

Médecins et patients

Leurs rapports à l'ordonnance

Mohammed Hassanine / Sous la direction de Pr. Mohammed Mebtoul
Université d'Oran 2 Amed Ben Ahmed

Résumé

Quelle signification donne le médecin à l'ordonnance ? Quelle place les patients accordent-ils à l'ordonnance dans la manière dont ils envisagent leurs maladies et leurs rapports aux médecins ? La construction de l'ordonnance relève-t-elle seulement de la connaissance médicale ou il y a autres facteurs qui interviennent ? À quel point l'ordonnance est-elle retravaillée symboliquement par les patients ?

Il ressort de cette étude conduite à Oran (Algérie) que le rapport à l'ordonnance en général couvre des réalités complexes et des pratiques multiples. Elle est éminemment plurielle et diverse. Elle n'est pas figée et statique. Elle s'adapte à l'évolution de la relation médecin, patient et pharmacien.

Mots clés :

Ordonnance, prescription, rapports, médecin, patient, Pharmacien

Cet article prend appui sur les résultats d'une recherche sur le rapport à l'ordonnance délivrée par le praticien de la santé, le médecin en l'occurrence. Notre but est de montrer que ce document est une modalité de « gestion du monde », de la relation à autrui, avec l'imaginaire, répondant ainsi à une demande beaucoup plus large que la seule dimension biologique et médicale.

La focalisation de l'approche médicale sur le rapport à l'ordonnance prend peu ou prou en considération toute la dynamique sociale, qui s'articule autour de la relation médecin malade. Nos observations ont révélé que l'ordonnance a plusieurs identités, plusieurs efficacités et plusieurs utilisations selon les circonstances. Elle est le résultat d'un assemblage, soit une construction organisée, et ce à partir de nombreux éléments. L'argument biomédical et pharmaceutique n'est qu'un élément parmi d'autres.

Il nous semble que cette attitude, souvent perçue comme irrationnelle par le corps médical doit nous inciter à rechercher les facteurs sous-jacents que seule une approchesocio-anthropologique est en mesure de déceler. Pour cela, nous nous sommes appuyé sur le livre de Sylvie Fainzang « médicaments et société », et sur les travaux d'Anslem Strauss. Ses démarches nous paraissent pertinentes dans la mesure où ils appréhendent la gestion de la maladie en termes d'action. En effet, ces auteurs considèrent que les malades, dans leur gestion quotidienne de la maladie, font face à des contraintes qui modulent leurs actions. Anslem Strauss dans un article sur la négociation a écrit : « les interactionnistes ont porté un grand intérêt au processus social, impressionné qu'ils avaient été tant par l'immensité du changement social que par ses potentialités. Simultanément, ils ont postulé que les êtres humains sont des créatures actives qui modèlent leurs environnements et leurs futurs, et font face à des contraintes qui pèsent sur l'action. Ils ont adopté une position intermédiaire entre une vision du monde sans aucune sorte de contraintes — un monde qui dépendrait entièrement de la volonté humaine — et la vision d'un monde structurellement déterministe. » (Strauss 1992 p.225).

Afin de reprendre au mieux notre problématique, nous avons privilégié l'approche qualitative. Pour ce faire, nous nous sommes basés sur des entretiens individuels approfondis, répétés et de longue durée (entre soixante et soixante-quinze minutes), et l'observation directe, fine et détaillée de la consultation et des différents espaces investis. Ces deux techniques jumelées nous paraissent les mieux adaptées afin de relever les discours et les situations permettant d'accéder aux croyances, aux présentations, aux pratiques et aux institutions qui donnent sens à une société (Fassin, 1990).

Nos investigations se sont déroulées dans deux espaces différents avec deux groupes de populations différents :

Un premier groupe, constitué de cinq médecins. Deux médecins spécialistes, deux médecins généralistes et un pharmacien. Quatre de sexe masculin et une de sexe féminin, dont la tranche d'âge se situe entre 32 et 45 ans, trois dans le secteur privé et trois dans le public.

Un deuxième groupe, constitué de six personnes, quatre de sexe féminin, et deux de sexe masculin, ayant entre 30 et 68 ans, toutes résidentes dans les différents quartiers de la ville d'Oran. Trois d'entre elles ont fait des études universitaires (psychologie, sociologie et école paramédicale), quatre ont une profession et sont actives dans le monde du travail (secrétaire de direction, assistante sociale et cadre à la Daïra et enseignante à l'université) pour les autres ; un retraité et une femme de ménage.

