

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE SPECIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement le mercredi 6 juillet 2016

Par

Anaïs FREVILLE et Déborah POUCKET-MATHIEU

**LA NON-PRESCRIPTION MEDICAMENTEUSE EN MEDECINE GENERALE.
LE VECU DES PATIENTS AYANT CONSULTE POUR SYNDROME ANXIO-DEPRESSIF
OU INSOMNIE.**

Recherche qualitative par entretiens semi-dirigés

DIRECTEUR DE THÈSE : Madame le Docteur Marielle PUECH

JURY :

Monsieur le Professeur Stéphane OUSTRIC	Président
Monsieur le Professeur Laurent SCHMITT	Assesseur
Madame le Docteur Brigitte ESCOURROU	Assesseur
Madame le Docteur Julie DUPOUY	Assesseur
Madame le Docteur Marielle PUECH	Assesseur

TABLEAU du PERSONNEL HU
des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier
au 1^{er} septembre 2015

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. ROUGE D.	Professeur Honoraire	M. BARTHE
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Y.	Professeur Honoraire	M. CABARROT
Doyen Honoraire	M. CHAP H.	Professeur Honoraire	M. DUFFAUT
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL B	Professeur Honoraire	M. ESCAT
Professeur Honoraire	M. PUEL P.	Professeur Honoraire	M. ESCANDE
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE	Professeur Honoraire	M. PRIS
Professeur Honoraire	Mme ENJALBERT	Professeur Honoraire	M. CATHALA
Professeur Honoraire	M. GEDEON	Professeur Honoraire	M. BAZEX
Professeur Honoraire	M. PASQUIE	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE
Professeur Honoraire	M. RIBAUT	Professeur Honoraire	M. CARLES
Professeur Honoraire	M. ARLET J.	Professeur Honoraire	M. BONAFÉ
Professeur Honoraire	M. RIBET	Professeur Honoraire	M. VAYSSE
Professeur Honoraire	M. MONROZIES	Professeur Honoraire	M. ESQUERRE
Professeur Honoraire	M. DALOUS	Professeur Honoraire	M. GUITARD
Professeur Honoraire	M. DUPRE	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES F.
Professeur Honoraire	M. FABRE J.	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE
Professeur Honoraire	M. DUCOS	Professeur Honoraire	M. CERENE
Professeur Honoraire	M. LACOMME	Professeur Honoraire	M. FOURNIAL
Professeur Honoraire	M. COTONAT	Professeur Honoraire	M. HOFF
Professeur Honoraire	M. DAVID	Professeur Honoraire	M. REME
Professeur Honoraire	Mme DIDIER	Professeur Honoraire	M. FAUVEL
Professeur Honoraire	Mme LARENG M.B.	Professeur Honoraire	M. FREXINOS
Professeur Honoraire	M. BES	Professeur Honoraire	M. CARRIERE
Professeur Honoraire	M. BERNADET	Professeur Honoraire	M. MANSAT M.
Professeur Honoraire	M. REGNIER	Professeur Honoraire	M. BARRET
Professeur Honoraire	M. COMBELLES	Professeur Honoraire	M. ROLLAND
Professeur Honoraire	M. REGIS	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT
Professeur Honoraire	M. ARBUS	Professeur Honoraire	M. CAHUZAC
Professeur Honoraire	M. PUJOL	Professeur Honoraire	M. DELSOL
Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI	Professeur Honoraire	M. ABBAL
Professeur Honoraire	M. RUMEAU	Professeur Honoraire	M. DURAND
Professeur Honoraire	M. BESOMBES	Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER
Professeur Honoraire	M. SUC	Professeur Honoraire	M. RAILHAC
Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE	Professeur Honoraire	M. POURRAT
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURS	Professeur Honoraire	M. QUERLEU D.
Professeur Honoraire	M. CARTON	Professeur Honoraire	M. ARNE JL
Professeur Honoraire	Mme PUEL J.	Professeur Honoraire	M. ESCOURROU J.
Professeur Honoraire	M. GOUZI	Professeur Honoraire	M. FOURTANIER G.
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE J.
Professeur Honoraire	M. PASCAL	Professeur Honoraire	M. PESSEY JJ.
Professeur Honoraire	M. SALVADOR M.	Professeur Honoraire	M. CHAVOIN JP
Professeur Honoraire	M. BAYARD	Professeur Honoraire	M. GERAUD G.
Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE	Professeur Honoraire	M. PLANTE P.
Professeur Honoraire	M. FABIÉ	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL JF

Professeurs Émérites

Professeur ALBAREDE	Professeur JL. ADER
Professeur CONTÉ	Professeur Y. LAZORTHES
Professeur MURAT	Professeur L. LARENG
Professeur MANELFE	Professeur F. JOFFRE
Professeur LOUVET	Professeur B. BONEU
Professeur SARRAMON	Professeur H. DABERNAT
Professeur CARATERO	Professeur M. BOCCALON
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL	Professeur B. MAZIERES
Professeur COSTAGLIOLA	Professeur E. ARLET-SUAU
	Professeur J. SIMON

P.U. - P.H. Classe Exceptionnelle et 1ère classe		P.U. - P.H. 2ème classe	
M. ADOUE Daniel	Médecine Interne, Gériatrie	Mme BEYNE-RAUZY Odile	Médecine Interne
M. AMAR Jacques	Thérapeutique	M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie	M. BUREAU Christophe	Hépatogastro-entéro
M. AVET-LOISEAU Hervé	Hématologie, transfusion	M. CALVAS Patrick	Génétique
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale
M. BLANCHER Antoine	Immunologie (option Biologique)	Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. BONNEVIALLE Paul	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.	M. CHAIX Yves	Pédiatrie
M. BOSSAVY Jean-Pierre	Chirurgie Vasculaire	Mme CHARPENTIER Sandrine	Thérapeutique, méd. d'urgence, addict
M. BRASSAT David	Neurologie	M. COGNARD Christophe	Neuroradiologie
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique	M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.
M. BUGAT Roland (C.E)	Cancérologie	M. FOURNIE Bernard	Rhumatologie
M. CARRIE Didier	Cardiologie	M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie
M. CHAP Hugues (C.E)	Biochimie	M. GAME Xavier	Urologie
M. CHAUVÉAU Dominique	Néphrologie	M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	Mme GENESTAL Michèle	Réanimation Médicale
M. CLANET Michel (C.E)	Neurologie	M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
M. DAHAN Marcel (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque	M. LAUWERS Frédéric	Anatomie
M. DEGUINE Olivier	Oto-rhino-laryngologie	M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie	M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. FERRIERES Jean	Epidémiologie, Santé Publique	M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie	M. MAZIERES Julien	Pneumologie
M. FRAYSSE Bernard (C.E)	Oto-rhino-laryngologie	M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie	M. PARANT Olivier	Gynécologie Obstétrique
Mme LAMANT Laurence	Anatomie Pathologique	M. PARIENTE Jérémie	Neurologie
M. LANG Thierry	Bio-statistique Informatique Médicale	M. PATHAK Atul	Pharmacologie
M. LANGIN Dominique	Nutrition	M. PAYRASTRE Bernard	Hématologie
M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine Interne	M. PERON Jean-Marie	Hépatogastro-entérologie
M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie	M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. MALAUAUD Bernard	Urologie	M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique	Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. MARCHOU Bruno	Maladies Infectieuses	Mme SELVES Janick	Anatomie et cytologie pathologiques
M. MOLINIER Laurent	Epidémiologie, Santé Publique	M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
M. MONROZIES Xavier	Gynécologie Obstétrique		
M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie		
M. MOSCOVICI Jacques	Anatomie et Chirurgie Pédiatrique		
Mme MOYAL Elisabeth	Cancérologie		
Mme NOURHASHEMI Fatemeh	Gériatrie		
M. OLIVES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie	P.U.	
M. OSWALD Eric	Bactériologie-Virologie	M. OUSTRIC Stéphane	Médecine Générale
M. PARINAUD Jean	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.		
M. PAUL Carle	Dermatologie		
M. PAYOUX Pierre	Biophysique		
M. PERRET Bertrand (C.E)	Biochimie		
M. PRADERE Bernard (C.E)	Chirurgie générale		
M. RASCOL Olivier	Pharmacologie		
M. RECHER Christian	Hématologie		
M. RISCHMANN Pascal (C.E)	Urologie		
M. RIVIERE Daniel (C.E)	Physiologie		
M. SALES DE GAUZY Jérôme	Chirurgie Infantile		
M. SALLES Jean-Pierre	Pédiatrie		
M. SANS Nicolas	Radiologie		
M. SERRE Guy (C.E)	Biologie Cellulaire		
M. TELMON Norbert	Médecine Légale		
M. VINEL Jean-Pierre (C.E)	Hépatogastro-entérologie		

Professeur Associé de Médecine Générale
Dr. MESTHÉ Pierre

P.U. - P.H. Classe Exceptionnelle et 1ère classe		P.U. - P.H. 2ème classe	
M. ACAR Philippe	Pédiatrie	M. ACCADBLED Franck	Chirurgie Infantile
M. ALRIC Laurent	Médecine Interne	M. ARBUS Christophe	Psychiatrie
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie	M. BERRY Antoine	Parasitologie
M. ARLET Philippe (C.E)	Médecine Interne	M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie
M. ARNAL Jean-François	Physiologie	M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique	Mme BURA-RIVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire
M. BOUTAULT Franck (C.E)	Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie	M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire
M. BUJAN Louis	Urologie-Andrologie	M. CHAYNES Patrick	Anatomie
M. BUSCAIL Louis	Hépto-Gastro-Entérologie	M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie	M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. CARON Philippe (C.E)	Endocrinologie	M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses
M. CHAMONTIN Bernard (C.E)	Thérapeutique	M. DELORD Jean-Pierre	Cancérologie
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie	Mme DULY-BOUHANICK Béatrice	Thérapeutique
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie	M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. COURBON Frédéric	Biophysique	M. GALINIER Philippe	Chirurgie Infantile
Mme COURTADE SAIDI Monique	Histologie Embryologie	M. GARRIDO-STÓWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
M. DELABESSE Eric	Hématologie	Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique
Mme DELISLE Marie-Bernadette (C.E)	Anatomie Pathologique	M. HUYGHE Eric	Urologie
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie	M. LAFFOSSE Jean-Michel	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie	M. LEGUEVAQUE Pierre	Chirurgie Générale et Gynécologique
M. GALINIER Michel	Cardiologie	M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. GLOCK Yves	Chirurgie Cardio-Vasculaire	Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie	M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. GRAND Alain (C.E)	Epidémiologie. Eco. de la Santé et Prévention	M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis	Chirurgie plastique	M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie	M. OTAL Philippe	Radiologie
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie	M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
M. KAMAR Nassim	Néphrologie	M. SAILLER Laurent	Médecine Interne
M. LARRUE Vincent	Neurologie	M. TACK Ivan	Physiologie
M. LAURENT Guy (C.E)	Hématologie	Mme URO-COSTE Emmanuelle	Anatomie Pathologique
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie	M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. MALECAZE François (C.E)	Ophthalmologie		
M. MARQUE Philippe	Médecine Physique et Réadaptation		
Mme MARTY Nicole	Bactériologie Virologie Hygiène		
M. MASSIP Patrice (C.E)	Maladies Infectieuses		
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile		
M. RITZ Patrick	Nutrition		
M. ROCHE Henri (C.E)	Cancérologie		
M. ROLLAND Yves	Gériatrie		
M. ROSTAING Lionel (C.E)	Néphrologie		
M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale		
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie		
M. SALVAYRE Robert (C.E)	Biochimie		
M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie		
M. SENARD Jean-Michel	Pharmacologie		
M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie		
M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail		
M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie		
M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive		
Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie		
M. VAYSSIERE Christophe	Gynécologie Obstétrique		
M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie		

Professeur Associé de Médecine Générale
Pr VIDAL Marc
Pr STILLMUNKES André
Professeur Associé en O.R.L.
Pr WOISARD Virginie

M.C.U. - P.H.		M.C.U. - P.H.	
M. APOIL Pol Andre	Immunologie	Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie	Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie
M. BIETH Eric	Génétique	M. BES Jean-Claude	Histologie - Embryologie
Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie	M. CMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition	Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie	Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
Mme CONCINA Dominique	Anesthésie-Réanimation	Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
M. CONGY Nicolas	Immunologie	Mme CAUSSE Elisabeth	Biochimie
Mme COURBON Christine	Pharmacologie	M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique et des brûlés
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie	M. CHASSAING Nicolas	Génétique
Mme de GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie	Mme CLAVE Danielle	Bactériologie Virologie
Mme DE MAS Véronique	Hématologie	M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme DELMAS Catherine	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme COLLIN Laetitia	Cytologie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène	M. CORRE Jill	Hématologie
Mme DUGUET Anne-Marie	Médecine Légale	M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale
M. DUPUI Philippe	Physiologie	M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie	M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie	M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
M. GANTET Pierre	Biophysique	Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie	Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie
Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire	Mme GALINIER Anne	Nutrition
M. HAMDJ Safouane	Biochimie	Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
Mme HITZEL Anne	Biophysique	M. GASQ David	Physiologie
M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie	Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
M. JALBERT Florian	Stomatologie et Maxillo-Faciale	Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire	Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale	M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie	Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
M. LAURENT Camille	Anatomie Pathologique	M. LAHARRAGUE Patrick	Hématologie
Mme LE TINNIER Anne	Médecine du Travail	M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie	Mme LAPRIE Anne	Cancérologie
M. LOPEZ Raphael	Anatomie	M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition	M. LEPAGE Benoit	Bio-statistique
M. MONTOYA Richard	Physiologie	Mme MAUPAS Françoise	Biochimie
Mme MOREAU Marion	Physiologie	M. MIEUSSET Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire	Mme NASR Nathalie	Neurologie
M. PILLARD Fabien	Physiologie	Mme PERIQUET Brigitte	Nutrition
Mme PRERE Marie-Françoise	Bactériologie Virologie	Mme PRADDAUDE Françoise	Physiologie
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie	M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
Mme RAGAB Janie	Biochimie	M. RONGIERES Michel	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie	M. TKACZUK Jean	Immunologie
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie	Mme VALLET Marion	Physiologie
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation	Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie
M. SOLER Vincent	Ophthalmologie		
M. TAFANI Jean-André	Biophysique		
M. TREINER Emmanuel	Immunologie		
Mme TREMOLLIERS Florence	Biologie du développement	M. BISMUTH Serge	Médecine Générale
M. TRICOIRE Jean-Louis	Anatomie et Chirurgie Orthopédique	Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve	Médecine Générale
M. VINCENT Christian	Biologie Cellulaire	Mme ESCOURROU Brigitte	Médecine Générale
			M.C.U.

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr BRILLAC Thierry
Dr ABITTEBOUL Yves
Dr CHICOULAA Bruno
Dr IRI-DELAHAYE Motoko

Dr BISMUTH Michel
Dr BOYER Pierre
Dr ANE Serge

NOS REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Stéphane OUSTRIC

Vous nous faites l'honneur de présider notre jury de thèse. Nous vous sommes reconnaissantes pour votre implication à faire rayonner la Médecine Générale toulousaine au plan national et pour la formation de qualité que vous nous en assurez. Veuillez recevoir notre profonde gratitude.

A Monsieur le Professeur Laurent SCHMITT

Vous nous faites l'honneur de juger notre travail de thèse. Nous vous sommes profondément reconnaissantes de l'intérêt enthousiaste que vous avez porté à notre travail. Veuillez trouver ici l'expression de nos très sincères remerciements.

A Madame le Docteur Brigitte ESCOURROU

Nous vous remercions pour vos encouragements lorsque nous sommes venues vous présenter notre projet de thèse ainsi que pour votre accompagnement tout au long de ce travail. Pour savoir nous transmettre votre amour de la médecine générale, nous vous sommes reconnaissantes. Votre présence nous honore. Nous vous témoignons, ici, notre profond respect.

A Madame le Docteur Julie DUPOUY

Nous vous remercions d'avoir accepté de juger notre thèse. Nous espérons que ce travail, explorant sous un angle différent la question des psychotropes, aura su vous intéresser.

