



17e Congrès  
Médecine  
Générale  
France



MYTHES ET RÉALITÉS  
EN MÉDECINE GÉNÉRALE

Organisé par le Collège de la Médecine Générale

DU 21 MARS  
AU 23 MARS  
PARIS 2024  
palais des congrès de paris

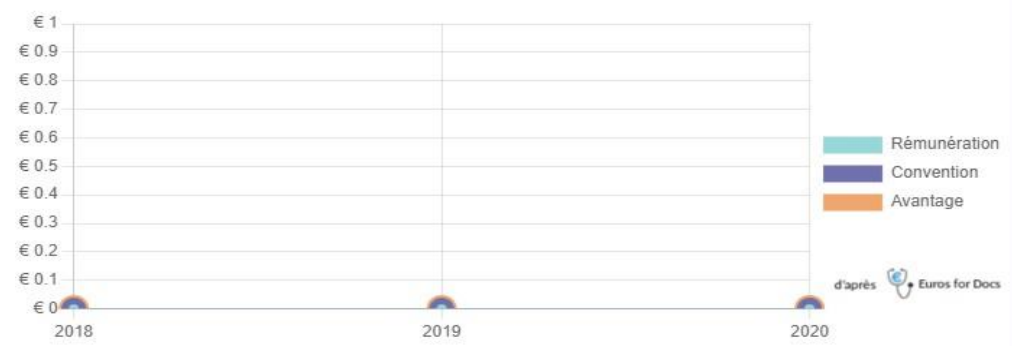
congres.cmg.fr



Déclaration publique d'intérêts de GUOI PHILIPPE

19/03/2024

Financements reçus de l'industrie



Liens spécifiques à l'intervention

« Pourquoi les médecins généralistes prescrivent des médicaments à service médical rendu faible ou insuffisant ? »

- CMGF

Autres liens d'intérêts

Activité professionnelle

- Médecine généraliste remplaçant (2022-en cours)
- ()

Engagements

- (-en cours)

