



Faculté des Sciences Sociales
Département de Sociologie

**MEDECINS ET PATIENTS :
LEURS RAPPORTS A L'ORDONNANCE**

Mémoire élaboré en vue de l'obtention du diplôme de magistère

Option : Sociologie de la santé

Présenté et soutenu par :

HASSAINE Mohammed

Sous la direction du :

MEBTOUL Mohamed, Maître de conférence

REMERCEMENT

Cette étude est le fruit d'un long travail ayant nécessité de multiples collaborations : celle des personnes interrogées pour les besoins de l'enquête, celle également des professionnels qui m'ont procuré les renseignements nécessaires à la réalisation de cette étude. Je leur adresse mes remerciements

"Je tiens à exprimer ma très vive reconnaissance envers mon directeur de thèse le professeur Mohammed Mebtoul pour l'aide qu'il m'a apportée au cours de cette recherche. Son intérêt et ses précieux conseils m'ont été d'un grand profit."

Enfin, je tiens également à remercier ma famille et mes amis pour leurs encouragements et leur soutien moral.

Je dédie ce travail à mes parents, sans qui je ne serais pas où j'en suis aujourd'hui, et à mes beaux-parents, pour leur soutien.

Je dédie aussi ce travail à Fatima, mon épouse et à ma petite enfant, Meriem, pour avoir accepté tant de sacrifices durant ces dernières années.

SOMMAIRE

Sommaire	I
Introduction Générale.....	1
Introduction.....	1
Raison du choix du thème de l'ordonnance.....	2
Posture de recherche.....	3
Parcours méthodologique	5

PREMIÈRE PARTIE : MÉDECINS ET ORDONNANCES

Chapitre I	
Eléments historiques de l'ordonnance.....	13
I.I.1. Définition de l'ordonnance.....	13
I.I.2. L'antiquité (6000 av. J.-C. jusqu'en 476 après JC).....	14
I.I.3. Le moyen-âge.....	15
I.I.4. La naissance de l'ordonnance	16
I.I.5. Le XXe siècle	17
I.I.6. Ordonnances médicales sous forme électronique.....	20
Chapitre II	
La construction de l'ordonnance.....	24
I.II.1. La pratique médicale dans le centre spécialisé.....	25
I.II.2. Déroulement de la consultation	26
I.II.3. La pratique médicale dans le cabinet privé	31
Chapitre III	
Logiques de la prescription chez les médecins.....	33
I.III.1. Un système de santé qui oriente vers le médicament.....	36
I.III.2. La prescription fondée sur la " RETRICTION ".....	38
I.III.3. Reconnaître la légitimité du recours au soin.....	40
I.III.4. L'argument financier	42
I.III.5. L'argument médico-professionnel.....	43
I.III.6. L'argument médico-thérapeutique	44

DEUXIÈME PARTIE : PATIENTS ET ORDONNANCES

Chapitre I

Patients et leurs ordonnances.....	47
II.I.1. Le temps court de la visite médicale.....	49
II.I.2. A la quête de l'écoute.....	50
II.I.3. La confiance au médecin.....	52
II.I.4. L'explication de l'ordonnance.....	52
II.I.5. Durée de vie d'une ordonnance.....	54
II.I.6. L'ordonnance et le nombre de médicaments administrés.....	58
II.I.7. Forme de l'ordonnance.....	59

Chapitre II

Le rapport actif face à l'ordonnance.....	63
II.I.1. Cadre et atmosphère de l'officine.....	64
II.II.2. L'ordonnance et le rapport pharmacien / patients.....	66
II.II.3. Les normes de rangement des ordonnances.....	72


Chapitre III

L'automédication.....	74
II.III.1. Définition de l'automédication.....	75
II.III.2. Les produits consommés en automédication.....	75
II.III.3. L'automédication aux yeux des professionnels.....	76
II.III.4. Les patients et l'automédication.....	79
II.III.5. Les itinéraires allopathiques.....	81
II.III.6. Le pharmacien comme prescripteur.....	84

Conclusion générale	86
----------------------------------	----

Bibliographie	88
----------------------------	----

Annexe	96
Annexe I. Guide d'entretien avec les médecins.....	96
Annexe II. Guide d'entretien avec les pharmaciens.....	98
Annexe III. Guide d'entretien avec les patients.....	100
Annexe IV. Tableau récapitulatif des professionnels de la santé.....	103
Annexe V. Tableau récapitulatif des patients.....	104
Annexe VI. Prototype de l'ordonnance dans le secteur public.....	105
Annexe VII. Prototype de l'ordonnance dans le secteur privé.....	106



*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

INTRODUCTION GÉNÉRALE

Introduction

Aller chez un médecin, se voir prescrire une ordonnance, acheter ensuite les médicaments et en gérer l'utilisation, autant de comportements en apparence sans lien avec les traditions culturelles auxquelles se rattachent les protagonistes (médecins, pharmaciens et patients). C'est pourtant sur ces conduites que nous nous sommes penchés, cherchant à retrouver dans les gestes les plus infimes, dans les pratiques les plus anodines, celles précisément qui semblent le moins chargées de sens, les signes d'une appartenance culturelle même enfouie, voire oubliée.

L'ordonnance peut être étudiée à plusieurs niveaux en apparence insignifiants, banals mais dignes d'importance dans l'analyse des comportements des médecins et des patients.

Dans son introduction à l'œuvre de Marcel Mauss, Lévis Strauss a souligné la nécessité d'examiner « des gestes en apparence insignifiants, transmis de génération en génération, et protégés par leur insignifiance même », et qui peuvent informer l'histoire des cultures.

Raisons du choix du thème de l'ordonnance

Le choix du thème est au départ, motivé par une observation intéressante lors de mon expérience universitaire et professionnelle. Je me suis intéressé au domaine de la sociologie de la santé au cours du cursus de la licence en démographie, le thème de mémoire de fin d'études étant «L'étude sociodémographique des malades cardiaques hospitalisés au service de cardiologie de CHU d'Oran en 1999 ».

Ma première formation en démographie fait partie d'une spécialité où le nombre et les statistiques importent avec leurs pondérations et leurs balayages, j'ai compris ainsi l'importance de travailler avec un nombre limité d'interlocuteurs où l'unique peut être significatif, tout comme le non mesurable. Un échantillon restreint m'a permis de porter une attention spéciale et soutenue à chaque cas. Mon analyse s'est faite en profondeur.

Une expérience professionnelle acquise au sein de la cellule de proximité dans des quartiers d'Oran stigmatisé « quartiers pauvres » durant cinq (05) ans dans une équipe pluridisciplinaire (médecin, psychologue, sociologue et assistante sociale) m'a permis d'observer de près comment le médecin gère au quotidien l'ordonnance et l'importance que les patients accordent à ce document.

Posture de recherche

Ma perspective de recherche s'inscrit dans la théorie développée par Sylvie Fainzang dans sa recherche anthropologique « *Médicament et Société* ».

Il me semble que le meilleur moyen pour répondre à ces questions est d'essayer d'être attentif à toutes les dimensions de la situation de consultation et de la relation médecin-patient qui a une influence sur la construction de l'ordonnance.

En outre, l'ordonnance est liée à des phénomènes sociaux importants qui jouent dans le sens d'une reformulation de ce document : le statut du malade, le coût du médicament, le fait d'être consulté par le même médecin ou non, etc.

Enfin, il est important de prendre en considération la variété des situations sociales des médecins et des patients pour comprendre leurs rapports à l'ordonnance, qui va recouvrir un ensemble d'enjeux socioculturels et économiques qui dépassent la logique médicale.

Mon hypothèse de départ porte à la fois sur la nature de l'ordonnance, est celle de son utilisation. Avant cela je postule que la rédaction d'une ordonnance est une pratique fréquente chez nos médecins, et la quasi-totalité des patients quitte le cabinet ou l'espace thérapeutique avec une ordonnance. La première

cription ou la construction de l'ordonnance ne relève pas uniquement d'un savoir médical. La seconde, qui en découle, est que la dialectique « *demande organique ; réponse chimique et guérison subséquente* » est trop simpliste et ne reflète pas la complexité de l'itinéraire thérapeutique. L'ordonnance est une substance, l'axe d'une action et le support de sentiments, espoirs et logiques diverses.

L'ordonnance a plusieurs identités, plusieurs efficacités et plusieurs utilisations selon les circonstances. Elle est le résultat d'un assemblage, construction organisée à partir de nombreux éléments, dont l'argument biomédical et pharmaceutique n'est qu'un parmi beaucoup d'autres.

Il me semble donc que l'ordonnance est une modalité de gestion du monde, de ces relations avec autrui, avec l'imaginaire, répondant ainsi à une demande beaucoup plus large que la seule dimension biologique.

L'objectif général de la recherche est de comprendre le sens de l'ordonnance. Elle reste peu questionnée dans la sphère publique, « *Une ordonnance c'est une ordonnance ou un papier de médicament* ». Son univers s'arrêtera là.

Mon but est de démontrer, à partir de l'observation et les entretiens avec les professionnels de la santé (médecins spécialistes, généralistes et pharmaciens) et les patients, que l'univers de l'ordonnance

plus complexe et bien plus subtil que les évidences ne le

D'autre part, il s'agit d'examiner les différentes places que prend l'ordonnance dans la relation thérapeutique médecin-patient, car l'ordonnance ne répond pas à une simple logique linéaire « *maladie – consultation – délivrance ou rédaction d'ordonnance* ».

Enfin, l'ordonnance n'est pas un objet donné, existant en dehors de l'utilisateur : elle est le résultat d'un bricolage permanent. J'aimerais rendre ce document non tel quel, mais dans les figures qu'il prend au quotidien pour l'utilisateur. Mon but est de dépasser l'argument purement médical et pharmaceutique et voir comment l'ordonnance est en effet investie, vécue et utilisée au quotidien et ce qu'elle représente pour ces utilisateurs et leur entourage.