A Madame le Docteur Marielle PUECH

Nous te remercions d'avoir accepté de nous accompagner dans cette belle aventure. Nous te sommes profondément reconnaissantes de tes éclairages perspicaces et encourageants. Nos discussions avec toi sont toujours enrichissantes. Pour ton soutien malgré les événements de la vie, nous te témoignons notre sincère gratitude.

A tous ceux sans qui ce travail n'aurait pu exister,

Merci à tous les participants de nous avoir dévoilé une partie de leur vie.

Merci à tous les médecins, internes et ami(e)s ayant participé au recrutement.

Merci à tous ceux qui sont passés avant nous pour nous avoir inspirés.

AUX PROCHES D'ANAÏS

A **mes parents**, merci de m'avoir laissé croire déjà toute petite que je pouvais le faire. Vous m'avez permis de réaliser mes rêves et donné les moyens de le faire dans le confort. Un confort matériel bien sûr, mais également psychologique grâce à vos encouragements toutes ces années. Je vous aime.

A **mon frère**. Tu ne m'as pas quitté toutes ces années, en étant « à ta manière » à mes côtés. Je l'ai fait ! Tu aurais, je n'en doute pas, adoré être présent aujourd'hui... Tu me manques.

A mes grands-parents,

Josette, nous sommes bien loin des lignes de ronds et carrés que tu me faisais faire... **Roger**, tu n'es pas là aujourd'hui mais je sais que tu penses à moi... Merci pour les valeurs que vous m'avez transmises.

Jacqueline, Léon, vous n'êtes pas présent aujourd'hui mais je ne doute pas de la fierté que vous pouvez ressentir. Merci pour l'amour que vous me portez.

Tonton, mon modèle de syndicalisme, le sportif de la famille (bon c'est vrai que sur ce point tu n'as pas vraiment de concurrence !), ne change rien !

Renée, Joël, je vous remercie pour les attentions bienveillantes et l'intérêt que vous avez porté à chaque étape importante de ma vie.

A **Déborah**, merci d'avoir accepté de me suivre dans cette aventure. Travailler avec toi a été un plaisir ! On aura plutôt bien vécu nos années thèse finalement... Pour ma part, c'est vraiment grâce à toi ! Merci pour nos moments de prose et nos dilemmes existentiels de choix de couleurs... allez « zou » une nouvelle vie commence ! (pas trop loin de Toulouse hein ?!?!?!)

Aux amis de longue date, **Déborah** ma confidente, ma partenaire des premières fois, à nos 18 ans d'amitié qui tient le coup malgré la distance, à nos traditions tennistiques, merci pour ta joie de vivre et nos bons moments partagés, **Aurélie** toujours souriante, toujours rigolote, nos parcours de formation se sont séparés mais restent liés par le plaisir de pratiquer et la volonté de rester tournées vers nos patients, **Alan** les années passent et c'est toujours autant un plaisir de te revoir.

A **mon homonyme**, que de chemin parcouru depuis nos premières expériences en blouse (en papier...). Merci pour tous les bons moments partagés.

A **Lucie**, merci pour ta générosité, ta présence, tes conseils et ton implication dans tout ce que tu entreprends. Une page se tourne et je ne doute pas qu'on en écrira d'autres ensembles. Je réserve mes jours de repos pour mettre en œuvre nos bonnes résolutions !

A la team de St Girons, **Thibault** commencer ma vie d'interne à tes côtés a été une chance (même si tu as bien failli me perdre dans les Pyrénées Ariégeoises !) merci pour ton dynamisme sans faille, **Julien** à nos bons moments partagés lors de ce premier semestre et à nos franches rigolades en cours tout au long de l'internat, **Isabelle** merci pour le recrutement et tes conseils avisés sur la rédaction, sans toi on serait sûrement encore à réfléchir sur la présentation de nos résultats...

A **Julie** mon coach sportif, merci pour les bons moments à Villefranche et ceux qui ont suivi.

A l'équipe de l'AIMG-MP :

Les « anciens » **Estelle, Mathilde, Mathieu, Bastien, Claudie**, merci de m'avoir accueillie dans cette grande famille. Plus particulièrement merci à **Lydia** pour m'avoir « nourrie » pendant plus d'un an, merci pour ton dynamisme et ta spontanéité, et **Laurence** mon « pôle emploi » personnel, merci pour nos moments canap, sushi, fingers, Kate Bush, ciné resto et l'indémontable shower qui rythme nos soirées !

Les plus jeunes, **Clémence** à nos soirées tapas bière, merci pour les bons moments partagés en toute simplicité, **John** à nos quêtes de goodies, de petits fours, et à nos participations aux tirages au sort des congrès, **Edouard** à ton authenticité et ton franc parlé, **Marie** la joie de vivre, les coups de gueule, et aussi, parce que ça dépanne bien, les réponses à nos problèmes d'infectio, **Annabelle** le courage, le sérieux, les bonnes recettes et tout ça avec le sourire.

Aux amis retrouvés **Aude** de nos poussettes à Nice à nos vies à Toulouse en passant par les bassins de Villefranche sur Saône, il n'y a qu'un pas ; ainsi qu'à ceux perdus de vue qui ont comptés **Alicia, Guillemette, Clément, Antonin, Charline, Léa et Clément**.

Au « clan » **Doering**, ma famille adamoise, merci pour votre hospitalité depuis toutes ces années. Aux fous rires partagés à tables... Petit clin d'œil au « ptit frère » grâce à qui on passe chaque année une excellente journée à Roland... Il ne tient qu'à nous de continuer !

A mes maitres de stage : **Frédéric** l'accueil ariégeois « à l'espagnole », **Frantz** pour nos débats « d'internistes » aux urgences , **Dr DUFILOT** pour son encadrement bienveillant en pédiatrie, **Dr Thierry COME** lors de mes premières expériences de la médecine ambulatoire, tu as su me donner confiance en moi ; **Dr BOUCHE, Dr PHAM VAN** et **Dr YVERNES** votre façon de travailler ne correspond pas au mode d'exercice que j'ai choisi, mais je n'en ai pas moins appris à vos côtés ; **Dr Philippe ABOUT** tes capacités d'écoute restent un exemple pour moi, merci de m'avoir montré que je pouvais apprendre de mes erreurs sans me culpabiliser, **Dr Virginie SATTLER** merci pour l'accueil que tu m'as fait dans le service et pour m'avoir réconciliée avec le CHU (ça n'était pas gagné d'avance !)

Amandine ma première expérience de long remplacement, ce fut un plaisir, une transition idéale après l'internat. Merci pour ton accueil et les excellentes conditions de travail que tu m'as offertes.

Pauline merci pour l'accueil que tu me fais au cabinet... à notre collaboration à venir... aux projets...

A tous les médecins que j'ai pu croiser et qui m'ont donné l'envie de faire ce beau métier.

A tous ceux qui ont fait le déplacement, parfois de loin, pour être à mes côtés ce soir.

AUX PROCHES DE DÉBORAH

Parce que la thèse est l'aboutissement de longues années d'étude. Je remercie, ici, toutes celles et ceux qui m'ont enseigné, soutenu et ont contribué à les rendre belles et inoubliables. Sans vous, je n'en serai pas là aujourd'hui.

A **Anaïs**, mon binôme, mon deuxième couple pendant ces deux ans ! Merci de m'avoir fait confiance pour travailler avec toi sur ce projet de thèse, pour ta détermination et ton organisation méthodique dans ce projet. Deux ans de travail en toute simplicité pour devenir docteur à tes côtés. Notre amitié ne peut qu'en être renforcée. A tous les projets à venir...

Aux professionnels de santé et aux patients, pour leurs apprentissages.

Aux stages d'externat clermontois, mes premiers pas. A **Philippe**, pour la découverte de la médecine générale.

Aux stages hospitaliers, qui n'ont pas été faciles mais malgré tout formateurs. Au **Dr Hein**, pour son humanité dans un contexte parfois inhospitalier.

Aux stages ambulatoires, pour leur richesse et leur humanité.

A celui de gynécologie-pédiatrie, pour m'avoir fait rencontrer des praticiens de qualité. A **Anne**, pour tes enseignements en la matière, pour ton courage pendant ces longs mois. A **Amandine**, pour ton accueil pendant ces quatre mois et les nombreuses expériences partagées. Au **Dr Renaudie**, pour votre accueil, votre enseignement de la rigueur de l'examen gynécologique et pour votre humanité.

A **Stéphane** (et **Bénédicte**), pour m'avoir accueilli à la « toulousaine » avec cœur et chaleur dans la famille de la médecine générale. Pour m'avoir fait débiter les journées en douceur et accompagné inconditionnellement sur la colline après les visites du soir. Pour tes multiples vies et engagements, je suis admirative. Pour tes conseils, tes encouragements et la justesse de ton regard, je te suis reconnaissante.

A mes amis, mes coéquipiers

Les midi-pyrénéens

A l'équipe de St Girons, pour ce premier semestre familial. **Alix** pour son naturel. A **Julien** pour les partages cinématographiques et ta gentillesse. A **Isabelle et Emile**, couple discret mais efficace. A **Emilie et Pierre**, merci pour votre accueil et votre soutien pendant ce premier semestre, pour vos multiples invitations à partager vos soirées amicales depuis.

Aux « ranguillois » **Laureline, Clément, Mohammed, Julie, Camille, Javier** d'avoir été là pour rendre acceptable la moussaka/frites et autres poissons à la bordelaise de l'internat.

Aux « lourdais », **Duc-Minh, Aurore, Laura, Elodie, Benji**, j'entends encore raisonner ton rire, **Rémi** tes gammes en sourdine de l'autre côté de la cloison, et surtout l'ambiance de nos

chaudes soirées déguisées. A **Célia**, de l'hypnose aux archives, quelles autres expériences nos (in)consciences nous feront-elles vivre ? Merci d'apporter un peu de magie dans ma vie.

Aux « cadurciens », pour nos franches rigolades, nos soirées, nos excursions... Et plus particulièrement à **Cyrielle** pour nos séances de sport, à **Anaïs** pour tes talents de guide touristique et surtout pour ta bonne humeur communicative, à **Elodie**, il aura fallu être en stage dans le Lot, loin des terres auvergnates, pour que nous nous rencontrions, merci pour ta sensibilité, ta sincérité et ton écoute, les ingrédients d'une belle amitié (et pour les Brigitte !) à **Fabien** pour son cœur jaune et bleu, à vous deux pour les cinés et soirées.

A la famille « AIMG-MP », vieux et plus jeunes, merci de m'avoir fait découvrir la vie associative, la force du collectif, et de l'altruisme. A **Marie**, pour ton franc parler et ton dynamisme. A **Edouard** pour ton humour sans détour. A **John** pour nos « croisades » pour défendre notre belle spécialité. A **Clémence** pour ta joie. A **Annabelle**, merci pour ton bel enseignement : croire en ses rêves et s'en donner les moyens malgré les obstacles. Et enfin à **Lucie** pour ton dévouement inégalable, ta générosité et ta disponibilité qui font de toi une amie sur qui on peut compter.

Les clermontois

Aux inconditionnelles depuis l'école et le collège, pour votre soutien de près ou de loin. A **Margot**, A **Anne-Charlotte**, A **Bérengère**, une complicité forgée depuis nos plus jeunes années grâce à nos interminables discussions, à nos projets sportifs au grand air.

Aux « clermontois », merci pour ces merveilleuses années qui sont passées à une allure folle mais qui resteront à jamais. Que de bonheur !! Les révisions, les stages, les soirées, les « dimanche party », les surprises, les kidnappings, les vacances... « Because We Are Your Friend SO CLERMONT SO CLERMONT... »

A **Cécile**, à **Guillou**, pour avoir été un modèle inspirant et encourageant en prépa. A **Cécile**, pour avoir régalié nos papilles de cookies et autres gourmandises. A **Sophie**, pour les tableaux de parasito accompagnés de leurs Soignon ! (je passe sur les WEI déjantés). A **Camille**, pour ta simplicité. A **Amaury**, pour les soirées démesurées. A **Elise**, pour ton optimisme à toute épreuve. A **Hugou**, pour l'amour du rugby en jaune et bleu et de la bonne chère. A **Pauline C**, pour ton pragmatisme et ton naturel. A **Ludo**, pour tous les stages passés ensemble que tu as rendus plus fun, pour les bonnes « bères » bues et à boire.

Et enfin aux « best », pour votre soutien inconditionnel, notre complicité, nos joies, nos peines, nos week-end girly... A **Pauline B**, pour ton accueil spontané en P2, sans toi toutes ces années auraient été différentes, pour ton dynamisme et ton grand cœur (sache le préserver). A **Clairon**, pour l'amour de la cuisine, ta coquetterie, pour ton flegme, ta culture littéraire et botanique ;-). A **Clairette**, pour ta douce présence, à nos révisions et sous-colles à la « casa Berthelot », mais aussi pour faire durer notre amitié à travers les années grâce, notamment, aux diners Noël. A **Lenou**, il y a tellement à dire depuis la souris de la rue Gabriel Péri à celle du chant du merle à Toulouse. Notre aventure toulousaine, nos doutes, nos footings, nos secrets, nos folles soirées... Merci pour tes plaisanteries et ton naturel.

A ma famille, mes coachs et supporters. Je vous aime.

A mes parents, pour votre vision complémentaire des soins et de la médecine, votre soutien, votre confiance et vos encouragements depuis la P1. **Papa**, pour toutes les valeurs que tu m'as transmises pour en arriver là. **Maman**, pour ton dynamisme, tes « inspirations parallèles », et ton amour. Je vous aime.

A mes frères et sœur, pour vos rires et chamailleries qui m'ont tenu compagnie lors de mes longues heures de révision et pour vos regards admiratifs qui m'ont encouragée, à tous les moments à venir que j'ai envie de partager avec vous. **Gabriel**, promis on se refera des sessions de Némó, mais aussi de « Blanc Manger Coco » ! A **Jules**, pour ta curiosité, ta sensibilité, pour avoir rendu les repas plus fun grâce à ton humour ; des pauses appréciables ! A **Agathe**, pour ton grand cœur et ta générosité je suis admirative. Je vous aime.

A mes grands-mères, **Mamie Danièle** pour le réconfort que j'ai trouvé en venant déjeuner en famille, des pauses salvatrices avant de retourner aux révisions. A **Mamie Rosite**, ma deuxième maman, merci de tout ce que tu as fait pour moi depuis que je suis là. Merci du fond de mon cœur pour la plus grande des qualités : ton Amour inconditionnel.

A mes grands-pères qui veillent maintenant sur moi. A **Papi Michel**, peut-être m'as-tu transmis ton goût du savoir ? A **Papi Claude** merci pour ton regard bienveillant et ton amour contenant.

A mes tantes, mes marraines. A **Valé**, pour tes conseils littéraires qui m'ont permis de m'évader de la médecine. A **Cathy**, pour les virées shopping toujours dans la rigolade. A **Odile**, pour tes réponses à ma curiosité depuis petite. A **Marie-Ange**, pour me guider sur la voie de l'authenticité, du respect et de la sagesse.

A mon oncle **Pierre-O**, pour ton humour, ta franchise, ton amour pour la vie et les « bonnes » choses. Te soigner ? Ce ne sera pas une mince affaire !

A mes cousins, **Gaspard**, **Yoann** et **Swann** parce que j'apprends de vos expériences. A Lancelot pour ta présence discrète et intelligente. A Ambre, pour ta joie de vivre et ta détermination.

A **Bruno et Domi** pour vos encouragements.

A **Anne-Marie**, **Jean-Pierre** et **Maud** pour m'avoir accueilli parmi vous depuis bientôt dix ans, pour toutes vos attentions et votre amour.

A **Thibault**, bientôt dix ans que les études de médecine nous ont fait nous rencontrer. Merci à elles et aux inspecteurs du permis de conduire sans qui je n'aurai pas bénéficié de mon chauffeur dévoué ! Merci pour ton soutien et pour être là tel que tu es. Je t'aime.