Principaux financeurs

- 0

Déclaration complète

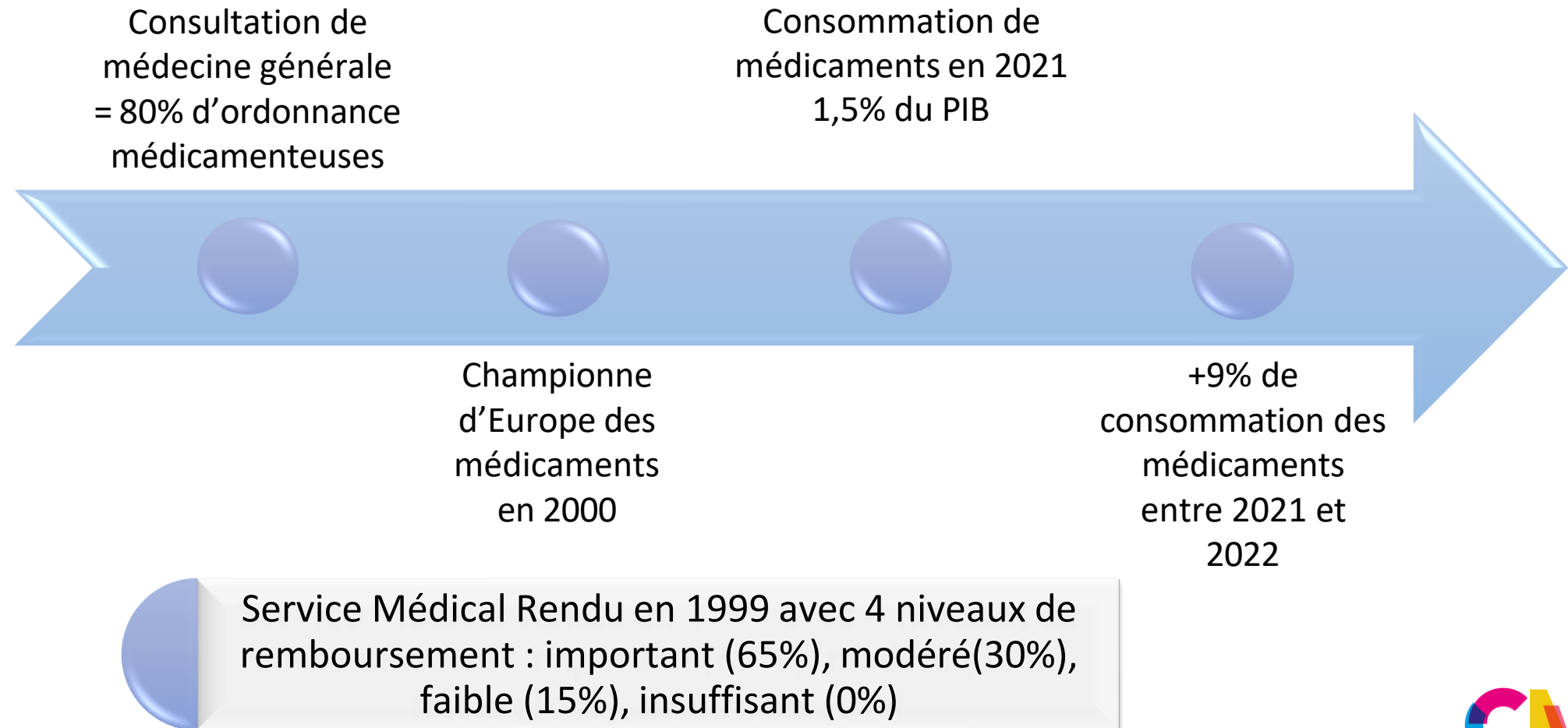
- disponible sur Archimede.fr





# Prescription des médicaments à Service Médical Rendu faible ou insuffisant

# Consommation des médicaments en France



# Les médicaments à SMR faible et insuffisants...

- Exemple : Spasfon, Debridat, Gaviscon, Daflon, Toplexil...
- Pathologies bénignes telle que la rhinopharyngite, gastro-entérite aiguë
- Fréquemment rencontrés en médecine générale
- Un sujet d'actualité

# Les médicaments à SMR faible et insuffisants...

- A limiter si l'on suit la classification SMR
- A limiter si l'on regarde les nombreuses études qualitatives et quantitatives récentes de stratégies de limitation de la prescription de médicaments
- A retirer selon les revues telles que Prescrire

*Pourquoi les médecins généralistes prescrivent des médicaments à SMR faible ou insuffisant?*

# Méthode

Etude qualitative



Entretiens semi-dirigés



Suffisance des données, transcription et codage



# Résultats

Médecin	Sexe	Années d'activité	Mode d'exercice	Zone d'exercice	Age	Homéopathie
Médecin A	Masculin	15 ans	MSP	Semi-rural	45	non
Médecin B	Féminin	17 ans	Cabinet de groupe	Urbain	49	non
Médecin C	Féminin	23 ans	MSP	Semi-rural	59	Non
Médecin D	Masculin	2 ans	Remplaçant	Mixte	32	non
Médecin E	Masculin	43 ans	Cabinet individuel	Urbain	73	non
Médecin F	Féminin	3 ans	Remplaçante	Urbain	30	Non
Médecin G	Féminin	3 ans	Cabinet de groupe	Urbain	32	Non
Médecin H	Masculin	30 ans	Cabinet individuel	Urbain	68	Non
Médecin I	Féminin	32 ans	Cabinet individuel	Urbain	65	Oui
Médecin J	Féminin	8 ans	Cabinet de groupe	Urbain	36	Non
Médecin K	Masculin	4 ans	MSP	Urbain	34	Non
Médecin L	Féminin	33 ans	Visite à domicile	Urbain	65	Non



# Résultats

- 12 entretiens
- 58% de médecins femmes, 42% médecins homme
- Âge extrêmes : 30 ans, 73 ans. Âge moyen 49 ans.
- 25% MSP, 25% cabinet de groupe, 25% cabinet individuel, 17% remplaçant, 8% VAD uniquement.
- 75% urbain, 17% semi-rural, 8% mixte
- Années d'exercice extrêmes : 3 ans, 43ans. Moyenne 17,75 ans
- 1 médecin homéopathe

# Résultats

## 1. La relation médecin-patient gravite autour du médicament.

*« c'est une façon de dire aux patients qu'on les comprend »*

*« c'est vraiment pour la relation médecin-malade, ça fait partie plus ou moins du jeu ou de la consultation, et euh, est-ce que c'est une habitude ? mais en tout cas c'est important dans le temps de la consultation, le temps des médicaments. »*

# Résultats

## 2. Des prescriptions contraintes.

*« on a une patientèle, où la réponse par un médicament est bien, euh... pas tolérée mais euh... est attendue presque »*

*« quand j'ai pas beaucoup de temps, donc j'explique, je fais de la physiopathologie mais ça dure un quart d'heure, et c'est vrai que quand je fais l'ordonnance ça me dure 30 secondes... »*