Parcours méthodologique

Quelle a été, de manière très pragmatique, mon approche de l'ordonnance ? Mon intérêt était focalisé sur l'anthropologie médicale et sur une approche des pratiques ayant cours dans ma société en particulier. Une fois la décision prise de travailler sur l'ordonnance, j'ai commencé à

lire abondamment, d'une part pour me familiariser avec le thème et d'autre part, pour répondre à un besoin de rupture intellectuelle, artificiellement produit, qui m'a permis de prendre du distance par rapport aux évidences produites dans la société.

Pour ce faire, je me suis appuyé sur des éléments d'ordre documentaire, mais également sur une étude empirique menée auprès des professionnels de la santé (médecins spécialistes, généralistes et pharmacien) et des patients.

J'ai passé beaucoup de temps avec chaque personne avant de mener des entretiens avec chacune. Cela m'a permis d'être préparé de manière précise à la deuxième partie de l'entretien. Cela a rendu possible, et c'est la richesse de cette démarche, de mettre en perspective les discours et les pratiques de chacun. Fainzang le dit d'ailleurs très bien à propos de la maladie. « *La difficulté avec la maladie est qu'on a affaire à un phénomène dont l'expérience est à la fois individuelle et collective, cette réalité contraint non pas à recourir à l'établissement d'un échantillon, à*

proprement parler, dans la mesure où un cas n'est pas besoin d'être représentatif au sens strict pour être pertinent anthropologiquement, et qu'à cet égard l'étude d'un cas individuel peut nous prendre autant de choses que celle de cas multiples mais d'une méthode de mise en perspective des cas étudiés entre eux afin de mesurer la tension existant entre les présentations et pratiques individuelles et collectives, cette mise en perspective est ce qui permet de dégager des constantes à partir de cas différents mais dont l'analyse doit permettre de faire apparaître l'unité (ou les divergences) » (Fainzang, 1994).

Le deuxième point qu'il convient de soulever concerne le choix que j'ai fait d'étudier l'ordonnance par le biais de ses utilisateurs (médecins et patients). Autrement dit, je suis confronté à deux

s. Un système de soins comprend le savoir émis par les membres spécialisés d'une société donnée et le savoir émis par les membres non spécialisés de cette société. L'un et l'autre doivent être étudiés de manière égale.

J'ai débuté les entretiens avec des personnes connues de mon entourage pour me familiariser avec le thème d'une part et le terrain d'autre part, après j'ai élargi la population étudiée vers d'autres personnes.

Le premier groupe est constitué de cinq médecins. Deux médecins spécialistes, deux médecins généralistes et un pharmacien, quatre hommes et une femme, ayant entre 32 et 45 ans. Trois pratiquent dans le secteur privé et trois dans le public. (Annexe I).

Le deuxième groupe se constitue de six personnes, quatre femmes et deux hommes ayant entre 30 et 68 ans. Toutes vivent à Oran de différents quartiers, 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 la direction, assistante sociale, cadre à la daïra et enseignante à université), pour les autres ; un retraité, une femme au foyer. (Annexe II).

Les deux méthodes de recueil de données retenues pour cette étude sont l'observation directe et l'entretien.

Dans un premier temps, l'observation directe m'a paru une technique heuristique pour décrire le mode de déroulement de la consultation et de la prescription de l'ordonnance pour voir quel est le regard, que porte le médecin et le patient sur ces moments de rencontre.

L'observation directe, en permettant d'accéder non seulement aux manières de penser des médecins et des patients durant la consultation, mais aussi à leurs manières de sentir et d'agir dans la mesure de possible évidemment.

Cette technique d'investigation empirique rend possible l'accès au « faire », aux pratiques non conscientisées qui ne se laissent pas facilement verbaliser, à ce qui paraît trop banal pour y prêter attention, trop peu légitime pour être abordé dans les entretiens. Dans ce sens, les observations directes donnent également à voir les écarts entre les rhétoriques et la réalité des pratiques. Comme le rappelle Hughes « *l'observation des gens dans leur travail peut en fait révéler que leur comportement réel dément leurs affirmations sur la valeur qu'ils accordent aux diverses activités* » (Hughes, 1996).

J'ai été confronté à une difficulté d'être accepté par les praticiens d'assister à la consultation et de porter des observations à l'intérieur du cabinet. Mais avec le temps, c'était possible avec deux médecins cardiologue avec qui j'avais noué des liens personnels plus au moins intenses.

consultations ont été conduites dans les deux secteurs (public et privé) afin d'analyser les interactions entre le médecin et le patient au moment de consultation, la façon de prescrire le traitement, les réactions du patient, etc.

Au cours de l'observation, je prenais note pendant toute la consultation même pendant l'examen clinique auquel j'ai assisté.

Vingt cinq (25) consultations ont été observées dans un cabinet privé de cardiologie, et trente (30) consultations dans le centre spécialisé avec un médecin cardiologue.

La durée moyenne des consultations au secteur public (30 consultations) était en moyenne de neuf minutes allant de trois minutes pour la plus courte à dix minutes pour la plus longue ; par contre la durée moyenne de consultation dans le cabinet privé (25 consultations) était de vingt minutes allant de quinze minutes pour la plus courte à vingt cinq minutes pour la plus longue.

Des entretiens de 60 minutes à 75 minutes ont été conduits avec six (06) professionnels de la santé (02 médecins cardiologue, 02 médecins généralistes et 01 pharmacien) et 06 patients dont 03 patients ayant une maladie chronique. Tous les entretiens ont été enregistrés au magnétophone et retranscrits.

Les interviews ont été menés à l'aide de deux guides d'entretien. Un guide d'entretien pour les professionnels de la santé (médecins et pharmacien) contenant les thèmes suivants :

et professionnelle. 2) Les logiques de la pratique de la prescription. 3) Les attentes et les attitudes des patients vis-à-vis de la prescription de l'ordonnance et le déroulement de la consultation. 4) L'automédication.

Une deuxième grille d'entretien pour les patients contenant les thèmes suivants : 1) Identification personnelle. 2) les interprétations profanes attribuées à l'ordonnance. 3) Le rapport actif face à l'ordonnance. 4) L'automédication.

L'entretien débutait généralement de la manière suivante :

« Je fais des études en sociologie, actuellement je prépare un mémoire en anthropologie de la santé et si vous permettez je désire connaître votre point de vue sur l'ordonnance. Pour certains patients je me trouvais dans l'obligation de la définir comme " papier de médicament " ».

Il faut préciser que le niveau d'instruction des interlocuteurs s'est révélé un indicateur déterminant dans la formulation des questions et le cheminement du discours. A ce titre les entretiens avec les patients illettrés (trois personnes) nous ont contraints de traduire toutes les questions en arabe dialectal pour faciliter le dialogue.

La nécessité d'introduire des questions de relance s'est souvent imposée lors des entretiens et ceci dans le but d'encourager sa poursuite.

Les entretiens se sont déroulés en deux temps, sur une période allant du 15 Novembre 2006 au 20 Février 2007 pour la première session, et du 10

deuxième. Dans un premier temps, j'ai pratiqué l'observation directe des consultations dans un centre de santé et un cabinet privé de cardiologie afin de mener des entretiens répétitifs avec les médecins. Tous les entretiens se sont déroulés dans l'espace thérapeutique avec les médecins et à l'officine concernant le pharmacien. Un seul entretien avec un médecin cardiologue a débuté au cabinet pour se terminer dans un café, suite à la demande du médecin.

Pour répondre à notre objectif de recherche, nous avons structuré notre travail en deux parties. Chaque partie contient trois chapitres.

Les trois chapitres de la première partie sont exclusivement consacrés aux médecins et leurs rapports à l'ordonnance. Le premier insistera sur l'éléments historiques de l'ordonnance. Le chapitre suivant consistera à décrire le contexte dans lequel l'ordonnance est construite. Le chapitre final de cette première partie présentera les différentes logiques de la prescription médicale.

Les trois chapitres suivants de la deuxième partie se centreront sur les patients et leurs rapports à l'ordonnance. La prégnance des

interprétations profanes des patients à l'égard de l'ordonnance ainsi que les différents types de rapports instaurés à ce document seront les premières à être analysés (Chapitre I). Suivront celles avec l'analyse des rapports actifs face à l'ordonnance (Chapitre II). Enfin le dernier chapitre (III) aura pour objectif d'analyser l'automédication.

PREMIÈRE PARTIE

MÉDECINS

ET

ORDONNANCES



Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

CHAPITRE

I

ÉLÉMENTS HISTORIQUES DE L'ORDONNANCE

Avant d'appréhender la question du rapport médecins à l'ordonnance, il nous semble pertinent d'évoquer brièvement son histoire. Elle nous permet de montrer les significations de l'ordonnance selon les époques historiques (1).

Définition de l'ordonnance

Le mot « ordonnance » apparaît au XII siècle. Il est initialement utilisé pour désigner les textes législatifs émanant du roi. Ensuite son emploi s'est généralisé aux décisions policières, judiciaires et enfin médicales.

« Prescription » (du latin *praescriptio* « écrire en tête ») est, au XVI^e siècle, un ordre expressément formulé et ce n'est que vers 1750 qu'il est couramment utilisé pour désigner les recommandations qu'un médecin peut faire à son malade verbalement ou par écrit.

... cette brève présentation, émanent de quatre sources
... pour principale bibliographie la revue d'histoire de

la pharmacie.

- Histoire de la pharmacie René Fabre que sais-je 1963 Puf
- Dictionnaire d'histoire de la pharmacie 2^e édition pharmaco thèmes 2007
- La pharmacie française Dilleman tec et doc Lavoisier 1992
- Deux siècles d'histoire de la pharmacie en Alsace Lorraine 1789-1989 L. Joubert 1989 Le verger

Dans la langue anglaise, un seul et même mot est évoqué pour désigner ordonnance (support) et prescriptions (contenu) il s'agit de « prescription».

Retraçons à présent l'histoire de l'ordonnance.

