

PRESCRIRE, ORDONNER

Un médecin ça prescrit voilà tout ! Comment peut-on soigner sans prescrire ?

Prescrire est une des caractéristiques de l'exercice médical. Les prescriptions désignent, au niveau médical, "les recommandations faites au malade, verbalement ou par écrit sous forme d'ordonnance" (Le Petit Robert). Le terme de prescription peut lui-même être employé comme synonyme d'ordonnance.

La prescription est encadrée au niveau légal. L'article 8 du code de déontologie rappelle ainsi que : "Dans les limites fixées par la loi et compte tenu des données acquises de la science, le médecin est libre de ses prescriptions qui seront celles qu'il estime les plus appropriées en la circonstance. Il doit, sans négliger son devoir d'assistance morale, limiter ses prescriptions et ses actes à ce qui est nécessaire à la qualité, à la sécurité et à l'efficacité des soins. Il doit tenir compte des avantages, des inconvénients et des conséquences des différentes investigations et thérapeutiques possibles".

La France est un pays où le niveau de prescriptions est très élevé comparé aux autres pays européens : 78% des consultations généralistes aboutissent à la prescription d'au moins un médicament. Seulement 14 % des consultations observées correspondent à un examen médical sans réalisation d'actes ni de prescription. En moyenne, 2,9 médicaments sont prescrits par consultation [118]. La décision de prescrire est loin de se baser uniquement sur des critères scientifiques : elle subit l'influence d'autres facteurs pouvant expliquer son apparente irrationalité.

L'organisation du système de soins de ville en France semble être un des facteurs expliquant un recours fréquent aux prescriptions. Des sociologues ont ainsi comparé le système français à celui des Pays-Bas où les prescriptions sont moindres [2]. Les médecins hollandais ne sont pas rémunérés directement pendant la consultation, et ont un seuil de consultation plus haut qu'en France, du fait d'un tri des motifs de consultation effectué en amont de la consultation par une assistante. De plus, les médecins néerlandais ont une logique de restriction : souci de participation à la maîtrise des dépenses, volonté de responsabilisation des patients, respect des recommandations. Les médecins français sont de leur côté, plus marqués par une logique de réparation instantanée : fidélisation du patient, validation de leur légitimité professionnelle.

La prescription (médicamenteuse, mais aussi d'examen complémentaires) a un rôle symbolique majeur dans la relation médecin-malade [119,120,121,122] : preuve de la capacité d'intervention du médecin, confirmation pour le patient que son problème relève bien de la pratique médicale. Elle constitue un repère double : d'abord dans le temps, puisqu'il s'agit du

rituel final concluant une consultation traditionnelle ; ensuite dans l'espace, par l'obtention d'une ordonnance et parfois de médicaments, objets palpables matérialisant toutes les fonctions sociales de la prescription.

L'attente des patients vis-à-vis des prescriptions, qu'elle soit réelle ou simplement ressentie par le médecin, a un impact non négligeable sur la décision de prescrire. Cependant les médecins surestiment cette attente et il semble que le poids à donner à la pression effectuée par le patient sur l'ordonnance est à nuancer.

D'autres facteurs semblent jouer un rôle non négligeable dans les prescriptions [120,122,123]: le rapport à l'incertitude et au risque, la pression du temps, le sentiment d'impuissance, la fatigue.

A. Vega a analysé les caractéristiques des prescripteurs de médicaments après les avoir classés en trois groupes : petits, moyens et gros prescripteurs [123]. Les petits prescripteurs exercent une médecine diversifiée, essaient de partager leurs décisions, ont une approche critique des médicaments, ont développé des stratégies soignantes comprenant un rapport équilibré aux spécialistes et aux patients. Les moyens prescripteurs ont tendance à médicaliser les maux sans gravité, ont un recours marqué aux examens, reconduisent souvent les traitements spécialisés, ont une vision toujours positive des médicaments, éprouvent un besoin de réassurance qui se traduit par un recours majoré aux spécialistes et aux examens. Les gros prescripteurs exercent une médecine à la "carte", ont une perception des risques majorée, des peurs peu contrôlées, et utilisent l'autorité et les non-dits pour maintenir l'illusion du savoir médical. Les motivations initiales à devenir soignant ont manifestement une incidence sur le devenir en petit, moyen ou gros prescripteur : les petits prescripteurs étaient plus volontiers marqués par des idéaux (vocation, médecin de famille) ; à l'inverse, les motivations des gros prescripteurs pour devenir médecin étaient plus floues (recherche de confort, élévation sociale).

Enfin, pour A. Vega, la présence importante des laboratoires pharmaceutiques sur le terrain contribue à l'importance des prescriptions médicamenteuses chez les médecins généralistes, et à la représentation positive qu'ils ont des médicaments [123].

