

## La prise en charge des affections transitoires bénignes en médecine générale : avec ou sans médicaments ?

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

Bedoin D<sup>1</sup>, Charles R<sup>2</sup>

#### Résumé

**Objectifs :** Les médecins généralistes reçoivent souvent des patients présentant des affections transitoires bénignes caractérisées par une évolution naturelle spontanément favorable. Pourtant, la prescription médicamenteuse reste considérable dans ce cadre. Ce travail essaie de cerner les logiques de prescription médicamenteuse pour ces affections.

**Méthodes :** Le service universitaire de médecine générale de Saint-Étienne a réalisé une enquête qualitative en 2011 auprès de médecins généralistes de la Loire.

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

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

**Prat Organ Soins. 2012;43(2):111-119**

**Mots-clés :** Médecine générale ; recherche qualitative ; prescription ; médicament de confort ; procédures superflues ; effet placebo ; rôle du médecin.

#### Summary

**Aim:** General practitioners often have to take care of patients with acute benign affections which would naturally heal themselves. Nevertheless drug prescriptions remain substantial. Our aim was to analyze their logic in prescribing drugs.

**Methods:** This qualitative study was conducted in 2011 in Saint-Étienne among 11 GPs.

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

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

**Prat Organ Soins. 2012;43(2):111-119**

**Keywords:** General practice; qualitative research; drug prescriptions; unnecessary procedures; placebo effects; physician's role.

<sup>1</sup> Médecin généraliste, Le Berland, Saint-Victor-sur-Loire, France.

<sup>2</sup> Maître de conférences associé, Service universitaire de médecine générale, Faculté de médecine Jacques-Lisfranc, Saint-Étienne, France.

## INTRODUCTION

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

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

Quelques données statistiques permettent une approche différente du sujet abordé. L'affirmation « *Les Français sont les plus gros consommateurs de médicaments au monde (avec les Américains)* » [2] fait écho à celle-ci : « *La France a le meilleur système de santé au monde* » [3]. Alors, le médicament, c'est la santé ? Les critiques médico-économiques croissantes [4] concernant les médicaments (dépenses de santé, risques iatrogènes, réévaluation à la baisse du service médical rendu – SMR, etc.) ainsi que la comparaison avec les Pays-Bas permettent de nuancer cette idée : en France, deux fois plus de consultations se terminent par une ordonnance (90 % contre 48 %) [5], la dépense médicamenteuse par habitant est supérieure (36 % de plus en 2009), et pourtant, la santé des Néerlandais est aussi bonne que celle des Français (l'espérance de vie globale à la naissance est similaire entre les deux pays, et la perception de l'état de santé est meilleure aux Pays-Bas) [6]. Les médicaments sur-prescrits et sur-consommés en France relativement aux Pays-Bas

seraient-ils facultatifs ? Comment expliquer ces disparités ? Une étude récente a comparé les pratiques de médecins français et néerlandais en matière de prescription médicamenteuse globale à partir d'entretiens et d'observations de consultations. L'auteur, S. Rosman, a pu dégager deux logiques de prescription : la première, une logique de restriction, plus fréquente aux Pays-Bas, consiste à limiter les prescriptions médicamenteuses, à privilégier les conseils d'hygiène de vie et la réassurance, tandis que la seconde est plutôt une « réparation » basée sur le recours immédiat au médicament et s'observe majoritairement en France [7].

Avec les ATB, nous avons voulu aborder clairement les facteurs non-scientifiques motivant les prescriptions. Les médecins n'ont pas ici les recommandations dont ils disposent habituellement pour faire face aux pathologies nécessitant des soins spécifiques. Il n'a pas été trouvé d'étude qualitative en France portant spécifiquement sur les ATB ; des enquêtes par le biais de questionnaires [8, 9, 10] existent mais elles ne permettent pas de comprendre les logiques de prescription des médecins. Les études internationales traitent plutôt de l'utilisation de médicaments placebos, de manière souvent quantitative [11], parfois qualitative [12]. Elles sont malheureusement d'intérêt limité pour comprendre comment et pourquoi des médecins sont amenés à prescrire des médicaments qu'ils savent proches d'un placebo. Elles se heurtent à la représentation que les médecins ont des placebos : ils se focalisent sur les placebos « purs », mais également se sentent atteints dans leur image de professionnels fiables par cette forme de mensonge que représente le placebo [12].

L'objectif de ce travail était donc, en utilisant le point de vue de situations cliniques bénignes pour lesquelles les médicaments sont facultatifs, d'entrer au cœur de la relation thérapeutique : prescrire ou ne pas prescrire, comment et pourquoi ?