L'antiquité (6000 av. J.-C. jusqu'en 476 après JC)

L'usage de substance à visée thérapeutique est sans doute aussi vieux que l'homme, mais la recherche des origines de l'ordonnance ne peut s'envisager durant la préhistoire. Cette période se définissant par l'absence d'écriture.

Les preuves écrites de l'usage de médicaments les plus anciennes remontent au III^e millénaire av. J.-C. Ce sont les tablettes sumériennes découvertes à Nippur. Il ne s'agit pas d'ordonnance mais d'un codex indiquant une longue liste de « recettes » à utiliser par le médecin en fonction des pathologies rencontrées. Que ce soit le célèbre papyrus égyptien d'Eberth (1500 av. J.-C.), le Corpus Hippocraticum (460 av. J.-C.), le De Arte Medica de Celse (I^{er} siècle av. J.-C.) ou les écrits de Galien, tous les documents de cette période sont des formulaires et non des ordonnances à destination du patient ou du pharmacien.

fonctions de médecins et de pharmaciens étaient
separées, car ces deux mots n'apparaîtront que bien plus tard, aux
environs du XII^o siècle.

Le moyen-âge

En Europe, jusqu'au X^o siècle celui qui exerçait l'acte médical était contraint de cultiver, récolter, préparer et administrer les plantes médicinales. Elles constituaient l'essentiel de la pharmacopée. Ce personnage était appelé « apothicaire » (du grec apotec boutique).

La séparation entre ces deux activités devint matériellement et intellectuellement obligatoire. Une seule personne ne pouvant plus assurer ces deux fonctions du fait de la diversification des substances utilisées et du savoir nécessaire pour maîtriser convenablement l'art de guérir et l'art de préparer les médicaments.

C'est donc à partir du XII^o siècle qu'apparaissent en France les pigmentarius (ou marchands d'épices) et les medicus. Rapidement, les pigmentarius se divisèrent en deux branches : la première, « les épiciers » n'ayant le droit de manipuler que des drogues alimentaires. La seconde branche conserve l'ancien nom « d'apothicaire » et se réservant les drogues médicinales. Ces deux branches se disputèrent cependant longtemps le monopole des médicaments. Même encore aujourd'hui, cette lutte se perpétue entre les grandes-surfaces et les pharmacies.

apothicaires s'organisèrent en corporations ou confréries. La plupart des métiers à cette époque sont régis par des lois propres à chaque ville. Ce n'est qu'à Paris et ses faubourgs que la corporation est régie par des lois édictées par le roi.

Les premières lois royales datent de 1271 où le roi interdit aux apothicaires de délivrer des remèdes sans la présence d'un médecin excepté pour les remèdes vulgaires. A cette époque, l'ordonnance écrite n'existait pas. Les médecins prescrivaient oralement, indiquant eux-mêmes dans l'officine les médicaments dont ils entendaient composer leurs remèdes.

Les premières lois insistent également sur l'interdiction du « qui pro quo » c'est-à-dire, la substitution d'une substance par une autre sans, l'autorisation du prescripteur, règle qui a persisté près de sept siècles, jusqu'à l'introduction du droit de substitution en 1999.

La naissance de l'ordonnance

La naissance officielle de l'ordonnance en France se situe en 1322. Un nouvel édit royal interdit aux apothicaires de vendre ou donner des laxatifs, toxiques ou abortifs sans l'ordonnance d'un médecin qu'il leur est interdit de renouveler .

En 1353 Jean II le Bon précise que le candidat au métier d'apothicaire doit savoir lire, confirmant ainsi l'existence d'ordonnances écrites, du moins à Paris.

En 1494 paraît une loi qui amende celle de 1271 et autorise les apothicaires à proposer des médicaments non nuisibles au corps humain sans ordonnance.

Par la suite, les autorités ont surtout réglementé l'usage des toxiques, en particulier en 1682 où Louis XIV, suite à l'affaire des poisons de 1679 (mise au

te et d'usage de « poudre de succession » (impiquant la noblesse jusqu'à la favorite du roi). Il s'agit d'encadre strictement la détention et la délivrance de certains toxiques (arsenic, réalgar, orpiment et sublimé). Cela rend obligatoire la tenue d'un registre où l'apothicaire identifie précisément le médecin achetant une de ces substances. La déclaration royale du 25 avril 1777 crée le collège de pharmacie et la maîtrise de pharmacie et abolit du même coup les termes d'apothicaire et apothicairerie et étend les règles à l'ensemble des pharmaciens du royaume de France, les confréries ayant été abolies officiellement en 1776.

La loi du 21 germinal an XI (21 avril 1803) réaffirme l'obligation de présentation d'une ordonnance cette fois-ci pour tous les médicaments : Article 32 : les pharmaciens ne pourront livrer et débiter des préparations médicinales ou drogues composées qu'à partir de la prescription faite par un docteur en médecine ou en chirurgie, ou par des officiers de santé, et sur leur signature.

L'ordonnance royale du 19 juillet 1845 indique pour la première fois les mentions obligatoires sur une ordonnance de substances vénéneuses : Titre II article 5 : La prescription doit être signée, datée, énoncée en toutes lettres en ce qui concerne la dose desdites substances, ainsi que le mode d'administration du médicament

Le XXe siècle

Jusqu'au XXe siècle, nous disposons peu d'informations sur les règles légales encadrant l'ordonnance. Les autorités ayant pour principal souci le contrôle des substances vénéneuses, en particulier depuis l'affaire des poisons de Louis XIV.

De plus, la pharmacopée réellement active était limitée. Ce n'est qu'à partir de la seconde guerre mondiale que les médicaments modernes sont apparus et avec eux un cadre légal plus rigoureux.

es qui ont fait évoluer l'ordonnance à partir de

- Loi du 12 juillet 1916 : création des tableaux A, B et C (substances toxiques, stupéfiants et dangereuses), remplacés le 29 décembre 1988 par les listes I, II et stupéfiants qui ont des règles de prescriptions spécifiques comme nous le verrons dans le chapitre 1.3 (cf. également tableau X pages X).
- Une loi du 11 septembre 1941 restreint la nécessité d'une ordonnance aux médicaments abortifs et à certains médicaments toxiques.
- Le carnet à souche est créé le 28 août 1945 pour la prescription des stupéfiants (remplacé en 1999 par les ordonnances sécurisées)
- La sécurité sociale est créée en 1946. L'ordonnance redevient donc nécessaire afin de permettre le remboursement des médicaments prescrits même si ceux-ci sont disponibles sans ordonnance.
- Le 28 juin 1947 paraît le premier code de déontologie médicale officialisant dans son article 79 les mentions le concernant qu'un médecin peut mettre sur ces ordonnances.
- Le code de la santé publique est institué en 1953, rassemblant les lois existantes réglementant la pratique médicale et donc l'ordonnance. C'est dans ce code qu'est contenue la majorité des mentions obligatoires.

La réglementation concernant l'ordonnance s'est accrue durant le XXe siècle sans changer pour autant sa mission première qui est de servir de point de rencontre entre le médecin, le pharmacien et le patient. Cependant, depuis

remboursement (assurance maladie et mutuelles), ce point de rendez-vous est transformé en véritable place de l'Étoile, renforçant ainsi la portée de la prescription, mais également les contraintes qui l'entourent, comme nous allons le voir dans le chapitre suivant.

D'une certaine manière, les questions que pose le suivi de l'ordonnance renvoient en partie à celle de la soumission aux ordres qu'elle contient. Comme l'a rappelé Dagognet (1994), le mot « ordonnance » renvoie effectivement au mot « ordre » et « ordonner ».

Il écrit à ce propos : « Ordonner est d'abord un terme juridique, signifiant la promulgation des décisions qui ont force de loi » et rappelle à cet égard que l'écriture « accuse le côté coercitif » de la prescription, ce qu'une patiente, épouse d'un viticulteur catholique, retient d'ailleurs du mot « ordonnance », pour justifier qu'elle se plie intégralement à ses ordres : »je prends ce qu'on m'ordonne de prendre ! Pas ce qu'on me conseille, ce qu'on m'ordonne ! On dit bien une ordonnance.

Ordonnances médicales sous forme électronique

L'idée d'utiliser des ordonnances médicales sous forme électronique est en train d'apparaître sur le marché. Cette idée soulève des questions ayant trait au consentement du patient et à la sécurité des données.

A l'ère de l'informatique, la possibilité d'utilisation de systèmes électroniques pour traiter des données personnelles, semble ne pas connaître de limites. Ainsi, des suggestions sont apparues sur le marché visant à remplacer l'ordonnance usuelle sous forme papier par une version électronique. La démarche proposée se présente ainsi: le patient se rend chez son médecin. Au terme de la consultation, le médecin lui prescrit un médicament. Au lieu de prendre son bloc d'ordonnances habituel, le médecin utilise un micro-ordinateur de la taille d'un bloc d'ordonnances.

e affichée par ce micro-ordinateur toutes les indications qui étaient également nécessaires jusqu'ici pour délivrer une ordonnance. Il peut ensuite imprimer l'ordonnance et la remettre au patient. Pourtant, cette technique est peu utilisée par nos médecins (public et privé). Autrement dit, les médecins rencontrés dans nos enquêtes, préfèrent toujours l'ordonnance classique manuscrite. Pour la question relative à l'utilisation de l'ordonnance informatisée, un médecin généraliste disait :

« Vous avez peut être déjà entendu l'histoire du médecin qui remet pour la première fois à son patient une ordonnance sortie de l'ordinateur. Le patient la regarde longuement et dit : "Je suis désolé docteur, je ne puis accepter cette ordonnance. - Il y a quelque chose qui ne va pas ? - Oh oui ! Ça ne va pas du tout ! Une ordonnance de médecin se doit avant tout d'être illisible !" (Hichem, 42 ans, Médecin généraliste privé).