Les témoignages ont été recueillis sur un enregistreur numérique. À la fin de chaque entretien, un compte rendu général fut élaboré incluant les circonstances de sa concrétisation.

Les observations des consultations ont été incitées dans les deux secteurs (public et privé) afin d'analyser les interactions entre le médecin et la personne soignée au moment de l'examen médical : la façon de prescrire le traitement, les réactions du patient, etc.

La prise de notes a eu lieu lors de la consultation, au moment même de l'examen clinique auquel nous avons pu assister.

Ainsi, vingt-cinq consultations ont été observées dans un cabinet privé de cardiologie, et trente consultations dans un centre spécialisé avec un médecin - cardiologue.

La durée moyenne des consultations au secteur public (trente) était en moyenne de neuf minutes allant de trois minutes pour la plus courte à dix minutes pour la plus longue. La durée moyenne de la consultation dans le cabinet privé (vingt-cinq) était de vingt minutes, allant de quinze minutes pour la plus courte à vingt-cinq pour la plus longue.

La pratique médicale dans le centre spécialisé :

Le centre sanitaire spécialisé est situé dans une rue principale du quartier « Ekmulh ». L'entrée principale donne sur un jardin qui sert de salle d'attente pour les hommes. L'entrée secondaire donne directement sur la salle d'attente prévue pour les femmes.

Le centre est composé de trois salles de consultations, une salle de soin et une salle des examens (écho-cœur, ECG...etc.).

Pour avoir droit à la consultation, les patients doivent présenter un rendez-vous ou une lettre d'orientation à la secrétaire médicale installée dans un bureau dans le couloir. Une deuxième secrétaire installée au même bureau, délivre des tickets aux usagers juste après le paiement des frais de consultation (100 DA). Par contre l'examen médical est gratuit pour les patients munis d'une carte (famille démunie) délivrée par la direction de l'action sociale (DAS).

Le médecin - cardiologue occupe la première salle de consultation, d'une superficie de 12M². Les murs ne semblent pas avoir été peints depuis de longues années. L'immobilier est réduit à un vieux bureau, trois chaises, une table d'examen, deux vieux meubles en métal qui servent d'armoires ; une où les dossiers des malades sont classés, l'autre qui sert d'armoire pharmaceutique avec une dizaine de médicaments, que le médecin remet aux plus démunis des patients.

Déroulement de la consultation :

Le médecin-cardiologue a devant lui son ordonnancier ainsi que les fiches des patients suivis au centre, que la secrétaire apporte au fur et à mesure que les patients entrent dans la salle de consultation.

Un agent paramédical est présent lors de la consultation, il occupe la deuxième chaise en face du patient, pour enregistrer les données factuelles sur le registre épidémiologique (âge, sexe, adresse et le type de photologie).

L'espace de consultation est d'abord caractérisé par une banalisation et une absence d'intimité entre le médecin et son patient, les agents paramédicaux se déplacent librement dans cet espace. Les médecins du centre n'hésitent pas à interrompre le déroulement de la consultation pour aborder des sujets personnels.

Le contexte de la consultation, ainsi que la courte durée de la rencontre entre le médecin et le patient, qui ne dépasse pas parfois les deux minutes, nous a révélé en permanence un rapport socialement distant entre les protagonistes, ou le patient représente alors qu'une contingence essentiellement mineure (Claudine Hérslich, 1970).

Dans cet espace banalisé, le silence règne le moment de la rédaction de l'ordonnance, comme si le médecin signifie par l'acte de prescrire la solitude envers son patient (Johanne C, 2003)

Une femme âgée de 45 ans pénètre dans la salle de consultation, remet le ticket à la secrétaire, l'agent chargé du registre lui demanda de s'asseoir sur la chaise en face de lui, la femme timidement sort de son buste un sachet où elle conserve soigneusement ses ordonnances ainsi que les différents résultats de bilans. Avec une voix basse, elle s'adresse au médecin :

« Docteur, voilà les analyses que vous m'aviez demandés la dernière fois ». Le médecin prend le bilan, entre-temps prescrit silencieusement le traitement, remettant l'ordonnance à la patiente « madame vous avez un problème de goitre. Le pharmacien va vous fournir des explications concernant le traitement ».