## MÉTHODES

Cette étude qualitative s'est basée sur onze entretiens individuels réalisés par l'auteur auprès de médecins généralistes de la Loire de janvier à juin 2011. Un échantillonnage raisonné a été réalisé<sup>1</sup>, avec recherche de variation maximale selon les variables : genre, âge, type d'exercice (exercice particulier), lieu d'exercice (rural, semi-rural, urbain). Les inclusions ont été stoppées à saturation des données. Les entretiens ont été enregistrés au magnétophone et retranscrits intégralement. Le résumé des thèmes abordés a été consigné dans le tableau I. L'analyse a été réalisée manuellement

<sup>1</sup> Après tirage au sort de trois médecins selon le lieu d'exercice, les autres ont été choisis dans l'environnement proche sous prétexte que leur inclusion maximisait la variation des autres critères : âge, genre, etc.

Tableau I  
Grille d'entretien (Loire, France, 2011).

- Historique personnel des prescriptions face à une affection transitoire bénigne (ATB) (exemple du rhume)
- Exploration des changements dans les habitudes de prescription, influence des remboursements et des nouvelles contre-indications
- Influence des patients
- Consultation sans ordonnance, les difficultés à ne pas prescrire
- Bénéfice-risque des médicaments pour des ATB
- Regard critique sur l'évolution des pratiques, des demandes...

sur le mode incrémentiel. Il n'y a pas eu de triangulation des méthodes de recueil et d'analyse. L'étude a bénéficié d'une déclaration auprès du correspondant universitaire de Saint-Étienne (France) pour la Commission nationale de l'informatique et des libertés sous le numéro 11-007.

## RÉSULTATS

Les médecins interrogés ont été désignés par une lettre alphabétique. La table des cas est reportée au tableau II.

### 1. Un contexte favorable à la médicalisation, des habitudes qui se sont instaurées

Les médecins ont dénoncé le recours croissant des usagers à la médecine pour des ATB, lié à deux raisons principales :

- d'une part, les attentes vis-à-vis de la médecine se seraient étendues, les usagers devenant des consommateurs. La perte des savoirs populaires en matière de santé associée à la médiatisation souvent peu objective de données médicales susciterait angoisses ou désirs consuméristes : « *Le discours des laboratoires à travers la publicité est malhonnête : "Si vous avez tel symptôme, ne restez pas chez vous, allez voir votre médecin ou votre pharmacien"* », a admis le docteur E. Il existerait également une moindre tolé-

rance des usagers face aux symptômes, expliquée par l'élargissement du concept de santé à la recherche du bien-être : « *Nous sommes dans une société où il faut soigner tous les petits maux, comme s'il n'était pas tolérable d'avoir de petites misères* » (D<sup>r</sup> A). Les changements sociaux tels le travail des deux parents, la pression économique et le souci de rentabilité entraîneraient également une moindre tolérance sociale devant les faiblesses transitoires des salariés : « *Aucune mère ne supporte que son enfant ne soit malade plus de deux jours : "Il faut me donner quelque chose parce qu'il ne dort plus, alors moi non plus, et vous comprenez, au travail, ce n'est pas possible..."* ». *Ce n'est pas la santé de l'enfant mais le travail de la mère qui importe.* » (D<sup>r</sup> D). Enfin, l'arrivée médiatisée de médicaments curatifs efficaces aurait modelé un imaginaire collectif de toute-puissance de la médecine susceptible de tout guérir, y compris les ATB : « *Moi qui suis installée depuis 25 ans, j'ai vu l'évolution, il faut guérir... le médecin n'est pas là pour soigner, il est là pour guérir.* » (D<sup>r</sup> D) ;

- d'autre part, les médecins auraient pris l'habitude de prescrire des médicaments dans ces situations. Il y a plusieurs décennies, l'industrie pharmaceutique a mis à disposition des généralistes tout un arsenal thérapeutique pour répondre aux symptômes, leur faisant de la promotion pour des médicaments alors remboursés dont l'activité pharmacologique était censée être synonyme d'utilité pour les malades. Les praticiens, sans recommandations claires ni données objectives sur la prise en charge des ATB, les ont utilisés pour leurs patients, soignant au passage la relation qu'ils avaient avec eux dans un contexte concurrentiel. Ainsi, « *nous sommes aujourd'hui dans une situation où le médecin est vu comme un prescripteur, c'est-à-dire que si nous allons consulter, il doit y avoir une réponse médicamenteuse. Repartir de chez un médecin sans ordonnance, je crois que ça n'est pas concevable* » a expliqué le docteur J.