L'ordonnance devient alors la représentation concrète de la barrière qui le sépare du patient. Si une ordonnance est déjà un document obscur pour le profane, alors une illisible prend un aspect magique. Comme s'il s'agissait d'une recette mystérieuse et miraculeuse. Un médecin disait :

« ...(...)... Et pour l'écriture, j'écris d'une manière qui ne permettra pas au patients de lire le contenu de l'ordonnance, je ne sais pas pourquoi mais(Silence) franchement je ne sais pas pourquoi. » (Nabila, 32 ans, Médecin généraliste-dispensaire-).

La façon d'écrire ne relève pas de la prise de notes rapide pendant les années d'étude de médecine. L'ordonnance illisible semble davantage traduire le pouvoir médical.



Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

L'ordonnance illisible peut par ailleurs entraîner des conséquences graves si elle est mal interprétée par le pharmacien, le jour de la délivrance des médicaments.

Pour approfondir notre analyse, nous essayerons de comprendre la façon dont l'ordonnance est construite dans les différents espaces thérapeutiques.



*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

CHAPITRE

II

LA CONSTRUCTION DE L'ORDONNANCE

L'objectif de ce chapitre est de comprendre et d'analyser les représentations et les pratiques des différents acteurs, (médecins et patients) qui mènent à la construction de l'ordonnance. Il nous a semblé que la démarche ethnographique était la plus appropriée pour saisir de l'intérieur de l'espace thérapeutique les interactions patients-médecins conduisant à la construction l'ordonnance.

La relation médecin-patient est interrogée ici à partir du déroulement de la consultation et la construction de l'ordonnance qui lui donne un sens.

La relation médecin-malade est au cœur des préoccupations de la plupart des professionnels de la santé. À ce titre, elle fait l'objet d'une interrogation permanente sur les conditions auxquelles elle pourrait être améliorée en vue d'une meilleure prise en charge thérapeutique (Deccache A, 1992). Mais elle intéresse aussi directement les sciences sociales (Ankri J, Le Disert D, Henrard JC, 1995, Mormiche P, 19886 et Serang-Fonterme R, 1983) et en particulier l'anthropologie (Van der Geest S, Whyte SR, Hardon A, 1983) dans la mesure où elle est une relation sociale, et où elle se construit diversement à la fois selon le contexte dans lequel elle se déroule, mais aussi selon les protagonistes de cette relation

Dans un premier temps nous allons décrire le mode de déroulement de la consultation dans le secteur public ensuite dans le secteur privé.

La pratique médicale dans le centre spécialisé

Le centre sanitaire spécialisé, est situé dans une rue principale du quartier « El Kmulh ». 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 des femmes.

Le centre est composé de trois salles de consultations, une salle de soin, une salle pour les examens.

Pour avoir droit à la consultation, les patients doivent présenter le RDV ou la lettre d'orientation à la secrétaire médicale installée dans un bureau dans le couloir. Une deuxième secrétaire installée dans le même bureau délivre des tickets aux patients, après le paiement des frais de consultation (100 DA). Par contre, la consultation est gratuite pour les patients munis d'une carte délivrée par la Direction de l'Action Sociale (DAS).

Le cardiologue occupe la première salle de consultation. Elle s'étend sur une superficie de 4 m / 3m. Les murs ne semblent pas avoir été peints depuis de longues années. L'immobilier est réduit à un vieux bureau, trois chaises, une table de consultation, deux vieux meubles en métal qui servent d'armoires ; une : où ils mettent les dossiers des patients, l'autre qui sert d'armoire pharmaceutique avec une dizaine de médicaments, que le cardiologue remet aux patients démunis.

Déroulement de la consultation

qui son ordonnancier ainsi que les fiches des patients servis au centre que la secrétaire ramène au fur et à mesure que les patients entrent à la salle de consultation.

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

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

Le contexte du déroulement de la consultation, ainsi que la courte durée de la rencontre entre le médecin et le patient, qui ne dépasse pas parfois les deux (02) minutes, nous a révélé en permanence un rapport socialement distant entre les protagonistes, ou le patient ne représentant alors qu'une contingence essentiellement mineure (Claudine Hérslich, 1970).

Dans cette 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).

Mebtoul (1993) a fait des observations similaires dans un dispensaire. Il écrivait « *Au cours des consultations, nous étions aussi conduits à noter fréquemment ceci : « Le médecin remplit et remet en silence l'ordonnance à l'usager. » Le terme « Silence » reviendra souvent dans nos notes d'observation. Silence de la part du médecin ou il s'agit surtout de prescrire les médicaments à l'usager. Silence de la part de la majorité des femmes ou l'expression est plus gestuelle quand il s'agit d'indiquer la partie du corps où elles souffrent. »* .

pénètre dans la salle de consultation, remet le dossier à la secrétaire médicale, l'agent chargé du registre lui demandé de s'asseoir sur la chaise en face de lui. La femme timidement fait sortir un sachet de sa poitrine, ou elle cache soigneusement ses ordonnances ainsi que les bilans médicaux. Avec une voix basse « *Dr voila les analyses que vous m'avez demandées la dernière fois* ». Le médecin prend le bilan, entre temps prescrit silencieusement le traitement, remettant l'ordonnance à la patiente « *Madame t'as un problème de goitre. Le pharmacien va t'expliquer le traitement.* »

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

Même « l'interrogatoire », étape primordiale dans le processus thérapeutique, est complètement occulté, refoulé par le médecin. Ici 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 Dodier, 1991).

Mais, cette médecine « souhaitée » par les médecins reste quotidiennement mise en défaut, piégée, 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 concédèrent que l'écoute du patient au moment de la consultation, est une perte du temps. Un médecin disait :

chez nous, sont généralement des pauvres
conditions sociales et culturelles
défavorisées. » (Kamel, 42 ans, Cardiologue privé).

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. Les travaux de Good (1999) s'interrogent sur la façon dont les étudiants en médecine construisent leurs objets. Ils montrent que leur préoccupation ne se réduit pas à l'acquisition d'un savoir ésotérique (Mebtoul 2005), mais ils intègrent aussi le monde particulier de la médecine. « *L'étudiant en médecine, ne se limite pas uniquement à apprendre le langage de la médecine, mais surtout à construire un monde*

à soi. Dans le monde de la médecine, le corps devient médical, radicalement différent de celui auquel chacun de nous a à faire dans la vie de tous les jours. » (Good, 1998).

D'une part, l'ordonnance légitime l'activité du médecin, et d'autre part, elle soulage moralement le malade (Mebtoul, 1993). Moralement, parce qu'en rencontrant les patients à leurs domiciles, il est frappant de constater que beaucoup parmi eux n'achètent pas tout le contenu de l'ordonnance. 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 du travail, lui interdisant d'écouter les patients.

...ent la construction de l'ordonnance au secteur
...ne, se produit elle chez le médecin privé ?

La pratique médicale dans le cabinet privé

Le cabinet de Dr " X " est situe au centre ville d'Oran. C'est un appartement F4 au premier étage d'un immeuble bien entretenu. Le cabinet se compose de deux salles d'attente. L'une pour les femmes, l'autre pour les hommes, très confortables avec des belles chaises et une table avec des revues. Un climatiseur dans les moments de grande chaleur et un chauffage central. Les salles sont régulièrement propres, une

dalle de sol qui brille, une nouvelle peinture des murs avec une couleur claire éblouissante. 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 les patients, de prescrire les RDV, de classer les dossiers et de répondre au téléphone.

La salle de consultation, est très bien équipée. Elle dispose d'un bureau au vrais 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 à une autre salle équipée de tous types de radio (ECG, Examen d'effort, Echo cœur).

Le cabinet vient être consulté pour des maladies analogues qu'on retrouvera au centre de santé ; (hypertension artérielle(H.T.A), insuffisance cardiaque, etc.).

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

« Ce que je cherche c'est la dignité sanitaire. Je suis prête à emprunter de l'argent, de vendre mes bijoux à condition qu'ils nous reçoivent bien. » (Fatima, 32 ans, assistante sociale).

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

La consultation est d'abord un rituel social. Pour le patient, c'est un moment important qui est fonction des images qu'il a construit 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). Une patiente disait :

« Le médecin au secteur public ne touche pas le patient. Il ne lui parle pas, il est toujours pressé de mettre le patient 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. » (Fatima, 30 ans, secrétaire de direction).

« Au cabinet privé (El-Hamri), la modalité sociale dans la prescription du traitement n'est pas uniquement de la prérogative du médecin. Celui-ci

usagers se prononcent sur un certain nombre de médicaments, et qu'en conséquence, l'ordonnance est plus le résultat d'une discussion entre l'usager et le médecin.» (Mebtoul, 1993).

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 une « *aire de jeu* » (Johanne C., 2003) où les acteurs tentent de mobiliser leurs ressources et leur 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, savoirs et ressources que détient chaque acteur pour interpréter la maladie et agir sur elle (Freidson 1987). C'est ce que nous allons essayer de comprendre à travers l'analyse des logiques de la prescription chez les médecins.

 *Your complimentary use period has ended. Thank you for using PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to Unlimited Pages and Expanded Features](#)

CHAPITRE

III

LOGIQUES DE LA PRESCRIPTION CHEZ LES MÉDECINS



**PDF
Complete**

*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

Ce chapitre vise à analyser la pratique des médecins généralistes et spécialistes en matière de prescription de médicament. Nous avons essayé donc d'identifier les systèmes des représentations professionnelles du médecin autour de la prescription, et à comprendre, selon les pratiques de prescription des médecins, comment s'articulent les systèmes de présentations professionnelles de médecin autour de la prescription.

L'Algérie importe annuellement l'équivalent d'un milliard et 400 millions de dollars de médicaments selon le Directeur Général de la Pharmacie Centrale des Hôpitaux. D'autres chiffres non moins révélateurs font état d'un accroissement sensible dans le budget alloué à l'acquisition des médicaments, dont le montant se chiffre actuellement à plus de 18 milliards de dinars (20% du budget annuel du secteur public de la santé).

