Pédopsychiatrie; addictologie
Gillet	Yves	Pédiatrie
Girard	Nicolas	Pneumologie
Gleizal	Arnaud	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Henaine	Roland	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Hot	Arnaud	Médecine interne
Huissoud	Cyril	Gynécologie-obstétrique; gynécologie médicale
Jacquin-Courtois	Sophie	Médecine physique et de réadaptation
Janier	Marc	Biophysique et médecine nucléaire
Lesurtel	Mickaël	Chirurgie générale
Michel	Philippe	Epidémiologie,économie de la santé et prévention
Million	Antoine	Chirurgie vasculaire; médecine vasculaire
Monneuse	Olivier	Chirurgie générale
Nataf	Serge	Cytologie et histologie
Peretti	Noël	Nutrition
Pignat	Jean-Christian	Oto-rhino-laryngologie
Poncet	Gilles	Chirurgie générale
Raverot	Gérald	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques;
		Gynécologie médicale
Ray-Coquard	Isabelle	Cancérologie; radiothérapie

Rheims	Sylvain	Neurologie
Richard	Jean-Christophe	Réanimation; médecine d'urgence
Robert	Maud	Chirurgie digestive
Rossetti	Yves	Physiologie
Souquet	Jean-Christophe	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
Thaumat	Olivier	Néphrologie
Thibault	Hélène	Physiologie
Wattel	Eric	Hématologie; transfusion

Professeurs des Universités – Médecine Générale

Flori	Marie
Letrilliart	Laurent
Moreau	Alain
Zerbib	Yves

Professeurs associés de Médecine Générale

Lainé	Xavier
-------	--------

Professeurs émérites

Baulieux	Jacques	Cardiologie
Beziat	Jean-Luc	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Chayvialle	Jean-Alain	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
Daligand	Liliane	Médecine légale et droit de la santé
Droz	Jean-Pierre	Cancérologie; radiothérapie
Floret	Daniel	Pédiatrie
Gharib	Claude	Physiologie
Mauguière	François	Neurologie
Neidhardt	Jean-Pierre	Anatomie
Petit	Paul	Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence
Sindou	Marc	Neurochirurgie
Touraine	Jean-Louis	Néphrologie
Trepo	Christian	Gastroentérologie; hépatologie ;addictologie
Trouillas	Jacqueline	Cytologie et histologie
Viale	Jean-Paul	Réanimation; médecine d'urgence

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
Dubourg	Laurence	Physiologie
Germain	Michèle	Physiologie
Jarraud	Sophie	Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière
LeBars	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
Timour-Chah	Quadiri	Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique; addictologie
Voiglio	Eric	Anatomie

Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers Première classe

Barnoud	Raphaëlle	Anatomie et cytologie pathologiques
Bontemps	Laurence	Biophysique et médecine nucléaire
Chalabreysse	Lara	Anatomie et cytologie pathologiques
Charrière	Sybil	Nutrition
Collardeau Frachon	Sophie	Anatomie et cytologie pathologiques
Confavreux	Cyrille	Rhumatologie
Cozon	Grégoire	Immunologie
Escuret	Vanessa	Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière
Hervieu	Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
Kolopp-Sarda	Marie Nathalie	Immunologie
Lesca	Gaëtan	Génétique
Lukaszewicz	Anne-Claire	Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence
Maucourt Boulch	Delphine	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
Meyronet	David	Anatomie et cytologie pathologiques
Pina-Jomir	Géraldine	Biophysique et médecine nucléaire
Plotton	Ingrid	Biochimie et biologie moléculaire
Rabilloud	Muriel	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
Rimmele	Thomas	Anesthésiologie-réanimation; Médecine d'urgence
Ritter	Jacques	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Roman	Sabine	Physiologie
Tardy Guidollet	Véronique	Biochimie et biologie moléculaire
Tristan	Anne	Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière
Venet	Fabienne	Immunologie
Vlaeminck-Guillem	Virginie	Biochimie et biologie moléculaire

Maîtres de Conférences – Praticiens Hospitaliers Seconde classe

Casalegno	Jean-Sébastien	Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière
Curie	Aurore	Pédiatrie
Duclos	Antoine	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Lemoine	Sandrine	Physiologie
Marignier	Romain	Neurologie
Phan	Alice	Dermato-vénéréologie
Schluth-Bolard	Caroline	Génétique
Simonet	Thomas	Biologie cellulaire
Vasiljevic	Alexandre	Anatomie et cytologie pathologiques

Maîtres de Conférences associés de Médecine Générale

Farge
Pigache

Thierry
Christophe

Composition du Jury

Président : Professeur Yves ZERBIB

Membres : Professeur Pierre FOURNERET
Professeure Claire FALANDRY
Docteur Marc GIROUD
Docteur Philippe MARISSAL

LE 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

Aux membres du jury :

Professeur Yves ZERBIB,

Merci de me faire l'honneur de présider mon jury de thèse. Merci pour votre accompagnement et votre pédagogie tout au long de mon cursus de médecine générale. Merci enfin pour vos conseils lors de mon travail.

Professeur Pierre FOURNERET,

Merci de me faire l'honneur de participer à mon jury de thèse et d'avoir été si réactif lors de nos échanges. Veuillez trouver ici l'expression de ma profonde considération.

Professeure Claire FALANDRY,

Merci d'avoir accepté de siéger à mon jury de thèse et de vous être rendue disponible aussi rapidement.

Docteur Marc GIROUD,

Merci de me faire l'honneur d'accepter de participer à mon jury de thèse et de m'avoir fait découvrir et apprécier la gériatrie. Merci également de m'avoir accepté au sein de votre service et de m'avoir apporté votre confiance.

Docteur Philippe MARISSAL,

Merci de m'avoir fait confiance pour ce travail de thèse, en m'accompagnant tout au long de mes travaux et en tenant le rôle de modérateur durant les entretiens. Merci aussi et surtout du temps que vous m'avez accordé et ce malgré vos nombreuses responsabilités et la distance qui nous séparait.

A mes collègues de la sphère médicale :

Au Docteur Magali FRANCISCO,

Merci pour ton accueil dans ton service et pour tout ce que tu m'apprends chaque jour : ta rigueur au travail est une référence pour moi.

Au Docteur Nathalie RUET,

Merci à toi aussi de m'avoir accueillie dans ton service et pour l'exemple que tu es pour moi dans ton dynamisme et dans l'équilibre que tu réussis à maintenir entre ta vie professionnelle et personnelle.

A l'ensemble du service de Médecine Gériatrique du CHPO,

Merci pour votre accueil et pour votre bonne humeur de chaque instant malgré la lourde charge de travail.

Aux médecins généralistes qui ont participé aux entretiens,

Merci de m'avoir accordé de votre temps et merci aussi pour la richesse des entretiens qui a nourri mon travail et m'a permis de le mener à bien.

A toutes mes rencontres lors de mes stages d'internat.

A ma famille :

A ma Mère, merci Maman de m'avoir offert la possibilité de me consacrer à mes études durant de si nombreuses années, merci de m'avoir appris la ténacité et la valeur du travail. Merci d'être mon pilier depuis toujours. Merci aussi pour tous ces moments passés avec Jules. Tous les remerciements que tu mérites ne peuvent pas être résumés en quelques lignes, alors merci pour TOUT.

A mon Père, merci Papa d'avoir été un père formidable et d'avoir toujours cru en moi. Mes pensées vers toi me permettent d'avancer avec une même volonté : que tu sois fier de moi. Tu es la source de ma vocation de par ton dévouement aux autres à travers ton métier et par le combat que tu as mené si dignement contre la maladie. Papa, je te dédie cette thèse.

A mes Frères, les 2 « Tonetones »

Antoine, je suis heureuse et fière de ta situation aujourd'hui. Après un parcours pas toujours évident et semé d'embûches, merci d'en être arrivé là.

Pierre, merci pour ta fiabilité constante, ta disponibilité et ton humeur égale. Je sais que je peux toujours compter sur toi et sur ton imprimante !

A mes belles sœurs, Elodie et Fanny, merci d'avoir rejoint notre famille et d'apporter bonheur et équilibre à mes frères

A ma Grand-mère, merci Mémé pour ta force et ton courage qui sont un exemple pour moi. Toujours souriante et pleine d'humour tu es une vraie leçon de vie à toi toute seule.

A Christian, merci pour l'aide immense que tu m'as apportée tout au long de ce travail. En plus de la relecture et de la correction, tu as été pour moi « une bouée de sauvetage » quand je coulais et un « moteur » quand j'avais besoin d'avancer. Merci pour tout ce que tu apportes à notre famille depuis que tu en fais partie.

A ma Belle Famille,

Thérèse et Patrick, merci pour votre aide en gardant Jules et pour toute la tendresse et l'affection que vous lui portez. Merci pour la place que vous me faite au sein de votre famille.

Audrey, Julien et Anaïs, merci pour ce petit rayon de soleil qu'est Anaïs.

Paul, merci de m'avoir intégrée si facilement à votre famille.

A Nico, merci pour ta patience et ton soutien. Toutes ces années d'études ont été un sacrifice pour toi et je te remercie d'avoir su m'accompagner. Merci de faire partie de ma vie. Il nous reste tellement de belles choses à vivre tous les 3 !

A mon petit Jules, merci d'illuminer chacune de mes journées et de faire de moi une maman comblée. Je t'aime.

A mes amis :

A Charlotte, merci pour ton soutien infailible et tes conseils. Tu es ma plus proche confidente et je t'en remercie. Merci d'être une marraine géniale pour Jules.

A Lise, Gaëlle, Lucie, Aude et Alex, merci pour votre compréhension malgré mes absences répétées. Merci pour toutes ces années d'amitié.

Lise, merci d'être TOI, une amie unique.

Gaëlle, merci pour tes conseils, ton honnêteté.

Lucie, merci pour ces 23 ans d'amitié.

Aude, malgré la distance et mes indisponibilités tu es toujours là. Merci.

Alex, merci pour ces années de collocations et toutes ces heures de discussions ...

Résumé

Contexte. Présente depuis des siècles, l'ordonnance conclue aujourd'hui la presque totalité des consultations. Dans son support papier elle résiste à la poussée des nouvelles technologies alors que des projets de loi visent à la dématérialiser. L'étude s'intéresse aux représentations de l'ordonnance à travers le regard des médecins généralistes.

Méthodes. Etude qualitative par entretiens collectifs à l'aide d'un guide d'entretien semi dirigé. La population cible était les médecins généralistes exerçant en Rhône-Alpes.

Résultats. Par les conseils écrits qu'elle comporte et la discussion qui l'accompagne, les médecins utilisent l'ordonnance comme outil éducatif. Elle symbolise un contrat médecin –patient qui permet de conclure la consultation. En dehors de la consultation, elle contribue à la coordination des soins. Elle est source d'informations pour les professionnels mais aussi pour l'Assurance Maladie dans sa mission de contrôle. Enfin, elle se présente comme élément de traçabilité médico-légale pour le médecin. Conscients de son importance, les médecins aimeraient consacrer plus de temps à la discuter avec les patients alors qu'ils la perçoivent parfois comme une liste de course lorsque ces derniers demandent des médicaments supplémentaires.

Conclusions. Cette étude a permis de préciser les représentations de l'ordonnance par les médecins généralistes. Elle leur amène des pistes de réflexion sur son utilisation, notamment dans son rôle éducatif et relationnel. Elle permet aussi de s'interroger sur la probable arrivée de l'ordonnance dématérialisée et les adaptations à apporter pour conserver ce moment d'échange médecin-patient qu'offre l'ordonnance d'aujourd'hui.

SOMMAIRE

I. INTRODUCTION

a) L'ordonnance d'hier ...	Page 19
b) ... et l'ordonnance d'aujourd'hui	Page 20

<u>LEXIQUE</u>	Page 22
----------------	---------

II. METHODOLOGIE

A. MATERIEL	Page 23
B. METHODE	Page 23
1) Revue de la littérature	Page 23
2) Guide d'entretien	Page 24
a) Elaboration du guide	Page 24
b) Description du guide	Page 24
c) Notes durant l'entretien	Page 24
d) Test du guide / canevas d'entretien	Page 25
3) Constitution de l'échantillon	Page 25
a) Les critères de sélection	Page 25
b) Le recrutement	Page 25
4) Réalisation des entretiens	Page 27
a) Répartition des rôles	Page 27
b) Durée et lieu des entretiens	Page 28
c) Déroulement des entretiens	Page 28
5) Saisie et exploitation des données ou retranscription	Page 29
6) Analyse des données	Page 30
7) Aspect éthique	Page 30

III. RESULTATS

A. DESCRIPTION DE L'ECHANTILLON	Page 31
B. RESULTATS DE L'ETUDE	Page 33

1) L'ordonnance, outil structurant	Page 33
a) Trame de la consultation	Page 33
b) Coordination des soins	Page 34
c) Cadre légal et administratif	Page 35
2) L'ordonnance, outil symbolique	Page 37
a) Le pouvoir et la fonction du médecin	Page 37
b) La relation médecin - patient	Page 37
c) La guérison	Page 38
d) Une habitude et besoin	Page 38
3) L'ordonnance, outil commercial	Page 40
a) Un passeport pour le remboursement	Page 40
b) Une « liste de course », un objet de « deal »	Page 41
c) Marchandage et conflits	Page 42
4) L'ordonnance, outil éducatif	Page 44
a) Un support rédactionnel éducatif	Page 44
b) Une source d'échange et de discussion	Page 48
c) Des situations prétextes à l'éducation	Page 50
d) Les limites de l'ordonnance « éducative »	Page 52
 IV. <u>DISCUSSION</u>	 Page 55
A. CRITIQUE DE L'ETUDE	Page 55
1) Equipe de recherche	Page 55
a) Caractéristiques personnelles	Page 55
b) Relations avec les participants	Page 55
c) Position de chercheur	Page 56
2) Conception de l'étude	Page 57
a) Cadre théorique	Page 57
b) Sélection des participants	Page 57
c) Difficultés de recrutement	Page 59
d) Contexte	Page 59
e) Recueil des données	Page 60

f) Validation de la retranscription par les participants	Page 61
3) Analyse des données	Page 61
 B. DISCUSSION DES RESULTATS	Page 61
 1) L'ordonnance, outil structurant	Page 61
a) Trame de la consultation	Page 62
b) Coordination des soins	Page 62
c) Cadre légal et administratif	Page 63
2) L'ordonnance, outil symbolique	Page 63
a) Le pouvoir et la fonction du médecin	Page 63
b) La relation médecin patient	Page 64
c) La guérison	Page 65
d) Une habitude et besoin	Page 65
3) L'ordonnance, outil commercial	Page 66
a) Une « liste de course » ou objet de « deal »	Page 66
b) Un passeport pour le remboursement	Page 66
c) Une interprétation des attentes des patients	Page 67
d) Les marchandages et conflits	Page 67
4) L'ordonnance, outil éducatif	Page 68
a) Un support rédactionnel	Page 69
b) Une source d'échange et de discussion	Page 70
c) Des situations prétextes à l'éducation	Page 71
d) Les limites de l'ordonnance « éducative »	Page 72
 V. <u>CONCLUSION</u>	Page 74
 REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	Page 77
<u>ANNEXES :</u>	Page 80
1. Annexe 1 : cartes heuristiques	Page 80
a) Représentations de l'ordonnance.....	Page 80
b) Outil structurant	Page 81
c) Outil symbolique	Page 81
d) Outil commercial	Page 81

e) Outil d'éducation	Page 81
2. Annexe 2 : guide d'entretien initial	Page 82
3. Annexe 3 : guide d'entretien final	Page 83
4. Annexe 4 : courriel d'invitation	Page 84
5. Annexe 5 : courriel de relance	Page 85
6. Annexe 6 : fiche d'informations et de consentement	Page 86
7. Annexe 7 : fiche caractéristiques des participants	Page 87
8. Annexe 8 : attestation de déclaration CNIL	Page 88
9. Annexe 9 : Consolidated criteria for reporting qualitative studies (COREQ)	Page 89
10. Annexe 10 : CD des entretiens	Page 90

I. INTRODUCTION

Quand on prononce le mot ordonnance, la première image qui vient à l'esprit ce sont quelques lignes couchées sur du papier à entête, parfois illisibles, écrites de la main du médecin (1). Mais au-delà cette vision réductrice et un peu dépassée, l'ordonnance recèle bien plus de complexité qu'il n'y paraît.

Le Larousse définit l'ordonnance comme étant « une prescription d'un médecin, papier sur lequel elle est portée » et il définit la prescription comme étant « une recommandation thérapeutique, éventuellement consignée sur ordonnance, faite par le médecin » mais aussi comme « un document écrit dans lequel est consigné ce qui est prescrit par le médecin » (2). Les 2 termes (ordonnance et prescription) sont donc considérés comme des synonymes dans le langage courant mais l'ordonnance représente avant tout le support papier des prescriptions médicales.