Dans ce contexte l'ordonnance apparaît comme le médiateur central de la relation thérapeutique entre le médecin et le malade. L'importance accordée à ce document dans cette rencontre ritualisée et d'ailleurs largement appuyée par le discours des cliniciens. À leurs yeux, l'ordonnance serait l'objet premier des attentes de leurs patients lors de la consultation (Bradely 1992 ; Schwartz et al, 1989).

Même l'interrogatoire, étape primordiale dans le processus thérapeutique, est complètement occulté, refoulé par la médecine est celle qui « confère aux médecins la capacité de voir dans le corps des pathologies dont l'individu est victime » (Foucault, 1963, cité par Dedier, 1991). Cette médecine souhaitée par les médecins reste quotidiennement mise en défaut, piégé d'une part par l'impossibilité d'accès au monopole dans la réalisation du diagnostic (Freidson, 1984), nécessitant la disponibilité des techniques médicales, d'autre part, les médecins du secteur public considèrent que l'écoute du patient au moment de la consultation est une perte du temps. Un médecin disait :

« Les patients présentés chez nous sont généralement des pauvres malheureux, d'un niveau d'instruction plus que modeste, vivant des conditions sociales et économiques précaires »

Le discours du médecin cardiologue met en évidence que l'évaluation de la maladie conduit aussi les médecins à l'étiquetage d'une catégorie de malades socialement et culturellement la plus défavorisée.

D'une part, l'ordonnance légitime l'activité du médecin, et d'autre part, elle soulage moralement le malade (Mehtoul, 1993). Moralement, parce qu'en rencontrant les patients à leurs domiciles, il a été frappant de constater que beaucoup parmi eux n'achètent pas tout le médicament prescrit. Il semble que, à l'instar de l'ordonnance, dont la conservation pendant le

temps de la maladie aurait pour certains patients une fonction salutaire (Fainzang, 2003). L'essentiel est que l'ordonnance soit présente.

La construction de l'ordonnance dans le secteur public est une alternative unilatérale, monopolisée par le médecin. Il met l'accent sur l'absence de temps, le niveau socioculturel des patients, ainsi que les conditions de travail, lui interdisant d'écouter son malade.

Cette présentation concernant la construction de l'ordonnance au secteur public, se produit-elle chez le médecin privé ?

La pratique médicale dans le cabinet privé :

Le cabinet de Dr BK est situé au centre ville d'Oran, c'est un appartement F4, au premier étage d'un immeuble bien entretenu. Une nouvelle peinture des murs avec une couleur claire éblouissante. Le cabinet se compose de deux salles d'attente ; une pour les femmes, l'autre pour les hommes avec des belles chaises très confortables et une table ronde en vitre avec des revues. Équipées d'un climatiseur et un chauffage central. Les salles sont régulièrement nettoyées, une dalle de sol qui brille, déjà le patient se sent bien, avant même d'entrer en consultation.

Un bureau de secrétaire qui reçoit les patients, juste devant l'entrée. Elle a un accueil chaleureux, avec un sourire qui rassure les patients. Elle a pour rôle d'accueillir, de prescrire des rendez-vous, classer les dossiers et répondre au téléphone.

La salle de consultation est très bien équipée. Elle dispose d'un bureau au vrai bois, un fauteuil roulant, deux chaises confortables, une table de consultation et une petite bibliothèque avec des livres de spécialité.

Dans la même pièce, une porte qui relie a une autre salle équipée de tout type de radios (ECG, examen d'effort, echo cœur).

Les patients présentés au cabinet viennent consulter pour des maladies analogues qu'on trouvera au centre de santé «EL Kmulh» : (hypertension artérielle H.T.A, insuffisance cardiaque).

Les patients sont de conditions sociales très diversifiées. Pour certains patients, ils n'hésitent pas d'emprunter de l'argent chez des voisins ou des proches pour ou même faire vendre des objets précieux pour payer la consultation. Une patiente disait :

«Ce que je cherche c'est la dignité. Je suis prête à emprunter de l'argent, de vendre mes bijoux à condition que le médecin me reçoive bien» (Fatima 32ans assistante sociale).

La consultation chez le médecin privé recouvre un sens différent de celui du centre de santé (secteur public). Ici le patient est une personne à part entière qui détient une partie de l'information médicale (Mehtoul, 1993).

La consultation est d'abord un rituel social, pour le patient, c'est un moment important qui est la fonction des images qu'il a construite du médecin et de la maladie. Le médecin qu'il ira avoir est un médecin qu'il a choisi. Il attend de la consultation un certain nombre de choses, dont au minimum une écoute attentive et compréhensive et souvent un certain nombre de gestes techniques (prise de tension par exemple).