Parallèlement, on observe que la rédaction d'une ordonnance est une pratique fréquente des médecins. Sur Cinquante(50) consultations observées, (09) consultations sur (10) se terminent par la prescription d'un médicament.

le nombreuses interrogations sur les logiques des médecins à l'égard de la prescription. Quels sont les facteurs influençant l'acte de la prescription de médicament ? Et quel sont les déterminants de la non prescription ?

De nombreuses études sur l'acte de prescription de médicaments ont été analysées sous différents angles.

Un premier axe est marqué par les travaux qui partent de la perspective du médecin prescripteur et s'intéressent, souvent quantitativement, aux facteurs déterminant la pratique de prescription. Denig et Al (1988) ont ainsi testé un modèle prédictif qui visait à analyser et à mesurer le poids des facteurs tel que l'attitude du patient, l'expérience personnelle du médecin et son environnement professionnel ainsi que la valeur accordée aux résultats du traitement et son coût. Britten (2001) s'est intéressée à la prescription comme moyen de défense du médecin généraliste pour maintenir son autonomie clinique. Dans le même contexte, Weiss et Fitzpatrick (1997) ont pris pour objet d'étude la prescription médicale pour analyser le processus de « déprofessionnalisation » du médecin généraliste, lié à l'apparition d'un nouveau type de patient, plus informé et dans les cas extrême, partageant le même savoir médical (Hardey, 1999).

les travaux qui partent de la perspective du patient et s'intéressent à la représentation sociale d'un certain type de médicament. On peut citer l'exemple de l'User Perspective Project qui s'inscrit dans le programme de recherche européen Euro-Drug, (Deshepper, 1999) et qui analyse la manière dont la perception des antidépresseurs intervient sur la demande et la prescription.

On s'est également indirectement intéressé à la prescription par le biais d'études portant sur « l'agenda » des patients c'est-à-dire les points que ceux-ci souhaitent aborder dans la consultation. L'étude de Barry et al(2000) montre ainsi que les symptômes, le diagnostic et la demande de médicaments sont des points d'agenda effectivement évoqués par le patient. Tandis que d'autres passent sous silence comme les effets secondaires des médicaments et le refus d'une prescription, ce qui conduit, in fine, à des prescriptions non souhaitées et à leur non utilisation.

Un troisième axe est marqué par les travaux centré sur la prescription et la consommation des familles de médicament spécifique, comme les antibiotiques (Grandfils N., Sermet C. Auvray L. 2004) ou les benzodiazépines (Haafkens, 1997).

Et enfin, un quatrième axe aborde le thème de la prescription et du rapport au médicament sous l'angle de l'analyse de l'observance et / ou de la prescription du médicament et de l'ordonnance. Ces études ont pour thème la conduite du patient vis-à-vis du médicament, prescrit : procède-t-il effectivement à l'achat du médicament, respecte-t-il ou non la prescription médicale, suit-il scrupuleusement ou cherche –t-il à le négocier (le nombre de prises, la forme, le dosage ?) Selon ces études, le respect de la prescription

tolérance du produit, mais également, et surtout, à la place que prend le médicament dans la vie quotidienne du malade (Zola, 1980) et au contexte culturel ou religieux (Fainzang ; 2003).

Notre analyse dans ce chapitre, s'inscrit dans les travaux du premier axe, et prend comme point d'analyse la différence entre la prescription chez les médecins généralistes et les médecins spécialistes.

Un système de santé qui oriente vers le médicament

Aux yeux des médecins généralistes rencontrés, la formation initiale au cursus de médecine déboucherait sur une pratique centrée sur l'aspect curatif. Un médecin généraliste installé dans son cabinet privé depuis un an disait :

« Je pense que nous sommes formés pour prescrire des médicaments. » (Hichem, 42 ans, médecin généraliste privé).

La formation des médecins les conditionnerait d'une part au réflexe de prescription plutôt qu'une gestion fine de la relation au patient. D'autre part, les médecins généralistes jugent que l'ordonnance joue un rôle d'objet transactionnel à la satisfaction du patient. Un médecin généraliste exerce dans un dispensaire disait :

« À la fin de la consultation, le patient reste assis tant qu'il n'a pas son ordonnance. » (Nabila, 32 ans).

ce par le médecin, est un message adressé au patient, parfois même au sein de management du temps de la consultation, puisque les médecins considèrent que le patient est toujours à la recherche de médicament :

« Je suis sûre que le patient qui consulte vient chercher un médicament. » (Hichem, 42 ans, médecin généraliste privé).

Pour le patient, l'ordonnance et la consultation forment un tout indissociable. Habib disait :

« S'il n'y a pas besoin d'ordonnance pour une consultation, alors c'est qu'il n'y a pas besoin de consultation. » (Habib, 36 ans, cadre à la Daïra).

De façon implicite, le patient fait donc valoir un droit au médicament. Il ne vient pas simplement pour avoir des conseils. Il veut ce que le médecin seul peut lui apporter : une prescription.

Les médecins généralistes sont convaincus que les conseils sont très importants et vont de paire avec la prescription médicamenteuse. Dr Hichem disait :

ppuie sur des diagnostics et des conseils
est plus envahissante qu'une prescription automatique. » (42
ans, médecin généraliste privé).

A l'évidence, les médecins généralistes aspirent au conseil médical et à la prévention. Tout comme ils ont « envie de faire de la médecine autrement », comme le dit un médecin de dispensaire.

La prescription fondée sur la “RETRICION”

Le conseil, tout comme la prescription, sont bien au cœur de la relation thérapeutique. Cette tendance est plus marquée chez les médecins spécialistes que les médecins généralistes rencontrés.

La prescription de médicament n'est pas un acte « allant de soi » qui clôt la consultation. Dans cette logique, les médecins considèrent les conseils, les explications, et la réassurance, qui peuvent être véhiculés oralement, comme des options de traitement, au même titre et parfois plus importantes que le médicament. La définition de la prescription médicale englobe les deux aspects chez les médecins spécialistes. Un médecin disait :

moi, ne se résume pas uniquement dans la prescription du médicament, mais les conseils et les explications, sont aussi une prescription. » (Kamel, 42 ans, Cardiologue privé).

Face aux maladies chroniques asymptomatiques, comme le HTA (hypertendu artérielle), les médecins minimisent l'efficacité du médicament par rapport aux conseils véhiculés durant la consultation. Un médecin disait :

« Par exemple pour HTA (hypertension artérielle) il ne suffit pas de prescrire du traitement, car le traitement ne représente que 30 %. Le plus important lui demande de ne pas prendre du sel. Il faut lui expliquer pourquoi il ne faut pas prendre le sel (lui faire approcher l'image dans le cas où il prend du sel). C'est ça le plus important et pour moi c'est la partie la plus importante de l'ordonnance, même si elle n'est pas prescrite. » (Kamel, 42 ans, Cardiologue privé).

A contrario, la prescription de médicaments est un acte qui clôt de façon quasi-totalement la consultation chez le médecin public. Au cours des consultations, nous étions aussi conduits à noter fréquemment ceci : « le médecin remplit et remet en silence l'ordonnance au patient ».

Une femme âgée de 42 ans, se présente pour un avis cardiologique. Le médecin lui demande : « Qu'est-ce que tu as ? » La femme lui répond avec une voix basse « j'ai des piques au niveau de la poitrine » « صدري راه ينقرني » le

ension, prescrit le traitement et lui remet en

Pour garantir une adhésion thérapeutique, il semble primordial de passer suffisamment de temps à expliquer la maladie, son traitement, et les raisons de sa prescription (Uldrey, 1997). Les médecins exerçant dans la logique de « non-restriction » dégagent des arguments relatifs ou temps. Un médecin disait :

*« Je fais entre 15 et 20 consultations pour une demie journée alors il faut faire vite, en plus je connais très bien la population de ce quartier c'est un problème de pauvreté tu peux rien faire. »
(Bachir, 45 ans, Cardiologue Public).*

Cela met en évidence que la prescription peut être révélatrice d'un état de fatigue, mais également de symptôme d'épuisement professionnel (Rosman Sophia, 2006).

Reconnaitre la légitimité du recours au soin

Prescrire légitime l'activité du médecin, lui permet de montrer « sa compassion » de « soulager les symptômes » et de répondre à la « demande du

on, le médecin se distingue des profanes. Un

*« On peut avoir des conseils, des orientations, des explications de la part des amis, des voisins et de l'entourage familial, mais uniquement le médecin qui peut prescrire une ordonnance. »
(Nabila, 32 ans, Médecin généraliste- dispensaire-).*

La logique de ne pas prescrire un traitement, diffère chez les médecins spécialistes et généralistes. Ne pas délivrer une ordonnance chez un généraliste représente un signal au patient que le médecin n'a pas compris la maladie. Un médecin disait :

« J'en suis sûr, Si je ne lui prescris rien il reviendra jamais chez moi, parce qu'il va dire ce médecin ne sait rien. » (Hichem, 42 ans, médecin généraliste privé).

D'après les arguments du médecin généraliste privé, le non prescription risque de le mettre en écart de sa clientèle. Par contre, selon les médecins spécialistes, ne pas prescrire de médicaments risque d'entraîner chez les malades chroniques, une décompensation, une crise de panique, une dépression, un manque de sommeil, une aggravation de l'hypertension et des problèmes cardiaques, une consommation de médicaments sans ordonnance, de l'agressivité, etc.

prescris quelque chose.» (Bachir, 45 ans,

L'argument financier

Il s'agit ici de prescrire de façon « économe » pour assurer l'achat de médicaments par le patient. Les médecins qui avancent cet argument ne cessent d'utiliser l'expression suivante « *on fait de la médecine sociale* ». Un médecin disait :

« Tu ne peux pas prescrire une ordonnance de mille cinq cent ou deux mille dinars pour un patient (مقطع) non assuré. »
(Bachir, 45 ans, Cardiologue public).