Ordonnance ou prescription ? L'étymologie du terme « ordonnance » porte en elle-même toute cette ambiguïté : « ordonner, donner un ordre, c'est aussi bien prescrire à un sujet (au datif) qu'agencer, disposer dans un certain ordre un objet (à l'accusatif) » (1).

Le mot est d'ailleurs utilisé dans des environnements autres que médicaux : ordonnance d'acquittement prononcée par un juge, ordonnance de la décoration d'une façade en architecture, ordonnance édictée par un roi, militaire officier d'ordonnance. Le terme ordonnance prend une signification bien distincte selon le contexte dans lequel il est utilisé (1).

En se limitant au périmètre médical, on distingue déjà plusieurs types d'ordonnances. On compte parmi elle l'ordonnance simple, l'ordonnance « bizone », l'ordonnance sécurisée et l'ordonnance à quatre volets pour les médicaments d'exception (1).

a) L'ordonnance d'hier ...

L'usage le plus ancien du mot « ordonnance » remonte au XII^e siècle. Il est alors utilisé dans l'ordre politique, comme émanant du roi (1).

C'est au milieu du XVIII^e siècle que l'ordonnance entre dans le langage médical courant pour désigner les prescriptions orales ou écrites d'un médecin. Néanmoins, la prescription médicale, même si elle n'est pas nommée ordonnance, remonte plus loin. On trouve des traces écrites de prescription ou recettes contre les affections sous forme de papyrus ou tablettes dès le II^e siècle en Mésopotamie mais aussi en Egypte, en Grèce et à Rome (1).

Le cadre légal de l'ordonnance au fil des années se sont étoffées de nouvelles lois et réglementations. L'ordonnance est désormais intégrée dans différentes lois et codes comme le code de la santé publique, le code de déontologie ou encore le code de l'assurance maladie (3).

b) ... et l'ordonnance d'aujourd'hui

En 2011, l'Assurance Maladie estimait à 750 millions le nombre d'ordonnances papier qui leur étaient transmises annuellement via les officines de pharmacie, chiffre à rapprocher du 1.1 milliards de feuilles de soins télétransmises par les médecins (auxquelles il faut ajouter 150 millions feuilles de soins papier) (1).

La numérisation des ordonnances (copie scannée) puis leur transmission par voie électronique est opérationnelle depuis 2012 entre les officines de pharmacie et l'Assurance Maladie. Il reste à mettre en place cette dématérialisation à la source, au moment de la prescription chez le médecin. Celle-ci est rendue possible depuis 2004, par le biais de courriels, sous réserve de respecter certaines conditionsⁱ mais force est de constater que près de 13 ans après la promulgation de cette loi c'est bien le papier qui reste le support incontesté de l'ordonnance (1).

Cette résistance au changement est-elle du fait des médecins, des patients, voire d'une habitude ou d'une tradition issue de siècles de pratiques comme il a été vu précédemment ?

90% des consultations en France se concluent par une ordonnance contre 43% aux Pays-Bas par exemple (4, 5). Et bien que l'ordonnance puisse être l'image de la surconsommation médicamenteuse, montrée du doigt par la politique de santé,

l'attachement des français à l'ordonnance papier est donc très fort.. En effet, La France est au 1^{er} rang des pays européens en terme de dépense par habitant et au deuxième en terme de volume consommé (5).

L'ordonnance papier résiste aux nouvelles technologies et à l'évolution de la société à un point tel que la question se pose de la représentation que s'en font les médecins généralistes en 2017, en particulier pour l'ordonnance médicamenteuse.

Mais résistera-t-elle encore longtemps dans son support papier ? Des projets de loi envisagent la dématérialisation de l'ordonnance comme c'est déjà le cas en Suède ou les Etats-Unis où la démarche a été initiée (7).

Notre étude s'intéressait à l'attachement des médecins généralistes vis-à-vis de l'ordonnance. Elle visait à explorer les représentations de l'ordonnance médicamenteuse par les médecins généralistes pour mieux comprendre le rapport qu'ils entretiennent avec elle dans un contexte de modifications sociétales et de disparition des supports papiers contrastant avec l'omniprésence de l'ordonnance dans les consultations.

Il s'agissait d'une méthode qualitative réalisée par une succession d'entretiens collectifs (focus group) de médecins généralistes jusqu'à saturation des occurrences.

LEXIQUE :

- CFES : Comité Français d'Education à la Santé (devenu INPES)
- CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
- FMC : Formation Médicale Continue
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé
- PC : Personnel Computer
- PMF : Prescription Médicale Facultative
- ROSP : Rémunération sur Objectif de Santé Publique

II. METHODOLOGIE

A. MATERIEL

Deux dictaphones analogiques ont permis l'enregistrement des entretiens collectifs.

La retranscription a été faite grâce à un ordinateur et un Pack Office 2011. Le logiciel FreePlane pour PC a permis de coder les entretiens et de réaliser des cartes heuristiques (annexe 1).

B. METHODE

1) Revue de la littérature

La recherche bibliographique Internet a été faite sur le portail de recherche de l'université Lyon 1 avec les moteurs de recherche à disposition. Les bases de données CAIRN, SUDOC, EM Premium, PASCAL, FRANCIS, Banque de données de santé publique, Pubmed, Google et Google Scholar ont été utilisées.

Le moteur de recherche Cismef a également permis une recherche Mesh pour la détermination des équations de recherche.

Les mots clés francophones utilisés étaient : « Ordonnance », « Prescription » couplés dans différentes équations de recherche avec « perception », « représentation », « opinion », « vision » et « médecine », « médecine générale », « médecin » mais aussi avec « société », « éducation », « relation médecin patient », « symbole ».

Les mots anglophones étaient : « prescribing », « general practice », « perception », « opinion ».

La lecture de plusieurs ouvrages et revues scientifiques (Exercer, La Revue de Médecine Générale) empruntés à la bibliothèque universitaire Santé de Rockefeller ou consultés sur internet a également servi de support bibliographique.

Une première recherche bibliographique a été réalisée en mai 2016. Elle a ensuite été réactualisée régulièrement jusqu'en janvier 2017 afin de ne pas omettre de nouvelles données.

2) Guide d'entretien

a) Elaboration du guide

L'élaboration du guide d'entretien n'a été possible qu'après documentation sur les techniques et méthodologies permettant la construction de la trame du guide.

Le guide d'entretien semi dirigé a été élaboré avant le début des entretiens collectifs. Une recherche bibliographique, un travail de questionnement et un entretien préalable avec un sociologue ont permis de formuler des hypothèses grâce auxquelles le guide a été élaboré (annexe 2).

Ces hypothèses ont été reprises dans le guide d'entretien sous forme de questions larges et ouvertes, associées à de sous-questions plus ciblées.

b) Description du guide

L'entretien commençait par la présentation des participants et des chercheurs. Puis une question ouverte permettait d'offrir une ouverture large à la discussion.

L'ordre des questions n'était pas figé et le guide d'entretien, support à la discussion, n'était utilisé qu'en dernier recours pour explorer toutes les hypothèses.

Le guide d'entretien comportait des questions ouvertes permettant d'aborder les différentes sphères de représentations retrouvées dans la littérature sans les citer pour ne pas orienter la discussion. Ces questions pouvaient être précisées par des questions plus ciblées utilisée comme outil de relance.

c) Notes durant l'entretien

L'observateur consignait les aspects non verbaux de la discussion tels que les gestes, attitudes, signes d'émotions et comportements des participants. Il notait également en temps réel le nom du médecin qui s'exprimait pour faciliter la retranscription. Cela évitait ainsi aux intervenants de se présenter lors de leur prise de parole pour une meilleure fluidité de la discussion. Ces notes ont été insérées à la retranscription des entretiens.

d) Test du guide/canevas d'entretien

Le guide a été testé en amont des entretiens par un entretien individuel avec un médecin généraliste qui répondait aux critères d'inclusion. Ce médecin n'a pas participé aux entretiens collectifs (focus group) qui ont suivi. Le guide a été ensuite modifié d'un entretien à l'autre suivant les thèmes abordés lors des entretiens précédents. Ces modifications ont permis d'acquérir une version finale (annexe 3) différentes de la version initiale (annexe 2). Les participants n'ont pas remis en cause le guide.

3) Constitution de l'échantillon et recueil des données

a) Les critères de sélection

Les critères d'inclusion étaient les suivants :

- ⇒ exercer en Rhône- Alpes
- ⇒ être médecin généraliste installé, en collaboration, remplaçant de médecine générale ou interne de médecine générale ayant validé le stage praticien

Le critère d'exclusion était la non maîtrise de la langue française.

b) Le recrutement

Le recrutement de médecins généralistes pour les entretiens collectifs a débuté en aout 2016 et s'est terminé en novembre 2016.

Le but initial était de constituer des groupes de 6 à 8 personnes pour pallier d'éventuels désistements (7). Le nombre d'entretiens collectifs n'était pas défini à l'avance, ce nombre dépendait de l'instant où l'analyse arriverait à saturation des données.

Le recrutement été fait par l'intermédiaire de 3 groupes de formation médicale continue (Cercle de Lecture Prescrire, Association FORGENI, Groupe de Pairs dans l'Ain), du cercle de connaissance des deux chercheurs et enfin par prise de contact direct auprès des médecins généralistes du Nord Isère dont le cabinet se trouvait dans un rayon 30 kilomètres autour des lieux d'entretien, Bourgoin-Jallieu (Isère), Domarin (Isère) et Saint Georges d'Espéranche (Isère). Cette distance a été fixée par souci de confort pour les participants.

Le premier groupe de formation médicale continue, composée de 10 médecins a permis le recrutement de 7 médecins généralistes. Les membres du groupe de formation avaient tous été contactés personnellement par téléphone.

Un courriel d'invitation a été envoyé à 2 autres groupes de formation continue situé dans le Nord Isère et dans l'Ain (annexe 4). Malgré un courriel de relance aucune réponse n'a été reçue (annexe 5).

Les cabinets de médecins généralistes situés à moins de 30 km autour des lieux d'entretien ont été contactés par différentes méthodes. La majorité des invitations ont été envoyées par courriel. Cela représentait 61 courriels d'invitation (annexe 4) suivis d'un éventuel second message de relance (annexe 5) en cas de non réponse. Ces mails d'invitation ont permis le recrutement de 2 médecins.

Des invitations ont également été envoyées par boîte postale dans 3 cabinets. Mais elles sont restées sans réponse.

7 visites spontanées ont été réalisées auprès de cabinets pour remettre en main-propre l'invitation aux médecins accompagnée d'une explication orale concernant les entretiens. Ces visites ont permis de recruter 2 médecins généralistes.

De nombreux appels téléphoniques auprès des cabinets médicaux ont été réalisés. Le nombre exact d'appels n'a pas pu être quantifié. Ils ont permis le recrutement de 2 médecins supplémentaires.

3 autres médecins ont été recrutés grâce au cercle de connaissance des chercheurs par bouche à oreille.

Très peu de réponses positives ont été obtenues lors du recrutement par rapport aux nombres d'invitations.

Au total 105 médecins généralistes ont été invités à participer aux entretiens collectifs. 28 médecins ont répondu négativement et 21 ont répondu positivement à l'invitation. 56 n'ont pas répondu.

4 se sont désistés ou ne se sont pas présentés le jour de l'entretien. Ce sont donc 17 médecins au total qui ont été interrogés, répartis en 3 entretiens, composés respectivement de 6, 4 et 7 médecins généralistes.

4) Réalisation des entretiens

a) Répartition des rôles

Le modérateur avait un rôle primordial puisqu'il était chargé d'animer le groupe et de faire émerger les différents points de vue. Il a veillé au respect du guide d'entretien sans influencer les participants, mettant en œuvre les techniques de reformulation, de relance et de recadrage de la discussion, favorisant la spontanéité, minimisant ses interventions et ses questions, laissant la priorité aux échanges entre participants.

Identité et statut de l'animateur : Dr Philippe Marissal, directeur de thèse, médecin généraliste dans l'Ain.

Un observateur consignait les aspects non verbaux de la discussion tels que les gestes, attitudes, signes d'émotions et comportements des participants. Il notait également en temps réel le nom du médecin qui s'exprimait pour faciliter la retranscription. Cela évitait

ainsi aux intervenants de se présenter lors de leur prise de parole pour une meilleure fluidité de la discussion.

Identité et statut de l'observateur des entretiens qui était également l'investigateur et auteur de l'étude : Melle Marianne Dumas, étudiante en médecine en année de thèse, médecin généraliste remplaçant et faisant fonction d'interne en service hospitalier de court séjour gériatrique.

Les entretiens n'ont pas été animés par l'investigateur de l'étude pour ne pas influencer la discussion.

b) Durée et lieu des entretiens

Les lieux des entretiens ont été déterminés en prenant en compte leur proximité avec les résidences des participants, sur leur capacité d'accueil et leur disponibilité. L'investigateur a arrêté son choix sur des lieux calmes et familiers aux participants.

Les trois entretiens collectifs se sont déroulés aux dates et lieux suivants :

- a. 13 octobre 2016 pour une durée de 1h21min, à Domarin (Isère), au domicile d'un des médecins généralistes participant à l'entretien
- b. 3 novembre 2016 pour une durée de 51 mn, à Saint Georges d'Espéranche (Isère), au domicile de l'investigateur.
- c. 16 novembre 2016 pour une durée de 1h15 min, à Bourgoin-Jallieu (Isère), dans une salle de réunion d'un hôtel situé en centre-ville.

La durée des entretiens collectifs avait été établie par avance pour faciliter leur organisation et pouvoir donner une heure approximative de fin aux participants. Il était convenu qu'ils dureraient entre 45 min et 1h15 min.

c) Déroulement des entretiens

Les médecins généralistes volontaires ont été recontactés par courriels ou messages téléphoniques 48 heures avant l'entretien collectif et le jour même pour rappel de la date, de l'horaire et du lieu de l'entretien.

Le jour des entretiens, les médecins généralistes étaient accueillis par un buffet. Dans un premier temps les opérateurs étaient présentés aux participants puis il leur était rappelé le but et le déroulement de l'entretien collectif. Le thème de l'entretien leur était énoncé (car cela n'influeait en rien sur la discussion qui allait suivre) mais les hypothèses ne leur étaient pas dévoilées. Ensuite, il était remis aux participants une fiche expliquant les modalités du déroulement de la soirée, l'enregistrement par dictaphone de l'entretien et le respect de l'anonymat (annexe 6). Après avoir été informés, il a été demandé aux participants de signer un formulaire de consentement de participation, d'enregistrement et d'exploitations des données (annexe 6). Il leur a été rappelé que leur consentement pouvait être retiré à tout moment et sans motif.

Par ailleurs, les participants ont également complété et signé un questionnaire portant sur leur âge, leur mode et milieu d'exercice, leur orientation professionnelle spécifique éventuelle, leur implication dans la formation des étudiants et leur formation médicale continue (annexe 7).

Enfin, ils ont été invités à faire connaître leurs adresses courriels, s'ils le souhaitaient, pour pouvoir recevoir par la suite les résultats du travail de thèse une fois celui-ci achevé. Il ne leur a pas été proposé de recevoir les retranscriptions des entretiens.

Chacun des entretiens a été enregistré par deux dictaphones.

5) Saisie et exploitation des données ou retranscription

La retranscription a été réalisée manuellement avec le logiciel WORD, en respectant mot à mot la discussion, à partir des données enregistrées par les dictaphones. Les aspects non verbaux recueillis par l'observateur ont été insérés dans la retranscription. Celle-ci a été faite dans les jours suivant chaque entretien collectif.

L'attribution d'une lettre à chaque participant lors de la retranscription a permis de respecter leur anonymat. Aucun élément susceptible d'identifier un médecin généraliste n'a été retranscrit.

6) Analyse des données

Les entretiens ont été analysés au fur à mesure du recueil. La première étape consistait en une analyse verticale des entretiens selon une méthode d'analyse intuitive de contenu thématique (8). Elle reposait sur une lecture répétitive de chaque entretien où l'enquêteur relevait les verbatim (unité d'analyse) et les classait par thèmes.

Puis une analyse horizontale était réalisée. Elle consistait à relever les occurrences des thèmes et sous thèmes de chaque entretien. Chaque thème et sous thème associés à leurs verbatim correspondant ont été classés à l'aide du logiciel FreePlane® par l'intermédiaire de la réalisation de cartes heuristiques (8).

Aucune nouvelle thématique concernant notre question n'a été relevée à partir du 3^{ème} entretien. Ainsi l'étude a été menée jusqu'à saturation des occurrences marquant la fin des entretiens collectifs

Un deuxième chercheur, le directeur de thèse, a réalisé de manière indépendante une analyse thématique des résultats. La confrontation des deux analyses, consistant en une triangulation des données, a permis d'assurer la crédibilité des résultats(8, 9).