*« non mais bon ils [les patients] ont payé faut bien que je donne quelque chose [spasfon] hein, voilà »*

# Résultats

## 3. Le rapport intime du médecin au médicament.

*« j'ai déjà fait l'expérience personnelle du Gaviscon, et j'ai trouvé que c'était efficace. »  
« ah non c'est un peu plus « noble » [spasfon, debridat], c'est des médicaments qui sont incontournables, alors que l'hélicidine c'est contournable »*

*« [smecta] c'est presque plus que médicalement puisque j'en ai jamais entendu dans mes études médicales, et que c'est un vieux souvenir d'enfance pas... »*

# Résultats

## 4. La confiance dans les autorités de santé

*« ça ne me fait pas douter [la classification SMR parfois incomplète] parce que je pense que les études elles sont, que la médecine est mouvante et que les études elles sont toutes biaisées et notamment pour le sommeil y'a des choses qui sont difficiles à prouver »*

*« non on ne s'en fiche pas [la classification SMR] parce que c'est une logique scientifique, donc il faut que ce soit là que ça existe, puis des fois peut être surprise d'un médicament, on voit qu'il a aucune preuve, et faut re réfléchir dessus, je veux dire ce n'est pas je m'en fous, sinon c'est moi qui décide si un médicament marche ou pas, euh non ! »*

# Résultats

## 5. S'affranchir de la classification SMR.

*« parce qu'il [classification SMR] est fait par des gens incompetents qui sont des professeurs qui ne voient jamais de patients, qui sont dans leur bureau et qui n'ont jamais vu une rhinopharyngite de leur vie. »*

*« oui je continue à prescrire [daflon] des fois sans même être remboursé, parce que les gens le prennent et paient, et sont soulagés, donc c'est eux qui acceptent, et euh ça fait quand même parti des traitements de référence de l'hémorroïde, on donne triple dose mais c'est ce qu'on donne, alors on peut pas dire que c'est sans effet »*

*« je suis pas quelqu'un qui suit la mode on va dire, je suis souvent une position qui est pas la même que ceux de tout le monde [...] je te dis par exemple par rapport à mon expérience, ma pratique ancienne quoi »*

# Résultats

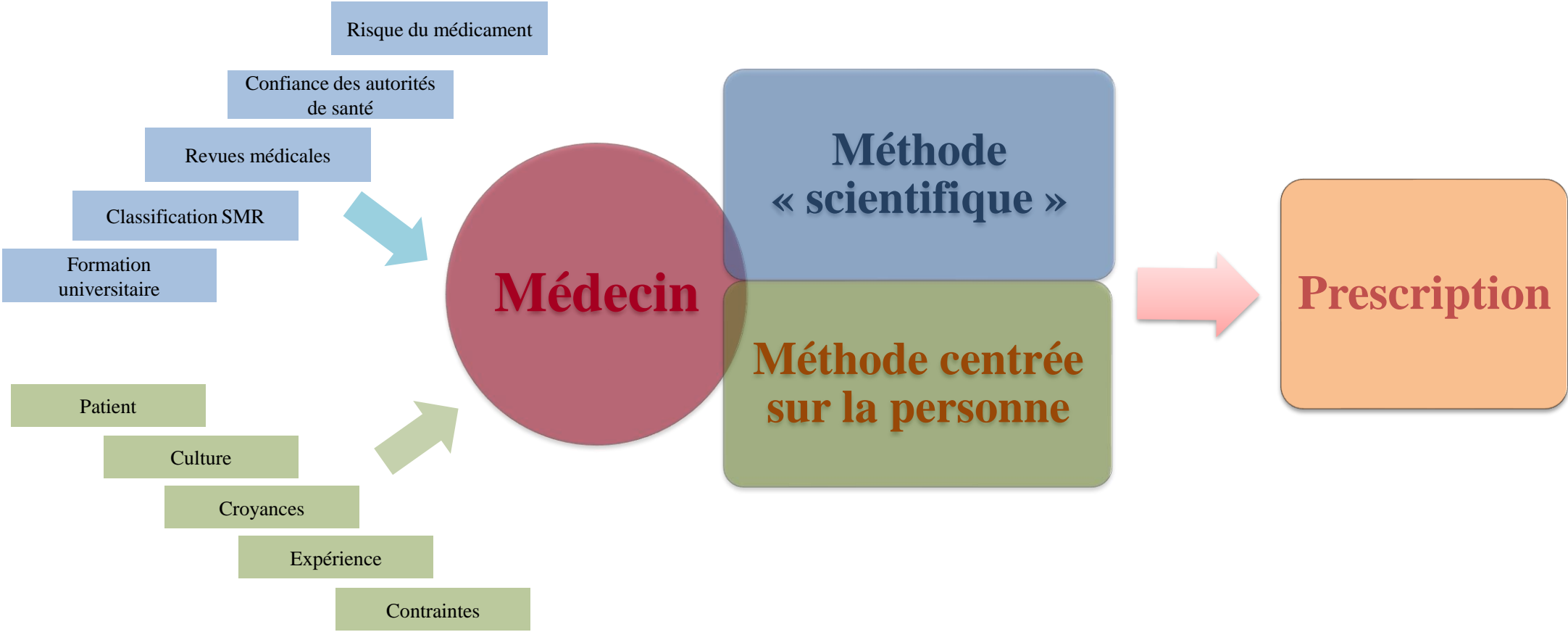
## 6. Position ambivalente : connaissance humble ou ignorance assumée ?