مقطع : pour le médecin, cela signifie que le patient est pauvre et il ne peut se permettre pas d'acheter l'ordonnance. Conscient du coût des traitements, les médecins prescrivent le médicament le moins cher sur le marché, les médecins jugent et classent les patients selon leurs situations sociales et leur statut (pauvre, aisé, instruit et non instruit, etc.) et selon la façon de se représenter et de s'habiller. Un médecin disait :

« Le traitement, ou le choix de médicament à prescrire sur ordonnance, se fait durant la consultation. Pendant la discussion avec le patient, je sélectionne la couche sociale à travers l'habillement et la façon de se représenter. » (Nabila, 32 ans, généraliste dispensaire).

Les médecins sont conduits aussi à étiqueter et interpréter les différents comportements des patients selon des critères socioculturels tel que le niveau scolaire, le lieu d'habitation le nombre d'enfants ou la profession exercée (Mebtoul, 1993). Ce n'est pas donc plus seulement le

corps du malade qui est objet du discours médical, mais aussi ses différents comportements, sa façon de dire et de faire, face au médecin : « *le langage dans lequel on interprète les causes, les manifestations et les conséquences, n'est pas un langage du corps : c'est un langage du rapport de l'individu à la société* ». (Adams et Herzlich, 1994).

L'argument médico-professionnel

Il s'agit de prescrire de façon « responsable », « réfléchi » et « sensé » pour être en accord avec les bonnes pratiques cliniques. Il y a en effet derrière cette logique une double volonté. Tout d'abord, respecter les règles de prescriptions standardisées et valider ainsi le savoir médical acquis. Cette logique est adoptée soit par des médecins au début de leur carrière. Un médecin disait :

« Dans un contexte d'incertitude, j'utilise les standards comme une aide à la prescription. » (Nabila, 32ans, Médecin généraliste dispensaire).

D'autre part cette logique est adoptée par des médecins qui ne souhaitent pas s'écarter de la pratique médicale et qui refusent la médecine de (التحراش) ou de (السلامك) comme exprime un cardiologue privé ;

« Je ne crois pas au bricolage dans la prescription médicale, surtout devant une cardiopathie. Je prescris toujours le bon traitement quelque soit le prix du médicament. » (Kamel, 42 ans, Cardiologue Privé).

L'argument médico-thérapeutique

son « prudente » et « réservée » afin de ne pas créer chez le patient une demande injustifiée de médicament, mais aussi pour éviter les risques de résistances et les effets secondaires des médicaments. Dans cette logique, on observe la volonté de ne pas rendre le patient dépendant du médecin prescripteur, et lui apprendre ce qu'il peut faire lui-même pour aller mieux sans la prise de médicament :

« Les jeunes patients qui souffrent d'angoisse pour des situations transitoires sentirent un malaise au niveau de la poitrine, bien sur je peux leur prescrire un traitement mais je préfère expliquer qu'ils risquent d'en devenir dépendant(...). Moi je le dis : voila ce que tu peux faire toi-même pour sortir de cette situation, le sport, etc. » Bachir, 45ans, Cardiologue public).

Cette logique de prescription est liée à une conception du corps capable d'éliminer la pathologie lui-même, et une volonté forte d'éducation du patient. Ainsi le style de consultation est fondé sur la responsabilisation du patient (apprentissage des gestes non médicamenteux, stimuler ses propres compétences pour se soigner) et sur les principes de respecter le déroulement naturel de la maladie (attitude non interventionniste).


« Ça m'arrive parfois de rien prescrire au patient qui souffre d'angoisse, par exemple pour ne pas lui rendre dépendant du médicament, mais je préfère l'orienter vers une activité sportive et surtout lorsque le sujet est jeune. » (Kamel, 42 ans, Cardiologue Privé).

Bien que la prescription soit une activité médicale, et doit être vue comme la responsabilité des médecins qui pratiquent, il n'existe aucun doute sur le fait

ettes à des influences externes de l'industrie pharmaceutique. Durant mon observation dans le cabinet privé de cardiologie, j'ai constaté que chaque jour, deux ou trois délégués médicaux se présentent au cabinet pour présenter le médicament du laboratoire accompagné des cadeaux (calendriers, des articles, et parfois des invitations pour des colloques dans des hôtels chic). À leur sortie, ils lancent toujours la phrase « تهل دكتور », afin que le médecin prescrive le médicament du laboratoire.

Le chapitre a tenté de mettre en évidence les différentes logiques de prescription déployées par les médecins. La médecine générale est dominée par le « rituel de la prescription ». Les médecins spécialistes privilégient davantage l'explication orale et la responsabilité du patient. Cependant nous avons montré que les médecins généralistes et spécialistes peuvent s'écarter de la logique citée précédemment sous l'influence des facteurs suivants : la charge de travail, le déroulement de la consultation, l'interaction avec le patient, le type de patient (chronique ou aiguë), mais aussi la formation médicale, et l'organisation du cabinet.

Cette première partie avait pour objectif de présenter les rapports des médecins à l'ordonnance. Nous montrerons à présent comment l'ordonnance est retravaillée socialement par les patients.



*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

DEUXIÈME PARTIE



*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

ATIENS

ET

ORDONNANCES

CHAPITRE

I

PATIENS ET LEURS ORDONNANCES

L'objectif de cette partie est centré sur la prégnance des interprétations profanes des patients à l'égard de l'ordonnance, ainsi que les différents types de rapports instaurés à ce document.

Les représentations symboliques de l'ordonnance ne sont pas récentes. En effet, Duppy Karsenty notait déjà en 1974 que *« l'ordonnance, et plus précisément sa longueur, sa valeur en francs, le nom compliqué des produits, leurs nouveautés pour le malade, etc., signifient pour ce dernier qu'il a bien fait*

... n'état relève bien de la pratique médicale et
... qu'il n'aurait pas pu se passer d'affaire tout seul ».

Sylvie Fainzang (2001) observe que l'ordonnance des patients condense à la fois le rapport à la maladie et aux médicaments, mais aussi au corps, à l'écriture et au médecin.

L'ordonnance ou le « papier du médicaments » ⁽¹⁾ contient un certain nombre d'informations sur la cure (la plus part du temps des noms de médicaments et leur modalité de prise en charge). L'écriture est souvent illisible. Elle sacralise et personnalise le produit. A l'entête, le nom du médecin et l'adresse du cabinet ou de l'institution. En bas, on trouve l'empreinte du signataire.

(1) Beaucoup de patients interviewés nomment l'ordonnance « papier de médicament ».

L'ordonnance est l'objet qui marque, clôt et légitime la visite médicale. Un patient disait :

« Moi j'aime bien les médicaments, quand je vais chez le médecin j'aime sortir avec une ordonnance. Sinon j'ai l'impression que ça a servi à rien ». (Mohamed,

65 ans, retraité)

Un sentiment d'incomplétude peut frustrer un patient sans ordonnance car c'est elle qui atteste le mal. « Il est difficile de ne pas faire d'ordonnance. Les malades ont besoin de sortir de la consultation avec quelque chose. » (Célerier, 1999).

et la remise de l'ordonnance est-elle fondamentale dans la relation même qui s'installe entre médecin et patient. Par la médiation de la prescription de l'ordonnance, le médecin reconnaît le problème ou la plainte du patient. Il doit en outre assurer la meilleure « observance » ⁽¹⁾ au traitement proposé. Cette adhésion du patient, en d'autres termes cette amélioration de l'observance va bien au-delà de l'analyse du cas du malade et de l'établissement d'une ordonnance.

(1) L'observance est définie comme la mesure dans laquelle le comportement du patient (en termes de prise de médicaments, suivi de régimes ou de changement de style de vie) coïncide avec l'avis médical (cf. Haynes 1979).

La question est donc de savoir si le rapport que le patient instaure à ce « document » et les valeurs symboliques qui lui attribue, ne varient pas en quittant le lieu thérapeutique.

Or, nous avons pu observer que le fait de déchirer l'ordonnance à la sortie de l'espace thérapeutique est un comportement fréquent chez certains patients pour exprimer leur insatisfaction de l'acte médical. Il s'agit pour eux d'effacer la trace du médecin prescripteur ainsi que la scène de la consultation. Nous avons essayé d'en saisir les raisons.

Le temps court de la visite médicale

patients, il est essentiel que le médecin soit à l'écoute en mesure de passer plus de temps, les ausculter pour juger l'efficacité de l'acte médical ainsi que la prescription médicamenteuse. A contrario, un sentiment de frustration peut être exprimé par le patient face au silence du médecin. Écoutons cette mère accompagnée de sa petite fille âgée de 3 mois. Elle n'hésite pas à déchirer l'ordonnance :

« Il n'a pas touché mon bébé. Il m'a posé tant de questions sans le consulter et ensuite il m'a donné une feuille pour acheter le médicament. Vraiment j'étais dépassée et au bord des nerfs durant la consultation alors c'est la seule méthode pour effacer la scène de ma tête » (Fatiha, 30 ans, secrétaire de direction)

La mère de l'enfant malade étant angoissée et inquiète, attend du médecin des éléments d'information et d'explication sur la maladie de son enfant. Cette dimension relationnelle et sociale de la maladie (Hérzlich et Pierret, 1984) ne semble pas pertinente et essentielle pour le médecin du dispensaire qui a plus tendance à la considérer comme une perte de temps (Mébtoul, 2001).

Au cours des consultations, nous étions aussi conduits à noter que la durée de la rencontre entre médecin et malade au secteur public ne dépasse pas les deux minutes. La consultation trop brève est souvent critiquée par la majorité des patients.

A la quête de l'écoute

L'écoute est primordiale. Elle est capitale pour le patient qui est venu dans ce but. Elle est indispensable pour le médecin qui doit en retirer un maximum d'informations afin de pouvoir réaliser le diagnostic, Osler disait : " *écoutez le malade ; il vous dit le diagnostic* " (cité par J.M. Faroudja 2002). Mais quand le médecin investit uniquement son temps dans la dimension strictement organique de la maladie (Disease) ; il est clair que la parole et l'écoute ne peuvent être que marginalisées au cours de la consultation, une patiente disait :

« Une fois j'ai déchiré une ordonnance remise par un cardiologue et je l'ai jetée dans le couloir [...] J'ai voulu m'exprimer durant l'examen clinique. Le médecin m'a dit SHOOT... » (Fatima, 35ans, assistante sociale).