« Guérir parfois, soulager souvent, écouter toujours »

Louis Pasteur

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES ABRÉVIATIONS	15
INTRODUCTION	16
METHODE	18
A) Méthode de recherche	18
B) Rôle des chercheurs	18
C) Population cible et recrutement	18
D) Ethique	19
E) Réalisation des entretiens	19
F) Recherche bibliographique	19
G) Elaboration du guide d'entretien	20
H) Analyse des données	20
RESULTATS	22
A) Echantillon	22
B) Attentes des personnes consultant pour syndrome anxio-dépressif ou insomnie	24
1) Attente d'une psychothérapie de soutien	24
2) Attente d'un avis médical	24
3) Attente d'une solution thérapeutique	25
4) Attentes vis à vis du travail	25
C) La non-prescription vécue comme une négociation	25
1) Le patient change d'avis au cours de la consultation	26
2) Le médecin ne fait pas la prescription qu'il souhaitait réaliser	27
3) La négociation inconsciente	28
4) Facteurs influençant la position du patient sur la prescription	28
D) La consultation : une séance de psychothérapie ?	30
1) Le cadre	30
2) Le déroulement de la consultation	31
3) Le médecin et son effet	33
E) Ressentis de la non prescription	36
1) Positif	36
2) Négatif	36
F) Les éléments pouvant améliorer le vécu	37
1) Absence d'élément retrouvé	37
2) Conduites à favoriser	37
3) Conduites à éviter	38
DISCUSSION	40
A) A propos de l'étude	40
1) Forces	40
2) Limites	40
B) A propos de nos résultats	42
1) Le médecin généraliste un psychothérapeute ?	42
2) La non-prescription : une négociation	46

CONCLUSION	49
BIBLIOGRAPHIE	51
ANNEXES	55
ANNEXE 1 : Mail adressé aux médecins généralistes	55
ANNEXE 2 : Affiche	56
ANNEXE 3 : Fiche d'information et de consentement	57
ANNEXE 4 : Informations complémentaires à la grille d'entretien	58
ANNEXE 5 : Accord de la commission éthique	59
ANNEXE 6 : Guide d'entretien	60
ANNEXE 7 : Extrait de l'analyse thématique sur tableau Excel®	61
ANNEXE 8 : Caractéristiques de l'échantillon	62

LISTE DES ABRÉVIATIONS

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

HAS : Haute Autorité de Santé

INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé

OPEPS : Office Parlementaire d'Evaluation des Politiques de Santé

SUDOC : Système Universitaire de Documentation

WONCA : World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners

INTRODUCTION

La France est l'un des premiers consommateurs de médicaments en Europe (1). Ainsi, elle occupe le deuxième rang ex aequo avec l'Espagne en terme de volumes de médicaments consommés, selon un rapport de l'Assurance Maladie de mars 2011 (2). Ce phénomène de surconsommation médicamenteuse représente à la fois un enjeu pour la santé publique et pour la pérennité du système de soin. Pour comprendre cette consommation importante de médicaments, il faut s'intéresser aux différents acteurs de la chaîne : entreprises pharmaceutiques, grossistes-répartiteurs, pharmaciens, médecins et patients (3).

Un « modèle français de prescription » a été décrit, illustré par l'équation « consultation = ordonnance = médicament » (4). En effet, une étude réalisée en France en 2005 montre que 90% des consultations se terminent par la délivrance d'une ordonnance médicamenteuse (1). Ainsi, plusieurs études ont cherché à comprendre les mécanismes et les facteurs limitant les prescriptions des médecins (5)(6)(7).

La consommation française de psychotropes est l'une des plus importantes en Europe (8). Un français sur trois a déjà consommé un psychotrope au cours de sa vie selon les enquêtes déclaratives et les données de l'Assurance Maladie (9)(10). Souvent banalisée, cette consommation reste un sujet d'inquiétude pour les autorités politiques et sanitaires (11). Outre les effets secondaires bien connus tel que le risque de chute (9)(12), celui de l'apparition de troubles cognitifs, actuellement controversé, encourage à limiter la prescription de ces molécules (13).

Des recommandations ont été publiées par l'Office Parlementaire d'Evaluation des Politiques de Santé (OPEPS) et des outils mis à la disposition des praticiens par la Haute Autorité de Santé (HAS) (14). Pourtant bien connues des médecins généralistes qui sont à l'origine de plus de 80% des prescriptions de psychotropes (9), ces recommandations restent d'application difficile (15)(16). En effet, la prescription médicale est influencée par différents facteurs dont la perception des attentes du patient par le médecin. Une mauvaise perception de ces attentes peut conduire à une sur-prescription (17).

Les patients sont des acteurs de la chaîne de prescription. Leurs opinions concernant les prescriptions médicamenteuses, notamment celles de benzodiazépine ont été explorées. (18)(19). Cependant nous n'avons pas retrouvé d'étude explorant le ressenti des patients en cas de non-prescription médicamenteuse dans les domaines de l'insomnie et du syndrome anxio-dépressif.

Ainsi, nous avons décidé de donner la parole aux patients afin d'explorer leurs ressentis à l'issue d'une consultation de médecine générale se terminant sans prescription médicamenteuse, dans un contexte de syndrome anxio-dépressif ou de trouble du sommeil. Nous avons également exploré leurs attentes concernant cette consultation ainsi que les facteurs pouvant influencer leur ressenti à son issue.

METHODE

A) Méthode de recherche

Notre travail consistait à explorer le vécu des participants. Pour cela, nous avons utilisé la méthode qualitative qui permet d'explorer des facteurs subjectifs tels que les émotions et sentiments. « A ce titre, la recherche qualitative est particulièrement adaptée à la médecine générale car elle permet un abord plus élargi de la compréhension de la santé et des déterminants des soins » (20).

Nous avons choisi d'effectuer des entretiens individuels semi dirigés afin que les participants se sentent libres d'aborder des problématiques personnelles et parfois délicates, telles que leurs troubles du sommeil et leurs symptômes anxio-dépressifs.

B) Rôle des chercheurs

Les entretiens, la retranscription et l'analyse des données ont été réalisés par deux chercheurs (Anaïs FREVILLE et Déborah POU CET-MATHIEU). Les entretiens ont été répartis de sorte que les participants n'aient jamais vu l'interviewer en consultation afin de préserver la neutralité des rapports durant l'entretien. L'objectif étant que la personne se sente le plus à l'aise possible pour nous dévoiler son vécu personnel et ses ressentis.

Nous nous sommes présentées en tant que chercheur afin de limiter les biais en lien avec la connaissance du statut de l'enquêteur.

C) Population cible et recrutement

Nous avons recruté des personnes ayant consulté un médecin généraliste pour trouble du sommeil ou syndrome anxio-dépressif. La consultation devait s'être terminée sans ordonnance médicamenteuse (homéopathie et phytothérapie inclus).

Des critères d'âge et de sexe sont ensuite entrés en compte afin de diversifier les profils des participants et d'obtenir ainsi un échantillonnage raisonné.

Nous avons contacté des médecins généralistes (Annexe 1) en leur demandant de nous transmettre les coordonnées de patients correspondant à ces critères. La consultation devait avoir eu lieu peu de temps avant le recrutement, qui était ainsi rétrospectif. Nous avons également utilisé des affiches dans les salles d'attente de médecins généralistes afin de diversifier nos moyens de recrutement (Annexe 2).

Le premier contact avec les participants se faisait par mail ou par téléphone afin de vérifier les critères d'inclusion et de définir les modalités de notre rencontre.

D) Ethique

Au début de chaque entretien, les participants signaient un formulaire de consentement et nous leur rappelions que l'ensemble des données recueillies étaient anonymisées (Annexe 3).

Le protocole de thèse, le formulaire de consentement et le questionnaire sur le profil des patients (Annexe 4) ont été validés par la commission éthique du Département Universitaire de Médecine Générale de Midi-Pyrénées (Annexe 5).

E) Réalisation des entretiens

Les entretiens ont été réalisés en face à face (un seul enquêteur) sur le lieu choisi par les participants. Il s'agissait du domicile pour la plupart (un entretien a été réalisé dans un bar, un au cabinet du médecin de la personne, un dans une clinique où était hospitalisée la personne).

Les entretiens ont été enregistrés sur les dictaphones de nos téléphones portables respectifs.

Nous avons, pour chaque entretien, pris des notes concernant le contexte d'énonciation : modalité de recrutement, description du lieu et du versant non verbal.

F) Recherche bibliographique

La recherche bibliographique était menée sur les thèmes de la non-prescription, de la prescription de psychotropes et de ses effets secondaires, de la prise en charge de l'insomnie et du syndrome anxio-dépressif en médecine générale, des psychothérapies, de la relation médecin-patient et de la décision médicale partagée, ainsi que sur la coordination des soins.

Ce travail a été effectué grâce aux moteurs de recherche PubMed[®] et Google Scholar[®] ; au catalogue du Système Universitaire de Documentation (SUDOC) et au portail de publications en sciences humaines et sociales Cairn.info[®]. Les bibliographies des travaux retrouvés nous ont également permis d'élargir nos recherches.

G) Elaboration du guide d'entretien

Le guide comportait des questions ouvertes s'attachant à répondre à nos objectifs (principal et secondaires). Nous débutons l'entretien par une question générale portant sur les motifs et le déroulement de la consultation. Nous orientons ensuite les questions pour connaître l'attitude du médecin, les attentes de la personne, son ressenti ainsi que les facteurs influençant ce ressenti.

Le guide d'entretien (Annexe 6) a été validé par notre directrice de thèse, le docteur Marielle Puech et a ensuite été testé lors de l'entretien 1 que nous avons décidé de conserver pour l'analyse. Le guide a évolué au fur et à mesure des entretiens pour explorer la position de la personne par rapport à son travail car cette thématique revenait systématiquement dans les discours des premiers participants. Nous avons également ajouté une question pour explorer les conduites à l'issue de la consultation après qu'une personne ait évoqué sa pharmacie familiale.

Nous avons interrompu la réalisation des entretiens pour des raisons matérielles et des difficultés de recrutement.

H) Analyse des données

Chaque chercheur a retranscrit l'intégralité des entretiens qu'il a réalisés, précédé du contexte d'énonciation. Nous avons ensuite réalisé une analyse thématique de ces données. La codification a été effectuée séparément avant mise en commun dans un fichier Excel[®] (Annexe 7) permettant l'émergence de catégories conceptuelles regroupées par la suite en thèmes. Nous avons effectué une triangulation des données afin de limiter le caractère subjectif de l'analyse. Pour cela nous avons contacté notre directrice de thèse en cas de désaccord persistant malgré les va-et-vient entre l'entretien (retranscription et bande sonore)

et l'analyse. Nous avons tenu compte de nos intérêts respectifs dans le domaine de la non-prescription et dans celui de la prise en charge des syndromes anxio-dépressifs et des troubles du sommeil. Ce travail de réflexivité a eu pour objectif de ne pas interférer à la fois dans la réalisation et dans l'analyse des entretiens.

RESULTATS

A) Echantillon

Au total, 15 entretiens ont été réalisés de février 2015 à mai 2016.

Un entretien n'a pas pu être analysé du fait de l'absence de propos en lien avec une consultation se terminant sans ordonnance médicamenteuse. Il semble y avoir eu une confusion par la personne interrogée entre notre rôle de chercheur et celui de médecin.

Deux personnes nous ont contactées directement par l'intermédiaire d'affiches mises dans des salles d'attente de cabinets. Les douze autres ont été recrutées via des médecins généralistes.

Nous avons interrogé 11 femmes et 3 hommes âgés de 20 à 70 ans. L'âge moyen était de 42,2 ans.

Malgré nos relances, nous n'avons pas réussi à recruter de personnes âgées de plus de 70 ans.

L'échantillon était varié en matière de lieu de vie : Ariège, Aveyron, Gers et Haute-Garonne y compris Toulouse. Il l'était également concernant le statut du médecin généraliste consulté : médecin habituel, nouvel installé, remplaçant ou interne.

Concernant les motifs de consultation, 12 personnes avaient consulté le médecin généraliste pour syndrome anxio-dépressif et 2 pour insomnie.

Le talon sociologique (Annexe 8) présente les caractéristiques détaillées de l'échantillon. Les entretiens A à G et X ont été réalisés par Déborah POU CET-MATHIEU ; les entretiens 1 à 7 ont été réalisés par Anaïs FREVILLE.

La durée des entretiens était comprise entre 12 et 32 minutes, la moyenne étant de 17 minutes.

Les résultats de la recherche sont présentés en cinq parties selon l'ordre chronologique du vécu de la consultation. Ils sont illustrés par les *verbatim* en gris dans le texte. L'organigramme ci-dessous schématise le plan afin de faciliter la lecture.



B) Attentes des personnes consultant pour syndrome anxio-dépressif ou insomnie

Nous avons pu mettre en évidence plusieurs attentes préalables à la consultation.

1) Attente d'une psychothérapie de soutien

De nombreuses personnes consultaient à la recherche d'un espace de parole. Pour beaucoup, il semblait essentiel de pouvoir s'exprimer « ma recherche à moi c'est de pouvoir en parler et de, de mettre des, comment vous dire, » (Entretien 3) comme pour se délester de leurs problèmes « J'avais besoin de poser mon colis quelque part, j'avais besoin de poser mon colis quelque part (ton amusé) » (Entretien 5). Certains attendaient de cet échange une forme de reconnaissance de leurs difficultés « et qu'on se rende compte que ça allait pas » (Entretien 4).

Le médecin, perçu comme une personne neutre, devait être en capacité de rassurer « il fallait qu'je sois rassurée » (Entretien B), de soutenir « il va m'aider » (Entretien D) ou encore d'encourager son patient « Donc il faut qu'elle me... qu'elle me remonte (fait un geste pour accompagner ses paroles) ou... voilà. » (Entretien C). Pour cela, une écoute attentive « j'avais juste besoin d'une oreille attentive ! Tout simplement. » (Entretien D) et une attitude bienveillante « et ne portait pas de jugement » (Entretien 1) étaient des capacités recherchées.

Enfin, certains souhaitaient une proposition de suivi psychologique par le médecin « et me dire oui si ça va pas mieux revenez nous voir, on pourra en rediscuter voilà » (Entretien 1).

2) Attente d'un avis médical

Le médecin était parfois consulté pour son expertise quant aux symptômes présentés. Certains attendaient un diagnostic « et que déjà ouais de trouver qu'est-ce que c'était » (Entretien 7). D'autres souhaitaient avoir des précisions quant à l'évolution de leurs symptômes « est-ce que j'vais continuer à dépérir, est-ce que je vais gérer la situation » (Entretien F) ou souhaitaient obtenir des conseils sur la prise en charge « Et ensuite euh... voir qu'est-ce qu'y pouvait m'conseiller par rapport... au sommeil. » (Entretien E).

3) Attente d'une solution thérapeutique

Le besoin d'obtenir une solution améliorant leurs symptômes était exprimé par plusieurs personnes « Ah d'aller mieux, bien sûr ! » (Entretien 7).

Cette solution devait être concrète « et on voudrait avoir des solutions bien concrètes » (Entretien E) et immédiate « Après on voudrait avoir les solutions euh avoir les solutions quand on sort. » (Entretien E) pour permettre un rétablissement si possible rapide « j'espère, moi j'aimerais que les choses aillent vite » (Entretien 5).

Même si elle n'était pas nommée explicitement, la prescription médicamenteuse semblait incarner cette solution pour certains « voilà à c'moment là c'était euh aussi c'que j'venais chercher ; pour avoir une réponse immédiate. [...] mais en tout cas j'avais envie d'avoir quelque chose pour répondre à c'moment-là immédiatement à mon problème de sommeil. » (Entretien E), alors que d'autres semblaient préférer une alternative « naturelle » « et de trouver une solution naturelle (insiste) pour que ça passe » (Entretien 7).

4) Attentes vis-à-vis du travail

Les symptômes semblaient avoir un retentissement important sur la vie des personnes, remettant en question leur capacité à travailler. Alors que certains attendaient du médecin une évaluation de leur aptitude « Non je... j'attendais à c'qu'on voie mon état et à c'qu'on juge déjà si j'étais apte ou pas à ... pour... à travailler ! » (Entretien A), d'autres, convaincues de ne pas pouvoir travailler, consultaient pour obtenir un arrêt de travail « c'était d'abord de... ne pas aller travailler. » (Entretien E).

Les participants avaient donc de multiples attentes qui ont influencé leur vécu de la consultation.