7) Aspect éthique

Nous n'avons pas sollicité d'avis du comité d'éthique.

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêt.

Les participants ont été informés par oral et par écrit du déroulement des entretiens et de l'analyse et de l'utilisation des données dans le cadre de l'étude (annexe 6).

Une déclaration CNIL a été enregistrée sous le numéro 2034968 v 0 (annexe 8).

L'anonymat des participants a été respecté. Concernant l'archivage des données, aucune donnée brute ou nominative ne sera conservée à l'issue du travail. Seul un format papier et « anonymisé » sera conservé et référencé au bureau des thèses.

III. RESULTATS

A. Description de l'échantillon

L'échantillon se composait de 17 médecins, répartis en 3 entretiens collectifs (focus group), respectivement de 6, 4 puis 7 médecins généralistes.

Il comprenait 12 femmes et 5 hommes âgés de 27 à 61 ans avec une moyenne d'âge à 42.5 ans.

Il était composé de 10 médecins installés, 1 médecin en collaboration, 5 médecins remplaçants et 1 interne ayant validé le stage praticien et exerçant des remplacements.

Parmi eux 4 médecins étaient maitres de stage.

Les modes d'exercices se répartissaient ainsi : 1 médecin exerçait en zone rurale, 13 en zone semi rurale et 3 en zone urbaine.

Tous participaient à une formation médicale continue et 3 médecins avaient une activité spécifique.

La description de l'échantillon est représentée dans le tableau 1.

Tableau 1. Description de l'échantillon

Participant	Sexe	Age	Mode d'exercice	Zone d'exercice	Maître de stage	Formation continue	Activité spécifique
1.A	F	55	Installation	rurale	oui	groupe de pairs, revue, FMC locale	non
1.B	F	59	Installation	semi rurale	oui	revue, FMC locale, congrès	non
1.C	F	29	Remplacement	semi rurale	non	FMC locale, revue	non
1.D	F	30	Remplacement	urbaine	non	FMC locale, revue	non
1.E	H	29	Remplacement	semi rurale	non	revue, congrès	non
1.F	F	27	Interne Remplacement	semi rurale	non	groupe de pairs, revue, congrès	non
2.A	F	40	Installation	urbaine	non	FMC locale, congrès, groupe de pairs	non
2.B	F	30	Collaboration	urbaine	non	FMC locale	non
2.C	F	32	Remplacement	semi rurale	non	FMC locale	non
2.D	H	57	Installation	semi rurale	oui	FMC locale, congrès	médecine d'aptitude
3.A	H	55	Installation	semi rurale	non	FMC locale	non
3.B	F	58	Installation	semi rurale	non	congrès et autres	non
3.C	F	29	Remplacement	semi rurale	non	groupe de pairs, congrès, revue	non
3.D	H	56	Installation	semi rurale	oui	revue, groupe de pairs	médecine du sport
3.E	F	45	Installation	semi rurale	non	FMC locale, revue, congrès	non
3.F	H	61	Installation	semi rurale	non	revue, congrès	expertise

3.G	F	30	Installation	semi rurale	non	congrès, revues	non
-----	---	----	--------------	-------------	-----	-----------------	-----

B. Résultats de l'étude

1) L'ordonnance, outil structurant

a) Trame structurante de la consultation

Selon les médecins interrogés, l'ordonnance pouvait permettre de conclure la consultation.

- « Je trouve que ça clôture la consultation »
- « Il y a ce FAMEUX (en appuyant le mot) papier qui conclut la consultation »
- « C'est un symbole de fin de consultation »

Pour certains, elle pouvait offrir un rituel de fin de consultation associé au paiement.

- « Ce n'est pas qu'une feuille. Par le geste, par la gestuelle, tu donnes ton ordonnance et tu demandes le montant de ta consultation en même temps »

Les médecins pensaient que sans l'ordonnance la consultation n'était pas considérée par le patient en tant que telle. Elle matérialisait la consultation.

- « A partir du moment où on n'examine pas et qu'on ne donne pas d'ordonnance, les gens vont considérer que ce n'est pas une consultation »
- « J'ai toujours l'impression qu'ils considèrent que parce que c'est un conseil et qu'on a rien prescrit, ce n'est pas valable comme une consultation en tant que telle »

- *« Le patient s'il sort sans ordonnance, pour lui la consultation...elle était vide »*

b) Coordination des soins

L'ordonnance était vue par les médecins généralistes comme un outil de continuité des soins à domicile.

- *« ...continuité de la consultation et de la discussion qu'on a eue avec le patient, ce qu'on veut transmettre comme message »*
- *« Ce n'est pas la fin, c'est la prolongation... de ta consultation »*

Grace à l'ordonnance, les médecins pouvaient également programmer le suivi des patients.

- *« Ça permet de prévoir le suivi ultérieur »*

L'ordonnance permettait la communication entre le patient, le médecin et le pharmacien

- *« C'est ... un outil de communication au moins à trois, il y a le médecin, il y a le patient, il y a le pharmacien aussi. Il ne faut pas l'oublier parce que c'est lui qui doit la lire »*
- *« Sur une ordonnance, il y a trois personnes, il y a le médecin ... après il y a le pharmacien et le dernier, je mets toujours le patient, comme ça à trois on diminue les risques d'erreur parce que l'erreur arrive »*

Les médecins voyaient également à travers l'ordonnance, une source d'informations sur le patient utile aux médecins eux-mêmes et à d'autres professionnels de santé.

- *Elle était aussi utilisée comme source d'informations pour d'autres professionnels médicaux et paramédicaux, renseignant notamment sur les pathologies du patient.*
- *« C'est utile aussi aux confrères, ou à un patient quand il change de médecins, soit qu'il consulte un spécialiste, soit qu'il arrive à l'hôpital, soit qu'il arrive dans l'ambulance des pompiers. C'est mieux quand il l'a et ça sert à aussi bien en urgence ou en garde « qu'est-ce que vous prenez comme traitement d'habitude ? ». Et s'il n'y avait pas l'ordonnance ce serait nettement plus difficile »*
- *« Quand on voit Previscan, Digoxine et autres on se doute qu'il y a une FA ; ça nous permet de comprendre les choses. Parce que des patients il y en a qui ont du mal à donner leur traitements, ils ont du mal à donner leurs antécédents, donc ça aide. ça fait la synthèse »*
- *« Donc en fait l'ordonnance donne une idée sur les pathologies aussi »*

c) Cadre légal et administratif

Les médecins disaient utiliser l'ordonnance comme outil de traçabilité médicolégale.

- *« au moins on a une trace que l'information elle a été donnée »*
- *« quelquefois effectivement tu as une arrière-pensée de te dire que c'est marqué et que c'est enregistré, c'est prouvé que j'ai averti les parents des signes qu'il y avait à surveiller »*
- *« l'ordonnance ça peut servir ... aussi toi pour te couvrir, de prouver qu'effectivement l'information avait été donnée »*

Les médecins pensaient que l'ordonnance engageait leur responsabilité.

- *« L'ordonnance laisse la trace et la responsabilité au médecin »*

- *« C'est quand même notre responsabilité qu'il y a dessus ... parce que c'est nous qui prescrivons »*
- *« Parce qu'en soit l'ordonnance c'est autant la responsabilité du médecin quasiment que du pharmacien qui la délivre »*

L'ordonnance était également considérée comme un outil de surveillance et de contrôle de la sécurité sociale sur les prescriptions.

- *« Le coté rétrocontrôle de la sécu, qui peut contrôler les ordonnances. Ils surveillent les prescriptions, les prescripteurs. Ça rentre dans la ROSP. Il y a un côté surveillance aussi avec l'ordonnance »*
- *« Ce médecin il met tel antibiotique alors qu'il n'est pas recommandé. Puis ils viennent voir les médecins « pourquoi vous prescrivez celui-là ? » Ça met un contrôle quoi, une perte de liberté »*

Résumé : l'ordonnance, outil structurant

- ⇒ **Donne une trame structurante de la consultation : l'ordonnance conclut et matérialise la consultation. Elle est parfois associée au paiement.**
- ⇒ **Coordonne les soins: elle assure la continuité des soins et programme le suivi ultérieur du patient. Elle permet la communication patient/médecin/pharmacien, et est considérée comme une source d'informations pour les professionnels de santé**
- ⇒ **Fixe un cadre légal et administratif : l'ordonnance engage la responsabilité du médecin et assure la traçabilité médicale. Elle permet aussi la surveillance et le contrôle par l'Assurance Maladie.**

2) L'ordonnance, outil symbolique

a) Pouvoir et fonction du médecin

L'ordonnance représentait le pouvoir mais aussi le rôle du médecin.

- « *L'ordonnance représente le pouvoir du médecin quand même* »
- « *Une des fonctions (du médecin) c'est l'ordonnance* »
- « *Ca définit quand même notre rôle..... Une partie de notre rôle de médecins* »

L'ordonnance était même rattachée par certains médecins à un rite de passage.

- « *C'est un passage, un rite quoi. Enfin, le fait que l'on puisse enfin prescrire une ordonnance* »

b) Relation médecin - patient :

Pour les médecins, l'ordonnance symbolisait un contrat entre le patient et le médecin, émanant des 2 parties et les engageant.

- « *C'est déjà quelque chose qui lie le patient au médecin. C'est un lien physique, qui engage effectivement le médecin* »
- « *C'est comme une sorte de contrat. Tu as écrit un truc, toi tu as signé,... Et le fait que tu l'aies écrit, et qu'ils ont pris le papier, ils se sentent plus engagés* »
- « *Ca peut être aussi un support ou un, comment dire, quelque chose de matériel qui le (le lien avec le patient) symbolise un peu* »
- « *L'ordonnance peut être vue un peu comme un contrat dans le sens où on définit une durée, on vous revoit dans un mois, dans trois mois, dans six mois....c'est un accord... ça entretient le contrat de soins...* »

L'ordonnance était aussi considérée par les médecins comme une validation de l'échange et une prise en compte de l'écoute des plaintes et attentes du patient par le médecin.

- « *Qu'il y a eu un échange, et qu'il y a eu une écoute* »
- « *C'est une trace, qui solidifie et concrétise cet échange qu'on a eu* »
- « *Quelque part on montre aussi au patient qu'on l'a écouté, qu'on a compris son problème* »

c) La guérison

Les médecins pensaient que l'ordonnance pouvait avoir un rôle symbolique thérapeutique en elle-même.

- « *C'est thérapeutique (de remettre une ordonnance)* »

Et qu'elle rassurait les patients.

- « *Je l'écris sur l'ordonnance, ça rassure les parents* »
- « *L'ordonnance anxiolytique* »

d) Une habitude, un besoin

Les médecins disaient ressentir un manque lorsque la consultation se termine sans ordonnance.

- « *Ca m'est difficile de ne donner aucun papier en fin de consultation. Donc aujourd'hui je n'avais rien à prescrire, ben j'ai juste marqué « lavez le nez au sérum physiologique » Je trouve que ça fait bizarre de finir sans donner de papier.* »

- *« On a presque l'impression qu'il manque quelque chose quand on a fini une consultation et qu'on n'a pas donné de papier au patient »*
- *« Ca fait un peu bizarre... Une consultation qui se finit sans ordonnance sans rien »*

Certains exprimaient même un sentiment de culpabilité en l'absence d'ordonnance.

- *« Tu culpabilises toujours un peu (en cas de consultation sans ordonnance). Parce-que tu demandes toujours s'il a du doliprane, du sérum phy.... »*

Et l'impression d'être dépourvu avec volonté de ne pas laisser partir le patient sans avoir noté quelque chose sur l'ordonnance.

- *« Quand ils me disent « non je n'ai même pas besoin de Doliprane », je me retrouve pratiquement dépourvue à me dire « ah mince qu'est-ce que je vais marquer, je vais juste marquer leur sérum physiologique ? » »*
- *« C'est vrai que laisser partir un patient avec une ordonnance vide ça ne me viendrait pas à l'idée »*

Selon eux, le patient avait besoin de l'ordonnance.

- *« Ils (les patients) ont besoin de ce papier »*
- *« Il faut qu'ils sortent avec une ordonnance »*
- *« Je pense qu'on a toujours un peu besoin de cette ordonnance »*

Les consultations sans ordonnance étaient estimées comme très rares par les médecins.

- *« En fait il y a très de peu de consultation ou il y a pas un papier au bout »*
- *« C'est quand même très rare que je n'ai pas une ordonnance »*
- *« C'est un petit peu un réflexe (de remettre une ordonnance) »*

Résumé : l'ordonnance, outil symbolique

- ⇒ symbolise le pouvoir et le rôle du médecin, parfois même perçue comme un rite de passage par les médecins
- ⇒ symbolise la relation médecin-patient : l'ordonnance représente un contrat patient/médecin et valide l'échange, la prise en compte des attentes et de l'écoute accordée
- ⇒ recèle en elle-même une vertu thérapeutique, elle rassure le patient.
- ⇒ reflète une habitude : les consultations sans ordonnance sont rares. L'absence d'ordonnance provoque un sentiment de manque ou culpabilité chez le médecin qui considère que le patient a besoin d'une ordonnance.

3) L'ordonnance, outil commercial

a) Un passeport pour le remboursement

Les médecins rapportaient être confrontés à des demandes de prescriptions de médicaments en vente libre par les patients pour que ces derniers soient remboursés.

- « Quand j'ai ce genre de demandes c'est toujours pour des médicaments en libre-service pour lesquels il n'y a pas forcément besoin d'ordonnances. Les patients le demandent parce qu'il n'y a pas à payer quoi il faut que ce soit »
- « Je vais les demander au médecin parce que comme ça je ne les paierai pas »

Les médecins pensaient que les patients jugeaient les ordonnances de ces médicaments comme un droit et un dû du fait de leur cotisation à la sécurité sociale.

- « Parce que je cotise à la sécurité sociale et j'y ai droit »

- *« ... et puis j'y ai droit. »*
- *« Les gens ont payé leurs impôts pour la sécu donc euh bon ben ils ont droit à avoir ces médicaments chez eux au cas où... ».*

Les médecins constataient que les ordonnances s'étaient allégées depuis la politique de déremboursement de certains médicaments et l'apparition du ticket modérateur, par diminution des demandes des patients.

- *« Moi, je trouve qu'il y a moins les listes »*
- *« Il y a beaucoup moins de seizièment sur les ordonnances »*
- *« Il y a des tas de médicaments qui ont été dé-remboursés. Tous ces veinotoniques, ces vitamines. C'était tout remboursé... Il y a des tas de choses que l'on ne prescrit plus. Alors qu'avant on prescrivait beaucoup plus.»*
- *« Je trouve que ça a diminué depuis qu'ils paient un peu sur les boîtes. Je trouve qu'ils en réclament moins des boîtes »*

b) Liste de course et objet de deal

Les médecins avaient le sentiment d'être confrontés à des demandes de listes de médicaments comparés à des "listes de courses". La consultation était alors associée à "une visite au magasin".

- *« Il y a un certain nombre de gens qui arrivent avec leur liste...« mais attendez là ? C'est Leclerc drive à côté ... ».« moi j'ai eu encore pire, j'ai eu le cas docto-drive. Une fois j'ai une patiente qui a tapé à la fenêtre. Je me dis « qu'est ce qui se passe ? » « Haaaaa, j'ai mal à la gorge... Faut me donner quelque chose » (imitant la voix enrouée). »*
- *« Mais les gens ...ils viennent faire leurs courses.»*

- *« T'as l'impression qu'en fait les gens ils vivent sur des réserves et qu'en fait il viennent se servir au magasin...Est ce que on doit dire qu'il faut venir faire une consultation de médecine générale ou passer par le magasin? »*

Les médecins se comparaient à des “dealers” dans certaines situations notamment pour les hypnotiques et les médicaments de substitution aux opiacés.

- *« Je trouve que, pour les hypnotiques par exemple, on est vraiment dealer... Ça m'est déjà arrivé : le patient me dit « il me faut ma drogue ... » Non mais de toute façon on a déjà essayé de me le diminuer en le divisant par deux. De toute façon si vous faites ça je reviens dans une semaine et c'est pareil ».*
- *« Nous on a vraiment l'impression que c'est de l'achat, quoi, les gens ils viennent chercher ça.... ben là t'es dealer.... comme avec le somnifère »*

c) Marchandage et conflits

L'ordonnance était vue par les médecins comme un objet de marchandage et négociation avec le patient.

- *« Il faut négocier l'ordonnance. « Etes-vous prêt à prendre un traitement ? Est-ce que ça vous convient ? Est-ce que ci ? Est-ce que ça ? »*

Elle pouvait parfois être source de confrontations voir de conflits.

- *« Et après tu retrouves ta voiture pneus crevés... ça je l'ai vu ça, parce que je n'avais pas donné de Subutex »*
- *« Je donne une ordonnance avec ce qui me semble être nécessaire.Ce qui me confronte à un certain nombre de conflits... »*

Pour certains médecins ces situations de confrontations étaient vécues comme un échec.