La violence symbolique n'est pas absente au cours de certaines consultations observées. Une femme âgée de 55 ans pénètre dans la salle de consultation. Le médecin lui demande : « t'as fais les analyses que j'ai demandées la dernière fois ? » la femme lui répond : « Non ». Le médecin lui dit on criant : « je ne peux pas travailler comme ça ! ».

Les médecins considèrent que la société doit nécessairement se plier à « l'ordre médical » (Foucault, 1963). Si les patients ne se conforment pas à cette « logique médicale » c'est parfois par absence de ressources financières. Après la consultation, cette patiente disait :

« Pour les jeunes diplômés qui travaillent dans le secteur public, c'est difficile. » (Yamina, 65 ans femme au foyer)

Les médecins oublient souvent de souligner que le monde de la médecine est aussi un monde social (Strauss, 1992), avec ses règles et ses « vérités » fortement ancrées dans les territoires professionnels.

La confiance

La confiance du patient à l'égard de son médecin est importante pour que le dialogue puisse s'instaurer. Certains patients attendent souvent du médecin qu'il adapte les prescriptions selon leur souhait. Or ce souhait ne peut se réaliser que si le médecin identifie les profondes attentes au patient. Une patiente disait :

« La "NIYA" au médecin est très importante pour moi ; elle est tout. Si je ne fais pas la confiance au médecin franchement je déchire l'ordonnance après la consultation parce que je sais que si même j'achèterai le traitement prescrit je ne guéris pas. » (Fatima, 35ans, assistante sociale)

La "NIYA" chez la patiente signifie une confiance absolue, une adhésion à la démarche thérapeutique du médecin. Pour Souad Barada (1992) ce terme concerne aussi bien la motivation et l'intention que la docilité et la soumission du sujet vis-à-vis de l'autre.

La clarification de l'ordonnance par le médecin, renforce l'image positive du prescripteur. Le patient conserve les traces de l'acte médical. Elle peut être un document de référence en cas de guérison ; par contre la remise en silence et sans explication, peut engendrer un sentiment de frustration et d'interprétation négative de patient. Habib disait :

« Il ya des médecins qui n'expliquent pas le mode d'action des médicaments, n'assurent pas la compréhension des explications données, n'insistent pas sur le médicament important. Alors pourquoi prendre l'ordonnance ?! » (35ans, cadre à la Daira)

Les médecins qui s'inscrivent dans cette logique du silence, généralement sont des médecins du secteur public (hôpital ou dispensaire) ou l'activité médicale est dominée par l'écrit plutôt que par la parole (Mebtoul, 1993). Cette représentation, partagée par beaucoup de patients concernant l'ordonnance délivrée par le médecin de l'hôpital ou du dispensaire, se produit elle chez le médecin privé ?

Chez les médecins privés "l'écrit" recouvre un autre sens que celui observé au dispensaire. L'imbrication de la logique sociale et biomédicale est plus forte, ce qui laisse une perception positive chez le patient vis-à-vis le médecin et sa prescription médicale (Mebtoul, 2001)

plus valorisée par le patient quand il observe un bon accueil, la compétence et la confiance au médecin. Les patients évaluent l'efficacité de la consultation en référence au type de relation instauré par le médecin. Une patiente disait :

*« Dr X (privé), est un bon médecin il est gentil, poli et sa main est très bonne... (..) Il passe beaucoup du temps avec le patient il l'écoute ... (...) Je guéris toujours avec son traitement, alors je garde son ordonnance, et j'oriente mes voisines vers lui. »
(Yamina, 65 ans, femme au foyer).*

On pourrait conclure rapidement, que cette qualité humaine déployée par le médecin privé s'inscrit uniquement dans une logique de récupération de la clientèle. Mais pour les patients la relation personnalisée est très importante. *« Les qualités que les patients recherchent chez un médecin ; sa personnalité même et ses propos, sur la perception et la prescription des médicaments par les patients »* (Fainzang ,2001).

Durée de la vie d'une ordonnance

L'ordonnance est conservée ou jetée selon une logique fonctionnelle. Le motif est le suivant : *« ça peut servir un jour »* ou *« ça sert à rien »* (Fainzang, 2001).

L'ordonnance est conservée pour la raison suivante : *« ça peut servir un jour »* dans le cadre de l'automédication. Si les symptômes sont connus du patient, c'est qu'il les a déjà ressentis antérieurement. Il a donc acquis une certaine expérience par rapport à ce type de douleur, parfois même, il connaît

ner. Par exemple, ce cadre de la daïra souffre

Intenses. La première fois qu'il a senti cette douleur, il a consulté le médecin. Aujourd'hui il conserve toujours l'ordonnance pour acheter le traitement, quand la même douleur réapparaît :

Maintenant, je sais quand ça arrive et pourquoi, donc... (..)Je sais maintenant d'où ça vient, donc je prends mon Spasfon, ma Viscéralgine et j'attends que ça passe. » (Habib, 35 ans, cadre à la Daïra).

Cette illustration montre que l'ordonnance peut être conservée par le patient comme modèle ou prototype dans le cadre de l'automédication.

En outre, la chronicité peut imposer des changements parfois significatifs pour le patient concernant son rapport à l'ordonnance. Souad a 32 ans. Elle a eu un rhumatisme articulaire aigue (R.A.A) à l'âge de 30 ans disait :

« J'ai jamais gardé les ordonnances avant, mais aujourd'hui après que j'ai une maladie chronique (RAA), j'ai un archive d'ordonnance pour suivre l'évolution de mon état de santé, les traitements prescrits ainsi pour une bonne connaissance sur ma maladie. » (Souad, 32 ans, enseignante à l'université).

patiente, la prise en charge du (R.A.A) obéit à des règles et à une volonté du malade de comprendre sa pathologie. La dimension cognitive de la pathologie et ces complications est essentielle pour la patiente qui souhaite assurer un bon suivi du Rhumatisme Articulaire Aigue (R.A.A).

Les logiques sociales déployées par le patient à l'égard de l'ordonnance sont variables. Ce document peut être jeté après l'acquisition des médicaments. La posologie est reportée sur les boites par le pharmacien, parfois elle est conservée le temps du traitement et jetée après. Sa validité se termine avec le traitement. Un patient disait :

« Une fois je termine mon traitement je n'ai plus besoin de la garder chez moi. » (Habib, 35 ans, cadre à la Daïra).

Cette attitude a été observée chez des patients qui n'ont pas de couverture sociale. Pour cette catégorie des patients, la conservation de l'ordonnance n'a aucun sens si elle n'est pas remboursée.

L'usage social de l'ordonnance peut être en rupture avec la stratégie de la consommation médicale. Il peut en effet figurer dans le registre des stratégies personnelles (Fainzang, 2001). Le cas de cet homme atteint d'ulcère :

« Je garde toujours mes ordonnances, surtout celles des médecins spécialistes, elle me servira le jour ou je constitue mon dossier de retraite. » (Mohamad, 65 ans, retraité)

l'ordonnance n'est pas toujours lié à la gestion du
mal. Le patient peut l'utiliser à d'autres fins.

La conservation, ou non de l'ordonnance dépend non seulement du sujet mais aussi de l'instance thérapeutique qui l'a délivrée. L'ordonnance des spécialistes (cardiologues, pneumologues, ophtalmologues, etc.) est plus souvent conservée que celle des généralistes.

La raison invoquée est la suivante ; les motifs de consultation du généraliste seraient moins graves. En conséquence, ceci ne mérite pas que le patient conserve la trace de la prescription adéquate. Une enseignante à l'université disait :

*« Je ne garde pas généralement les ordonnances des médecins généralistes, et parfois je prends des traitements pour des problèmes d'ordre général sans rendre visite au médecin, par contre l'ordonnance d'un spécialiste, c'est plus sérieux. »
(Souad, 32 ans)*

La non conservation de l'ordonnance du médecin généraliste signifie plus profondément la dévalorisation de la médecine générale en Algérie. Ce sentiment est intériorisé par une majorité des patients.

L'ordonnance et le nombre de médicaments administrés

prescrit par le médecin peut influencer sur le rapport patient - ordonnance. Deux représentations sont élaborées :

D'une part, certains patients préfèrent une ordonnance de deux ou trois médicaments au maximum. Une patiente disait :

« Je préfère le suivi chez un médecin qui me prescrit le minimum de médicaments, pour éviter le maximum des effets secondaires, car chaque médicament a un effet ou plusieurs effets secondaires et moi j'ai un organisme fragile. » (Souad, 32 ans, enseignante à l'université).

D'autres patients pensent que le médecin qui délivre une ordonnance chargée (plus de 4 médicaments) n'est pas compétent. Cette patiente disait :

« C'est pas un médecin, celui qui donne une ordonnance chargée des tonnes de médicaments, pour moi. Je dirais plutôt que plus un médecin me donnera 10, 12, 14, 28 médicaments, et plus je trouverais ça douteux sur ses compétences. Je pense qu'un bon médecin ce n'est pas forcément quelqu'un de chez qui vous sortez avec une liste de médicament qui n'en finit plus. Moi, si c'était mon cas, si ça m'arrivait de sortir de chez le médecin avec tout ça, je n'y retournerai pas. » (Fatima, 30 ans, assistante sociale).

D'autre part, d'autres patients préfèrent une ordonnance chargée de médicaments. Plus la maladie est grave, plus elle nécessite selon eux de

est le cas d'une patiente âgée de 60 ans. Elle souffre d'une polyarthrite rhumatoïdale et une arthrose dorsale

« Je sais que j'ai une grave maladie et pour la traiter il faut beaucoup de médicaments. » (Yamina, 60 ans, femme au foyer).