Tableau II  
Table des cas (Loire, France, 2011).

Médecins	Genre	Durée d'installation en années	Lieu	Homéopathie
A	M	27	Rural	Non
B	M	34	Rural	Un peu
C	F	9	Semi-rural	Un peu
D	F	26	Semi-rural	Non
E	M	1	Urbain	Non
F	M	33	Semi-rural	Non
G	F	20	Urbain	Non
H	F	15	Urbain	Exclusif
I	F	5	Semi-rural	Un peu
J	M	28	Rural	Non
K	M	35	Urbain	Beaucoup

## 2. Comment répondre à la plainte ?

### Analyse des logiques de prise en charge

Nous avons retrouvé les logiques de réparation par les médicaments et de restriction en filigrane dans tous les entretiens. Malgré des tendances parfois plus marquées vers l'une ou vers l'autre, chaque médecin oscillait entre ces deux logiques, en fonction du patient et de l'affection à soigner, des représentations qu'il avait des traitements disponibles et de son rôle de médecin.

#### a) La logique de réparation par les médicaments

Des facteurs pragmatiques motivaient au premier abord les prescriptions. Un généraliste était plus enclin à prescrire s'il avait ressenti une gêne importante lors de la même ATB et avait lui-même été soulagé par un médicament. Cette expérience personnelle et les retours positifs des patients finissaient par constituer un véritable savoir empirique propre à chacun. Comme cette efficacité observée du médicament s'associait à une apparence innocuité, le médecin acquérait la conviction intime d'une balance bénéfice-risque favorable, ceci à un point tel que les récentes contre-indications (exemple des mucolytiques chez les nourrissons) ainsi que les mesures de déremboursement de nombreux médicaments au service médical rendu insuffisant n'étaient pas toujours comprises ni acceptées.

Ces facteurs pragmatiques pris en compte, les médecins expliquèrent qu'ils prescrivaient pour répondre à deux « désirs inconscients » : réparer et pouvoir [13]. Réparer, c'est rétablir la santé. Or, pour beaucoup de praticiens, la thérapeutique était nécessairement médicamenteuse ; c'était ce qu'ils avaient d'abord appris à l'université, puis ce qu'ils avaient fait au cabinet, souvent par méconnaissance initiale d'autres formes de soins : « *Nous sortions [de la faculté] avec un livre de thérapeutique et nous donnions des traitements symptomatiques. Nous pensions être bien-traitants, et c'était bien comme cela.* » (D<sup>F</sup> B) De plus, le médicament permettait de matérialiser le soin, le médecin « se donnant » au patient à travers l'ordonnance, ce qui avait pour effet de rassurer l'un et l'autre : « *Nous sommes toujours tenus de donner.* » (D<sup>F</sup> J) Enfin, les médecins expliquèrent que soigner leur était agréable s'ils se savaient efficaces, s'ils avaient un certain pouvoir sur la maladie. En matière d'ATB, les médicaments n'ayant au mieux qu'une action symptomatique, leur efficacité est particulièrement liée à leur pouvoir subjectif d'amélioration appelé « effet placebo » dont ils sont investis, comme l'a expliqué le docteur A : « *Quand je vends bien un médicament, même s'il est complètement placebo ou presque, ça marche bien ! Je ne leur vends pas un médicament miraculeux, loin de là, je leur dis : "ça va aller mieux", j'essaie de les impressionner. "Je vous prescris quelque chose qui va vous remonter,*

*vous déboucher le nez, soulager vos maux de tête, vous guérir..." Voilà, je m'implique dans la prescription, je ne fais pas seulement un papier que je donne aux gens. Je pense que ça, c'est vraiment très important. Un médicament n'a pas besoin d'être très efficace s'il est bien vendu, s'il est bien prescrit.* »