*«honnêtement je ne connais pas assez bien [la classification SMR] pour pouvoir répondre à cette question. Je sais pas si c'est affiché, par exemple dans le VIDAL... »*

*«je pense qu'il faut savoir aussi se détacher de cette classification, il faut la connaître , il faut savoir aussi surtout pour les maladies importantes dans quelle situation bah c'est important, les médicaments sont efficaces mais il faut savoir aussi s'en détacher pour les troubles qui sont mineurs »*

*« et peut-être qu'individuellement ça peut rendre service quand même , même si au niveau général le SMR est faible, à l'échelle individuelle il y a peut-être par l'effet placebo ça peut marcher »*

# Résultat





# Discussion

## Forces

- Triangulation des données
- Population variée
- Recueil des données
- Accord avec Grille COREQ
- Durée des entretiens

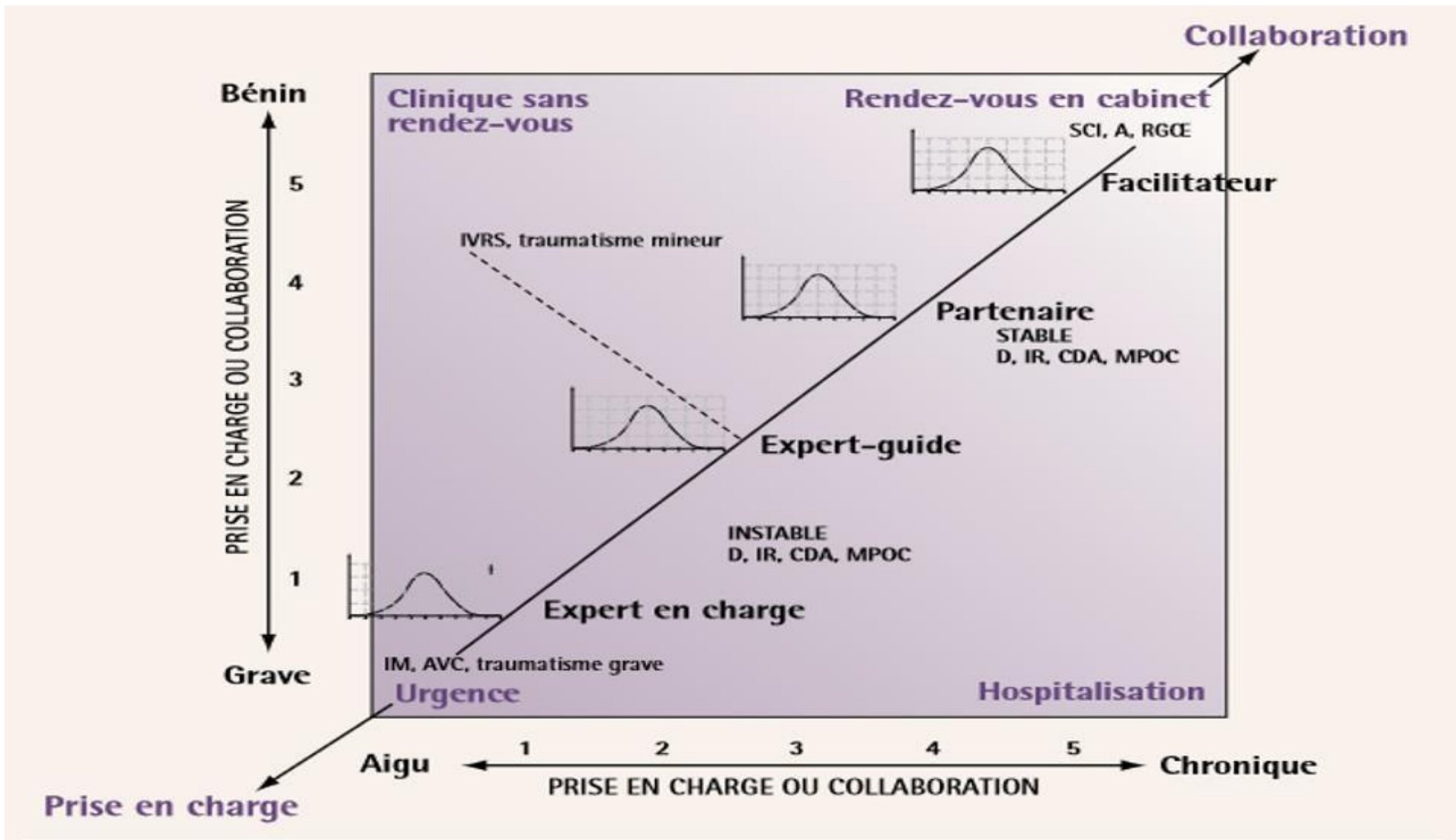
## Limites

- Chercheur novice
- Contrainte de temps
- Biais d'interprétation

# Discussion

## Comparaison à la littérature

1. Etude comparative France et Pays-Bas (Sophia ROSMAN)
2. En l'absence de panacée universelle: Répertoire des relations médecin-patient. (Marie-Thérèse Lussier)
3. Positivisme et dépendance : les usages socioculturels du médicament chez les médecins généralistes français ( Anne VEGA)
4. Vers une pharmaceuticalisation de la société? (Johanne COLLIN)



CDA—cardiopathie due à l'artériosclérose, MPOC—maladie pulmonaire obstructive chronique, D—diabète, RGCE —reflux gastro-cœsophagien, SCI—syndrome du côlon irritable, IM—infarctus du myocarde, A—arthrose, IR—insuffisance rénale, IVRS—infection des voies respiratoires supérieures.

\*Pour vérifier quel genre de relation correspond à un problème du patient, défini à la fois selon les dimensions aigu-chronique et bénin-grave, on trace une perpendiculaire sur la diagonale du continuum de la collaboration. Par exemple, dans le cas d'une IVRS, la relation proposée correspond au type expert-guide, tandis que dans le cas d'un RGCE stable, la relation est davantage du type facilitateur.