- *« Je trouve que quand il y a eu une perte de confiance du patient dans le médecin, ou l'inverse d'ailleurs pendant la consultation, après l'ordonnance ne sert plus à grand-chose, typiquement le patient qui veut absolument des antibiotiques, ou on explique, on refuse mais concrètement on voit bien qu'il n'est pas d'accord avec nous. Moi je donne l'ordonnance, mais vraiment blasée, parce que c'est un peu un échec quand même, ça va servir à rien, je sais que dans quelques jours il ira voir un autre médecin »*

Dans la majorité des cas l'ordonnance ne posait pas de problème aux médecins. Les demandes de listes de médicaments et les conflits restaient rares.

- *« Mais l'ordonnance, dans la plupart des cas, ça se passe très très bien. Moi j'ai l'impression que les soucis avec les gens c'est exceptionnel ... »*
- *« Ce n'est pas un objet de lutte permanente de rédiger une ordonnance, souvent effectivement ça se fait très simplement »*
- *« Enfin je trouve que ce n'est pas un combat quotidien ... (en parlant de l'ordonnance)»*

Résumé : l'ordonnance, outil commercial

⇒ **Passeport pour le remboursement : selon les médecins, les patients demandent des médicaments en vente libre pour bénéficier du remboursement. Ils en ont le droit en regard des cotisations versées. Ces demandes ce sont allégées depuis la politique de déremboursement.**

- ⇒ Comparée à une « liste de course » voire objet de « deal » (pour hypnotiques ou de traitement de substitution)
- ⇒ Objet de marchandage et de négociation voire source de conflit, mais ces situations restent rares.

4) L'ordonnance, outil éducatif

a) Un support rédactionnel éducatif

- La qualité rédactionnelle

Pour les médecins généralistes, l'ordonnance devait requérir certaines qualités rédactionnelles indispensables.

Elle devait être précise et claire.

- « Elle doit être précise »
- « Je pense que plus tu es précisplus c'est utile »
- « C'est bien aussi quand c'est clair »

Elle devait regrouper toutes les prescriptions du patient par soucis de synthèse.

- "Qu'il n'y ait pas l'ordonnance du cardiologue, le rhumato, l'endoc, du médecin généraliste, après on s'en sort plus »
- « à mon avis c'est important la synthèse »

Une des autres qualités mentionnée par les médecins était la pédagogie.

- « Voilà, après une ordonnance est aussi faite pour être lue. Donc si on a 15 pages on ne sait plus où sont les médicaments, où sont les conseils, où sont les ... Enfin voilà. Il faut aussi que ce soit aussi pédagogique pour les patients »

Enfin, elle devait être adaptée au patient.

- *"D'un patient à l'autre, on ne veut pas écrire tout à fait pareil »*
- *"Ce n'est peut-être pas adapté au patient. S'il sait parfaitement faire ses glycémies. A un moment, il faut peut être arrêté de lui écrire : il est inutile de se désinfecter le bout du doigt avant de piquer »*
- *« Et adaptée à chaque patient pour ne pas mettre des tartines pas forcément personnalisées »*

- Les astuces utilisées par les médecins

Les médecins utilisaient différentes astuces pour donner un potentiel éducatif à l'ordonnance en lui donnant de la clarté, du sens et pour éviter les erreurs.

Certains compartimentaient les médicaments par classe de pathologie.

- *« C'est bien aussi quand ... par classe et par pathologie. J'aime bien les ordonnance où il y a marqué « pour le cœur », « pour le diabète », ... c'est bien clair pour le patient »*
- *« Moi j'aime bien les ordonnances qui sont pas mal utilisées en gériatrie, où c'est marqué un peu pourquoi c'est »*
- *« Prescrire...par classe de médicaments, c'est pas mal »*

D'autres séparaient les ordonnances des pathologies aiguës et des pathologies chroniques.

- *« Le patient qui a un traitement de fond et un traitement aigu, en principe je fais 2 ordonnances différentes, pour ne pas mélanger. Pour ne pas se retrouver avec l'Amoxicilline qui soit renouvelée à chaque fois »*

D'autres encore utilisaient de la couleur pour associer des médicaments ou attirer l'attention du patient.

- *« Il faut tout mettre en DCI, alors du coup ils ne savent plus ce que cela veut dire. Et donc je fais des coloriations, je leur mets le nom de la molécule là (en faisant comme si il écrivait), je le mets en jaune, qu'ils sachent bien à quoi ça correspond »*
- *« J'ai pris une imprimante avec couleurs, pour pouvoir mettre en rouge ce qui me semblait important »*

- Les conseils écrits

Les médecins disaient écrire de nombreux conseils sur l'ordonnance.

- *" Des précautions à prendre, des régimes à faire ou à éviter, voilà, il n'y pas que les médicaments »*
- *« L'ordonnance ...peut être une liste de conseils qui paraissent simples et de bon sens »*
- *« Mais après il y a les consignes, l'ordonnance c'est fait pour ça ... pour l'éducation, ... Il y a un moment d'éducation aussi même dans les gripes. C'est attention, ça ne va pas, re-consulter, c'est les alerter, mais... »*
- *« Il y a des fois où je fais des ordonnances pour du paracétamol et c'est surtout pour mettre en dessus les conseils que j'ai déjà dit aux parents »*

L'ordonnance permettait de matérialiser les conseils et de leur donner du poids.

- *"Moi c'est la crainte que mes conseils, si je ne les écris pas, si ça ne se matérialise pas"*

- *« Ça donne un peu de pouvoir sur l'ordonnance. On se dit finalement ce qu'on marque, ça peut avoir de l'importance, le fait de marquer une consigne »*
- *« Ils ont beau te répondre à chaque fois " ah oui docteur je sais, je fume, il faut que j'arrête ". Quand tu marques sur l'ordonnance, ça n'a plus la même valeur à leurs yeux »*

Ces conseils écrits avaient pour but de lutter contre l'oubli des explications données à l'oral.

- *« Que si on ne la leur donne pas, ils n'auront pas de conseils, en fait, et on sait qu'en cours de consultation on donne des conseils oralement, il n'en reste pas grand-chose à la fin (en riant). Donc mieux vaut écrire. Voilà, mieux vaut reprendre sur l'ordonnance ce qui a été conseillé et dit »*
- *« Nous on est dans notre domaine de connaissance....on leur explique on a l'impression qu'ils ont compris et en fait un quart d'heure après ils peuvent avoir perdu la moitié des données »*
- *« Quand t'as l'impression de donner beaucoup d'informations quelquefois. Des parents qui ont l'air un peu perdus, un peu stressés. Tu te dis si je remets tout au moins ils peuvent le relire*

L'ordonnance pourrait permettre de faire des rappels aux patients à domicile :

- *« Ça leur refait penser comme ils la ressortent tout le temps, l'ordonnance »*
- *« pendant l'été pour les personnes âgées, d'écrire de bien boire et au moins boire 1 ou 2 litres. Et du coup à chaque fois que, par exemple, la personne qui l'accompagne va ressortir l'ordonnance, elle va penser de lui proposer à boire.».*

b) Une source d'échange et de discussion

- temps de relecture de l'ordonnance et explications associées

Les médecins disaient relire l'ordonnance avec le patient et donner des explications associées à l'ordonnance:

- *« Une ordonnance je l'explique...déjà verbalement j'explique et après je relis l'ordonnance avec le patient, j'explique même si c'est bien marqué »*
- *« Je lui explique et je lui demande de la relire »*
- *« Quand je modifie en général je le dis aux gens. Si je baisse un traitement, si je l'augmente, je leur dis »*

Cela permettait aussi de vérifier la compréhension de l'ordonnance par le patient;

- *« Quand je donne l'ordonnance, je revois avec le patient déjà si c'est compréhensible ou pas »*
- *« Quand on relit l'ordonnance avec le patient on se rend compte qu'il y a des incompréhensions »*

Aux yeux des médecins c'était un moment de vérification de l'ordonnance de la part du patient.

- *« J'ai remarqué que le patient relit son ordonnance avant de sortir en fait il relit et puis il voit qu'il y a des... c'est marqué en DCI et en nom chimique, donc il essaie de vérifier si c'est le bon traitement, il me demande si c'est ça en fait... et ils me posent des questions sur les médicaments »*
- *« Il vérifie, oui, oui, il vérifie ses médicaments, la dose, combien de mois, « vous m'avez mis trois mois ou six mois ? »*

- échange médecin-patient

L'ordonnance offrait un échange bilatéral entre le patient et le médecin.

Le patient était de plus en plus informé selon les médecins.

- *"Ils nous sortent des choses avant qu'on soit... Qu'on soit... nous informés."*
- *" Mais quand ils ont des maladies chroniques, les gens ils cherchent beaucoup plus que nous". "Mais ils savent plus de choses que nous"*

L'ordonnance était associée à une négociation, avec recours à une décision partagée après avoir donné les informations nécessaires aux patients.

- *« Il faut négocier l'ordonnance. « Etes-vous prêt à prendre un traitement ? Est-ce que ça vous convient ? Est-ce que ci ? Est-ce que ça ? Moi je pense que votre tension est élevée. Il faut un traitement continu, c'est important pour vous ».*
- *« Je vais beaucoup plus la laisser (patient expert) euh...avoir une décision en tout cas partagée"*
- *« On n'a pas tout le pouvoir non plus quoi. Après les gens il faut écouter aussi ce qu'ils nous disent. S'ils nous disent je n'arrive pas du tout à dormir, on ne va pas l'arrêter en disant que c'est comme ça. "*
- *« Avant on ne discutait pas, on prescrivait, maintenant effectivement, on peut dire à un patient : « écoutez voilà, je vous ai informé, je vous ai expliqué pourquoi je voulais vous le donner, vous ne voulez pas le prendre, c'est votre droit... »."*

c) Des situations prétextes à l'éducation

Les demandes de médicaments supplémentaires par le patient offraient aux médecins généralistes un prétexte à l'éducation à l'automédication .

- *« Quand ils arrivent avec une liste de demandes c'est aussi l'occasion de voir s'ils ont compris ce qu'ils prennent comme traitementsavoir pourquoi ils le prennent, dans quelles conditions, s'ils comprennent vraiment. Comment ils font leur automédication quelque part.»*
- *« Est-ce que ça ne peut pas être un moment d'éducation thérapeutique ? Par exemple vous disiez tout à l'heure le Doliprane, il en faut à la maison. Ben oui, après tout ! Je pense que le Doliprane c'est le meilleur antalgique, contre la fièvre il n'y a pas mieux. Après la diarrhée on peut expliquer aux gens, vous savez le Smecta ça ne fait pas grand-chose etc. Donc on peut faire de l'éducation ... L'Advil, ben, il ne vaut mieux pas trop en prendre et plutôt privilégier le Paracétamol etc..., et ... Donc on peut faire de l'éducation. »*

Le renouvellement d'ordonnance était également considéré par les médecins comme un temps propice à l'éducation.

- *« Le patient chronique. C'est vrai qu'à la longue on peut rentrer dans la routine et c'est peut-être justement là qu'il faut reprendre sous forme d'éducation, de conseil. Qu'est-ce que vous faites ? Qu'est-ce que vous en faites ? Comment vous le prenez ? »*

Ce moment pouvait permettre de réévaluer le traitement avec le patient...

- *« J'aime bien discuter de l'ordonnance avec eux, profiter pour leur expliquer des fois est ce qu'on a vraiment besoin de poursuivre tel ou tel traitement des choses comme ça »*

... mais aussi tester la connaissance du patient concernant son traitement chronique.

- *« la méthode que j'ai de débiter mes consultations de renouvellement quand les patients disent qu'ils viennent juste pour renouveler leur traitement. Je demande qu'est-ce que vous prenez comme traitement ? ... il y en a certains qui ne savent vraiment pas ce qu'ils prennent, et pourquoi ? »*

La méfiance vis à vis des médicaments induite par les médias et le défaut de fiabilité de certaines sources d'information nécessitaient des explications et conseils de la part des médecins, source d'éducation à la santé.

- *« Moi je leur explique souvent que tout passe dans les médias avant que ça soit retraité par de vraies études scientifiques, et qu'on attend...des vraies conclusions »*
- *« L'affaire Médiator elle est classée, tous les matins il y aura un nouveau... donc heu, ben tous les matins, il faudra expliquer et justifier... »*
- *« Quand on parle d'un médicament dans l'actu. Là ils peuvent revenir en disant j'ai entendu ça." Oui, mais ils demandent des conseils »*

d) Les limites de l'ordonnance « éducative »

- le temps

L'éducation à travers l'ordonnance était un travail qui pouvait s'étendre sur plusieurs années et qui portait ses fruits sur le long terme.

- *« Mais c'est un an de travail quand il y a des problèmes de maladies chroniques...ça peut durer des années »*
- *« Petit à petit avec le 1er enfant on fait plein d'éducation, effectivement et puis après quand c'est le 2eme, on s'aperçoit que c'est acquis pour la famille, on éduque tous les jours »*

- *« Tes explications, elles ne sont pas inutiles. Parce que peut-être il y a une année où ils ont une virose et tu leur as expliqué pendant longtemps. Mais l'année d'après ils vont se rappeler de tes explications »*

Pour les médecins, établir une ordonnance de qualité demande du temps lors de la consultation.

- *« Si tu veux vraiment bien faire les choses, il faut ½ heure, ¾ d'heure par patient»*
- *« Moi je trouve que ça demande énormément de temps pour faire une bonne ordonnance»*

Mais les médecins se disaient limiter par le manque de temps.

- *« On n'a pas souvent assez de temps pour approfondir l'explication de la prescription qu'on fait. »*
- *« C'est ça le gros dilemme, donc on est toujours en frustration permanente, parce qu'entre ce qu'on sait qu'il faudrait faire : « Est-ce que je vous ai bien expliqué, est-ce que vous avez bien compris, c'est le matin, le midi, avant le repas, après le repas, etc.. » et ce que tu finis par faire en pratique, parce que tu as la pression de ci, de ça, que tu es dérangé au téléphone, et puis tu dis merde, attends ou est-ce que j'en étais encore.... »*
- *« Après au cabinet je n'ai pas beaucoup refait le fait de compartimenter parce que ça prend plus de temps »*

Les médecins se disaient aussi soumis à la routine qui avait un impact sur leur utilisation de l'ordonnance.

- *« Quand c'est nos propres patients c'est vrai que, on est plus dans nos prescriptions et nos habitudes de travail. L'inconvénient peut-être ... qu'on ne se pose plus de questions. »*
- *« Moi, sur le patient chronique, je voudrais rebondir un peu sur ce que tu disais, c'est vrai qu'à la longue on peut rentrer dans la routine. »*

Certains médecins disaient également se décharger sur le pharmacien pour l'explication et la relecture de l'ordonnance.

- *« C'est vrai que c'est plus facile de marquer des médicaments et puis je laisse le pharmacien faire ou voilà. »*

De plus l'éducation à travers l'ordonnance ne pouvait se faire que si le patient montrait une certaine implication dans les soins, une capacité de compréhension suffisante et une ouverture à la discussion.

- *« Enfin peut être pas à toutes sortes de patients ... Il y en a qui sont hermétiques et qui comprennent rien. »*
- *« A l'inverse aussi il y a des patients qui ne veulent pas plus d'informations. Qui le disent : « non, non. Mais c'est bon ». En gros, arrêter vos explications. « De toute façon je ne vais pas vous écouter. Si vous m'avez prescrit ça, c'est que c'est bon. Donc on ne va pas.... C'est vous le médecin ». »*
- *« Tout dépend, au départ, du rapport que tu as avec le patient, s'il y a un patient qui arrive vindicatif avec l'ordonnance en disant, « docteur là vous me donnez un produit qui m'empoisonne », ben c'est que ce sera difficile. Mais s'il y a un patient qui arrive en disant, « ben voilà j'ai ce médicament, ce matin j'ai entendu.. ». Donc en fait, oui effectivement on va faire de l'éducation thérapeutique »*

Résumé : l'ordonnance, outil d'éducation

- ⇒ Comme support rédactionnel : elle nécessite certains critères de qualité (clarté, précision, pédagogique, synthétique, adaptée) et implique différentes astuces utilisées par les médecins pour être claire. De plus elle comporte des conseils écrits, parfois même uniquement des conseils et permet de lutter contre l'oubli.
- ⇒ Comme source d'échange et de discussion : par le temps de relecture et d'explications, par l'échange bilatéral médecin-patient et par des situations prétextes à l'éducation.
- ⇒ Les limites de l'ordonnance éducative : manque de temps/ routine/ décharge sur le pharmacien et manque d'implication du patient.