Discussion

Le fait de prescrire est régi par de nombreux facteurs : il paraît important pour le médecin généraliste d'avoir conscience du rôle et de l'importance que jouent les facteurs non rationnels (ou non biomédicaux) dans ses décisions de prescriptions.

Une thèse, parue en 2012, montre que l'écart entre attente réelle de prescription et prescription effective peut devenir un espace pour la non-prescription [120]. Cela sous-entend une bonne

communication et une bonne écoute des attentes du patient : l'ordonnance peut alors devenir le signe de l'accord entre les deux partenaires.

Les prescriptions de thérapeutiques non médicamenteuses [119] que sont, notamment, les règles hygiéno-diététiques, les traitements psychologiques, les traitements physiques, mais aussi tout conseil, sont une alternative aux prescriptions médicamenteuses. Le fait de les inscrire sur l'ordonnance permet de garder le rôle symbolique important du papier officiel à en-tête. Il existe cependant des freins à ces prescriptions de thérapeutiques non médicamenteuses : information et adhésion limitées des professionnels de santé à ces thérapeutiques, inégalité d'accès à l'offre (inégalités de répartition de l'offre, coût pour le patient et la société).

Enfin, investir l'"effet médecin" ou remède-médecin est un moyen de s'affranchir du poids symbolique de la prescription. C'est lui qui devient alors l'instrument thérapeutique (voir fiche n°41 : Remède médecin, effet médecin).

Illustration

Monsieur P. vient en consultation pour la première fois avec une demande de renouvellement de traitements qu'il dit prendre pour un infarctus ancien. Il est arrivé récemment dans le quartier et vit en foyer. Agé de 57 ans, divorcé, bénéficiaire du RSA, il ne voit plus son fils. Il n'a pas de médecin habituel et rapporte avoir été hospitalisé il y a 5 ans. Il a perdu sa précédente ordonnance mais sort de sa poche des morceaux de boîtes de médicaments où sont inscrits : Clopidogrel, Enalapril, Trimetazidine, et Paracétamol. L'interrogatoire révèle qu'il ne prend pas régulièrement le traitement, qu'il fume un paquet de cigarettes par jour et "boit un peu". Se sentant seul et désœuvré, il passe sa vie entre des promenades sans but dans la rue et des soirées à regarder la télévision avec son voisin de chambre. L'examen clinique est pauvre en dehors de râles ronflants dans les deux champs pulmonaires et d'une tension artérielle à 160/80. Bien en peine pour faire une synthèse clinique, le médecin note tout de même dans son dossier : BPCO, tabagisme, buveur excessif, humeur dépressive et... insuffisance coronarienne. Le patient quant à lui insiste sur son besoin de médicament et son désir d'une prise de sang "pour voir où il en est". A l'issue de la consultation le médecin rédige deux ordonnances. Sur la première il prescrit une biologie avec, entre autre, un bilan lipidique et hépatique (GGT). Sur la seconde il note Clopidogrel, Enalapril qu'il dose arbitrairement à 10 mg, et Paracétamol. Il propose au patient d'arrêter la Trimetazidine qui, quelle que soit la raison de sa prescription initiale, n'a pas prouvé son intérêt. Il ajoute en toutes lettres sur l'ordonnance : "tenter de ne pas dépasser 3 verres de boissons alcoolisées par jour" et "rendez-vous vendredi en huit pour refaire le point avec les résultats de la prise de sang". Le patient semble adhérer au projet. Le médecin est soulagé, projetant déjà, progressivement, sans heurter le

patient, d'évaluer plus en détail sa situation sanitaire. Sur le pas de la porte le patient se retourne, les deux ordonnances en main : "pardon docteur, c'est laquelle celle pour la prise de sang "Ah bon, alors celle-ci c'est pour les médicaments ?" Un peu dépit le médecin salue le patient. Il était satisfait d'avoir pu faire autant de choses en 20 minutes et rédiger une prescription dans les règles de l'art. Il n'avait seulement pas envisagé que le patient ne savait pas lire !

Pour aller plus loin

Vega A. Cuisine et dépendance : les usages socioculturels du médicament chez les médecins généraliste français. Formindep 2011 : 200 p. Disponible sur : www.formindep.org/IMG/pdf/rapport_final3.pdf

Charia E. Représentations et vécu des patients à propos de la non-prescription médicale. Etude qualitative à partir de quatre focus groups. Thèse de médecine, Faculté de Médecine Lyon-Sud, Université Claude Bernard –Lyon 1, 2012, 164 p.

HAS. Rapport d'orientation : Développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses validées, Avril 2011, 94p.