C) La non-prescription vécue comme une négociation

Lorsque le médecin et son patient n'avaient pas la même position concernant la prescription médicamenteuse, la consultation pouvait donner lieu à une forme de négociation. Celle-ci pouvait être consciente avec dans un cas un changement d'avis du patient ou dans l'autre la

modification de prise en charge du médecin qui souhaitait initialement réaliser une prescription. Cette négociation pouvait également être inconsciente.

1) Le patient change d'avis au cours de la consultation

Certaines personnes consultaient leur médecin dans l'espoir d'obtenir une prescription médicamenteuse « parce que, j'avais l'impression vraiment (ton appuyé) d'avoir, d'en avoir besoin quoi » (Entretien 2). Elles semblaient impatientes d'obtenir de l'aide en lien avec leur sentiment d'être dans une impasse « Parce que effectivement là j'étais dans une impasse » (Entretien E) et de ne pas pouvoir résoudre seules leurs problèmes « Euh... en fait je sentais...que je... ça pouvait plus toute seule... » (Entretien 2). La demande de prescription médicamenteuse était également expliquée par le sentiment d'une insuffisance de la prise en charge psychologique débutée avant la consultation « donc si vous voulez le côté un peu de parler, psychologique et tout ça, je l'avais déjà un peu » (Entretien 2).

L'attitude de non-prescription était argumentée par le médecin par des explications sur les modalités de traitement « pour pas prendre... parce qu'après le traitement c'est pendant 8 ou 9 mois... » (Entretien 2) et sur les effets secondaires parfois qualifiés de catastrophiques « mais voilà il m'a clairement expliqué qu'ce s'rait la catastrophe si... si j'prenais... des somnifères ! » (Entretien E). Les psychotropes, n'apportant pas de solution, étaient déconseillés ou jugés inutiles « Mais effectivement il m'a expliqué que... (Fait un bruit avec sa bouche) que ça servirait à rien ! » (Entretien E). Il arrivait au médecin de partager ses expériences en expliquant qu'il avait pu constater une amélioration pour certains patients grâce à de simples échanges en consultation « Ben en fait elle m'a dit que ça lui était déjà arrivé de juste... voilà en parlant avec les gens, que les gens se sentent mieux après, qu'ils aient pas besoin de traitement » (Entretien 2). Le médecin proposait alors de différer la prescription afin d'évaluer l'efficacité de la prise en charge non médicamenteuse « et euh... bon elle m'a laissé... elle m'a laissé quinze jours en fait avant de me donner un traitement pour voir si le fait d'avoir discuté avec elle, déjà ça allait mieux ou pas... » (Entretien 2). Le médecin pouvait parfois avouer son impuissance en expliquant que la cause des troubles n'était pas d'ordre médical « donc du coup euh... c'est vrai qu'y m'avait dit bon ben c'est votre planning qui est... en gros y m'disait j'peux rien faire pour vous pace'que c'est votre planning qui est vraiment euh... c'est vraiment n'importe quoi ! » (Entretien E).

L'argumentation du médecin donnait lieu à un changement de positionnement du patient concernant l'attente de prescription médicamenteuse. Les personnes déclaraient alors s'être rangées du côté de l'avis du médecin « bon j'ai laissé son avis à elle, qui est médecin... » (Entretien 2) et être d'accord avec sa décision « Là c'est pas l'cas ! (rigole) Mais en même temps euh je suis d'accord avec ça » (Entretien E). Une appropriation des arguments du médecin concernant les effets secondaires des psychotropes était parfois retrouvée « puisqu'à partir, à partir du moment où c'est un sommeil, des conditions d'endormissement et un sommeil euh... on va dire euh... artificiel 'fin (inspiration bruyante par la bouche) c'est pas un sommeil naturel euh du coup j'pense qu'effectivement c'est pas une bonne solution » (Entretien E). Cette appropriation pouvait être précédée d'une frustration « donc je me disais ben encore là j'aurais pas de solution » (Entretien 2) parfois manifestée par une écoute peu attentive immédiatement après le refus de prescription du médecin « Donc dans les cinq premières minutes euh bon j'l'écoutais mais en même temps comme je je... euh... » (Entretien E).

2) Le médecin ne fait pas la prescription qu'il souhaitait réaliser

A l'inverse, la consultation pouvait donner lieu à une négociation « remportée » par le patient. La personne consultait alors à la recherche d'une solution que le médecin pourrait lui proposer « Je me dis que peut-être il aurait une idée » (Entretien 6), mais elle refusait la prescription de psychotrope « je refuse les somnifères » (Entretien 6). Elle qualifiait son attitude de bornée « c'est voilà on appelle ça borné je crois en terme bien français (rigole) » (Entretien 6) l'expliquant par un blocage concernant la proposition de prescription médicamenteuse « et somnifère euh, voilà je bloque (rigole) ! » (Entretien 6).

Il pouvait arriver que le médecin n'ait pas d'autre proposition que la prescription de psychotrope « mais jusque-là bon y'a pas, à part le côté médicament y'a pas eu d'autre, d'autre proposition » (Entretien 6). Il justifiait celle-ci par le fait que la personne ne pourrait pas continuer à vivre avec ses symptômes « parce que vous allez pas pouvoir rester éternellement sans dormir correctement » (Entretien E). Cette attitude du médecin semblait parfois être assimilée à une forme de brutalité « un peu moins brute de décoffrage, j'suis toubib, j'te soigne j't'ausculte » (Entretien 1).

L'absence d'autre proposition du médecin pouvait conduire le patient à se sentir livré à lui-même « c'est à partir du moment où je ne veux pas ce qu'il me propose après je me débrouille quoi » (Entretien 6), voire même à ressentir une forme d'indifférence de la part de celui-ci « je vais pas dire qu'il s'en fout, je vais pas lui prêter de mauvais sentiments quand même, mais ça serait à la limite (rigole) » (Entretien 6).

Le médecin pouvait également être perçu comme impuissant face au refus de prescription médicamenteuse du patient « c'est un peu ça bon « elle veut pas ce que je lui donne, bon qu'est-ce que je peux faire ? » c'est un peu ça que je ressens oui effectivement » (Entretien 6). On retrouvait alors une forme d'indulgence « j'ai, je 'fin si vous voulez je le culpabilise pas puisque c'est moi qui veux pas faire ce qu'il veut » (Entretien 6) voire de compassion envers les médecins « bon c'est vrai que je les plains un peu aussi (rigole) ! » (Entretien 6). L'attitude du patient consistait alors à ne plus aborder ses troubles avec le médecin « et donc c'est... ça explique peut-être que mon histoire de sommeil... (Fait un bruit avec sa bouche) je lui en parle plus ! » (Entretien 6).

3) La négociation inconsciente

En marge de la négociation consciente que nous venons d'exposer, il existait une forme inconsciente de modification du point de vue des patients.

Alors que la personne souhaitait un médicament au point de le demander à son médecin, elle nous affirmait lors de l'entretien et après avoir vécu cette expérience de non-prescription, ne pas en vouloir. Ce changement de position inconscient a donné lieu à un certain paradoxe lors des entretiens « J'en ai parlé à mon médecin traitant [...] Ben toute façon il a pas refusé puisque j'en veux pas. » (Entretien G).

4) Facteurs influençant la position du patient sur la prescription

Les participants avaient des représentations sur les traitements psychotropes influençant la négociation avec le médecin. Ils exprimaient une certaine méfiance envers les médicaments de manière générale « Et... donc effectivement je je... j'ai tendance de toute façon à être un peu... euh... méfiante entre guillemets des des mé... des médicaments » (Entretien E). Certains étaient partagés entre le sentiment d'avoir besoin d'un traitement et la peur d'en consommer

un « donc à la fois je sentais que j'en avais besoin mais d'un autre côté ça me faisait peur » (Entretien 2). Les principales représentations sur les psychotropes concernaient les possibles effets secondaires avec la crainte d'une accoutumance « ou on s'y habitue... » (Entretien 2), de troubles mnésiques « donc euh du coup euh... celui-là j' pense que effectivement y m'aurait pas convenu parce que déjà par rapport aux troubles du sommeil j'peux avoir des il me semble que j'ai des pertes de mémoire ! » (Entretien E) et de modification du comportement « parce que je voulais pas... 'fin on a des idées reçues comme quoi... ça ensuque » (Entretien 2). Malgré cette crainte des psychotropes, certains participants imaginaient pouvoir en consommer sur une courte période afin de résoudre leurs problèmes « Euh moi j'ai tendance, (se reprend) j'avais tendance à penser que pour quelques jours euh pourquoi pas » (Entretien E).

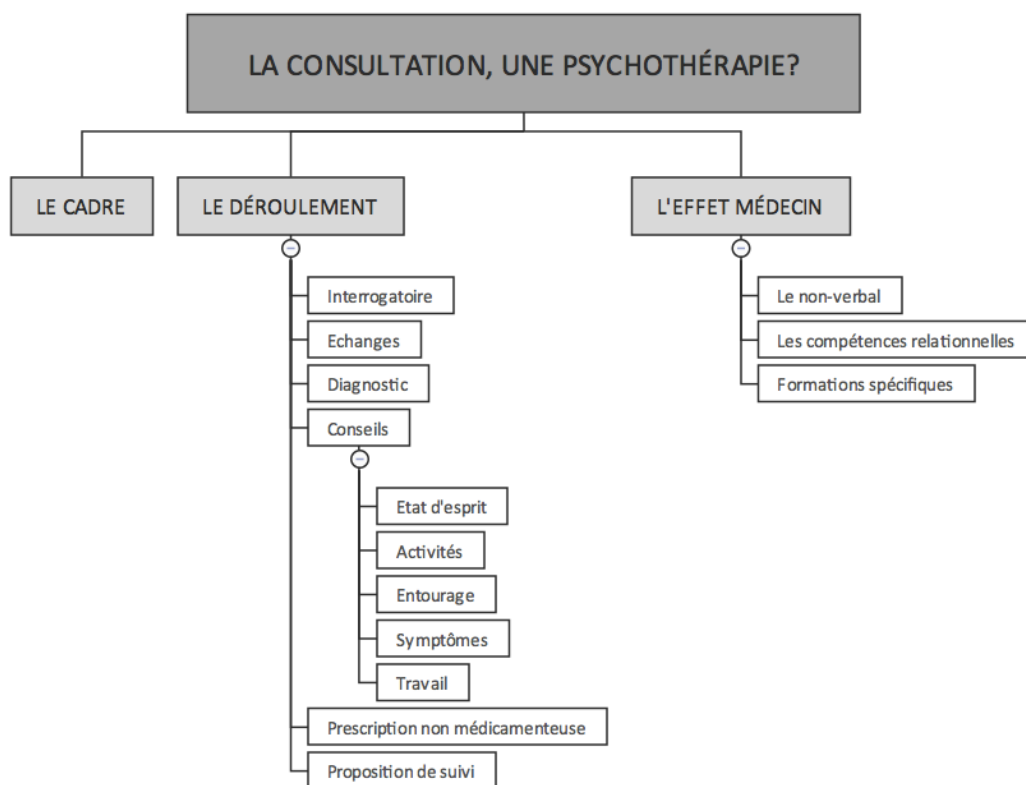
L'entourage jouait également un rôle important dans la négociation avec le médecin en influençant la position de la personne par rapport aux psychotropes. Ainsi, les proches étaient souvent consultés afin de recueillir leurs avis sur ces molécules « Mais euh... mais j'ai jugé, 'fin j'ai parlé ... j'en ai parlé à ma famille et tout ça parce que c'était pas obligatoire » (Entretien A). Deux postures étaient alors retrouvées. Certains encourageaient à se passer de psychotrope « D'ailleurs j'en ai parlé avec ma belle-fille, elle m'a dit « continuez comme ça (prénom) c'est très bien ! » » (Entretien G). D'autres, au contraire, poussaient à la consommation en conseillant de demander une prescription au médecin « Ah oui, oui, oui, oui. C'est « demande au médecin euh, à ton médecin qui te donne quelque chose euh pour t'aider. » (Entretien G), en exprimant leur désaccord sur le refus de traitement « Ah non, ça rouspète, ça rouspète ! » (Entretien G) voire même en proposant un médicament « 'fin si je sais que ma belle-mère qui est psychologue m'avait proposé aussi de prendre du Lexomil ou je sais pas quoi... » (Entretien 4). Les effets de la consommation de psychotropes sur l'entourage pouvaient également influencer de manière indirecte les représentations « J'sais pas moi j'ai vu mon frère bon il était quand même... (...) Comment ? Abattu, je n'sais on voyait qu'il n'y était pas quoi, même au regard etc. mais il était pff » (Entretien G).

Il existait par ailleurs des représentations sur la prise en charge avec la conviction que chacun devait trouver la solution à ses problèmes « Bon après les solutions c'est un peu à soi à s'les trouver aussi ! » (Entretien E).

D) La consultation : une séance de psychothérapie ?

Les discours recueillis mettent en évidence le caractère original de la consultation du médecin généraliste pour syndrome anxio-dépressif ou insomnie. Elle est décrite comme inhabituelle « ça ressemblait pas à une consultation médicale... d'un généraliste classique quoi. » (Entretien F), parfois comparée à une psychanalyse « c'est... c'est côté... peut être plus p..., finalement euh, psychanalyste que... pour le coup que... que med'cin finalement » (Entretien F) ou tout du moins assimilée à une séance de psychothérapie « Donc euh, ça allait mieux après la deuxième séance. » (Entretien D).

Plusieurs éléments semblent contribuer à ce vécu particulier ; certains liés au cadre et au déroulement de la consultation d'autres liés à l'attitude du médecin.



1) Le cadre

Plusieurs éléments inhabituels à une consultation de médecine générale classique ont été remarqués. Ainsi, le déroulement de la consultation en face à face « On est resté assis en face à face comme ça..., » (Entretien F), sa longueur « donc j'pense [...] en fait elle a passé euh...,

j'pense que la consultation a dû durer quand même un p'tit moment, j'dirais dans les 45 minutes » (Entretien F) ou encore l'absence d'examen clinique « y'a pas eu euh..., elle m'a pas ausculté en fait ! » (Entretien F) ont pu participer au sentiment de vivre une séance de psychothérapie. Par ailleurs, la confidentialité permise par le secret médical paraissait un préalable important à l'expression de la personne « on est entre quatre murs, ce n'est pas censé sortir du cabinet. » (Entretien A).

2) Le déroulement de la consultation

Différentes étapes de la consultation paraissaient bénéfiques.

Tout d'abord, l'interrogatoire semblait renforcer la relation médecin-malade. Il était perçu par certains comme un moyen permettant au médecin de mieux analyser leur situation « avant de commencer à poser euh quelques questions, essayer d'comprendre » (Entretien F). Pour d'autres, il semblait signifier un intérêt particulier de celui-ci pour ce qu'ils vivaient « le fait qu'elle s'intéresse » (Entretien 2), comme une forme de considération « et prise au sérieux dans ce qui me met mal ». (Entretien 4) voire de reconnaissance « et reconnue... euh... oui par un système » (Entretien 4). Cette préoccupation envers le patient avait un effet rassurant « donc je me suis sentie rassurée dans le sens où je sentais qu'elle allait s'occuper de moi » (Entretien 2).

Après avoir été entendues, les personnes interrogées étaient satisfaites de pouvoir échanger et parfois vivre un partage d'expérience avec le médecin « elle m'a parlé aussi de ses propres expériences » (Entretien 2). Cela pouvait alors donner l'impression à la personne de ne pas être seule à se confier « y'a pas que moi qui racontait ma vie... voilà. » (Entretien 2).

Les échanges entre le médecin et le patient pouvaient ensuite aboutir à l'annonce d'un diagnostic « Elle m'a dit que j'faisais un... un burn out » (Entretien D). Des explications sur les symptômes étaient ensuite fournies dans un but de réassurance « Oui elle m'a expliqué aussi que c'était nécessaire parfois de craquer [...] parce que c'était qu'on atteignait les limites quoi... [...] c'est voilà c'était pour prendre soin de soi » (Entretien 5).

Après avoir annoncé le diagnostic, le médecin délivrait de multiples conseils. Ils étaient perçus comme une alternative satisfaisante à l'absence de prescription médicamenteuse « puisque

les somnifères c'est pas possible donc euh du coup il m'a conseillé d'autres choses. » (Entretien E).