Tableau 2. Récapitulatif des résultats

Outil structurant	Trame de la consultation ➤ Clôture de la consultation ➤ Associé au paiement ➤ Matérialisation de la consultation Coordination des soins ➤ Continuité des soins au domicile et suivi ➤ Communication médecin-patient-pharmacien ➤ Source d'informations pour professionnels médicaux Cadre légal et administratif ➤ Traçabilité médico-légale ➤ Responsabilité du médecin ➤ Surveillance et contrôle de la Sécurité Sociale
Outil symbolique	Pouvoir et fonction du médecin Relation médecin-patient ➤ Contrat médecin-patient ➤ Validation de l'échange et de l'écoute La guérison ➤ Rôle thérapeutique ➤ Objet rassurant Une habitude et un besoin ➤ Manque et culpabilité en l'absence d'ordonnance ➤ Besoin des patients

	➤ Rareté des consultations sans ordonnance
Outil commercial	Passeport pour le remboursement ➤ Demande de médicaments en vente libre ➤ Considéré comme un dû ➤ Tendance à une diminution des demandes Liste de course et objet de deal Marchandages et conflits
Outil d'éducation	Support rédactionnel ➤ Qualité rédactionnelle indispensable ➤ Astuces des médecins pour être claire ➤ Conseils écrits Source de discussions et d'échanges médecin-patient ➤ Temps de relecture et d'explications ➤ Discussion et échange médecin-patient Situations prétextes à l'éducation ➤ Demande de médicaments supplémentaires ➤ Renouvellement d'ordonnance ➤ Méfiance vis-à-vis des médicaments Les limites ➤ Manque de temps ➤ Routine ➤ Décharge sur le pharmacien ➤ Implication et capacités du patient

IV. DISCUSSION

A. CRITIQUE DE L'ETUDE

Pour critiquer objectivement l'étude, une grille de lecture a été utilisée. Il s'agissait de la Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research publiée dans l'International Journal of Quality in Health Care (annexe 9).

1) Equipe de recherche et de réflexion

L'identité de l'investigateur, ses qualifications et son occupation au moment des entretiens ont été décrits dans la partie Méthode. L'hypothèse de l'étude n'a pas été rapportée aux participants de l'étude avant les entretiens.

a) Caractéristiques personnelles

L'enquêteur était novice. Il expérimentait sa première étude qualitative. Sa formation résidait uniquement en une autoformation par lecture de revues et d'ouvrages sur la méthodologie qualitative issus de la recherche bibliographique.

Le manque d'expérience de l'enquêteur a été contrebalancé par l'expérience en recherche qualitative du directeur de thèse, le Dr Philippe Marissal.

Les entretiens ont été animés par le Dr Philippe Marissal, directeur de thèse qui avait lui-même proposé le sujet de cette étude. Ce statut a pu constituer une limite et influencer les entretiens. En effet il avait ses propres représentations de l'ordonnance. Cette limite a été compensée par son expérience en étude qualitative, en animation d'entretiens collectifs et par le guide d'entretien.

b) Relation avec les participants

Le mode de recrutement n'a pas pu se faire selon un mode indirect. En effet il a été réalisé par prise de contact direct avec les médecins en l'absence de réponse des responsables des groupes de formation continue.

Certains participants ont été recrutés dans le cercle de connaissance de l'enquêteur. Cela peut représenter une limite d'influence. Pour atténuer cette limite, l'investigateur n'a pas tenu informés ces participants des hypothèses de l'étude.

c) Position de chercheur / pourquoi le choix de ce sujet ?

Le sujet de la thèse a été proposé par le directeur de thèse par l'intermédiaire du département de médecine générale de Lyon Est.

Lors de la recherche d'un sujet, parmi d'autres sujets possibles celui portant sur l'ordonnance s'est imposé à l'enquêteur par la résonance particulière qu'il présentait face à des questions qu'elle s'était déjà posées sur son usage.

Ses questionnements étaient :

« Ma communication personnelle utilise tous les moyens que m'offre l'ère numérique dans laquelle nous sommes, mon quotidien en est imprégné et, à l'inverse et paradoxalement, je suis très attachée à cette ordonnance papier que j'utilise tout aussi quotidiennement.

Pourquoi cette survivance du support papier à l'heure du « tout dématérialisé », pourquoi tous ces symboles qui y sont attachés ? »

Lors de cette étude l'enquêteur a ressenti certaines difficultés, notamment lors des focus group.

« J'ai ressenti de la frustration de ne pouvoir intervenir dans la discussion. Mon statut m'empêchait de rebondir sur les propos des participants »

« Ce travail m'a fait comprendre en quoi ce document écrit sur support papier est important pour moi et auquel je suis attachée. Je sais mieux aujourd'hui que son contenu dépend beaucoup du contexte dans lequel il a été rédigé. J'essaie pour ma part de consacrer plus de temps à sa rédaction, en restant vigilante à sa clarté pour une meilleure compréhension pour le patient d'une part et pour mes confrères par ailleurs ».

2) Conception de l'étude

La méthodologie choisie et le processus de collecte des données ont été décrits dans la partie Méthodologie. Les entretiens n'ont pas été répétés.

a) Cadre théorique

L'étude de données qualitatives a été perçue comme étant la meilleure approche pour répondre aux objectifs, permettant de décrire de manière précise les opinions, comportements et attentes des participants sur les thèmes abordés (9).

Une étude quantitative par questionnaire standardisé n'était pas adaptée à l'exploration de notions subjectives, non quantifiables et non accessibles à une approche statistique (9).

Des entretiens collectifs pour la collecte de données se sont imposés plutôt que des entretiens individuels. Ils favorisaient la dynamique de groupe par la discussion et la confrontation des idées de chacun. Cette méthode contribuait également à réduire les inhibitions individuelles par l'effet d'entraînement (7, 38).

Par contre les idées pouvaient être limitées par un effet leader d'opinion et par la présence de l'enquêteur connus de certains participants. Les interventions du modérateur ont pu permettre de réguler les prises de paroles (9).

b) Sélection des participants

Contrairement aux études quantitatives, l'échantillon étudié ne doit pas être représentatif de la population générale. La représentativité de l'échantillon peut constituer une limite car il ne prend pas en compte les cas atypiques et déviants (9).

L'échantillon raisonné n'est pas préétabli avant les études dans la méthodologie qualitative. Le chercheur sélectionne les participants selon leurs caractéristiques pour diversifier au mieux les opinions et comportements afin d'élargir l'éventail de données à recueillir (9).

L'échantillonnage a tenté de suivre ces règles afin de diversifier au mieux les caractéristiques des médecins, leurs représentations et leurs opinions éventuelles.

C'est ainsi que les groupes constitués représentaient différents modes d'exercice (remplacement, installation, collaboration), des zones géographiques différentes (rurales, semi-rurales, urbaines), des âges différents et des sexes différents.

Le premier groupe d'entretien collectif était composé d'une majorité de jeunes médecins remplaçants. Le chercheur a orienté sa sélection pour les entretiens suivants vers des médecins installés et d'une classe d'âge supérieure.

Les différents modes d'exercice étaient représentés : remplacement, installation, collaboration.

Les difficultés de recrutement ont présenté une limite à l'échantillonnage raisonné. Peu de médecins exerçants en zone rurale et urbaine ont participé aux entretiens. Pourtant un entretien a été organisé en zone rurale. Et un autre entretien prévu en zone rurale a été annulé suite à l'absence de réponses positives aux invitations.

L'échantillon était composé essentiellement de femmes. Cela pourrait être rapporté au contexte de féminisation de la médecine.

La représentativité de l'échantillon peut présenter une limite d'interprétation car elle ne prenait pas en compte les médecins ayant refusé de participer ni ceux n'ayant pas répondu.

Le premier entretien collectif était composé de maitres de stage et de leurs anciens étudiants ce qui a pu représenter une éventuelle limite à la libre expression des idées de la part des jeunes médecins face à leur ancien maitre de stage par lien de subordination. Mais la connaissance des participants entre eux a aussi favorisé le dialogue.

c) Difficultés de recrutement

L'objectif de 6 à 8 participants à chaque entretien n'a pas été atteint du fait des désistements et des refus de participation.

La cause principale de refus a été le manque de temps des médecins. Mais il a également été évoqué l'éloignement des lieux d'entretien par rapport aux domiciles des médecins.

Comme dit précédemment les difficultés de recrutement ont présenté une limite dans la sélection d'un échantillon raisonné. Plusieurs hypothèses expliquant les refus pourraient être formulées : manque d'implication de certains médecins généralistes dans la formation des étudiants, manque de connaissance des études qualitatives, confusion avec les sollicitations des laboratoires.

d) Contexte

- Lieu et déroulement des entretiens :

Les entretiens se sont tenus dans le Nord Isère, zone de recrutement des médecins, dans des lieux calmes et conviviaux pour mettre à l'aise les participants et favoriser le dialogue. Un buffet a été organisé avant le début des entretiens pour que chacun fasse connaissance.

Pour une meilleure fluidité dans la discussion, les participants n'ont pas cité leur prénom avant chacune de leurs interventions.

Les horaires d'entretien ont été fixés en regard des convenances et contraintes des médecins généralistes.

La durée des entretiens avait été fixée à l'avance. Elle était adaptée à la collecte de données mais aussi à l'emploi du temps des médecins. La mention d'une durée maximum d'entretien rassurait les médecins et favorisait le recrutement.

L'effectif des groupes d'entretien n'était pas homogène de même que la durée des entretiens. Les entretiens menés avec un effectif faible étaient plus courts. Le faible effectif de certains groupes pouvait représenter une limite à la dynamique de discussion. Les relances et les interventions du modérateur ont pallié cette potentielle limite.

- Présence de non participants

Une interne de médecine générale était présente lors du 3^{ème} entretien collectif. Elle était elle-même chercheur d'une étude portant sur les représentations de l'ordonnance par les patients. Sa présence a pu représenter une limite d'influence. Pour atténuer cette limite, elle n'a pas participé à la discussion. .

e) Recueil des données

- Guide d'entretien

N'a pas pu être testé par un premier entretien collectif du fait des difficultés de recrutement. Cependant, il a été testé par un entretien individuel avec un médecin généraliste qui n'a pas participé aux entretiens collectifs par la suite. Ce test a permis une adaptation du guide.

- Enregistrement

L'enregistrement audio a pu représenter une gêne à la libre expression des idées par les participants ce qui peut représenter une limite à la collecte des données. C'est pour cette même raison qu'il n'y a pas eu d'enregistrement vidéo, pour ne pas renforcer cette inhibition éventuelle.

- Saturation des données

La saturation des données a pu être obtenue au 3^{ème} entretien, par redondance des idées et sans apparition de nouveaux thèmes. Les entretiens n'ont pas été poursuivis pour vérifier l'absence d'apparition de nouvelle thématique en raison des difficultés de recrutement.

f) Validation de la retranscription par les participants

Les retranscriptions n'ont pas été retournées aux participants pour vérification et validation des données recueillies. Cela aurait pu être source de censure et de critiques des propos recueillis par les autres participants.

3) Analyse des données

L'analyse des données a été décrite dans la partie Méthodologie.

Les thèmes et les sous thèmes n'ont pas été préétablis et sont issus de l'analyse. Deux chercheurs ont participé à l'étude, l'enquêteur et le directeur de thèse. La confrontation

des deux analyses à la fin des entretiens a permis de faire ressortir les thèmes et sous thèmes. Cette triangulation a permis de réduire la perte d'information et de vérifier la cohérence et le sens des idées exprimées en limitant les risques d'interprétation. Les thèmes ressortant des entretiens ne répondant pas à la question posée n'ont pas été traités (9).

B. Discussion des résultats

1) L'ordonnance, outil structurant

a) Trame structurante de la consultation

L'ordonnance fait partie intégrante de la trame structurante selon laquelle se déroule la consultation. Les médecins s'en servent comme d'un rituel de clôture, rituel qui intègre aussi le paiement de la consultation. L'ordonnance peut être alors vue comme une monnaie d'échange (10). Dans ce sens, une note d'analyse de 2014 du Commissariat Général à la Stratégie et à la Prospective indique qu'elle est considérée « comme un contre don de la part du médecin au moment du paiement et comme un acte permettant de clore la consultation » (11).

De nombreuses études montrent que la grande majorité des consultations se concluent effectivement par la rédaction d'une ordonnance (90%) (5,12). Une synthèse générale IPSOS Santé en 2005 met en avant « une force de l'habitude d'un schéma de consultation » et l'importance de la prescription médicamenteuse au cours de la consultation (4,5). Une thèse qualitative va même jusqu'à rapporter que les médecins généralistes voient dans l'ordonnance un « objet transitionnel qui permet de clore la consultation et de faire une synthèse » (10, 13).

Cette omniprésence de l'ordonnance dans le schéma de consultation est également perçue par les patients. Quand il leur est demandé de décrire une consultation habituelle, les patients citent systématiquement l'ordonnance (5).

Selon les médecins interrogés, l'ordonnance permet de matérialiser la consultation aux yeux des patients. La littérature décrit une valorisation de l'acte médical à travers l'ordonnance et la prescription ressentie par les médecins généralistes (10, 14).

b) Coordination des soins

Les médecins considèrent l'ordonnance comme un outil de suivi des patients, notamment à travers les consultations de renouvellement. Ainsi la durée de renouvellement de l'ordonnance choisie par le médecin fixe la prochaine date de réévaluation médicale.

A qui est destinée l'ordonnance ? Les médecins interrogés lors de l'étude pensent en priorité au patient et au pharmacien comme destinataires principaux. L'ordonnance participe à la continuité des soins du patient comme source d'informations rapportées à leur domicile. Mais elle représente aussi une source d'informations pour les médecins généralistes comme elle peut l'être aussi pour d'autres professionnels de santé, les médecins urgentistes au service d'accueil des urgences par exemple. Ainsi les patients interrogés par la sociologue, Sylvie Fainzang disent « ... *garder l'ordonnance pour que les médecins puissent savoir ce que je prends* » (15).

c) Cadre légal et administratif

Dans un contexte de judiciarisation de la société, la médecine ne faisant pas exception, l'ordonnance offre une trace médico-légale à l'acte médical pour les médecins (12, 16).

Elle assure une traçabilité, source de protection face à d'éventuelles poursuites judiciaires pour les médecins. Les aspects juridiques sont en effet intimement liés à l'ordonnance « *ce qui n'est pas écrit est réputé non-dit selon les juristes et peut être faudra-t-il arriver à préciser sur l'ordonnance même les risques possibles de la prescription* » (17).

Pour les médecins et les patients, « *c'est la protection contre la peur de l'erreur* » médicale (10). Les médecins généralistes expriment une crainte du risque d'erreur plus importante en cas d'absence de prescription. Dans les représentations des médecins, l'ordonnance apporterait en plus de la traçabilité, une protection contre l'erreur (10).

Outre les aspects purement juridiques, l'ordonnance est également vue par les médecins généralistes comme un outil de surveillance et de contrôle des médecins par la sécurité sociale. Une étude Nantaise confirme ce ressenti et poursuit même en disant que « *A cet égard, la gestion et le contrôle des ordonnances peuvent être perçus comme une entrave à la liberté de prescription des médecins* » (18).

2) L'ordonnance, outil symbolique

a) Le pouvoir et la fonction du médecin

Notre étude rapporte que, selon les médecins généralistes, l'ordonnance symbolise leur pouvoir et une de leurs fonctions. La revue de la littérature retrouve surtout cette valeur symbolique à travers le regard des patients.

L'ordonnance est ainsi présentée comme le rôle propre du médecin (5). Elle marque sa compétence et valide sa légitimité professionnelle ainsi que sa capacité à poser un diagnostic et trouver un traitement (10, 13, 19). Certains patients voient même en elle « *un document officiel produit par une autorité* » (15).

Il a été décrit que l'ordonnance pouvait être perçue par les médecins comme un objet symbolisant « *le transfert du pouvoir de guérir des mains du médecin vers le patient* » (5).

b) Relation médecin / patient

Un contrat entre le patient et le médecin, une validation de l'échange avec la prise en compte des plaintes et attentes du patient, ces éléments remontés des entretiens dirigés font écho à d'autres travaux antérieurs.

En effet, l'ordonnance apporte réponse à une attente ressentie du patient (12). Les médecins généralistes craignent que l'absence d'ordonnance en fin de consultation soit un obstacle à la relation médecin patient (10, 13). Néanmoins, et à contrario, même si l'attachement des patients français à l'ordonnance est fort, l'absence d'ordonnance n'apparaît pas comme un motif de détérioration de la relation médecin – patient aux yeux des patients (4). Ces derniers considèrent l'échange et les explications plus importantes

que l'ordonnance (4). Il apparaît même que les faibles prescripteurs sont les plus investis dans la relation médecin / patient (20).

L'ordonnance marque aussi la sollicitude et l'empathie du médecin envers son patient (10, 13, 19). L'ordonnance permet de valider l'échange entre patient et médecin.