Pour finir, la relation médecin-patient apparaissait comme primordiale. Beaucoup de généralistes évoquèrent une certaine pression, marquée par la peur de paraître incompétents s'ils n'avaient pas tenu leur rôle de prescripteur : « *En France, les gens viennent chercher un médicament, donc le médecin qui ne donne rien est mauvais. Ils pensent : "ce médecin a été incapable de me trouver un remède !"* » (D<sup>F</sup> K) Cette crainte semblait provoquée par des patients insatisfaits qui reconsultaient ailleurs, entraînant chez les médecins une blessure narcissique telle qu'ils généralisaient la demande médicamenteuse et prescrivaient d'emblée. En corollaire, les praticiens expliquèrent que la prescription permettait de maintenir ou faire grandir la confiance du patient : elle confortait son choix d'avoir consulté, car il aurait pu se sentir lui aussi blessé dans le cas contraire. Satisfaire le patient ne serait-il pas exercer une forme de charme ? « *Pourquoi je donne du sirop pour la toux ? Je ne sais pas... pour faire plaisir ?* » (Dr G). Enfin, la prescription s'est avérée parfois être une facilité pour le médecin qui avait affaire à un patient compliqué : « *Il y a des gens pour lesquels je me dis : "ça va être compliqué d'expliquer", donc j'abdique vite, je vais prescrire un antitussif...* » (D<sup>F</sup> G).

#### b) La logique de restriction vis-à-vis des médicaments

La plupart des médecins ont malgré tout exprimé des réserves, souvent ponctuelles mais parfois plus globales, quant à la prescription médicamenteuse. Là encore, les facteurs pragmatiques étaient importants. Éclairés par leurs propres expériences et celles de leurs patients, ils ont dit rejeter certains médicaments jugés soit inefficaces en cas de non-amélioration, soit inutiles si l'abstention thérapeutique n'avait pas eu de conséquence néfaste, soit enfin dangereux si des effets secondaires étaient survenus.

D'autres données scientifiques venaient souvent s'ajouter à ces justifications : les recommandations fondées sur des études cliniques et des données de pharmacovigilance. Certains médecins imprégnés de cette logique ont perçu les déremboursements et les nouvelles contre-indications comme des aides face aux patients : « *Ça nous dédouane un peu.* » (D<sup>F</sup> J)

À côté de cela, nous avons constaté que l'histoire et la culture de la personne médecin tenaient une place importante, ses représentations agissant comme garde-fou lors de la prescription : le docteur G a parlé du

médicament comme du *pharmakon* grec représentant tout à la fois le poison et le salut : « *Dans ma famille, il y avait bien la notion qui est restée très forte en moi : le médicament c'est à la fois quelque chose de bon mais en même temps ça peut être un poison. Ma grand-mère prenait de la digitaline pour le cœur, elle comptait les gouttes, elle nous expliquait que c'était un médicament qui était bon pour elle mais que, si nous en prenions, ce serait du poison.* » Le modèle de certains médecins a semblé attentiste, privilégiant le respect des symptômes, en confiance avec la nature bienfaitrice qui amènerait la guérison : « *Il faut laisser s'exprimer [les symptômes].* » (D<sup>F</sup> C)

Malgré la non-prescription, le soin n'était pas absent de la prise en charge, il pouvait être de plusieurs ordres :

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

### 3. L'utilisation de placebos impurs en question

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

- d'un côté, ceux qui estimaient qu'il n'y avait pas lieu de prescrire de placebo impur dans la mesure où le risque d'effet indésirable existait. Ils ont jugé le procédé malhonnête, entraînant en outre chez l'utilisateur la croyance erronée que le médicament était efficace et nécessaire. « *Si l'on est honnête avec les patients, il faut leur dire qu'effectivement il y en aura pour 4-5 jours, qu'il faut qu'ils continuent le paracétamol ; après il y a peut être certains médecins qui ne jouent pas le jeu, faisant miroiter des solutions miracles.* » (D<sup>F</sup> E) ;
- de l'autre, les paternalistes plaçaient la confiance à un autre niveau : « *[La personne] me fait confiance pour que je l'améliore ; si je le fais par un placebo, où est le problème ? Il n'y a pas de problème, je ne sais pas...* » (D<sup>F</sup> K).

Mais l'opposition était souvent moins caricaturale, la plupart des médecins ayant laissé apparaître leurs propres contradictions. Par exemple, le docteur A disait prescrire ces médicaments avec une promesse miraculeuse de soulagement et de guérison, mais s'en est aussitôt éloigné, comme si cette pratique était honteuse, proche de la charlatanerie : « *Je ne leur vends pas un médicament miraculeux, loin de là.* » Le docteur I a pointé du doigt cette ambiguïté : « *Là où je suis mal à l'aise, c'est que parfois nous prescrivons des médicaments tout en nous disant que, scientifiquement, il n'est pas prouvé qu'ils soient efficaces* », tout comme le docteur B : « *On se compromet en prescrivant des traitements qui n'en sont pas.* »