Le médecin pouvait conseiller à la personne d'accepter les émotions identifiées préalablement lors de l'échange « Ben elle m'dit ben voilà maintenant il faut... ben faut accepter cette tristesse » (Entretien F). Ensuite, tel un coach, il encourageait la personne à s'en sortir « Il me dit « écoutez, vous êtes courageuse, vous avez d'la volonté, faut y arriver. » (Entretien G), lui indiquant les changements d'état d'esprit à adopter.

Il conseillait alors à la personne de prendre soin d'elle « c'était vraiment prendre soin d'moi quoi ! » (Entretien D) en se reposant « il faut vous reposer » (Entretien 3) et en s'occupant « C'est là ou euh... mon médecin m'a proposé euh... m'a dit qui fallait pas qu'je reste enfermé chez moi dans c't'appartement et qui fallait qu'je sorte. » (Entretien A). Ainsi des activités personnelles étaient recommandées telle la lecture, la pratique d'une activité physique comme la marche « donc euh... je sais... je me rappelle que d'une chose c'est que... elle m'a dit d'aller marcher ! d'essayer d'aller marcher, de m'aérer d'essayer d'aller marcher. » (Entretien 5), ou encore la sophrologie « Même si l'Dr X. m'a... m'a parlé d'la sophro... » (Entretien E). L'objectif était de prendre du recul sur la situation vécue « s'a... s'aérer la tête pas penser qu'à ça » (Entretien E), de se détendre et de se ressourcer.

Le médecin conseillait aussi de se rapprocher de l'entourage, s'il y en avait un, pour apporter une aide supplémentaire « Puis elle m'a dit aussi que mes proches pouvaient m'aider » (Entretien D) et limiter l'isolement et le mal être « pour ensuite me... me... me... me dire de ne pas rester tout seul ! Pour ne pas justement me renfermer et euh (inspir) et donc euh vivre encore euh encore plus mal euh cette situation ! » (Entretien A).

Par ailleurs, des conseils visant à limiter les symptômes étaient parfois prodigués. Il pouvait s'agir de conseils « pour euh dormir » (Entretien B) ou concernant les prises alimentaires afin de limiter l'amaigrissement « le peu qu'je mangeais, essayer de manger quequ'chose de consistant, nourrissant pour euh... pour ne serait-ce limiter la perte de poids quoi » (Entretien F).

Le travail était également souvent abordé. Le médecin conseillait à certains de les soustraire de leur environnement professionnel « de, de m'extraire du travail, c'était une nécessité

quoi » (5) pour leur permettre de se reposer « Pour recharger les batteries pour repartir... » (Entretien 4), de prendre du recul « pour prendre du recul sur la situation » (Entretien 4) et de bénéficier d'une aide « me faire aider à l'extérieur, » (Entretien 4). Pour d'autres, le médecin préconisait la poursuite du travail « elle m'a dit que vu le style de femme que j'étais euh... Il était peut-être mieux de... de continuer à travailler... » (Entretien 3) ou une réorientation « Voilà. Elle m'a dit juste si vous pouvez changer de boulot euh... fin voilà » (Entretien C). Il pouvait être recommandé « D'aller voir le médecin du travail aussi... » (Entretien 5).

Le médecin a parfois concrétisé ses conseils par des « prescriptions non médicamenteuses » telles la délivrance d'un arrêt de travail « Oui, oui elle m'a prescrit un arrêt d'travail qui a duré euh euh deux semaines » (Entretien D) ou de contacts de psychologues « Alors euh des psychologues en fait tout simplement. Elle m'en a donné deux. » (Entretien D). Dans de rares cas des examens complémentaires étaient prescrits « c'était l'interne euh... qui du coup elle m'a prescrit une prise de sang » (Entretien E) « et il m'avait marqué un contrôle du sommeil pour voir si je faisais des apnées » (Entretien 6).

Enfin, plusieurs ont retenu la précision de disponibilité future du médecin en cas de nécessité « Euh voilà, on a aussi discuté du fait... elle m'a répété qu'elle était là si j'avais besoin de discuter » (Entretien 4) et apprécié l'instauration d'un suivi « C'est ça qui est bien. Y'a un suivi, y'a, elle veut voir vraiment, comment j'évolue. Et ça c'est bien ! » (Entretien D). Il avait pour but de poursuivre la discussion grâce à des consultations dédiées plus longues « voilà on avait prévu un rendez-vous pour la prochaine fois de plus long, pour qu'on ait le temps de discuter de ça... » (Entretien 2), mais aussi de réévaluer les symptômes et l'indication d'un traitement médicamenteux « Et qu'après on s'reverrait pour voir si (insiste sur ce mot) y'avait besoin d'médicament ou d'quelque chose » (Entretien D).

3) Le médecin et son effet

Au-delà du cadre et du déroulement de la consultation, le médecin, lui-même, semble avoir eu un véritable effet thérapeutique « et ça allait mieux grâce à elle ! (rigole) Voilà ! » (Entretien D).

a) Le non-verbal

Certaines personnes ont été sensibles à des aspects non verbaux de l'attitude du médecin « elle est très douce euh... oui quelqu'un de très doux, de très calme, très posé, » (Entretien 1) contribuant à renvoyer une image positive de ce dernier « elle m'a fait déjà une bonne impression » (Entretien 3). Certaines caractéristiques ont été détaillées. Ainsi, le ton de la voix ou encore l'expression faciale comme un sourire ont pu avoir un effet rassurant « Tout en ayant une petite voix douce euh agréable qui faisait que j'me sentais rassuré » (Entretien A). Ces éléments semblent présager une relation de bonne qualité.

b) Les compétences relationnelles

Par ailleurs, les capacités relationnelles et de communication du médecin ont été appréciées « Puis ce truc qui... voilà... le mot où il faut, le mot quand il faut, le... j'ai bien aimé ». (Entretien 3) et ont semblées bénéfiques.

Un accueil de qualité par le médecin a permis d'établir une relation de confiance avec le patient, lui permettant ainsi de se dévoiler. « Et là le fait... le fait que ça soit euh avec euh justement d'la politesse, d'la courtoisie c'est beaucoup plus agréable, on s'assoit, on est un peu plus confiant [...] on commence à parler d'un sujet... qui en ouvre un autre et qui enfin on arrive à s'débloquer. » (Entretien A).

La compétence appréciée par la quasi-totalité des participants était l'écoute du médecin « mais par contre (ton appuyé) ce que j'ai retenu d'elle et ça j'ai trouvé euh super c'est qu'elle était à l'écoute » (Entretien 3). Associée à la disponibilité « c'est surtout voilà le fait qu'elle prenne le temps » (Entretien 2), à la neutralité et à la bienveillance de ce dernier « je me suis sentie oui pas jugée » (Entretien 1), elle a permis la création d'un espace de parole libérateur « c'est vrai que quand on va voir son médecin c'est un peu... c'est un peu comme le coiffeur (rire) pour certains, c'est un confident » (Entretien 1). L'expression de la situation par le patient lui permettait à la fois de se soulager auprès d'une personne neutre et extérieure « Ça m'a permis de... aussi euh pouvoir exprimer tout en ayant un avis [...] euh extérieur » (Entretien F) mais aussi de prendre du recul sur sa situation. Une réflexion voire une introspection ont pu être enclenchées pour certains permettant ainsi l'émergence de solutions personnelles « Parce que je trouvais très enrichissant et hum....ça m'a apporté

beaucoup d'réflexion de parler à une personne avec un point de vue un peu extérieur... de la situation et un point de vue extérieur de mon environnement. » (Entretien A).

Les avis divergeaient quant à savoir si ce rôle d'écoute relevait du médecin généraliste. Certains la considéraient comme faisant partie intégrante de la profession « et... elle est là pour m'écouter » (Entretien D), «... non... donc elle est dans une attitude... ben... elle fait son travail » (Entretien 4) et la comparait même à une véritable prescription « Donc je pense que sa... sa première prescription c'est l'écoute (amusée) quoi entre guillemets. » (Entretien C). En revanche, d'autres ne partageaient pas cet avis « après c'est p't'être pas son boulot aussi d'écouter les gens » (Entretien 7) et ont pu être surpris par cette attitude « C'était un peu ouais le côté surprise, c'était un peu ça quoi en fait, c'est... c'côté... peut être plus p..., finalement euh, psychanalyste que... pour le coup que... que med'cin finalement » (Entretien F).

c) Formations spécifiques

Au-delà de ces compétences personnelles, certains médecins généralistes consultés semblaient formés à des techniques psychothérapeutiques. Une personne s'est vu proposer la réalisation de tâches comme la rédaction d'un agenda du sommeil et une autre a expérimenté l'hypnose.

Tous ces éléments ont contribué à créer une relation de qualité avec le médecin. Outre la satisfaction de la plupart des attentes des participants « Donc là elle... elle m'a écouté, elle m'a parlé, elle m'a conseillé ça allait très bien il m'en fallait pas plus quoi ! » (Entretien D), cette relation semble avoir eu un véritable bénéfice thérapeutique se traduisant par un changement d'état « Euh... Oh oui, j'pense que je suis sortie de là j'étais euh... (Réfléchit) j'étais apaisée évidemment. » (Entretien B) « J'avais un poids en moins (68) [...] et quand je suis sortie j'avais un poids en moins » (Entretien D).

E) Ressentis de la non-prescription

1) Positif

De nombreuses personnes se disaient satisfaites de l'absence de prescription médicamenteuse « J'étais ravie. » (Entretien D) « Non puis je suis... contente (ton appuyé) de ne pas... prendre ce genre de médicaments ». (Entretien G).

Cette situation remportait l'adhésion de certains « Mais en même temps euh je suis d'accord avec ça. » (Entretien E) les amenant à la qualifier d'adaptée « et... j pense que voilà, j'trouvais qu'c'était très adapté de pas... de pas donner d'médicament » (Entretien F).

L'expérience de non-prescription pouvait même être vécue avec une certaine fierté « Je gère toute seule ! (avec fierté) » (Entretien G) « y'a p't'être un syndrome dépressif peut-être derrière, mais (ton appuyé) je ne prends aucun médicament (Entretien 3) pouvant amener à l'expression d'une gratitude envers le médecin « et oui aujourd'hui euh je la remercie parce que euh.... Parce que j'ai pas eu besoin d'avoir des médicaments à prendre pour euh pour maintenant euh faire mes nuits correctement euh à cause de ma séparation. Voilà c'qui pour moi, c'qui pour moi était essentiel euh à la consultation que j'ai effectuée avec mon docteur. » (Entretien A).

2) Négatif

Les ressentis négatifs étaient quant à eux moins clairement affirmés. La déception était malgré tout perceptible « Dans les cinq premières minutes euh... bon. J'étais un peu... on va dire j'étais un peu... j'sais pas si c'est déçue (insiste bien sur ce mot) » (Entretien E) avec parfois une forme de regret « et je me suis dit il va encore falloir attendre... » (Entretien 2) pouvant même aller jusqu'à la frustration « voilà... mais après ce p'tit côté frustrée de repartir sans solution euh... un peu immédiate quoi si vous voulez... » (Entretien 2). En effet, il semblait qu'un besoin ne soit pas satisfait « Oui, oui, oui. ... avoir besoin de... De quelque chose (fait un geste avec ses poings et rigole) » (Entretien C).

Enfin, le sentiment d'absence d'aide ou de solution « enfin, voilà, j'aurai pas d'aide... » (Entretien 2) « donc je me disais ben encore là j'aurai pas de solution » (Entretien 2) donnait

lieu à une forme de pessimisme « euh... ça va pas se régler... » (Entretien 2) « je vais pas mieux dormir... » (Entretien 2) assimilant l'expérience de non-prescription à une véritable épreuve « mais finalement j'ai survécu aux quinze jours » (Entretien 2).

Le ressenti des patients face à la non-prescription ne se résumait pas à la dichotomie des ressentis positifs et négatifs. En effet, certains discours semblent plus neutres soulignant une absence d'étonnement « et non ça ne m'a pas surpris » (Entretien 4) ou de reproche à l'encontre du médecin « Alors c'est vrai que, je peux rien dire contre le médecin par rapport à une non-prescription médicale, puisque la seule petite chose qu'y me proposerait c'est moi qui la veux pas ! » (Entretien 6).

Pour certains, l'absence de prescription pouvait donner lieu à une forme de perplexité « donc euh après je sais pas si c'est un manque à la consultation » (Entretien E). Pour d'autres, il en résultait un renforcement de leur conviction initiale de l'absence de nécessité de traitement médicamenteux « 'fin justement elle m'en a pas proposé surtout (ton exclamatif) voilà, » (Entretien 4).

Enfin cette expérience pouvait provoquer la surprise voire l'étonnement « Ben je me suis dit, c'est quand même étonnant, c'est la première fois que je sors de chez un médecin où j'ai pas de cachet ! » (Entretien 3) la rendant mémorable « oui je m'en souviens, oui parce que je n'ai pas, elle ne m'a pas prescrit de médicament » (Entretien 3).

F) Les éléments pouvant améliorer le vécu

1) Absence d'élément retrouvé

Dans la plupart des cas, les personnes étaient satisfaites du déroulement de la consultation et ne parvenaient pas à retrouver d'éléments qui auraient pu améliorer leur vécu « Euh (cherche)... je sais pas (rigole puis blanc) ... honnêtement je sais pas... » (Entretien 4).

2) Conduites à favoriser

Les participants ont souligné certains éléments leur paraissant primordiaux. Il s'agissait principalement de compétences ou d'attitude du médecin. La qualité d'écoute et le temps qui

lui est consacré ont été exprimés par de nombreux participants « Pour améliorer une consultation ? (Réfléchi un peu) Ben j'pense que... j'pense que pour améliorer les consultations il faudrait peut-être que... certains médecins soient un peu plus à l'écoute des patients » (Entretien A). Les compétences psychologiques « mais c'est vrai que un petit côté psychologique chez le médecin traitant, parfois... euh... ça serait un plus » (Entretien 1) et relationnelles des médecins étaient cités comme pouvant améliorer le vécu de la non-prescription « mais c'est un travail qui je pense y'a besoin qu'y ait un certain relationnel dedans » (Entretien A). Ainsi, les personnes insistaient sur la qualité de l'accueil du médecin « Je pense que oui voilà euh... déjà de dire bonjour, de la courtoisie, de la politesse, ça... déjà ça donne envie à la personne de ... de parler » (Entretien A) et sur la création d'un espace de parole « et en fait des fois le fait de parler ça, ça libère plein de choses » (Entretien 3). Dans le cas où celui-ci était limité, il semble important de proposer une psychothérapie « Mais pour moi ouais je pense que ça aurait été bien d'aller voir un psy à côté quand même... pour parler » (Entretien 7). L'importance de la réassurance, de la délivrance d'explications sur leur pathologie et de conseils a également été soulignée « le temps à prendre de donner des bons conseils déjà avant d'prendre un médicament donner des bons conseils » (Entretien A).

Outre ces éléments de compétence et d'attitude, des caractéristiques de la relation médecin-patient ont également été mises en avant. Il s'agissait de l'implication du médecin dans leur prise en charge, avec la mise en place d'un suivi « Donc voilà, ce qui pourrait améliorer ce serait de la revoir... Oui, oui, oui » (Entretien 3). Le rappel de la notion du secret médical semble renforcer la confiance ressentie envers leur médecin « Ca ça m'paraît essentiel oui (très affirmé). Parce qu'y a des personnes qui justement euh ont besoin de ça, ont besoin du secret médical [...] quand c'est des affaires délicates et c'est très très important je pense. Oui de le préciser » (Entretien A).

3) Conduites à éviter

Hormis ces éléments pouvant améliorer le vécu de la non-prescription, nous avons également relevé des éléments à éviter. Il s'agissait principalement de l'absence de proposition de suivi assimilé à un abandon « 'fin j'me suis pas sentie..., quand quand j'vois mon med'cin qui m'dit « bon ben j'vous mets en arrêt deux semaines et puis voilà » euh j'me sens un p'tit peu abandonnée on va dire c'est ... » « j'vous mets en arrêt pendant deux semaines vous vous

débrouillez et puis advienne que pourra ! » » (Entretien D). A l'inverse, le médecin doit savoir ne pas être trop présent « pace'que ... Après euh...avoir une personne qui écoute c'est bien mais euh faut pas non plus qu'y ait... qu'elle soit trop présente qu'... voilà qu'... ça m'gêne au bout d'un moment » (Entretien 2) et ne pas proposer un suivi trop rapproché « Pace'qu'après avoir tous les deux jours des rendez-vous pour savoir pour ça pour ça moi c... moi ça m'aurait pas... non (grimace) j'aurais pas pu ! » (Entretien 2).