Outre la délivrance de médicaments, remettre une ordonnance c'est admettre une justification voire une légitimité à soigner le patient et à l'inverse la refuser pourrait jeter le doute sur l'authenticité de la plainte du patient (15). C'est aussi placer le patient au centre du soin en lui transférant un certain pouvoir sur sa prise en charge (5).

c) La guérison

L'ordonnance disposerait, en elle-même, d'un rôle thérapeutique pour le patient. C'est ce que les médecins interrogés ont confié lors des entretiens dirigés. Ils parlent même d'une « ordonnance anxiolytique » et ajoutant qu'elle rassurait les patients.

Il existe de nombreux articles et études mettant en avant la valeur symbolique et thérapeutique que les patients portent à l'ordonnance. Notre étude montre que les médecins généralistes sont conscients de cette perception, l'ordonnance est un objet matériel sacralisé par l'écrit. Dans l'ouvrage de Sylvie Fainzang, l'exemple de ce patient sortant d'une consultation de cardiologie l'illustre bien : plutôt qu'amener son ordonnance à la pharmacie, il l'a mis contre son cœur pour guérir. En Afrique, l'ordonnance est considérée en elle-même comme thérapeutique (15). Ana Vega parle dans ses études de « réparation instantanée » (21).

Si par ailleurs elle ne guérit pas, alors pour les patients, elle est le point de départ pour la guérison (5, 13, 19, 22). Elle est porteuse de cet espoir, elle apaise le patient qui se sent plus en sécurité (5, 22).

d) Une habitude, un besoin

Les médecins interrogés considèrent l'ordonnance comme un besoin du patient. La littérature retrouve ce ressenti des médecins généralistes mais indiquent également qu'ils surestiment les attentes d'ordonnance des patients (5). En effet, les patients interrogés se positionnent à 80% pour remplacer l'ordonnance par des conseils adaptés (5).

La réalité est toute différente : 90 % des consultations se concluent par la délivrance d'une ordonnance, information relevée notamment par un sondage IPSOS en 2005 (12, 18).

L'« habitude » de l'ordonnance est si prégnante que les médecins ressentent un manque, un vide, voire une certaine culpabilité à ne pas rédiger une ordonnance à l'issue de la consultation. Cela est confirmé par les résultats d'une étude portant sur les difficultés rencontrées par les jeunes médecins généralistes face à la prescription (12).

En cas de non prescription, le médecin ressent donc le manque du patient mais aussi son propre manque.

Selon Balint *« tous les patients nous offrent leurs divers besoins et nous, médecins, devons y répondre d'une manière ou d'une autre. La réponse la plus courante, et de loin, est de donner quelque chose au patient. L'expérience la plus frustrante du médecin est de ne pas pouvoir donner quelque chose de rationnel. Ce don a cependant un autre aspect. En le faisant, et surtout si nous sommes convaincus que ce que nous donnons est bon pour le patient, nous rejetons le blâme sur lui. Dorénavant ce sera de sa faute si son état ne s'améliore pas »* (23). Ainsi le manque et la frustration ressentis par les médecins en cas de non prescription seraient dû à l'absence de réponse matérielle à la demande du patient et en l'absence de transfert des responsabilités vers le patient grâce à l'ordonnance.

3) L'ordonnance, outil commercial

a) Une « liste de course » ou « objet de deal »

Emanant des patients eux-mêmes, les demandes de prescriptions de médicaments sont courantes. Les médecins interrogés l'ont confié lors des entretiens.

Cela est confirmé par la littérature qui retrouve que 80% des médecins de ville reconnaissent recevoir des demandes de patients et de leurs proches et ressentir une

pression de leur part (5). Une étude menée en 2015 montre qu'une consultation de renouvellement sur 5 est touchée par ces demandes de médicaments supplémentaires (24). Cette pression ressentie par les médecins influence les prescriptions (HAUVESPRE).

Les médecins ont un ressenti négatif concernant ces demandes qu'ils comparent dans notre étude à des « listes de courses », avec le sentiment d'être « dealer » et de « distribuer les ordonnances ».

b) Un passeport pour le remboursement

Certaines de ces demandes répondent à la volonté des patients d'être remboursés, 42.4% de ces médicaments pouvaient s'obtenir sans prescription, parmi ceux-ci 80 % étaient remboursables si prescrit par un médecin (24). En France, la majorité des médicaments PMF sont remboursables s'ils sont prescrits par un médecin, ce qui force les demandes de médicaments supplémentaires sur les ordonnances (24). Ces demandes sont revendiquées comme un droit par le fait des cotisations versées par l'assuré.

Le patient devient consommateur, voire client (25, 26). Cette reconfiguration marchande du patient est décrite dans la littérature comme étant le fruit de la démocratie sanitaire et de l'autonomisation du patient. La loi du 4 mars 2002 sur le droit des malades et la loi du 13 août 2014 sur la réforme de l'assurance maladie participent à « cette mutation du patient » en favorisant l'autonomie du patient et en l'insérant dans un parcours tarifaire incitatif (27).

Les médecins notent une sensible baisse des demandes depuis la montée en puissance des politiques de régulation (déremboursements par l'Assurance Maladie, campagnes de sensibilisation) et la crise de méfiance des patients vis-à-vis des médicaments (5, 24).

c) Une interprétation des attentes des patients

La littérature s'intéressant à ce phénomène démontre une discordance entre les attentes réelles des patients et l'interprétation surestimée qu'en font les médecins (28). Comme dit précédemment, les patients placent les conseils adaptés et l'écoute dans le classement de leur attente avant la remise d'une ordonnance (5).

Une étude d'A. Vega évoque un alibi selon lequel les patients pousseraient les médecins à la prescription. Son étude montre que ce sont surtout les médecins qui proposent (20). Cela peut justement être rattaché à des erreurs d'interprétations des demandes des patients.

d) Les marchandages et conflits

Ces demandes ne sont pas toujours justifiées selon les médecins et le refus de prescription peut entraîner des situations de conflits et de marchandages. Lors d'une étude réalisée auprès de médecins généralistes, 70 % des patients ont reçu une ordonnance, alors que seulement 50% étaient estimées nécessaires par le médecin (5). Cela traduit bien la difficulté à dire non aux patients, ressentie par les médecins généralistes, souvent par peur de fragiliser la relation médecin - malade. Une étude décrivant les difficultés rencontrées par les jeunes médecins généralistes face aux prescriptions décrit une impression d'être « pris en otage » devant certaines demandes (12).

46% des médecins déclarent ressentir de la pression face à ces demandes contre 20 % pour les Pays Bas par exemple selon la source IPSOS 2005 (4, 5). Cette différence peut être source de questionnement. Les spécificités de la politique de santé et de remboursement Français et les habitudes culturelles pourraient en partie l'expliquer.

4) L'ordonnance, outil éducatif

La promotion de la santé est un enjeu de santé publique en France (29).

Prévention, éducation pour la santé et éducation thérapeutique sont des notions parfois floues pour les médecins généralistes.

Pour préciser ces notions, la classification de San Marco reprend la classification OMS de la prévention en prenant en compte la participation du patient à sa santé (30) :

- La prévention universelle, s'adresse à tous et correspond à l'éducation pour la santé

- La prévention sélective, s'adresse aux sujets exposés et devient la prévention des maladies
- La prévention ciblée, dirigée vers les malades et ayant pour but de leur apprendre à gérer leur traitement pour éviter les complications devient l'éducation thérapeutique.

L'éducation pour la santé a été définie par l'OMS comme « *tout ensemble d'activités d'information et d'éducation qui incitent les gens à vouloir être en bonne santé, à savoir comment y parvenir, à faire ce qu'ils peuvent individuellement et collectivement pour conserver la santé, à recourir à une aide en cas de besoin* ». Alors que l'éducation thérapeutique vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique (29, 30).

Les médecins interrogés dans notre étude voient à travers l'ordonnance un outil d'éducation du patient. L'ordonnance, en plus d'être un outil d'éducation thérapeutique pour les patients atteints de maladies chroniques, joue également un rôle dans l'éducation à la santé de l'ensemble des patients. Selon les médecins de l'étude, le potentiel éducatif de l'ordonnance passe par la qualité rédactionnelle de la prescription, les conseils écrits et par les explications et la discussion.

a) Un support rédactionnel

Pour les médecins l'ordonnance revêt un caractère éducatif si elle respecte certaines règles de rédactions. Ils ont conscience de l'importance des qualités requises pour leurs ordonnances. Précision et clarté concourent à l'objectif attendu : une ordonnance compréhensible, adaptée et pédagogique. Dans un but de clarté les médecins utilisaient différentes techniques : compartimentation par pathologie, couleurs... Aucune règle n'existe quand à ces techniques de mise en forme citées précédemment. Mais le code de déontologie préconise dans l'article R 14127-34 : « *le médecin doit formuler ses prescriptions avec toute la clarté indispensable, veiller à leur compréhension par le patient et son entourage et s'efforcer d'en obtenir la bonne exécution* » (3, 17).

Les médecins ne réduisent pas l'ordonnance à la prescription de médicaments. Au contraire ils vouent une importance particulière aux conseils écrits.

Les conseils portés sur les ordonnances ont le poids de l'écrit comme par exemple le sport sur ordonnance que l'on peut rencontrer à Strasbourg (31). Les ordonnances peuvent même ne contenir que des conseils, sous forme d'ordonnances classiques ou de fiches conseils. Aux Pays-Bas, les brochures d'information à destination des patients se substituent souvent à l'ordonnance de médicaments (11).

« L'ordonnance de non prescription », comme au Royaume Uni, peut alors correspondre à une fiche d'information, sous forme de cahier d'ordonnance ou sur logiciel, expliquant pourquoi le professionnel ne prescrit pas d'antibiotique, le diagnostic, les symptômes attendus et leurs durées habituelles et les signes évoquant des complications et nécessitant une réévaluation médicale (14).

En gardant l'ordonnance mais en l'utilisant comme support de conseils, son rôle symbolique et relationnel est maintenu. Elle peut sous cet aspect être une solution alternative à l'ordonnance de médicaments (5, 28).

Enfin, l'écrit est le moyen de lutter contre l'oubli à l'issue de la consultation selon les médecins interrogés. En effet, des études montrent que seul 15% des patients affirment avoir tout compris des propos du médecin. La déperdition est en effet très forte : 40 à 80% des éléments de la discussion sont immédiatement oubliés par le patient et la moitié de l'information retenue est erronée (32). Cet aspect rejoint la vision de l'ordonnance comme une prolongation de la consultation au domicile du patient.

b) Une source d'échange et de discussion

Un temps de relecture et de discussion est indispensable selon les médecins ayant participé aux entretiens. Cependant, une étude retrouve que les médecins généralistes ne consacrent que 10 % au plus du temps de consultation à la prescription (soit entre 2 et 3 minutes). L'échange est le plus souvent réduit et superficiel avec au final peu de participation du patient (32).

Pourtant ce temps de relecture et d'explication est vu comme un facteur limitant la prescription. Plus il y a d'échange, moins il y a de médicaments (28). De même, les consultations sans prescription sont généralement plus longues car elles impliquent un temps d'explications (voir de justifications) plus important (10, 14, 19). Ces derniers points sont à rapprocher des 8 patients sur 10 cités précédemment qui comprendraient et accepteraient l'absence d'ordonnance en l'échange d'explications et conseils adaptés (5). L'échange, l'écoute et les explications sont donc importantes aux yeux des médecins comme des patients, mais les médecins n'en ont pas conscience (4).

Dans notre étude, les médecins associent l'ordonnance à un temps d'explications et d'échange. Cependant la littérature décrit 2 utilisations différentes de l'ordonnance dans le cadre de la discussion médecin - patient. Pour certains, la prescription est vue comme un moyen d'échange avec le patient mais pour d'autre elle est vue comme un moyen d'éviter l'échange de parole et de terminer la consultation (15).

L'éducation à la santé et notamment l'éducation thérapeutique du patient nécessite de laisser une place prédominante à l'échange, point mis en avant par le sociologue Carl Rogers : *« l'éducation du patient n'est rien d'autre qu'un projet partagé dans une dynamique d'échanges et d'écoute »* (33).

Evolution de la société et meilleur accès à l'information, l'apparition des patients experts modifie la relation médecin - patient et par voie de conséquence influence l'ordonnance. Les rapports autour de l'ordonnance sont donc modifiés. Comme le disent les médecins ayant participé à notre étude, la modification et l'évolution de la société les amènent à accueillir dans leur cabinet des malades experts de leurs maladies et informés (34). Le patient est souvent avide d'information et d'explications. Il acquiert un savoir qui affirme son autonomie (on parle de « savoir profane ») (24, 35).

Le patient n'est pas seulement source de savoir, il est également acteur dans la décision thérapeutique. Par le biais de cette connaissance acquise, il est en mesure d'exercer un contrôle « profane » sur le médecin. Il peut mobiliser un certain nombre d'informations pour intervenir sur le choix du médecin et sa prescription médicale (24).

Ce mouvement est décrit comme une « démocratie sanitaire » grâce à laquelle il existe un « empowerment du patient », c'est-à-dire une prise de pouvoir sur les décisions médicales (34). Le médecin n'est donc plus le seul maître de ses ordonnances, mais l'ordonnance est le fruit de l'interaction du patient et du médecin. De même pour Talcott Parsons, sociologue : « *médecin et patient ont chacun des rôles complémentaires dont la bonne exécution garantit le succès de la consultation* » (35).

c) Des situations prétextes à l'éducation

Les médecins ont décrit certaines situations particulières rencontrées autour de l'ordonnance permettant d'ouvrir la discussion et l'échange avec le patient.

Par exemple les demandes de médicaments supplémentaires offraient un moment d'échange et d'éducation autour de l'automédication. Automédication et ordonnance, en première lecture ces deux termes peuvent paraître antinomiques. Pourtant, les demandes de prescriptions médicaments supplémentaires par les patients dans une optique d'automédication sont fréquentes. Dans l'échange médecin - patient la demande de médicaments supplémentaires par un patient peut amener le médecin généraliste à questionner sur l'usage qui est fait de ce médicament (15, 24). Osterman décrit « *automédication sur ordonnance suggérée* », rendant complice le médecin de l'automédication du patient. D'autres auteurs parlent plutôt de « *prescription par anticipation* », considérée en partie comme un rôle du médecin généraliste si elle s'accompagne de conseils dans un but éducatif pour aboutir à l'autogestion de sa pathologie par le patient (24).

Parfois, par ce biais, le patient envoie un message au médecin et la demande de médicaments supplémentaires peut correspondre une demande cachée (24).

De même le renouvellement de l'ordonnance et la méfiance des patients vis-à-vis des médicaments sont considérés par les médecins interrogés comme des situations prétextes à l'éducation.

La consultation de renouvellement de l'ordonnance est souvent considérée comme une consultation banale et simple par les patients. Quel médecin n'a jamais entendu de la bouche de ses patients : « *Je viens juste pour le renouvellement* » ? Et pourtant cette consultation est complexe (24). Le renouvellement de l'ordonnance permet l'ajustement

du plan de soins et surtout la vérification de l'efficacité, la tolérance et l'observance du traitement (24). Source d'éducation thérapeutique, le renouvellement de l'ordonnance offre la possibilité de vérifier la compréhension et la maîtrise de son traitement par le patient mais aussi de lui donner les explications qui vont lui permettre de gérer au mieux sa maladie au quotidien.

d) Les limites de l'ordonnance « éducative »

- Le temps

Une ordonnance rédigée avec qualité et associée aux conseils et à l'échange nécessaires demande du temps selon les médecins. De plus l'éducation à la santé est un travail qui porte ses fruits sur plusieurs années au fil des consultations.

Nous l'avons vu précédemment : les médecins sont intimement convaincus de l'importance des explications qu'ils ont à fournir à leurs patients. Ce temps consacré à l'explication et l'échange est un facteur limitant la prescription médicamenteuse (22). La frustration des médecins est donc d'autant plus grande face au temps insuffisant qu'ils consacrent à ce moment fort de la consultation qu'est l'ordonnance (22, 32). Le facteur principal à cela est la rémunération des médecins qui se fait à l'acte et limite donc de fait la durée totale de la consultation (28).

- La routine

Paramètre important cité par les médecins, la routine est peu décrite dans les études portant sur la vision de l'ordonnance par les médecins.

- La décharge du rôle de conseils sur le pharmacien

L'ordonnance suit un parcours impliquant le pharmacien qui se partage le rôle de conseils avec le médecin. Ces conseils sont censés être complémentaires et non se substituer l'un à l'autre (3). Pourtant certains médecins avouent se décharger de leur rôle de conseil vers le pharmacien. Cette tendance peut probablement être expliquée par le manque de temps et la routine citée précédemment.

- L'implication du patient

Le contenu de l'ordonnance est directement lié au patient à qui elle s'adresse, à ses capacités de compréhension et son niveau d'implication.