### 4. Vers un changement de contexte ?

Si les médecins ont globalement critiqué la médicalisation des ATB, quelques-uns ont évoqué des espoirs de changement. Signe en fut la satisfaction exprimée par les médecins ayant eu une position restrictive : « *Maintenant, ça ne me gêne pas du tout de faire une consultation sans ordonnance ! Je suis même très content quand je réussis ! Et je le dis aux gens qui me disent en retour "eh bien moi aussi !" , c'est un signe que les choses ont évolué...* » (D<sup>F</sup> A)

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

Parallèlement, les praticiens ont eu l'impression que le recours à la consultation était progressivement moins spontané, et que les attentes des usagers changeaient : l'expertise médicale et les conseils devenaient plus importants que la prescription systématique.

## DISCUSSION

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

Les médecins interrogés ont pu s'exprimer sur des sujets difficilement abordables avec un profane (au vu

de leur caractère justement profanateur), offrant à un de leurs futurs confrères des conseils, des analyses intimes et un regard critique sur leur pratique. Ils n'ont pas cherché à apparaître sous une forme policée. Pour eux comme pour l'auteur, ce travail a permis l'analyse d'une pratique médicale courante qui a mobilisé finalement beaucoup de données d'ordre intime, allant des difficultés personnelles aux motivations soignantes, bref un regard profond sur leur rôle de soignant.

Cette étude a dégagé des pistes de compréhension. Celles émises par Rosman [7] sont retrouvées dans ce travail : la prescription permet de montrer au patient que sa plainte est comprise (entendue et prise en charge). Elle permet de le fidéliser (contrainte liée à l'exercice libéral et concurrentiel), et de légitimer la compétence professionnelle du praticien. Rosman construit également une analyse comparée des systèmes de santé néerlandais et français pour comprendre leur influence respective dans la genèse de comportements restrictifs ou réparateurs chez les praticiens.

Les représentations des médicaments pour les usagers et les médecins, leurs fonctions dans la relation de soin font l'objet de recherches en anthropologie, sociologie, philosophie, etc. La pharmacologie sociale explore les facteurs non cliniques et non rationnels qui sont à l'origine de leur usage [14]. La sociologue canadienne J. Collin résume : « Dans le cadre de la relation thérapeutique, le médicament peut s'inscrire dans une fonction métaphorique en ce sens qu'il incarne un objet concret de soulagement ou encore la preuve tangible d'un état de maladie. Mais par ailleurs, il peut également assumer une fonction métonymique lorsqu'il est perçu comme incorporant en lui-même l'expertise du médecin et sa capacité de soigner. » [15] Les attentes des patients ne semblent pas toujours bien décryptées par les médecins : une étude a comparé par questionnaire les attentes de 1862 patients et l'idée que s'en faisait leur médecin généraliste : 88 % des patients ont affirmé ne pas attendre de médicament à chaque consultation, alors que 41 % des médecins pensaient le contraire [16].

En amont du médicament, c'est le rôle du médecin généraliste qu'il faut clarifier. Face aux nombreuses plaintes de ses patients, le médecin porte la tâche de repérer les problèmes susceptibles de persister ou de s'aggraver sans intervention médicale. À l'inverse, pour les ATB, rassurer le patient sur la nature de son affection est primordial ; le traitement l'est moins. La réponse soignante du médecin reste importante, signe de son engagement aux côtés du patient. Les généralistes interrogés ont souvent évoqué la prescription médicamenteuse sous la forme d'un don, d'autant plus impérieux que les liens qu'ils avaient avec leurs

patients étaient forts. Les travaux de Mauss [17] sur le don ainsi que ceux qui lui ont succédé peuvent éclairer cet aspect de la relation thérapeutique. Pour Godbout [18], le don est « l'expression de la nature symbolique de la communication humaine », un acte à la fois libre et obligé, comme si « le "besoin" de donner [...] provenait du fait que nous sommes tous, au départ, en état de dette, et que notre identité se construit dans la mesure où nous rendons actif ce que nous avons reçu, en donnant à notre tour ». Le don dans la relation thérapeutique s'est construit sur un bien matériel, le médicament, et il est difficile d'en changer tant il est reconnu comme opérant depuis longtemps. Cependant, Godbout suggère que ce qui est à l'œuvre dans ce don est sûrement et avant tout un don de soi, un transfert d'identité : le médecin « se donne », il s'engage à côté du patient.