DISCUSSION

A) A propos de l'étude

1) Forces

Les psychotropes et leur prescription sont des sujets d'actualité, préoccupant les autorités sanitaires depuis plusieurs années. Les médecins sont incités à déprescrire (14) ou à ne pas introduire ces molécules. Ce travail apporte un regard nouveau en donnant la parole aux patients ayant vécu une situation de non-prescription. Nous nous sommes attachées à recruter des personnes ayant réellement vécu cette situation ce qui confère son originalité à cette étude.

La méthode qualitative nous a permis d'obtenir une grande variété d'opinion sur la question.

Pour cela, nous avons diversifié les moyens de recrutement et avons cherché à obtenir un échantillon varié en termes d'âge, de sexe et de lieu de vie.

Une autre force de ce travail réside dans le caractère rétrospectif du recrutement. Cela nous a permis d'éviter les modifications de comportement du médecin lors de la consultation sans prescription.

2) Limites

a) Modalité d'interruption de l'étude

L'étude a dû être interrompue après le quatorzième entretien pour des raisons matérielles rendant incertaine la saturation des données. Nous avons effectivement rencontré une difficulté de recrutement pouvant s'expliquer par plusieurs facteurs.

Tout d'abord le caractère rétrospectif a pu limiter le recrutement, les médecins ne se rappelant pas toujours de consultations se terminant sans prescription médicamenteuse.

Par ailleurs, la non-prescription médicamenteuse semble peu répandue. En effet, plusieurs médecins contactés nous ont répondu terminer leurs consultations par la délivrance d'une

ordonnance. Selon l'étude du Dr Ouhayoun réalisée en Midi-Pyrénées en 2015, ils sont 93% à déclarer avoir l'habitude de prescrire une benzodiazépine ou apparenté à la fin d'une consultation pour insomnie. Seuls 2,8% déclarent avoir l'habitude de ne prescrire aucun médicament (21). A propos de la prise en charge de la dépression, la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) indique que « le traitement médicamenteux [...] choisi par plus de huit médecins sur dix, reste le principal outil de prise en charge. » (22). Au niveau national, toutes indications confondues, l'étude menée par cet organisme en 2005 confirme que seules « 14% des consultations observées correspondent à un examen médical sans réalisation d'acte ni prescription » (23).

Nous avons également eu des refus de participation à l'étude ; le médecin jugeant le patient trop fragile ou les patients ne souhaitant pas s'exprimer sur leur pathologie.

b) Caractéristiques de l'échantillon

- Age des participants

Malgré notre demande explicite aux médecins, nous n'avons pas réussi à recruter de personnes âgées de plus de 70 ans. Ce constat nous a interrogées sur les raisons de cette difficulté. Nous avons retrouvé plusieurs éléments pouvant l'expliquer.

Les prescriptions médicamenteuses sont plus importantes chez les personnes âgées et celles suivies régulièrement par leur médecin généraliste (23). Par ailleurs, l'enquête de Ohayon et al. estime que 32,8% des personnes de 75 ans et plus consomment un ou plusieurs psychotropes (24).

De plus, la prévalence de la dépression est plus faible chez les 65 ans et plus que chez les 35-64 ans (25).

De même, le recours des personnes âgées à leur médecin généraliste pour troubles psychologiques ou psychiatriques est moins fréquent que celui des plus jeunes (23).

- Sexe des participants

Sur les 14 personnes interrogées seuls 3 étaient des hommes. Cette faible proportion peut s'expliquer par la prévalence des troubles plus faible que chez les femmes (25). En effet,

concernant la prévalence de la dépression, il existe un rapport de 1,5 à 2 entre les hommes et les femmes. Il en est de même pour ce qui est du recours au soin puisque 64% des consultants en médecine générale pour motif psychologique ou psychiatrique sont des femmes (23). Cependant, la consommation de psychotropes, plus importante chez les femmes, n'explique pas cette difficulté de recrutement aux dépens des hommes (9).

c) Interférence des symptômes lors de l'entretien

Les entretiens ont parfois été de réalisation difficile du fait de symptômes dépressifs encore prégnants. Ainsi, des troubles mnésiques ou attentionnels, un ralentissement psychomoteur ou encore une tristesse importante avec des pleurs nous ont parfois décontenancés et ont pu limiter le recueil de données.

B) A propos de nos résultats

1) Le médecin généraliste, un psychothérapeute ?

Alors que l'objectif principal de cette étude était d'explorer le ressenti de la non-prescription par les patients, ceux-ci se sont principalement attachés à exprimer leur vécu de la prise en charge. Ainsi, la prescription médicamenteuse ne paraissait pas aussi importante à leurs yeux que le soutien apporté par le médecin.

Notre travail met en lumière « l'effet médecin » décrit par Balint (26) et l'importance de l'interaction entre médecin et patient que Mc Whinney a décrit comme un pacte ayant ses propres effets (27).

Les consultations ont permis un apaisement contribuant à un mieux-être. Les participants ont eu le sentiment d'être déculpabilisés comme libérés d'un poids. Ils se sont sentis accompagnés, soutenus mais aussi reconnus dans leurs difficultés. Cette rencontre décrite comme enrichissante a été à l'origine d'une introspection, d'une prise de conscience et d'un changement d'état d'esprit pouvant aboutir à l'émergence de solutions.

Ces effets ont été permis par des attitudes du médecin, considérées comme positives. Parmi ces attitudes, les éléments non-verbaux tiennent une place importante dans la relation médecin-patient (28). Il peut s'agir du sourire et du ton de la voix, qui ont été retrouvés dans

notre étude, mais également du contact visuel établi, du toucher, des gestes et des postures adoptés, de la distance interpersonnelle perçue, de l'habillement du médecin et des caractéristiques du cabinet médical.

Certains auteurs ont prouvé que les compétences relationnelles telles que « l'empathie, la réassurance, l'attention portée au patient, l'écoute active, l'explication, l'encouragement, l'attitude chaleureuse et authentique, etc. » confèrent à la relation un caractère thérapeutique (29). En outre, l'analyse de la situation par le médecin et les échanges avec ce dernier ont pu renforcer cet « effet médecin ».

Ainsi, certains participants semblaient assimiler leur médecin à un psychothérapeute, comparant la consultation à une séance de psychothérapie ou à une psychanalyse.

Cette comparaison interroge sur plusieurs points.

- Quelles sont les compétences d'un thérapeute et les caractéristiques d'une psychothérapie ?

Tout d'abord qu'est-ce qu'une psychothérapie ? Le collège des Enseignants de Psychiatrie, a retenu la définition de Laplanche et Pontalis selon laquelle la psychothérapie est une « méthode de traitement des désordres psychiques ou corporels utilisant des moyens psychologiques et, d'une manière plus précise, la relation du thérapeute et du malade. » (30).

Il existe un nombre important de psychothérapies à l'heure actuelle. Chaque courant aborde le fonctionnement du psychisme et donc le traitement du trouble sous un angle différent. Toutefois, elles possèdent des éléments communs fondamentaux. Selon le Pr Schmitt, elles comportent toutes un cadre et un processus (31). Par ailleurs, la relation, dans ses différentes composantes (alliance thérapeutique, empathie, écoute, soutien...), est primordiale.

L'objectif d'une psychothérapie est d'apaiser les souffrances du patient en lui permettant d'instaurer une réflexion sur lui-même et de lui permettre une meilleure compréhension de son fonctionnement et de son comportement (31).

Pour être reconnue comme psychothérapie, une méthode d'intervention psychologique doit être fondée sur une méthode scientifique reconnue, reposer sur des techniques codifiées, ses

indications doivent être clairement établies et ses effets évaluables, enfin elle doit être pratiquée par des intervenants formés et compétents (30).

Nous allons maintenant aborder les compétences du psychothérapeute. C'est un professionnel formé à une technique spécifique et scientifiquement reconnue. Il est important qu'il sache développer une alliance thérapeutique avec son patient puisque elle est considérée comme le facteur prédictif le plus puissant du succès thérapeutique (32). Il se doit d'être authentique dans son intention de soigner le patient et d'adopter une attitude bienveillante envers celui-ci. Il sait réfléchir et élaborer une stratégie de soin tout en faisant preuve de flexibilité et de capacités d'adaptation. Il est également important que le psychothérapeute sache s'interroger sur lui-même et participer à des supervisions (31).

- Quelles sont les compétences d'un médecin généraliste ?

La perception du médecin comme un psychothérapeute par les patients vient également interroger la définition de leur rôle telle que décrite par la profession.

La World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners (WONCA) explique que la médecine générale « couvre un vaste champ d'activités déterminées par les demandes et les besoins des patients ». Parmi les caractéristiques de la discipline qu'elle met en avant, nous retenons en lien avec notre travail, la notion de premier recours, le rôle de coordination des soins, l'approche centrée sur la personne dans toutes ses dimensions, l'élaboration d'une relation durable, ainsi que la réponse aux problèmes de santé dans leurs dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle (33).

Elle précise par ailleurs, que les capacités de communication du médecin déterminent l'établissement du caractère thérapeutique de la relation (33).

Le référentiel métier et compétences mentionne que le médecin généraliste doit savoir prendre en charge un épisode dépressif en développant une alliance thérapeutique avec le patient, en planifiant un suivi rapproché pour entretien et réévaluation, en précisant sa disponibilité et en collaborant avec d'autres professionnels de la santé mentale dans une perspective d'avis ponctuel ou de co-thérapie coordonnée durable (34).

- Place des psychothérapies et recours aux psychiatres dans les recommandations

Les psychothérapies occupent une place dans toutes les recommandations concernant la prise en charge des épisodes dépressifs, de l'anxiété et de l'insomnie (35)(36)(37). Elles sont même indiquées en première intention dans l'épisode dépressif léger.

Le recours au psychiatre est recommandé en cas de terrain médico-social le nécessitant, d'impossibilité d'établir une alliance thérapeutique ou de réponse insuffisante au traitement.

- Comment se positionner face à cette attente ?

Les résultats de notre étude, les recommandations et le référentiel métier et compétences s'accordent à reconnaître aux médecins généralistes une fonction thérapeutique. Celle-ci passe par la réalisation « d'entretiens » qui restent encore à définir tant dans leurs cadres que dans leurs processus.

Ces « entretiens » doivent-ils relever des techniques spécifiques de psychothérapie telles qu'elles sont définies par les professionnels de la santé mentale ?

Dès lors, réalisons-nous une psychothérapie de « bon sens » faisant appel à un savoir être propre à chacun plutôt qu'à un apprentissage spécifique (38) ?

Les participants à notre étude ont exprimé leur satisfaction et semblent avoir ressenti un bénéfice thérapeutique. Les compétences actuelles des médecins répondent-elles d'ores et déjà aux critères de la psychothérapie ? Une étude qualitative confirme une pratique psychothérapeutique spécifique aux médecins généralistes (39). Celle-ci ne peut cependant pas être assimilée à une technique déjà établie.

Le référentiel métier et compétences des médecins généralistes nous incite à travailler en « co-thérapie » avec les autres professionnels de la santé mentale. Comment devons-nous organiser cette collaboration ? Les organisations sanitaires se sont penchées sur cette question qu'elles considèrent comme un des enjeux d'amélioration des pratiques, en particulier dans la dépression (40). Des préconisations sont actuellement en cours d'élaboration pour promouvoir une meilleure coordination entre les professionnels. Les médecins généralistes et les psychiatres se sont déjà réunis à ce sujet pour rédiger une charte

de partenariat (41). Il existe, d'ores et déjà, des recommandations concernant la communication par courrier (42).

La mise en place d'une « co-thérapie » nous confronte également à la question de l'accès aux soins spécialisés en santé mentale. Le premier frein mentionné par les généralistes est l'absence de remboursement en cas de prise en charge par un psychologue ou un psychothérapeute non médecin. Arrivent ensuite le délai d'obtention des rendez-vous avec les psychiatres et les réticences des patients à suivre une psychothérapie (22).

2) La non-prescription : une négociation

Notre travail a mis en lumière une forme de négociation entre le médecin et son patient aboutissant à la non-prescription. « Donc euh... donc euh j'ai même finis par lui dire parce que effectivement il m'a beaucoup expliqué, il m'a, il m'a conseillé des lectures... du coup au bout d'un moment j'lui ai dit « non mais je sais ! » (rigole) J'lui ai dit « c'est bon je sais, je vous je suis d'accord avec vous ! » » (Entretien E)

Dans cette négociation il existe deux acteurs.

Qu'en est-il des facteurs influençant le médecin dans ses décisions de prescription ? Il existe des facteurs propres au médecin tels que sa formation initiale, ses expériences personnelles, ses croyances, ses représentations et ses craintes notamment celle de rompre la relation thérapeutique (5)(6)(15)(43). La perception des attentes du patient par le médecin est le plus fort facteur prédictif de la prescription médicamenteuse (17)(44)(45). Des facteurs concernant les patients influencent également la décision de prescription des médecins. Il s'agit de l'âge, des antécédents médicaux, de l'origine ethnique, de la connaissance de ce dernier par le médecin et aussi de ses attentes. Enfin, il existe des facteurs contextuels tels que le temps dont dispose le médecin, l'influence des laboratoires pharmaceutiques, l'existence d'outils de formation variés (formation médicale continue, recommandations) et d'alternatives thérapeutiques.

Concernant les patients, leur position sur la prescription d'un traitement médicamenteux est influencée par leurs représentations (46). Ils peuvent être également influencés par les avis

de l'entourage sur les médicaments et indirectement par les expériences de consommation de celui-ci.

Une part inconsciente entre également en jeu lors de la négociation. Celle-ci peut être expliquée par la théorie de psychologie sociale de la dissonance cognitive (47). Selon cette théorie, « lorsque les circonstances amènent une personne à agir en désaccord avec ses croyances, cette personne éprouvera un état de tension inconfortable appelé dissonance, qui, par la suite, tendra à être réduit, par exemple par une modification de ses croyances dans le sens de l'acte ». Cette théorie est illustrée par le verbatim suivant dans lequel la croyance initiale est la volonté de prendre un traitement. L'état de tension provoqué par le refus de prescription du médecin amène à un changement de position concernant le traitement médicamenteux (modification de la croyance initiale) « J'en ai parlé à mon médecin traitant il m'a dit « Non Mme G. » [...] Eh bé, parce que j'veux rien prendre et je pense pas que des médicaments vont m'aider ! » (Entretien G).

Cette négociation aboutit à une décision commune, la non-prescription.

Cette prise de décision partagée s'intègre dans le cadre d'une évolution progressive de la relation médecin-malade. Le concept de décision médicale partagée « décrit le processus au cours duquel, lorsqu'une décision relative à la santé individuelle d'un patient doit être prise, praticien(s) et patient partagent une information médicale, notamment les éléments de preuve scientifique, et où le patient reçoit le soutien nécessaire pour exprimer ses préférences et envisager les différentes options possibles relatives aux soins, afin de choisir d'un commun accord entre elles de manière éclairée » (48). Un des enjeux de la décision médicale partagée est de réduire le recours inapproprié aux soins (49). Ainsi, la consommation de psychotropes pourrait être améliorée par cette pratique en scellant une alliance thérapeutique entre le médecin et son patient.

La décision médicale partagée n'est pas systématique. Ainsi, lorsque la décision du médecin ne s'accorde pas avec la position du patient, nous pouvons nous interroger sur les conduites de ce dernier à l'issue de la consultation. L'absence de prescription induit-elle des conduites d'automédication ? Notre étude n'en retrouve pas, il faudrait cependant réaliser des études spécifiques à ce sujet pour pouvoir y répondre. A l'inverse, en cas de prescription médicamenteuse, y a-t-il systématiquement achat puis consommation ? Qu'il y ait prescription ou non, quelle est la part réelle des consommations et comment l'évaluer ?

CONCLUSION

Limiter la prescription de psychotropes effectuée à plus de 80% par les médecins généralistes est un enjeu de santé publique. Peu d'études explorent le point de vue des patients sur cette problématique.