<sup>1</sup>Le symbole de la courbe normale représente les variations possibles dues au contexte et aux caractéristiques personnelles.

# Discussion

- Obtenir une classification qui rassemble les médecins
- Classification SMR, médecine hospitalière
- Prendre en compte la situation de prescription
- Effet placebo, médecine de ville
- Rechercher les économies réalisées et les risques évités par la prescriptions de médicaments à SMR faible et insuffisant.

# Bibliographie

- *Lussier MT, Richard C. En l'absence de panacée universelle: Répertoire des relations médecin- patient. Can Fam Physician. 2008 Aug;54(8):1096–9. French. PMCID: PMC2515242.*
- *Rosman S. Les pratiques de prescription des médecins généralistes. Une étude sociologique comparative entre la France et les Pays-Bas. In: Singuliers généralistes [Internet]. Rennes: Presses de l'EHESP; 2010 [cité 19 mars 2024]. p. 117-32. (Métiers SantéSocial). Disponible sur: <https://www.cairn.info/singuliers-generalistes--9782810900213-p-117.htm>*
- *Les prescriptions des médecins généralistes et leurs déterminants | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 19 mars 2024]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/les-prescriptions-des-medecins-generalistes-et-leurs-determinants>*
- *Vega A. Positivism et dépendance : les usages socioculturels du médicament chez les médecins généralistes français. Sciences sociales et santé. 2012;30(3):71-102.*
- *Vers une pharmaceuticalisation de la société? [Internet]. [cité 19 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.entrepotnumerique.com/p/48434?f=pdf>*

# Pourquoi les médecins généralistes prescrivent des médicaments à Service Médical Rendu faible ou insuffisant ?

Philippe GUOI

Interne en médecine générale

Université Paris Sorbonne

[phigu93@gmail.com](mailto:phigu93@gmail.com)

Directeur de thèse : Yann KEREBEL