La prescription de médicaments, support du don, n'a pas, malgré sa puissance et sa facilité d'usage, l'exclusivité en la matière : il semblerait qu'il soit possible de soigner sans prescrire. Comment être efficace ? La réflexion de Benoist sur l'effet-placebo [19] peut nous éclairer ; il développe l'idée proche de Mauss selon laquelle le soin comprend toujours une transformation du patient : « la parole (ou les gestes chargés de sens) exerce une véritable intervention au sein de la représentation [du malade] qu'elle vient, littéralement, soigner. Qu'elle accompagne une médication biologiquement active ou qu'elle intervienne seule, cette parole est opératoire ». Comme en ont témoigné certains médecins, il n'y a pas forcément besoin de médicament, la parole rassurante, les conseils sont efficaces : ils sont performatifs, l'acte de parole est investi du même pouvoir de transformation que l'acte de prescription dont il prend la place.

Pour remettre en cause la logique de réparation par la prescription médicamenteuse, un regard critique sur le mode de fonctionnement des décisions médicales en matière d'ATB était nécessaire. Les résultats de ce travail ont permis de schématiser deux modèles *a priori* antagonistes mais en pratique souvent associés, le modèle empirique et le modèle EBM :

- **Le modèle empirique**, dans lequel les convictions des acteurs sont fondées sur des données sensibles issues de l'expérience, qui servent à justifier les pratiques. Le retour positif d'une action encourage sa répétition, et inversement. Médecins et patients sont sensibles à ce phénomène de rétroaction qui agit souvent dans le cas des ATB de manière amplificatrice. Chez le patient, une ATB peut entraîner une consultation et une prescription médicamenteuse. L'amélioration très probable (évolution naturelle favorable, effet pharmacologique éventuel, effet placebo) renforce en lui l'idée que le médicament est bon, et que le médecin

est compétent. Ajoutés aux bénéfiques secondaires, ces résultats se potentialisent pour inciter le patient à réitérer ce comportement en cas de récurrence. Chez le médecin, les facteurs rétroactifs sont de plusieurs ordres. D'abord, il fait l'expérience d'une relation médecin-patient renforcée grâce à la prescription (satisfaction de son attente, renforcement de la confiance), il pense donc que ce moyen médicamenteux est bon, voire nécessaire. Ensuite, le choix du médicament prescrit est souvent déterminé par les retours d'expérience des patients comme des praticiens eux-mêmes. Enfin, même si ce n'est pas le moteur du modèle, le paiement à l'acte et la crainte que le patient consulte un autre médecin favorisent la prescription [20].

- **Le modèle EBM.** Le médecin se fonde sur des données issues d'études épidémiologiques, de pharmacovigilance, pour proposer une conduite à tenir au patient. Le but consiste à déterminer avec lui l'utilité de telle ou telle thérapeutique dans son cas précis. Cette démarche « impose d'associer aux données d'efficacité des informations en termes de stratégie thérapeutique, de rapport bénéfice/risque (B/R), et d'existence d'alternatives thérapeutiques » [21]. On pourrait aussi rajouter le coût financier du traitement pour le patient ou la société. Mises en balance avec l'évolution naturelle spontanément favorable du trouble, toutes ces données doivent permettre au patient aidé par le médecin de décider du meilleur traitement pour lui. En matière d'ATB, les recommandations de bonnes pratiques sont rares ; la revue *Prescrire* a proposé dans son numéro d'août 2011 un regard plus objectif sur les traitements afin d'aider usagers et praticiens à faire leur choix [22]. Le comportement restrictif des médecins se fonde en partie sur cette analyse factuelle (l'évolution naturelle favorable et la bénignité du trouble mises en balance avec les risques potentiels des médicaments et leur coût sont en défaveur du médicament). Cependant, l'appréciation de l'absence de bénéfice clinique constituait davantage dans cette étude un constat empirique du médecin qu'une donnée issue d'études cliniques.

Idéalement dans le modèle EBM, le rapport médecin-patient est différent de celui qui prévaut dans le modèle empirique : la relation de pouvoir et de dépendance laisse place à un transfert de savoir suffisant pour que le patient décide par lui-même. En réalité, cette autodétermination est impossible puisque le praticien influence toujours la décision au point de la prendre souvent lui-même pour la justifier ensuite... Le médecin perd en pouvoir mais gagne par contre en confiance et respect si le patient a compris la démarche et s'est senti soutenu. Cette démarche nécessite plus de temps et de motivation : les médecins interrogés l'ont évoqué,

et même avoué leur renoncement pour les patients qui, selon eux, « ne pourraient pas comprendre ».