Pour les médecins interrogés lors des entretiens, les informations données aux patients ne peuvent être intégrées que si ce dernier est ouvert à la discussion. Cette discussion est souvent conditionnée par la qualité de la relation médecin - patient. En cas de conflits par exemple, la communication peut être bloquée et les conseils énoncés n'auront aucune portée.

Nombreuses sont les études qui indiquent que la plupart des patients désirent obtenir un maximum d'informations médicales. Ces études sont complétées par des études anglo-saxonnes qui précisent que tous les patients n'expriment pas le même besoin d'information, elles les classent en deux familles (« monitoring » et « blunting ») représentant respectivement les patients en recherche d'informations et les patients ayant tendance au déni et à l'évitement de l'information (35).

- La communication

La principale difficulté rencontrée par les médecins généralistes porte sur la communication qui doit accompagner la prescription (22). Notamment chez les jeunes médecins généralistes (12). Ce point n'a pas bien été soulevé par les médecins ayant participé à la présente étude.

V. CONCLUSION

Nom, prénom du candidat : DUMAS Marianne

CONCLUSIONS

Présente dans l'environnement médical depuis le XIII^e siècle, l'ordonnance a traversé les années et accompagne encore le médecin d'aujourd'hui.

Notre étude a permis de mettre en évidence les représentations de l'ordonnance par les médecins.

L'ordonnance est considérée comme un support à l'éducation du patient. Elle offre une ouverture à l'échange et la discussion médecin-patient. Elle permet aussi de fixer des informations et conseils grâce à l'écrit, dans le but de lutter contre les oublis.

Elle porte aussi en elle la valeur symbolique forte de l'écoute accordée au patient puis d'un contrat passé entre les deux. L'attachement à ce symbole est si fort que c'est un sentiment de manque voire de culpabilité que ressentent les médecins généralistes en l'absence d'ordonnance en fin de consultation. Le besoin d'ordonnance des patients perçu par les médecins est surestimé selon la littérature. Elle note en effet un décalage entre les attentes réelles des patients et l'interprétation que s'en font les médecins.

L'ordonnance fixe un cadre et coordonne. Elle représente un outil de traçabilité médico-légale pour les médecins en leur offrant la preuve que les patients ont été informés. La remise de l'ordonnance clôture la consultation comme un rite incontournable selon les médecins. L'ordonnance est aussi une source d'informations pour d'autres professionnels de santé par l'intermédiaire du patient. Ressenti plus négatif, l'ordonnance est également perçue comme un outil de contrôle de la sécurité sociale sur les médecins et leurs prescriptions.

Effet pervers de notre système, l'ordonnance est aussi parfois un objet de confrontation médecin / patient en cas de demandes de médicaments supplémentaires par les patients. Ces situations réduisent l'ordonnance à une simple « liste de course », passeport pour le remboursement. Bien qu'encore présente, cette dérive tend à s'atténuer face à une politique



active de déremboursement, aux campagnes de sensibilisation et la méfiance grandissante du plus grand nombre face aux médicaments. Les médecins ont une perception négative de ces situations, parfois génératrice de conflits. A l'inverse, savoir rebondir face à ces demandes peut ouvrir une discussion et un échange avec le patient, échange porteur d'éducation.

Enfin, grand regret des médecins généralistes : le peu de temps accordé à l'ordonnance. La structurer, la rédiger et la discuter est très consommateur de temps dans une consultation qui, par nécessité, est limitée dans sa durée. A ceci s'ajoute une routine qui s'installe au fil des consultations, le médecin se déchargeant du rôle de conseil sur le pharmacien.

Les nouvelles technologies et la dématérialisation grandissante des documents rendent l'ordonnance papier un peu surannée. A son tour, elle évoluera inmanquablement vers un support électronique, stocké dans une base de données centralisée et accessible en tout lieu. Mais alors autour de quel support physique s'articulera la discussion en tête à tête en cabinet une fois le papier disparu ? Une tablette peut être ? Un nouveau support à inventer ?

Le Président de la thèse,

Pr Yves ZERBIB

Docteur Yves ZERBIB

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 **14 FEV. 2017**

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- (1) SORIANO P. L'ordonnance. Médium, 2011/1(N°26), p. 220-229
Disponible sur <http://www.cairn.info/revue-medium-2011-1-page-220.htm>
- (2) Ordonnance. Edition Larousse, Encyclopédie Larousse.
Disponible sur <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/ordonnance/56363>
- (3) Ordre national des médecins. La prescription et la place du médicament dans la relation Médecin-Patient-Pharmacien. Aspects réglementaires, éthiques et déontologiques. Commission Nationale Permanente 2011-2012, 2012, 105 p.
Disponible sur <https://www.conseil-national.medecin.fr/article/la-prescription-et-la-place-du-medicament-dans-la-relation-medecin-patient-pharmacien-123031>
- (4) IPSOS Santé pour la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie. Les Européens, les médicaments et le rapport à l'ordonnance : synthèse générale. 2005 , 6 p.
- (5) MOURET-BONZI M. L'ordonnance médicamenteuse en France et en Europe : les attentes de prescription des patients. Une revue systématique de la littérature de 2005 à 2014. Thèse d'exercice en médecine générale. Lille : Université Lille 2 Droit et Santé, 2015, 113p.
- (6) Propositions concrètes CLIO Santé. Comment déployer la prescription électronique. Prescription électronique E_Prescription. Notes d'orientation. Janvier 2012. 7 p.
- (7) MOREAU A., LE GOAZIOU M., DEDEIANNE M., et al. S'approprier la méthode du focus group. Rev Prat Médecine Générale. 15 mars 2004; 18(645): 382-4.
- (8) BARIBEAU C. Analyse des données des entretiens de groupe. Recherches qualitatives, 2009/1, (vol.28), p. 133-148
Disponible sur <http://www.recherche-qualitative.qc.ca/revue.html>
- (9) DUCHESNE S., HAEGEL F. L'enquête et ses méthodes : les entretiens collectifs. Nathan, 2004, 2-09-191309-X br, 126p.
Disponible sur <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00841629>
- (10) HAUVESPRE B .La non prescription : représentations et vécu des médecins généralistes : étude qualitative par 13 entretiens. Thèse d'exercice en médecine. Lyon : Université Lyon 1, 2012, 208 p.
- (11) GIMBERT V., CHAUFFAUT D. Les médicaments et leurs usages : comment favoriser une consommation adaptée ? Commissariat général à la stratégie et à la prospective, la note d'analyse N°9, 2014, 11 p.
- (12) ROUSSEAU R ., GORONFLOT L. Prescription : « je t'aime...moi non plus ». La prescription chez les jeunes médecins généralistes : Difficultés, stratégies et propositions. Enquête qualitative dans l'inter-région Ouest. Rencontres Prescrire 2014.
- (13) FARGE T., CHARRA E., HAUVESPRE B La non prescription d'une ordonnance : représentations des médecins généralistes et des patients. Rencontres Prescrire 2014.

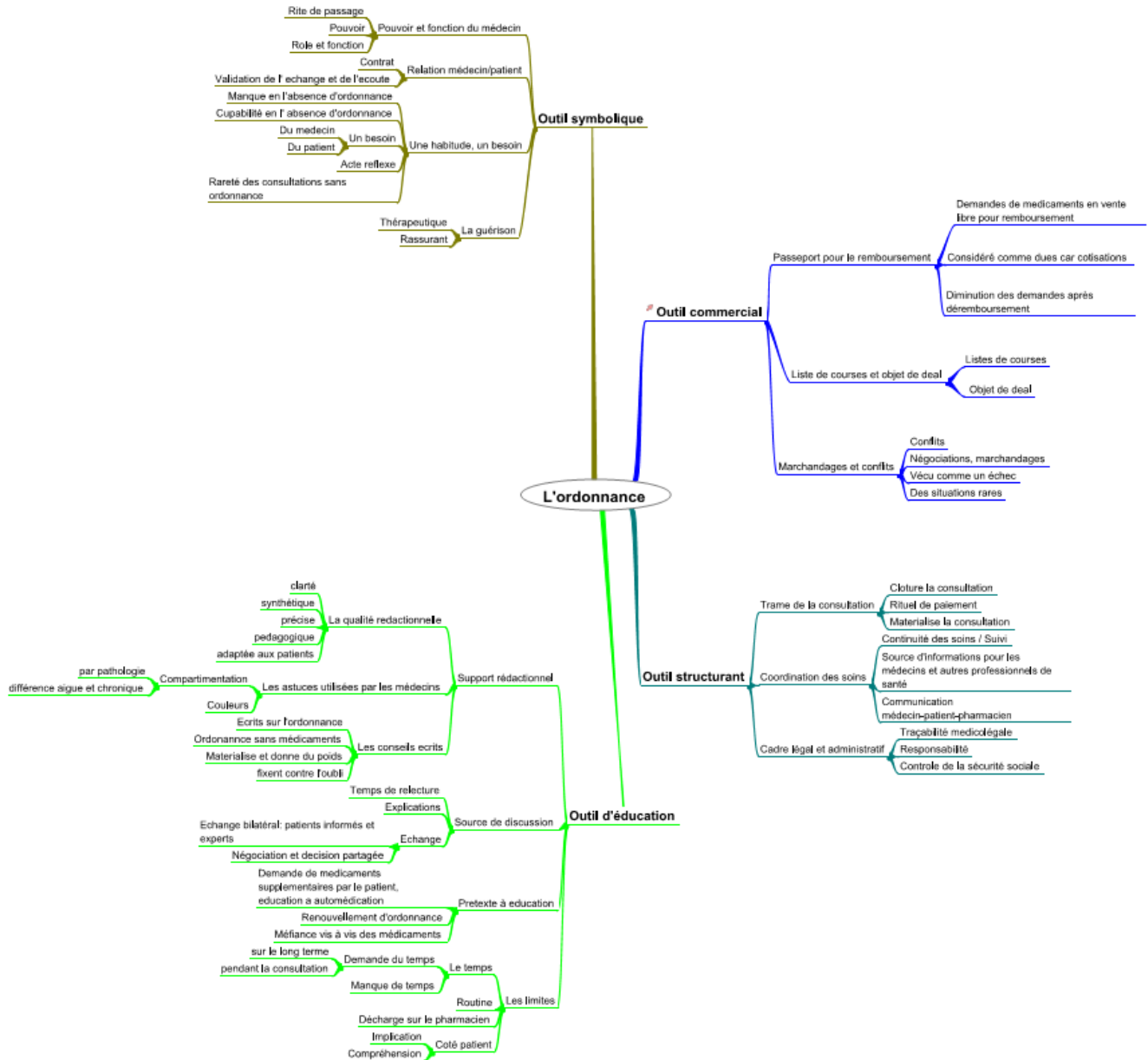
- (14) LABARTHE T. L'ordonnance de non-prescription : un outil au bénéfice du dialogue. Journée antibiotiques 2015, URPS Médecins Libéraux de Bretagne, Rennes, 24 novembre 2015.
Disponible sur http://www.cclinouest.com/PDF/Journees/Journee_ATB2015-1124/T.LABARTHE_ordonnance_de_non_prescription.pdf
- (15) FAINZANG S. Médicaments et société. Le patient, le médecin et l'ordonnance. Paris : Presses universitaires de France. 2001. 156 p. (coll. « Ethnologies-Controverses »)
- (16) PERINO L. Les nouveaux paradoxes de la médecine. Paris : Le Pommier, 2012, 234 p.
- (17) VALLEE J.P. La rédaction d'une ordonnance. La Presse Médicale, 1999, 28 , n°12, p. 643-646
- (18) MASSON P. La prescriptions des médecins généralistes : conflits entre la profession Médicale et l'Assurance maladie. Sociétés contemporaines, 2011/13 (n °83),p.33-57.
Disponible sur URL : www.cairn.info/revue-societes-contemporaines-2011-3-page-33.htm
- (19) CHARRA E. Représentations et vécu des patients à propos de la non prescription médicale. Etude qualitative à partir de 4 focus group . Thèse d'exercice en médecine. Lyon : Université Lyon 1, 2012, 162 p .
- (20) HARDY A.C. A propos de la signification « médicale » d'une prescription. Commentaire. Sciences sociales et santé 2012/3 (Vol.30), p. 103-114.
Disponible sur : <http://www.cairn.info/revue-sciences-sociales-et-sante-2012-3-page-103.htm> (consulté le 01/05/2016).
- (21) VEGA A. Prescription du médicament en médecine générale. Deuxième partie : Paradoxes et propositions. Médecine, 2012, 8, 5, p. 223-226
Disponible sur http://www.ile.com/fr/revues/med/e-docs/prescription_du_medicament_en_medecine_generale_deuxieme_partie_paradoxes_et_propositions_295028/article.phtml
- (22) NOUANESSENGSY N. Prescrire des médicaments en médecine générale : que nous suggèrent les patients de Polynésie française ? Thèse d'exercice en médecine générale. Lille : Université Lille 2 Droit et Santé, 2016, 88 p.
- (23) [BALINT M.](#) Le Médecin, son malade et la maladie. Bibliothèque Scientifique Payot, 1996, 430 p.
- (24) HUCHET C. Les demandes de prescriptions complémentaires au cours des consultations de renouvellement. Enquête par observation directe auprès de médecins généralistes de Loire Atlantique et Vendée. Thèse d'exercice en médecine générale. Nantes : Université de Nantes, 2015, 91 p.
- (25) BATIFOULIER P. Le marché de la santé et la reconstruction de l'interaction patient-médecin. Revue Française de Socio-économie, 2012/2 (n °10),p. 155-174.
Disponible sur URL : www.cairn.info/revue-francaise-de-socio-economie-2012-2-page-155.htm

- (26) PIERRON J.P. Une nouvelle figure du patient ? Les transformations contemporaines de la relation de soins. Sciences sociales et santé, 2007/2 (Vol.25), p. 43-66.
Disponible sur <http://www.cairn.info/revue-sciences-sociales-et-sante-2007-2-page-43.htm>
- (27) BATIFOULIER P., DOMIN J.P., GADREAU M. Mutation du patient et construction d'un marché de la santé. L'expérience française. Revue Française de Socio-économie, 2008, (n°1), p.27-46.
Disponible sur <http://www.cairn.info/revue-francaise-de-socio-economie-2008-page-27.htm>
- (28) DUFFAUD S., LIEBART S. Comment les médecins généralistes limitent-ils leurs prescriptions ? Etude qualitative par entretiens collectifs. Santé Publique, 2014/4 (Vol.26), p. 323-330.
Disponible sur URL : www.cairn.info/revue-sante-publique-2014-3-page-323.htm (consulté le 01/05/2016).
- (29) Rapport du ministère de l'emploi et de la solidarité, délégué à la santé et du CFES. L'éducation pour la santé : un enjeu de société, Février 2001, 16 p.
- (30) SAN MARCO J-L. Définitions. In : BOURDILLON, François. Traité de prévention. Paris : Flammarion, 2009, 421 p
- (31) GASPARINI W., KNOBE S. Sport sur ordonnance : l'expérience strasbourgeoise sous l'angle des sociologues. Informations sociales, 2015/1 (n° 187), p. 47-53.
Disponible sur URL : www.cairn.info/revue-informations-sociales-2015-1-page-47.htm (consulté le 01/05/2016).
- (32) LUSSIER M.T., RICHARD C. Le dialogue de prescription. Un incontournable dans l'usage du médicament ! Le Médecin du Québec, 2012, vol. 43, 12, p. 45-52.
Disponible sur <https://fmoq-legacy.s3.amazonaws.com/fr/Le%20Medecin%20du%20Quebec/Archives/2000%20-%202009/045-052dreLussier1208.pdf>
- (33) SANDRIN B. Education thérapeutique et promotion de la santé : quelle démarche éducative ? Santé Publique, 2013, HS2, S2, p. 125-135.
Disponible sur <http://www.cairn.info/revue-sante-publique-2013-HS2-page-125.htm>
- (34) BOUDIER F., BENSEBAA F., JABLANCZY A. L'émergence du patient expert : une perturbation innovante. Innovations, 2012/3 (n°39), p. 13-25.
Disponible sur <http://www.cairn.info/revue-innovations-2012-3-page-13.htm>
- (35) BERANGER J., FORTINEAU J. Etude épistémologique et juridique de la communication médecin-patient. Vers un management éthique de la décision médicale. Les Cahiers du numérique, 2014/2 (Vol.10), p. 125-15.
Disponible sur URL : www.cairn.info/revue-les-cahiers-du-numerique-2014-2-page-125.htm

ANNEXES

Annexe 1 : Cartes heuristiques

a) Représentations de l'ordonnance



- b) Outil structurant : cf CD ROM
- c) Outil symbolique : cf CD ROM
- d) Outil commercial : cf CD ROM
- e) Outil d'éducation : cf CD ROM