Notre travail avait pour objectif d'explorer le ressenti de la non-prescription chez les personnes consultant pour syndrome anxio-dépressif ou trouble du sommeil. Les attentes et les pistes d'amélioration vis à vis de telles consultations étaient également recueillies.

Pour cela, nous avons réalisé une étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés auprès de personnes ayant réellement vécu ces consultations. Le recrutement était donc rétrospectif par le biais d'affichage dans des salles d'attente de cabinets ou directement en contactant des médecins généralistes.

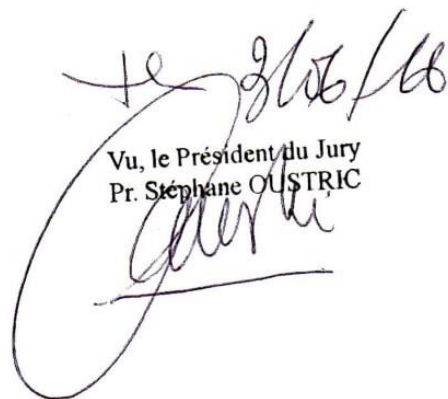
Ce travail a mis en lumière deux aspects du vécu des participants. Tout d'abord, l'assimilation de la consultation à une psychothérapie rendue possible par le cadre et le déroulement de cette dernière ainsi que par l'effet du médecin en lui-même (compétences relationnelles, éléments non-verbaux et formation spécifique). Par ailleurs, lorsque le médecin et le patient avaient une position initiale contradictoire, différentes modalités de négociation ont eu lieu aboutissant à une décision partagée de non-prescription. Les participants attendaient de la consultation une psychothérapie de soutien, un avis médical, une solution thérapeutique et un avis concernant leur activité professionnelle. Les ressentis étaient globalement positifs ce qui encourage à terminer une consultation sans délivrance d'ordonnance de psychotrope en partageant cette décision avec le patient. Par ailleurs, il semble que les éléments à favoriser soient la création d'un espace de parole, la mise en place d'un suivi et le rappel du secret médical.

Ces résultats ouvrent des pistes de réflexion sur l'entretien réalisé par le médecin généraliste dans la prise en charge des syndromes anxio-dépressif et des troubles du sommeil. Son contenu reste à préciser. Une autre interrogation se dégage quant à la réalité des consommations, qu'il s'agisse d'automédication ou du devenir d'une ordonnance.

Toulouse, le 7 juin 2016

Vu, permis d'imprimer
Le Doyen de la Faculté
De Médecine de Purpan
D. CARRIÉ



le 07/06/16
Vu, le Président du Jury
Pr. Stéphane OUSTRIC


BIBLIOGRAPHIE

1. IPSOS Santé. Les Européens, les médicaments et le rapport à l'ordonnance : synthèse générale [Internet]. IPSOS Santé; 2005 févr [cité 28 sept 2015]. Disponible sur: http://ars.sante.fr/fileadmin/MIDI-PYRENEES/2_BON_USAGE/Fichiers/ANTIBIOS_Etudeeuropeensetmedicaments.pdf
2. Assurance Maladie. Consommation et dépenses de médicaments en France et en Europe : évolutions 2006-2009 [Internet]. Assurance Maladie; 2011 mars [cité 25 mai 2016]. Disponible sur: http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/DP_Consommation_medicaments_en_Europe_vdef_01.pdf
3. Les médicaments et leurs usages : comment favoriser un consommation adaptée? [Internet]. Commissariat général à la stratégie et à la prospective; 2014 mars [cité 28 sept 2015]. Report No.: n°9. Disponible sur: <http://www.strategie.gouv.fr/sites/strategie.gouv.fr/files/archives/2014-03-04-Medicaments-Usages2.pdf>
4. HCAAM. Rapport du Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie [Internet]. HCAAM; 2006 juill [cité 25 mai 2016]. Disponible sur: http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/hcaam_rapport2006.pdf
5. Duffaud S, Liébart S. Comment les médecins généralistes limitent-ils leurs prescriptions ? Étude qualitative par entretiens collectifs. Santé Publique. 8 juill 2014;Vol. 26(3):323-30.
6. Chaussee N. Quelles sont les motivations de prescription de benzodiazépines devant la plainte anxieuse d'une personne âgée ? Réflexion à partir d'une étude réalisée auprès de médecins généralistes de Haute-Garonne et d'internes de médecine générale en Midi-Pyrénées [Internet] [exercice]. [Toulouse]: Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2013 [cité 30 sept 2015]. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/52/>
7. Schouler Bourjal A-C. Les déterminants de la prescription de benzodiazépines. Une étude qualitative réalisée auprès de seize médecins généralistes en Moselle [Internet] [Thèse d'exercice]. [Nancy]: Henri Poincaré Nancy 1; 2009 [cité 22 mai 2016]. Disponible sur: http://docnum.univ-lorraine.fr/public/SCDMED_T_2009_SCHOULER_BOURJAL_ANNE_CECILE.pdf
8. Sabban C, Courtois J. Comparaison européenne sur huit classes de médicaments. déc 2007 [cité 30 sept 2015];(n°12). Disponible sur: <http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Cnamts/PR/2007/12/1.pdf>
9. Richard N, Collin C, et al. Etat des lieux de la consommation des benzodiazépines en France [Internet]. ANSM; 2013 déc [cité 30 sept 2015]. Disponible sur: http://ansm.sante.fr/content/download/57511/738785/version/2/file/ANSM_Rapport+Benz_o_09012014.pdf

10. Beck F, Guignard R, Richard J-B, Léon C. Atlas des usages de substances psychoactives 2010 - Analyses régionales du Baromètre santé de l'Inpes [Internet]. INPES; 2010 [cité 3 juin 2016]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/Barometres/barometre-sante-2010/atlas-usages-substances-psychoactives-2010/index.asp>
11. Bégaud B, Verdoux H. Rapport sur le bon usage des médicaments psychotropes [Internet]. OPEPS Office Parlementaire d'Evaluation des Politiques de Santé; 2006 juin [cité 30 sept 2015]. Disponible sur: <http://www.assemblee-nationale.fr/12/pdf/rap-off/i3187.pdf>
12. Uhart M, Odouard E, Carlier C, Maire P, Ducher M, Bourguignon L. Relation entre consommation de benzodiazépines et chutes en gériatrie : étude multicentrique dans trois établissements gériatriques d'un CHU. *Ann Pharm Fr.* janv 2012;70(1):46-52.
13. Gage SB de, Bégaud B, Bazin F, Verdoux H, Dartigues J-F, Pérès K, et al. Benzodiazepine use and risk of dementia: prospective population based study. *The BMJ.* 27 sept 2012;345:e6231.
14. HAS. Fiche Mémo Arrêt des benzodiazépines et médicaments apparentés : démarche du médecin traitant ambulatoire [Internet]. [cité 1 oct 2015]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-06/fiche_memo_arret_benzodiazepines_pour_mel_2015_06_16.pdf
15. Gallois P, Vallée J-P, Noc YL. Prescription médicamenteuse : un acte sous influences. *Médecine.* 1 déc 2007;3(10):456-61.
16. Lasserre A. Déterminants de la prescription des psychotropes chez les personnes âgées en médecine générale en France. *Reseau Sentinelles;* 2007 nov.
17. Cockburn J, Pit S. Prescribing behaviour in clinical practice: patients' expectations and doctors' perceptions of patients' expectations--a questionnaire study. *BMJ.* 30 août 1997;315(7107):520-3.
18. Anthierens S, Habraken H, Petrovic M, Deveugele M, De Maeseneer J, Christiaens T. First benzodiazepine prescriptions. *Can Fam Physician.* juill 2007;53(7):1200-1.
19. Helman CG. Patients' perceptions of psychotropic drugs. *J R Coll Gen Pract.* févr 1981;31(223):107-12.
20. Aubin Auger I. Introduction à la recherche qualitative. *Exerc Rev Fr Médecine Générale.* 2008;(84):142-5.
21. Ouhayoun S. Etude de pratique sur les alternatives thérapeutiques médicamenteuses aux benzodiazépines et apparentés prescrites dans l'insomnie par les médecins généralistes en Midi-Pyrénées [Internet] [exercice]. Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2015 [cité 28 mars 2016]. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/1028/>
22. Dumesnil H, Cortaredona S, Cavillon M, Mikol F, Aubry C, Sebbah R, et al. La prise en charge de la dépression en médecine générale de ville. *Etudes Résultats* [Internet]. 2012 [cité 9 avr 2016];(810). Disponible sur: <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er810.pdf>
23. Labarthe G, Ministère de la Solidarité de la Santé et de la Protection Sociale. Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques. (D.R.E.E.S.). Paris. FRA. Les consultations et visites des médecins généralistes. Un essai de typologie. *Etudes Résultats.* juin 2004;(315):12p.

24. Ohayon M, Caulet M, Lemoine P. Sujets âgés, habitudes de sommeil et consommation de psychotropes dans la population française. *Encéphale*. 1996;22(5):337-50.
25. INPES, Chan-Chee C, Beck F, Sapinho D, Guilbert P. La dépression en France - Enquête Anadep 2005. juin 2009 [cité 26 mai 2016]; Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1210.pdf>
26. Balint M. *Le médecin, son malade et la maladie*. Payot; 1996. 432 p. (Bibl. scientifique).
27. McWhinney IR. Primary care: core values Core values in a changing world. *BMJ*. 13 juin 1998;316(7147):1807-9.
28. Marcinowicz L, Konstantynowicz J, Godlewski C. Patients' perceptions of GP non-verbal communication: a qualitative study. *Br J Gen Pract*. 1 févr 2010;60(571):83-7.
29. Moreau A, Boussageon R, Girier P, Figon S. Efficacité thérapeutique de « l'effet médecin » en soins primaires. *Presse Médicale*. juin 2006;35(6, Part 1):967-73.
30. Collège national des universitaires en psychiatrie, Association pour l'enseignement de la sémiologie psychiatrique. *Référentiel de psychiatrie*. 2014.
31. Schmitt L. *Psychothérapie de soutien*. Elsevier Masson; 2012. 256 p.
32. Jaeken M, Verhofstadt LL, Broeck NV. Qu'est-ce qui détermine l'efficacité d'une psychothérapie ? Brève mise à jour scientifique. *Bull Psychol*. 7 juill 2015;Numéro 537(3):237-42.
33. La définition européenne de la médecine générale [Internet]. [cité 14 mai 2016]. Disponible sur: <http://dmg.medecine.univ-paris7.fr/documents/Cours/MG%20externes/woncadefmg.pdf>
34. Collège National des Généralistes Enseignants. *Référentiel métier et compétences des médecins généralistes* [Internet]. Collège National des Généralistes Enseignants; 2009 mars [cité 30 avr 2016]. Disponible sur: http://www.nice.cnge.fr/IMG/pdf/Referentiel_Metier_et_Competences_MG.pdf
35. HAS. *Episode dépressif caractérisé de l'adulte : prise en charge en premier recours* [Internet]. HAS; 2014 mai [cité 24 mai 2016]. (Recommandation de bonne pratique). Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-05/note_cadrage_episode_depressif_premier_recours_-version_validee_par_le_college_-_mai_2014.pdf
36. HAS. *Affections psychiatriques de longue durée - Troubles anxieux graves* [Internet]. HAS; 2007 juin [cité 24 mai 2016]. (Guide - Affection de longue durée). Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/guide_medecin_troubles_anxieux.pdf
37. HAS. *Prise en charge du patient adulte se plaignant d'insomnie en médecine générale* [Internet]. Haute Autorité de Santé. 2006 [cité 1 oct 2015]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_522637/prise-en-charge-du-patient-adulte-se-plaignant-d-insomnie-en-medecine-generale
38. Balint M, Balint E. *Techniques psychothérapeutiques en médecine*. Payot & Rivages. 2006.

39. Tranchée-Vergé V. De la fonction psychothérapeutique du médecin généraliste: attitude psychothérapeutique, psychothérapie de soutien, psychothérapie spécifique? Etude qualitative auprès de 18 médecins généralistes dans la Vienne [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Poitiers. UFR de médecine et de pharmacie; 2008.
40. HAS. Note de cadrage - Améliorer la coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins dans la prise en charge des troubles mentaux [Internet]. 2015 avr [cité 24 mai 2016]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-04/note_de_cadrage_coordination_mg_psy.pdf
41. Druais P-L, Müller C. Charte de partenariat Médecine générale et psychiatrie de secteur [Internet]. 2014 [cité 23 mai 2016]. Disponible sur: <http://www.santementale5962.com/IMG/pdf/chartecmemedecinegeneralistefinal20140418.pdf>
42. Collège National pour la Qualité des Soins en Psychiatrie. Les courriers échangés entre Médecins Généralistes et Psychiatres lors d'une demande de première consultation par le médecin généraliste pour un patient adulte présentant un trouble mental avéré ou une souffrance psychique [Internet]. [cité 24 mai 2016]. Disponible sur: <https://docs.google.com/viewer?a=v&pid=sites&srcid=ZGVmYXVsdGRvbWFpbXJbnFzcHN5fGd4OjUwMDU1MWFIMDVlYjQxYTM>
43. Bradley CP. Factors which influence the decision whether or not to prescribe: the dilemma facing general practitioners. *Br J Gen Pract.* nov 1992;42(364):454-8.
44. Britten N, Ukoumunne O. The influence of patients' hopes of receiving a prescription on doctors' perceptions and the decision to prescribe: a questionnaire survey. *BMJ.* 6 déc 1997;315(7121):1506-10.
45. Greenhalgh T, Gill P. Pressure to prescribe. *BMJ.* 6 déc 1997;315(7121):1482-3.
46. Devier Audoual M. Les patients et l'ordonnance: étude qualitative à partir de 15 entretiens [Thèse d'exercice]. [Lyon, France]: Université Claude Bernard; 2008.
47. Vaidis D, Halimi-Falkowicz S. La théorie de la dissonance cognitive: une théorie âgée d'un demi-siècle. *Rev Électronique Psychol Soc.* (1):9-18.
48. Huas D, Chudy A. Comment les patients se positionnent-ils par rapport à la décision médicale partagée? *Exercer.* 2009;(85 suppl 1):52S-3S.
49. HAS. Patient et professionnels de santé: décider ensemble [Internet]. 2013 oct [cité 22 mai 2016]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-10/12iex04_decision_medicale_partagee_mel_vd.pdf

ANNEXES

ANNEXE 1 : Mail adressé aux médecins généralistes

Bonjour,

Nous sommes deux médecins généralistes.

Pour notre travail de **thèse**, nous cherchons des personnes ayant consulté leur médecin généraliste récemment (dans le mois) pour un **problème d'anxiété, de stress, de dépression ou d'insomnie** et à qui le médecin généraliste n'aurait prescrit **aucun traitement médicamenteux** ou apparenté (phytothérapie, homéopathie).

Il s'agit d'**entretiens** en face à face (enquêteur unique), **anonymes** et durant une **vingtaine de minutes**.

Si vous connaissez des personnes qui remplissent ces critères, seriez-vous d'accord pour :

- Leur demander leur accord pour être contacté afin de participer à notre recherche.
- Nous transmettre leur numéro de téléphone.
- Si possible en ne mentionnant pas que nous sommes médecins (afin de limiter les biais de déclaration).

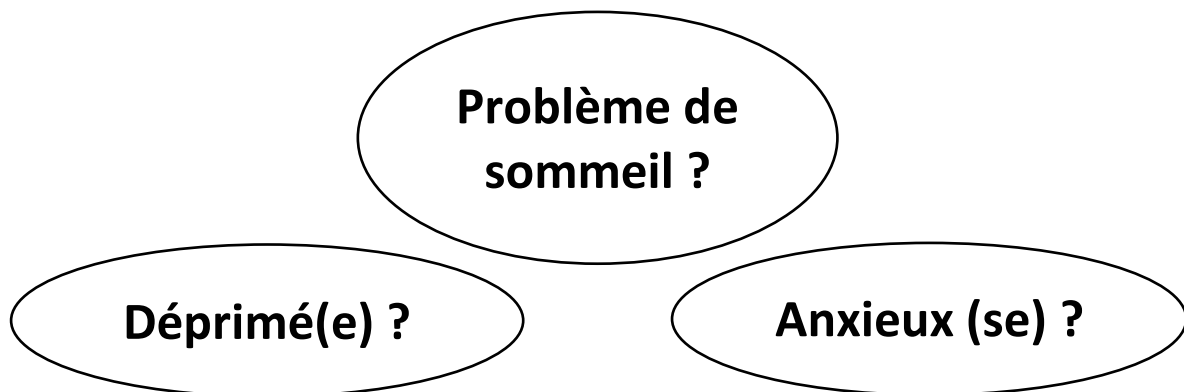
Nous vous laissons également une **affiche pour votre salle d'attente**.