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

La société accepte de plus en plus mal les retentissements passagers des ATB des usagers (école, garderie, travail, etc.) et les praticiens interrogés se sont dits agacés par les certificats qu'on leur impose... Pourrait-on envisager une autre forme de contrôle social du droit au repos ? Cette intensification de la pression sociale vers une politique de résultats ne favorise-t-elle pas une poussée vers le moyen « médicament » (est-il encore licite de prescrire le repos et l'attente d'une amélioration ?) ?

Il semble également possible de remettre en question la pharmacopée française : « Il existe près de 9500 présentations disponibles sur le marché officinal français. » [23] Pour comparaison, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a cherché à établir une liste de médicaments considérés comme indispensables à un bon exercice de la médecine [24], liste révisée depuis, comportant 350 médicaments essentiels. Le rapport des professeurs Even et Debré réalisé en 2011 suite à l'affaire du Mediator® dénonce [25] : la moitié des molécules originales commercialisées en France serait sans intérêt, chiffres proches de ceux de la Commission de transparence et de la revue *Prescrire*. À cela s'ajoute la question de leurs effets indésirables. N'y aurait-il pas dans l'esprit des médecins comme des usagers ce syllogisme grave : un « petit » médicament utilisé pour soigner une « petite » maladie ne saurait risquer que de « petits » inconvénients ?

La question du pouvoir thérapeutique non médicamenteux des médecins se pose. « Leur formation à la thérapeutique ne leur donne pas les éléments de recul nécessaires pour pouvoir prescrire en totale indépendance. Ils n'ont pas non plus la faculté de mesurer le bénéfice attendu et le risque pour chaque patient » explique le docteur Hubert, ancien ministre de la santé [26] suite à sa mission de concertation sur la médecine de proximité. Le moule de « toute-puissance » dans lequel les médecins sont formés, pour reprendre l'expression d'un médecin interrogé, peut-il laisser place à l'apprentissage d'une « médecine

sobre » [27], une médecine individualisée fondée sur les données normatives ? Une formation médicale initiale et continue différente pourrait la favoriser : la rigueur des contenus serait garante de la solidité d'un savoir continuellement renouvelé, les sciences humaines apporteraient un regard critique sur le savoir-faire et enfin la psychologie médicale permettrait l'acquisition d'un savoir-être plus soignant.

Enfin, les médecins étaient critiques envers les médias qui génèrent angoisses et demandes médicales exagérées. Il semble que l'information actuelle soit biaisée par un contenu parfois peu objectif [28]. On comprend les difficultés des usagers face à de tels messages qu'il serait possible de faire évoluer, simplement par l'interdiction de la publicité directe ou indirecte pour les médicaments, et la diffusion d'une information beaucoup plus claire et objective en terme d'évaluation de la balance bénéfice-risque.

Conflits d'intérêt déclarés par les auteurs : aucun.