«Le médecin au secteur public ne touche pas le patient. Il ne lui parle pas, il est toujours pressé de mettre la patiente à la porte. Il te donne le papier de médicament (ordonnance) sans explication. Ici chez le médecin privé c'est autre chose, tu te sens à l'aise avec le médecin. Il t'écoute il prend plus de temps avec le patient. » (Fatiha, 30 ans, secrétaire de direction).

Plutôt que d'appréhender la relation thérapeutique sous l'angle d'un pouvoir médical qui s'impose comme l'ont fait plusieurs auteurs jusqu'ici (Roter 2000, Straand et Rostad 1999 ; Di Matteo 1993), la notion d'interaction permet cependant d'envisager l'espace clinique comme un « air de jeu » (Johanne C, 2003) où les acteurs tentent de mobiliser leurs ressources

et leurs savoir-faire et de s'influencer réciproquement un espace de négociation, en somme (Goffman, 1974). Pour ce faire, ces derniers s'appuient sur des cultures éventuellement en conflit, l'une profane et l'autre professionnelle. Ces cultures différenciées sont organisées en systèmes référentiels ; c'est à dire balisées par l'ensemble des croyances, savoir et ressource que détient chaque acteur pour interpréter la maladie et agir sur elle (Freidson, 1987).

Conclusion

Au terme de ce travail de recherche, néanmoins inachevé, nous avons plus ou moins tenté de dévoiler la réalité complexe à l'ordonnance.

Cette recherche est menée pendant deux ans dans la ville d'Oran, auprès des médecins (généralistes et spécialistes), pharmaciens, et patients. Elle s'est déroulée dans des contextes variés (cabine privée, centre de santé, pharmacie et au domicile des personnes).

Ce modeste travail de terrain sur le rapport à l'ordonnance a permis d'aboutir aux conclusions suivantes ;

La première est que le rapport à l'ordonnance en général couvre des réalités complexes et des pratiques multiples. Elle est éminemment plurielle et diverse. Elle n'est pas figée et statique. Elle s'adapte à l'évolution de la relation médecin, patient et pharmacien.

Un des résultats fondamentaux de cette recherche est celui de la soumission à l'autorité (le médecin), et particulièrement à l'autorité de la chose écrite (l'ordonnance), ou à travers la prescription illisible le médecin semble davantage traduire le pouvoir médical.

Pour les logiques de la prescription, les différences de prescription sont liées à une pratique de la médecine générale dominée par le « rituel de la prescription » et chez les médecins spécialistes par l'explication orale et la responsabilité du patient. Cependant dans les deux logiques, il arrive que les médecins (généralistes et spécialistes) s'écartent de leurs logiques dominantes, sous l'influence de facteurs tels que la charge de travail, le déroulement de la consultation ; l'interaction avec le patient, la typologie du patient (appartenance sociale) et de sa plainte, mais aussi la formation médicale et l'organisation du cabinet.

Enfin, l'ordonnance n'est pas un objet donné, existant en dehors de l'utilisation : elle est le résultat d'un bricolage permanent.

Bibliographie

Fassin D., *Decrire, entretien et observation, sociétés, développement et santé*, Ellipses., 1990.

Strauss anslem, *la trame de la négociation, sociologie qualitative et interactionisme*. (textes réunis et présentés par L. Baszanger), Paris, L'Harmattan, 1992. Winkin Y., *Anthropologie de la communication*, de Boeck université, seuil, 1996.

Herzlich, C., 1983, *Médecine moderne et quête de sens : la maladie signifiant social*, in : Auge, M., Herzlich, C., « le sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie », Paris, Ed. Des archives contemporaines, 1983.

Johanne C., 2003, *medicament et vieillesse : trois cas de figure*, in : *Anthropologie et Société* Volume 27, N°2, 2003, p 119-138.

Friedson E., 1984, *la profession médicale*, Paris, Payot.

Foucault M, 1963, *Naissance de la clinique*, Paris, PUF, 1963.

Mebtoul M, 1993, *la santé au quotidien : le dispensaire du quartier d'El Hamri (Oran)*, science sociales et santé, XI, 2, Juin, 41-63.

Bradley C., 1992, *Uncomfortable Prescribing Decision : A critical Incident Study*, *British Medical Journal*, 304 :294-296.

Goffman., 1973, *La mise en scene de la vie quotidienne : la presentation de soi*, Paris : Minuit.