Annexe 2 : Guide d'entretien initial

- **Si on vous dit ordonnance à quoi pensez-vous ?**
 - *Quelle est la définition d'une ordonnance ?*
- **Que recherchez-vous à travers la rédaction d'une ordonnance ?**
 - *A qui est adressée l'ordonnance ?*
 - *Quels sont les rôles de l'ordonnance ?*
- **Quelle place prend l'ordonnance en consultation dans votre pratique quotidienne ?**
 - *Plus précisément quelle place prend l'ordonnance dans la consultation ?*
 - *Que pensez-vous de l'ordonnance comme motif de consultation ?*
- **Que ressentez-vous quand une consultation ne se termine pas par une ordonnance ?**
- **Que symbolise l'ordonnance selon vous ?**
 - *Pour le patient ? Et pour vous en tant que médecin généraliste ?*
- **Quelle influence peut avoir l'ordonnance sur la relation médecin - patient ?**
 - *Avez-vous déjà été confrontés à des situations où l'ordonnance a eu une influence positive ou négative dans la relation médecin patient ? Expliquer*
- **Selon vous, quelle est la vision de l'ordonnance par le patient ? Comment l'utilise-t-il par la suite ?**
- **Quel peut être l'impact de l'ordonnance sur la société et de la société sur l'ordonnance ?**
 - *Quelle est l'influence de la tendance à la consommation de la société sur l'ordonnance ?*
 - *Que pensez-vous de la comparaison de l'ordonnance à un « bon d'achat » et du patient à un « consommateur » ?*
 - *Le nouveau statut du patient a-t-il une influence sur l'ordonnance ? En quoi ?*
 - *Qui sont, selon vous, les différents acteurs pouvant avoir un impact sur l'ordonnance ?*
- **Avez-vous d'autres représentations de l'ordonnance que nous n'avons pas abordée dans la discussion ?**
- **Quelle est pour vous la représentation prédominante autre que médicamenteuse rattachée à l'ordonnance ?**

Annexe 3 : Guide d'entretien final

- **Si on vous dit ordonnance à quoi pensez-vous ?**
 - *Quelle est la définition d'une ordonnance ?*
- **Que recherchez-vous à travers la rédaction d'une ordonnance ?**
 - *A qui est adressée l'ordonnance ?*
 - *Quels sont les rôles de l'ordonnance ?*
- **Quelle place prend l'ordonnance en consultation dans votre pratique quotidienne ?**
 - *Plus précisément quelle place prend l'ordonnance dans la consultation ?*
 - *En quoi participe-t-elle à la structuration de la consultation ? Que pensez-vous de l'ordonnance comme motif de consultation ?*
- **Que ressentez-vous quand une consultation ne se termine pas par une ordonnance ?**
- **Que symbolise l'ordonnance selon vous ?**
 - *Pour le patient ? Et pour vous en tant que médecin généraliste ?*
- **Quelle influence peut avoir l'ordonnance sur la relation médecin - patient ?**
 - *Avez-vous déjà été confrontés à des situations où l'ordonnance a eu une influence positive ou négative dans la relation médecin - patient ? Expliquer*
- **Selon vous, quelle est la vision de l'ordonnance par le patient ? Comment l'utilise-t-il par la suite ?**
- **Comment l'ordonnance peut-elle participer à l'éducation à la santé et à l'éducation thérapeutique du patient ?**
- **Quel peut être l'impact de l'ordonnance sur la société et de la société sur l'ordonnance ?**
 - *Que pensez-vous de la comparaison de l'ordonnance à un « bon d'achat » et du patient à un « consommateur » ?*
 - *Le nouveau statut du patient a-t-il une influence sur l'ordonnance ? En quoi ?*
 - *Qui sont, selon vous, les différents acteurs pouvant avoir un impact sur l'ordonnance ?*
 - *Avez-vous constaté une évolution de l'ordonnance ces dernières années ?*
 - *Quel est le rôle médico-légal de l'ordonnance ?*
 - *Quel est l'impact d'internet et des médias sur l'ordonnance et les demandes des patients ?*
- **Avez-vous d'autres représentations de l'ordonnance que nous n'avons pas abordée dans la discussion ?**

Annexe 4 : Courriel d'invitation

_____ Entretiens collectifs _____

Thème des entretiens collectifs : « **L'ordonnance médicamenteuse à travers le regard des médecins généralistes** »

1^{ère} date : jeudi 3 novembre 2016 à partir de 20 h
1 chemin de la Grand'Maison
38790 Saint Georges d'Espéranche

2^{nde} date : mercredi 16 novembre 2016 à partir de 20h
Hôtel Mister Bed
21 Avenue d'Italie
38300 Bourgoin-Jallieu

Déroulement de la soirée : 20h00 - Accueil et buffet
20h30 - Discussion
21h45 - Fin de la discussion

La soirée sera animée par le Dr Philippe Marissal, médecin généraliste à Artemarre (01), directeur de thèse et vice-président MG France.

Il s'agit d'un entretien collectif entre une dizaine de médecins généralistes. Le fruit de leurs réflexions viendra nourrir l'étude qualitative contenue dans mon travail de thèse de médecine générale.

D'un point de vue pratique, les entretiens seront enregistrés par dictaphone en vue d'une analyse différée. Il est entendu que l'anonymat des participants sera respecté lors de la retranscription des données.

Je reste à votre disposition pour vous fournir toute information complémentaire. Vous pouvez me joindre aux coordonnées fournies en entête.

Annexe 5 : Courriel de relance

Bonjour,

Je me permets de revenir vers vous à nouveau pour solliciter votre participation à l'entretien collectif de médecins généralistes que j'organise dans le cadre de ma thèse autour du thème :

« L'ordonnance médicamenteuse à travers le regard des médecins généralistes ? »

L'ordonnance conclut la presque totalité des consultations. Des projets visent à supprimer l'ordonnance papier pour une ordonnance numérique. Mais que représente l'ordonnance pour les médecins généralistes ?

L'entretien aura lieu le **mercredi 16 novembre 2016 à partir de 20 h, à l'hôtel Mister Bed, 21 avenue d'Italie, Bourgoin-Jallieu**. Il durera 1 h à 1 h 15 environ et sera accompagné d'un buffet.

Vous trouverez plus de détails sur le déroulement de la soirée dans le document ci joint. Votre participation m'apporterait l'aide indispensable à mon travail de thèse, d'autant plus que le recrutement de médecins pour cet entretien s'avère difficile.

Dans l'attente de cette réponse je vous prie de recevoir mes respectueuses salutations.

Marianne Dumas
Médecin généraliste remplaçant
Etudiante en année thèse

Annexe 6 : Formulaire d'information et de consentement

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

Madame, Monsieur,

Vous êtes invité(e) à participer à un entretien collectif dans le cadre d'une étude portant sur les représentations de l'ordonnance médicamenteuse à travers le regard des médecins généralistes. Cette étude s'intègre à un travail de thèse de médecine générale.

La méthode qualitative par entretien collectif a été choisie pour récupérer le plus de données sur votre expérience et votre opinion sur le sujet.

L'entretien collectif, qui réunit plusieurs médecins généralistes, durera environ 1 heure 30.

Les discussions seront enregistrées par dictaphone de façon à permettre l'analyse ultérieure des informations recueillies. L'anonymisation sera réalisée lors de la retranscription des données.

Il est entendu que votre participation à ce projet de recherche est tout à fait volontaire et que vous restez libre de mettre fin à votre participation à tout moment sans motif.

Si vous le souhaitez, nous vous ferons parvenir par mail les résultats de l'analyse des données.

Consentement libre et éclairé :

Je soussigné(e)

.....
déclare avoir lu et compris le présent formulaire. Je comprends la nature et le motif de ma participation au projet de thèse de médecine générale étudiant les représentations de l'ordonnance médicamenteuse à travers le regard des médecins généralistes.

J'accepte que l'intégralité de cet entretien « anonymisé » soit retranscrite et que les données soient utilisées dans le cadre exclusif de cette thèse et d'une publication scientifique.

J'ai noté que je pouvais retirer mon consentement à tout moment.

Etabli en deux exemplaires, un exemplaire pour moi, un exemplaire pour l'enquêteur.

Par la présente, j'accepte librement de participer au projet.

Fait àLe

Signature, précédée de la mention « lu et approuvé » :

Annexe 7 : Fiche caractéristiques des participants

QUESTIONNAIRE DE RECUEIL DES CARACTERISTIQUES DES PARTICIPANTS

Focus group n °..... à Le.....

Merci de compléter ces informations :

- 1) Vous êtes :
 - ☐ Une femme
 - ☐ Un homme

- 2) Quel est votre année de naissance :

- 3) Quel est votre mode d'exercice :
 - ☐ Installation
 - ☐ Collaboration
 - ☐ Remplacement
 - ☐ Interne ayant validé le stage praticien

- 4) Si vous êtes installés ou en collaboration, vous exercez :
 - ☐ Seul
 - ☐ En groupe, précisez :
 - ☐ Cabinets de médecins généralistes
 - ☐ Cabinets avec plusieurs professions
 - ☐ Maison de santé pluridisciplinaire
 - ☐ Centre de santé
 - ☐ Année d'installation :

- 5) Participez-vous à une formation continue ?
 - ☐ Group de pairs
 - ☐ FMC locale
 - ☐ Congres et séminaires
 - ☐ Revues
 - ☐ Autres :
 - ☐ Pas de FMC

- 6) Quel est votre lieu d'exercice ?
 - ☐ Zone rurale
 - ☐ Zone semi rurale
 - ☐ Zone urbaine

- 7) Êtes-vous maitre de stage ?
 - ☐ Oui
 - ☐ Non

- 8) Avez-vous une orientation professionnelle spécifique en plus de la médecine générale ?
 - ☐ Oui, laquelle ? :
 - ☐ Non

Annexe 8 : Attestation de déclaration CNIL



RÉCÉPISSÉ

DÉCLARATION DE CONFORMITÉ À UNE MÉTHODOLOGIE DE RÉFÉRENCE

Numéro de déclaration

2034968 v 0

du 13 février 2017

Madame DUMAS Marianne

1 CHEMIN DE GRAND'MAISON

38790 SAINT GEORGES D'ESPÉRANCHE

À LIRE IMPÉRATIVEMENT

La délivrance de ce récépissé atteste que vous avez transmis à la CNIL un dossier de déclaration formellement complet. Vous pouvez désormais mettre en œuvre votre traitement de données à caractère personnel.

La CNIL peut à tout moment vérifier, par courrier, par la voie d'un contrôle sur place ou en ligne, que ce traitement respecte l'ensemble des dispositions de la loi du 6 janvier 1978 modifiée en 2004. Afin d'être conforme à la loi, vous êtes tenu de respecter tout au long de votre traitement les obligations prévues et notamment :

- 1) La définition et le respect de la finalité du traitement,
- 2) La pertinence des données traitées,
- 3) La conservation pendant une durée limitée des données,
- 4) La sécurité et la confidentialité des données,
- 5) Le respect des droits des intéressés : information sur leur droit d'accès, de rectification et d'opposition.

Pour plus de détails sur les obligations prévues par la loi « Informatique et libertés », consultez le site Internet de la CNIL : www.cnil.fr.

Organisme déclarant

Nom : Madame DUMAS Marianne

N° SIREN ou SIRET :

Service :

Code NAF ou APE :

Adresse : 1 CHEMIN DE GRAND'MAISON

Code postal : 38790

Tél. : 0622831088

Ville : SAINT GEORGES D'ESPÉRANCHE

Fax. :

Traitement déclaré

Finalité : MR1 - Recherches dans le domaine de la santé avec recueil du consentement

Transferts d'informations hors de l'Union européenne : Non

Fait à Paris, le 13 février 2017
Par délégation de la commission

Isabelle FALQUE PIERROTIN
Présidente

Annexe 9 : Consolidated criteria for reporting qualitative studies (COREQ)

No	Item	Guide questions/description
Domain 1: Research team and reflexivity		
Personal Characteristics		
1.	Interviewer/facilitator	Which author/s conducted the interview or focus group?
2.	Credentials	What were the researcher's credentials? <i>E.g. PhD, MD</i>
3.	Occupation	What was their occupation at the time of the study?
4.	Gender	Was the researcher male or female?
5.	Experience and training	What experience or training did the researcher have?
Relationship with participants		
6.	Relationship established	Was a relationship established prior to study commencement?
7.	Participant knowledge of the interviewer	What did the participants know about the researcher? <i>e.g. personal goals, reasons for doing the research</i>
8.	Interviewer characteristics	What characteristics were reported about the interviewer/facilitator? <i>e.g. Bias, assumptions, reasons and interests in the research topic</i>
Domain 2: study design		
Theoretical framework		
9.	Methodological orientation and Theory	What methodological orientation was stated to underpin the study? <i>e.g. grounded theory, discourse analysis, ethnography, phenomenology, content analysis</i>
Participant selection		
10.	Sampling	How were participants selected? <i>e.g. purposive, convenience, consecutive, snowball</i>
11.	Method of approach	How were participants approached? <i>e.g. face-to-face, telephone, mail, email</i>
12.	Sample size	How many participants were in the study?
13.	Non-participation	How many people refused to participate or dropped out? Reasons?
Setting		
14.	Setting of data collection	Where was the data collected? <i>e.g. home, clinic, workplace</i>
15.	Presence of non-participants	Was anyone else present besides the participants and researchers?
16.	Description of sample	What are the important characteristics of the sample? <i>e.g. demographic data, date</i>
Data collection		
17.	Interview guide	Were questions, prompts, guides provided by the authors? Was it pilot tested?
18.	Repeat interviews	Were repeat interviews carried out? If yes, how many?
19.	Audio/visual recording	Did the research use audio or visual recording to collect the data?
20.	Field notes	Were field notes made during and/or after the interview or focus group?
21.	Duration	What was the duration of the interviews or focus group?
22.	Data saturation	Was data saturation discussed?
23.	Transcripts returned	Were transcripts returned to participants for comment and/or correction?
Domain 3: analysis and findings		
Data analysis		
24.	Number of data coders	How many data coders coded the data?
25.	Description of the coding tree	Did authors provide a description of the coding tree?
26.	Derivation of themes	Were themes identified in advance or derived from the data?
27.	Software	What software, if applicable, was used to manage the data?
28.	Participant checking	Did participants provide feedback on the findings?
Reporting		
29.	Quotations presented	Were participant quotations presented to illustrate the themes / findings? Was each quotation identified? <i>e.g. participant number</i>
30.	Data and findings consistent	Was there consistency between the data presented and the findings?
31.	Clarity of major themes	Were major themes clearly presented in the findings?
32.	Clarity of minor themes	Is there a description of diverse cases or discussion of minor themes?

Annexe 10 : CD ROM des entretiens

Dumas Marianne : L'ordonnance : représentations des médecins généralistes. Etude qualitative par entretiens collectifs de 17 médecins généralistes de Rhône- Alpes.
Th. Méd: Lyon 2017 n°42

RESUME :

Contexte. Présente depuis des siècles, l'ordonnance conclut aujourd'hui la presque totalité des consultations. Dans son support papier elle résiste à la poussée des nouvelles technologies alors que des projets de loi visent à la dématérialiser. L'étude s'intéresse aux représentations de l'ordonnance à travers le regard des médecins généralistes.

Méthodes. Etude qualitative par entretiens collectifs à l'aide d'un guide d'entretien semi dirigé. La population cible était les médecins généralistes exerçant en Rhône-Alpes.

Résultats. Par les conseils écrits qu'elle comporte et la discussion qui l'accompagne, les médecins utilisent l'ordonnance comme outil éducatif. Elle symbolise un contrat médecin – patient qui permet de conclure la consultation. En dehors de la consultation, elle contribue à la coordination des soins. Elle est source d'informations pour les professionnels mais aussi pour l'Assurance Maladie dans sa mission de contrôle. Enfin, elle se présente comme élément de traçabilité médico-légale pour le médecin. Conscients de son importance, les médecins aimeraient consacrer plus de temps à la discuter avec les patients alors qu'ils la perçoivent parfois comme une liste de course lorsque ces derniers demandent des médicaments supplémentaires.

Conclusions. Cette étude a permis de préciser les représentations de l'ordonnance par les médecins généralistes. Elle leur amène des pistes de réflexion sur son utilisation, notamment dans son rôle éducatif et relationnel. Elle permet aussi de s'interroger sur la probable arrivée de l'ordonnance dématérialisée et les adaptations à apporter pour conserver ce moment d'échange médecin - patient qu'offre l'ordonnance d'aujourd'hui.

MOTS CLES : Ordonnance, représentations, médecin généraliste.

JURY :

Président : Monsieur le Professeur Yves ZERBIB
Membres : Monsieur le Professeur Pierre FOURNERET
Madame la Professeure Claire FALANDRY
Monsieur le Docteur Philippe MARISSAL
Monsieur le Docteur Marc GIROUD

DATE DE SOUTENANCE : 30 Mars 2017

Adresse de l'auteur : 1 Chemin de la Grand' Maison 39790 Saint Georges d'Espérance
Email de l'auteur : marianne.dumas7@gmail.com