Merci de votre attention et de votre aide.

Anaïs FREVILLE
Déborah POU CET-MATHIEU

these.prescription@gmail.com
06.76.71.99.XX ou 06.75.91.60.XX

ANNEXE 2 : Affiche



Si vous avez récemment (dans le mois) consulté votre médecin généraliste pour un de ces motifs,

Et que **votre médecin ne vous a pas prescrit de médicament**,

Alors, nous souhaiterions vous rencontrer, dans le cadre de notre travail de thèse, pour un **entretien ANONYME** d'une vingtaine de minutes.

Merci de votre aide.

Anaïs FREVILLE
&
Déborah POUCKET-MATHIEU

Pour nous contacter :
06.76.71.99.XX ou **06.75.91.60.XX**
these.prescription@gmail.com

ANNEXE 3 : Fiche d'information et de consentement

J'effectue un travail de recherche sur la prescription en médecine générale.

Le thème des troubles du sommeil, du stress ou de la déprime m'intéresse plus particulièrement.

Pour effectuer ce travail je réalise donc quelques entretiens avec des personnes ayant été confronté à l'une de ces trois situations.

Avec votre accord, je vais enregistrer cet entretien et noter quelques observations personnelles sur le contexte de notre rencontre. Ensuite, ces données seront retranscrites manuellement et bien sûr anonymisées.

La durée de l'entretien sera d'environ 20 minutes.

J'atteste avoir pris connaissance des renseignements ci-dessus et consens à participer à cette étude.

A (lieu) :

Le (date) :

Signature :

ANNEXE 4 : Informations complémentaires à la grille d'entretien

Age :

Sexe H F

Situation familiale :

Célibataire

marié ou en couple

veuf

divorcé

Avez-vous des enfants : oui / non

Couverture sociale :

Sécurité sociale

CMU

AME

Mutuelle

Lieu de résidence :

Profession :

Vous consultez votre médecin traitant :

Moins d'une fois par an

Tous les ans

Tous les 6 mois

Tous les 3 mois

Tous les mois

Plus d'une fois par mois

Avez-vous une maladie chronique ? oui/non

Prenez-vous un traitement au long cours ? oui/non

ANNEXE 5 : Accord de la commission éthique

Commission Ethique du Département de Médecine Générale de Midi Pyrénées

Secrétariat : *Dr Serge BISMUTH*
59 rue de la Providence – 31500 Toulouse
Tél. : 05.61.80.01.23 – 06.82.63.45.70- Fax 05.61.34.61.16 – dr-bismuth@wanadoo.fr



Président : Mme Laurencine VIEU
Secrétaire : M Serge BISMUTH

AVIS DE LA COMMISSION ETHIQUE DU DEPARTEMENT DE MEDECINE GENERALE

Nom : FREVILLE Anaïs
Qualité : Médecin remplaçant non thésé
Adresse : 25 boulevard des Minimes Batiment Jurançon F – 31200 Toulouse
Courriel : frevilleanaïs@gmail.com
Numéro de téléphone : 0676719940

Nom POU CET-MATHIEU Déborah
Qualité : Interne en médecine
Adresse : 117 rue de la Providence – 31500 Toulouse
Courriel : deborah.poucet@gmail.com
Numéro de téléphone : 0675916063

Renseignements concernant le promoteur :

Nom : DUMG TOULOUSE
Qualité directeur de thèse : Dr Marielle PUECH
Adresse : Maison de Santé de Decazeville, Zone du Centre, 12300 Decazeville
Courriel : marielle.puech31@wanadoo.fr
Numéro de téléphone : 05 65 43 24 15

Titre complet de la recherche : " Quel est le ressenti des patients à l'issu d'une consultation en médecine générale sans prescription médicamenteuse? L'exemple des troubles anxio-dépressifs et du sommeil"

AVIS DE LA COMMISSION : Avis favorable

Certifié exact à Toulouse le 30 juin 2015

ANNEXE 6 : Guide d'entretien

Motif et déroulement

Vous avez consulté votre médecin généraliste pour des difficultés de sommeil, de stress ou de déprime.

Pouvez-vous me raconter ce qui vous a amené à consulter un médecin ce jour là ?

Comment s'est **déroulée** la consultation ?

Comment vous sentiez-vous dans la salle d'attente ?

A quel moment le sujet a-t-il été abordé ?

Comment vous sentiez-vous au moment où vous lui en avez parlé ?

Médecin habituel ?

Réaction/propositions du médecin ?

Ressenti

Qu'avez-vous **ressenti** à la fin de cette consultation ?

Qu'est-ce qui a contribué à ça ?

Qu'avez-vous pensé de l'attitude de votre médecin ?

Quelle a été votre **réaction** lorsque vous avez compris que votre médecin ne vous prescrirait pas de médicament ?

+/- l'avez-vous exprimé (votre sentiment) à votre médecin ?

Automédication

Avez-vous pris des médicaments malgré tout ? (en vente libre ou dans votre pharmacie personnelle, entourage ?...) Pour quelles raisons ?

Avez-vous consommé **d'autres choses** ?

Travail

Et votre travail ... ?

Position par rapport aux psychotropes

Que pensez-vous de ces médicaments ?

Position par rapport aux psychothérapies

Attentes

Qu'attendiez-vous en allant consulter votre médecin ce jour-là ?

Quelles ont été les **modifications dans votre vie** après la consultation ?

Pistes d'amélioration

Qu'est ce qui, selon vous, permettrait d'améliorer votre vécu de cette consultation ?

ANNEXE 7 : Extrait de l'analyse thématique sur tableau Excel[®],
exemple d'une partie du thème « Vécu »

Thèmes	Catégories	Sous-catégories	Codes	Verbatim	
VECU	Attitude et réponse du médecin	conseils	recommandation du médecin	recommandation du médecin	Euh... lorsqu'on me dit "cin", là, lors de quand j'ai vu mon médecin, c'est quand j'ai dit "elle", là, lors de quand j'ai vu mon médecin... (48)
			sentiment de "avoir" un conseil	sentiment de "avoir" un conseil	elle m'a dit "cin", là, lors de quand j'ai vu mon médecin... (48)
			sophrologie	sophrologie	Même que "Dr" ou "M" à parler... (231)
			supposer que le médecin a des choses à dire	supposer que le médecin a des choses à dire	je pense que j'ai dit "cin", là, lors de quand j'ai vu mon médecin... (231)
			uniquement un conseil	uniquement un conseil	donc, euh... j'ai dit "cin", là, lors de quand j'ai vu mon médecin... (231)
			uniquement un conseil	uniquement un conseil	Non, non, non, elle m'a dit "cin", là, lors de quand j'ai vu mon médecin... (231)
			consultation	consultation	donc, elle m'a dit "cin", là, lors de quand j'ai vu mon médecin... (231)
			du dossier	du dossier	elle m'a dit "cin", là, lors de quand j'ai vu mon médecin... (231)
			conseil	conseil	donc, elle m'a dit "cin", là, lors de quand j'ai vu mon médecin... (231)
			coordonnées	coordonnées	donc, elle m'a dit "cin", là, lors de quand j'ai vu mon médecin... (231)
			délivrance	délivrance	elle m'a dit "cin", là, lors de quand j'ai vu mon médecin... (231)
			contacts	contacts	elle m'a dit "cin", là, lors de quand j'ai vu mon médecin... (231)
échange	échange	numéros	numéros	Alors, euh... les numéros, c'est quand j'ai vu mon médecin... (141)	
		psychologue	psychologue	Alors, euh... les numéros, c'est quand j'ai vu mon médecin... (141)	
		constat	constat	Alors, euh... les numéros, c'est quand j'ai vu mon médecin... (141)	
		discussion	discussion	Alors, euh... les numéros, c'est quand j'ai vu mon médecin... (141)	
		discussion	discussion	Alors, euh... les numéros, c'est quand j'ai vu mon médecin... (141)	
		discussion	discussion	Alors, euh... les numéros, c'est quand j'ai vu mon médecin... (141)	
		discussion	discussion	Alors, euh... les numéros, c'est quand j'ai vu mon médecin... (141)	
		discussion	discussion	Alors, euh... les numéros, c'est quand j'ai vu mon médecin... (141)	
		discussion	discussion	Alors, euh... les numéros, c'est quand j'ai vu mon médecin... (141)	
		discussion	discussion	Alors, euh... les numéros, c'est quand j'ai vu mon médecin... (141)	
		discussion	discussion	Alors, euh... les numéros, c'est quand j'ai vu mon médecin... (141)	
		discussion	discussion	Alors, euh... les numéros, c'est quand j'ai vu mon médecin... (141)	
examen clinique	examen clinique	examen clinique	examen clinique	Alors, euh... les numéros, c'est quand j'ai vu mon médecin... (141)	
		examen clinique	examen clinique	Alors, euh... les numéros, c'est quand j'ai vu mon médecin... (141)	
		examen clinique	examen clinique	Alors, euh... les numéros, c'est quand j'ai vu mon médecin... (141)	
		examen clinique	examen clinique	Alors, euh... les numéros, c'est quand j'ai vu mon médecin... (141)	
		examen clinique	examen clinique	Alors, euh... les numéros, c'est quand j'ai vu mon médecin... (141)	
		examen clinique	examen clinique	Alors, euh... les numéros, c'est quand j'ai vu mon médecin... (141)	
		examen clinique	examen clinique	Alors, euh... les numéros, c'est quand j'ai vu mon médecin... (141)	
		examen clinique	examen clinique	Alors, euh... les numéros, c'est quand j'ai vu mon médecin... (141)	
		examen clinique	examen clinique	Alors, euh... les numéros, c'est quand j'ai vu mon médecin... (141)	
		examen clinique	examen clinique	Alors, euh... les numéros, c'est quand j'ai vu mon médecin... (141)	
		examen clinique	examen clinique	Alors, euh... les numéros, c'est quand j'ai vu mon médecin... (141)	
		examen clinique	examen clinique	Alors, euh... les numéros, c'est quand j'ai vu mon médecin... (141)	

ANNEXE 8 : Caractéristiques de l'échantillon

Entretien	Sexe	Age	Motif consultation	Médecin consulté	Lieu de résidence	Profession	Situation familiale	Enfants	Couverture sociale	Fréquence de consultation du MT	Maladie chronique	Traitement au long cours
1	Femme	46ans	Syndrome anxio-depressif	interne	09	Fonctionnaire de mairie	En couple/marié	Oui	Assurance mutuelle	Tous les mois	Non	Non
A	Homme	23ans	Syndrome anxio-depressif	médecin remplaçant	31	Opérateur flexible	Celibataire	Non	Assurance mutuelle	Tous les mois	Oui	Oui
B	Femme	40ans	Syndrome anxio-depressif	médecin habituel	Toulouse	Educatrice	En couple/marié	Oui	Assurance mutuelle	Tous les mois	Non	Non
2	Femme	33ans	Syndrome anxio-depressif	nouveau médecin traitant	31	Secrétaire médicale	Celibataire	Non	Assurance mutuelle	Tous les mois	Non	Non
3	Femme	49ans	Syndrome anxio-depressif	interne	31	SNCF	Divorcé	Oui	Assurance mutuelle	> 10 fois par mois	Non	Non
X	Homme	75ans	Syndrome anxio-depressif	différents médecins	31	Retraité	En couple/marié	Oui	Assurance mutuelle	Tous les mois	Oui	Oui
C	Femme	63ans	Syndrome anxio-depressif	médecin habituel	32	Secrétaire administrative	En couple/marié	Oui	Assurance mutuelle	Tous les mois	Oui	Oui
4	Femme	35ans	Syndrome anxio-depressif	nouveau médecin traitant	31	Professeur écoles	En couple/marié	Oui	Assurance mutuelle	Tous les mois	Non	Non
D	Femme	20ans	Syndrome anxio-depressif	interne	12	Groûpière casino	En couple/marié	Non	CMU	Tous les mois	Non	Non
E	Femme	35ans	Insomnie	MT interne	31	Educatrice	En couple/marié	Oui	Assurance mutuelle	Tous les mois	Non	Non
F	Homme	38ans	Syndrome anxio-depressif	médecin remplaçant	31	Technicien	Divorcé	Oui	Assurance mutuelle	Tous les mois	Non	Non
5	Femme	43ans	Syndrome anxio-depressif	MT interne	31	Directrice établissements médico-sociaux	En couple/marié	Oui	Assurance mutuelle	Tous les mois	Non	Non
6	Femme	70ans	Insomnie	médecin habituel	31	Retraité	En couple/marié	Oui	Assurance mutuelle	Tous les mois	Oui	Oui
G	Femme	69ans	Syndrome anxio-depressif	médecin habituel	Toulouse	Retraité	Veuf(ve)	Non	Assurance mutuelle	Tous les mois	Oui	Oui
7	Homme	27ans	Syndrome anxio-depressif	médecin habituel	12	Lamineur	En couple/marié	Non	Assurance mutuelle	Tous les mois	Non	Non

Directeur de thèse : Dr Marielle PUECH

LA NON-PRESCRIPTION MEDICAMENTEUSE EN MEDECINE GENERALE. LE VECU DES PATIENTS AYANT CONSULTE POUR SYNDROME ANXIO-DEPRESSIF OU INSOMNIE.

Introduction : Limiter la prescription de psychotropes, effectuée à plus de 80% par les médecins généralistes, est un enjeu de santé publique. Peu d'études explorent le point de vue des patients sur cette problématique.

Objectif principal : explorer le ressenti de la non-prescription des patients ayant consulté leur médecin généraliste pour syndrome anxio-dépressif ou insomnie. Objectifs secondaires : recueillir leurs attentes et les facteurs pouvant influencer leurs ressentis

Méthode : Recherche qualitative par entretiens semi-dirigés par analyse thématique réalisée entre février 2015 et mai 2016 auprès de 14 personnes ayant vécu une expérience de non-prescription médicamenteuse pour syndrome anxio-dépressif ou insomnie en médecine générale, en région Midi-Pyrénées.

Résultats : Le ressenti de la non-prescription était globalement positif. L'absence de prescription médicamenteuse passait au second plan par rapport au vécu de la prise en charge dans son ensemble. La consultation était vécue comme une psychothérapie. La non-prescription résultait parfois d'une négociation avec le médecin.

Conclusion : Ces résultats encouragent à terminer une consultation sans délivrance d'ordonnance de psychotrope, lorsque la situation le permet, en partageant cette décision avec le patient.

Mots Clés : non-prescription / médecine générale / psychotropes / insomnie / épisode dépressif / trouble anxieux.

GENERAL PRACTICE CONSULTATIONS WITHOUT PRESCRIPTION. THE EXPERIENCE OF PATIENTS' WHO CONSULT FOR ANXIETY-DEPRESSIVE SYNDROME OR INSOMNIA.

Introduction : To reduce psychotropic drugs prescription, realised more than 80% of the time by general practitioners, is a public health issue. Few studies show patient's point of view on this topic.

Main objective : To explore patients' feelings of a general practice consultation for anxiety-depressive syndrome or insomnia ending without drug prescription. Secondary objectives : Collect patients' expectations and factors' that may affect their feelings.

Method : Qualitative study realised between February 2015 and May 2016 in Midi-Pyrenees. Fourteen patients where asked individually, in detail, about their experience after a consultation with their general practitioner that ended without psychotropic drug prescription.

Results : Patients were mostly satisfied not having received any medication. The fact of not having any medication was not as important as the global experience itself. The consultation was perceived as a psychotherapy. The outcome was, sometimes, negotiated with the doctor.

Conclusion : These results invite to finish a consultation without psychotropic drug prescription, if possible, and to share this decision with the patient.

Key words : consultation without prescription / general practice / psychotropic drugs / insomnia / depressive disorder / anxiety disorders

Discipline administrative : Médecine Générale

Faculté de Médecine Rangueil 133 route de Narbonne 31062 TOULOUSE Cedex 04 France