## RÉFÉRENCES

1. Société française de médecine générale (SFMG). Observatoire de la médecine générale, classement des 50 résultats de consultation les plus fréquents par patient pour tous les patients pour l'année 2009. Paris : SFMG ; 2009. [<http://omg.sfm.org> – consulté le 12 octobre 2011]
2. Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM). Avis sur le médicament. Paris : HCAAM ; 2006. [[http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/hcaam\\_avis\\_060629.pdf](http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/hcaam_avis_060629.pdf) – consulté le 12 octobre 2011]
3. Organisation mondiale de la santé (OMS). Rapport sur la santé dans le monde, 2000 – Pour un système de santé plus performant. Genève (Suisse) : OMS ; 2000.
4. Polton D, Ricordeau P, Allemand H. Peut-on améliorer la fois la qualité et l'efficacité de la prescription médicamenteuse ? Quelques enseignements tirés de l'expérience de l'assurance maladie française. *Rev Fr Aff Soc.* 2007;3-4:73-86.
5. Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS). Les Européens, les médicaments et le rapport à l'ordonnance. Paris : CNAMTS ; 2005. [[http://www.ameli.fr/fileadmin/user\\_upload/documents/Le\\_rapport\\_des\\_Francais\\_et\\_des\\_Europeens.pdf](http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Le_rapport_des_Francais_et_des_Europeens.pdf) – consulté le 12 octobre 2011]
6. Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), Statistiques. Paris : OCDE. [[http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH\\_STAT](http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT) – consulté le 12 octobre 2011]
7. Rosman S. Les pratiques de prescription des médecins généralistes. Une étude sociologique comparative entre la France et les Pays-Bas. In : Bloy G, Schweyer F-X, eds. *Singuliers généralistes : sociologie de la médecine générale.* Rennes (France) : École des hautes études en santé publique ; 2010. p. 117-29.
8. Cauchois C, Malatrasi G. Les déterminants des consultations sans prescription médicamenteuse et des prescriptions contre le gré des médecins généralistes en France : étude auprès de 631 médecins généralistes en France. [Thèse d'exercice médecine]. Nice (France) : Université de Nice ; 2009.
9. Canel C, Bros B. Les médicaments de confort en médecine générale : enquête d'opinion, études des modalités et des facteurs de prescriptions auprès de 49 médecins généralistes. [Thèse d'exercice médecine]. Toulouse (France) : Université de Toulouse ; 2001.
10. Bera JL, Vignon G. Pourquoi prescrit-on des médicaments à service médical rendu insuffisant ? Enquête d'opinion auprès de 254 médecins généralistes marnais. [Thèse d'exercice médecine]. Reims (France) : Université de Reims ; 2006.
11. Fässler M, Meissner K, Schneider A, Linde K. Frequency and circumstances of placebo use in clinical practice – a systematic review of empirical studies. *BMC Med.* 2010;8:15.
12. Fent R, Rosemann T, Fässler M, Senn O, Huber C. The use of pure and impure placebo interventions in primary care – a qualitative approach. *BMC Fam Pract.* 2011;12:11.
13. Jeammet P, Reynaud M, Consoli S. *Psychologie médicale,* Paris : Masson ; 1980.
14. Montastruc JL. La pharmacologie sociale, une nouvelle branche de la pharmacologie clinique. *Thérapie.* 2002;57:420-6.
15. Collin J. Observance et fonctions symboliques du médicament. *Gerontolog Soc.* 2002;4(103):141-59.
16. Mauraizin G. La prescription médicamenteuse en médecine générale : attentes des patients, perceptions des médecins et comportements associés. [Thèse d'exercice médecine]. Toulouse (France) : Université Paul Sabatier, Toulouse ; 2007.
17. Mauss M. *Essai sur le don. Forme et raison de l'échange dans les sociétés archaïques. L'année sociologique, seconde série, 1923-1924, rééd.* Paris : PUF, Quadrige ; 2007.
18. Godbout JT. L'actualité de l'« Essai sur le don ». *Sociologie et sociétés.* 2004;36(2):177-88.
19. Benoist J. Aspirine ou hostie ? Au delà de l'efficacité symbolique. In : Aules JJ, Benoist J, Maire P, Boussageon R, et al, eds. *Placebo. Le remède des remèdes.* Lyon (France) : CEI ; 2008. pp. 192-202.



20. Vega A. *Médecins et médicaments. Un regard sociologique. Médecine.* 2009;5(3):133-6.
21. Bergmann JF. *Médicaments utiles et inutiles : notion de service médical rendu. EMC – Médecine.* 2004;1(1):51-8.
22. *Affections du quotidien : retenir les traitements utiles, avec ou sans médicament. Prescrire.* 2011;31(334):561-640.
23. Lancry PJ. *Médicament et régulation en France. Rev Fr Aff Soc.* 2007;3-4:25-51.
24. Velasquez G. *Origine et évolution du concept du médicament essentiel promu par l’OMS. Tiers-Monde.* 1991;32(127):673-80.
25. Debré B, Even P. *Rapport de la mission sur la refonte du système français de contrôle de l’efficacité et de la sécurité des médicaments. Paris : Ministère du travail, de l’emploi, et de la santé ;* 2011.
26. Jeanblanc A. *Jeunes médecins : la dure confrontation aux réalités. Le Point.* 11 janvier 2011.
27. Guiraud-Chaumeil B. *Médecine sobre, médecine individuelle, médecine normative. Société française de sénologie et de pathologie mammaire (SFSPM), 27es Journées, Deauville (France) ; SFSPM ; 16-18 novembre 2005. [http://documents.irevues.inist.fr/bitstream/handle/2042/9720/SFSPM\_2005\_03\_36.pdf?sequence=1 – consulté le 12 octobre 2011]*
28. Brune E. *Médicalisation de la qualité de vie : le rôle des médias. Rabat (Maroc) : 1<sup>er</sup> colloque de l’Association méditerranéenne d’andrologie. Qualité de vie et sa médicalisation ; novembre 2002. [http://www.elisabrune.com/pdf/MedicalisationQualiteVie.pdf – consulté le 12 octobre 2011]*