Dans l'esprit des patients, le nombre des médicaments prescrit peut déterminer leurs rapports vis-à-vis de l'ordonnance. Pour saisir la complexité des logiques des patients, il nous semble indispensable d'élargir notre analyse à la forme de ce document.

Forme de l'ordonnance

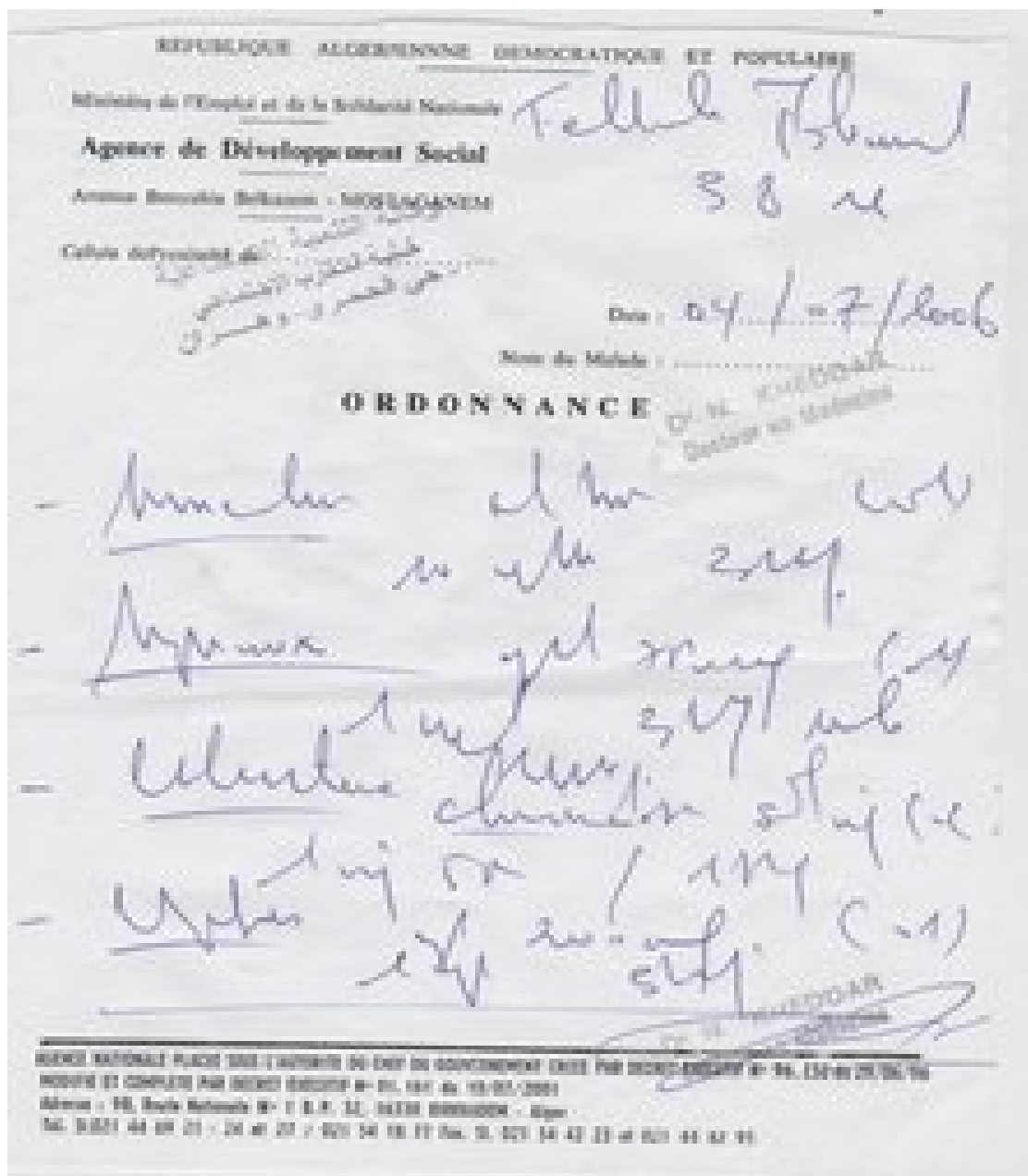
Le patient peut jeter ou conserver l'ordonnance selon sa présentation. Par exemple si le type de papier est de mauvaise qualité, l'écriture d'entête est non claire (écriture pas en gras), le patient ne prendra pas cette ordonnance en considération. Il dévalorisera le traitement, le médecin et le lieu thérapeutique (généralement ces types d'ordonnance sont délivrés dans l'hôpital, dispensaire), comme illustre une enseignante à l'université :

« Une ordonnance chiffon ne pas être usée, et je ne peux pas la présenter au pharmacien. » (Souad, 32 ans).

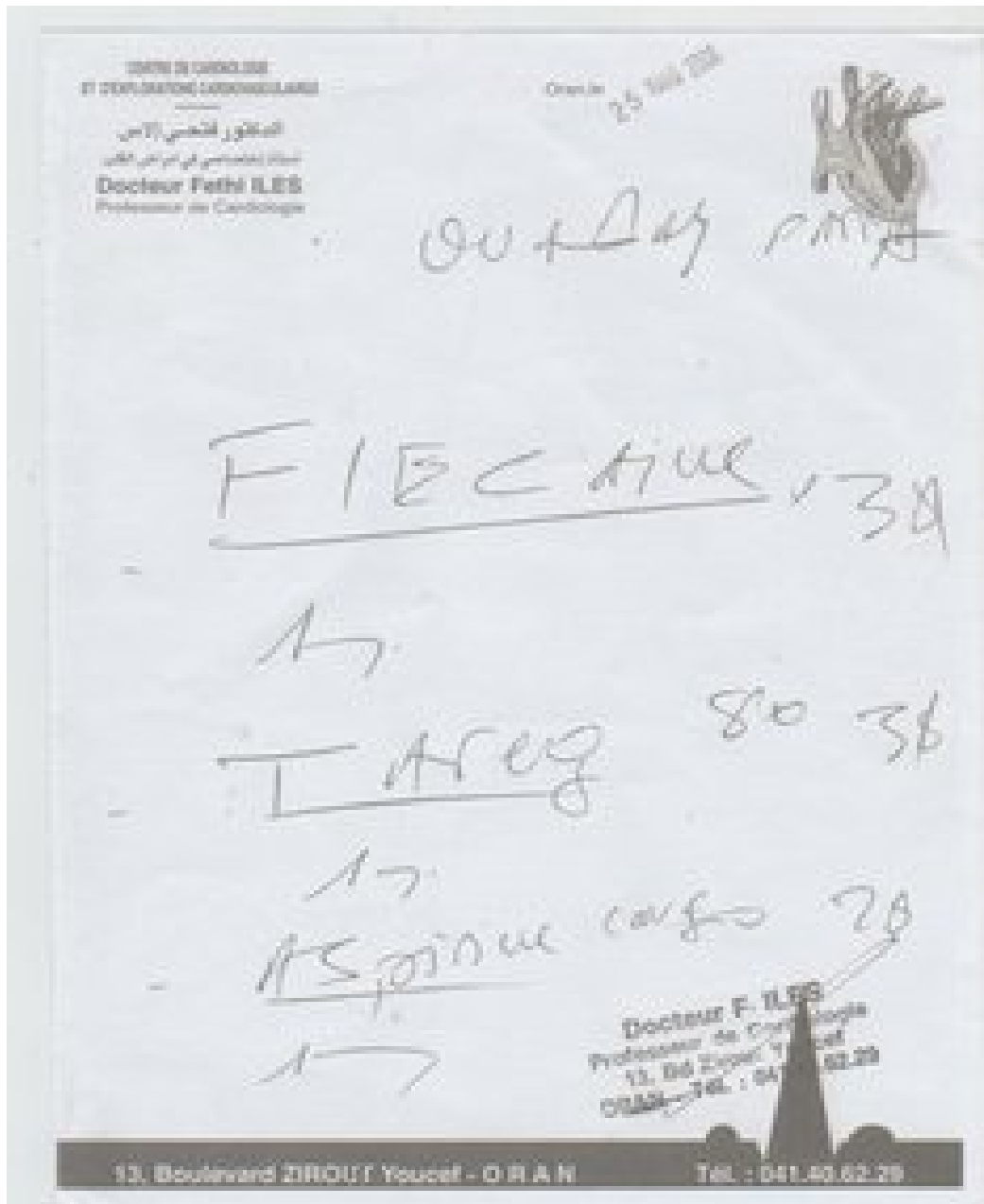
des catégories sociales différentes des patients, on peut noter le témoignage d'une femme au foyer

« Je suis parti chez un médecin, quel médecin ? L'ordonnance écrite avec la machine (بالمشينة) neuve. Pour ça j'ai acheté le traitement. » (Yamina, 65 ans).

Par contre, la bonne présentation de l'ordonnance, donne une image positive du médecin et de son cadre thérapeutique et le patient est plus confiant à l'égard du traitement administré.



Modèle d'ordonnance délivré au secteur public.



CHAPITRE

II

LE RAPPORT ACTIF FACE

À L'ORDONNANCE

L'objectif de ce chapitre est d'analyser quelques stratégies de patients qui montrent bien leurs rapports complexes instaurés à l'ordonnance.

Les conduites réfléchies, volontaires, organisées des patients dans l'achat complet, partiel ou le non achat de l'ordonnance n'est pas que l'expression d'une confiance ou d'une défiance à l'égard du savoir médical. Elles traduisent aussi la volonté des patients de faire reconnaître leurs savoirs profanes par des pratiques d'adaptation ou d'autonomie.

Les aménagements de l'ordonnance, le suivi ou non des conseils qui accompagnent la rédaction de l'ordonnance relève de cette logique. Avant d'aborder cette question, il m'a semblé pertinent de présenter mes observations au sein d'une pharmacie. Après la prescription le médecin sort du jeu social, en effet, la répartition du pouvoir se transforme : le patient est de plus en plus impliqué. Le pharmacien intervient activement dans l'usage du traitement et dans les conseils adressés au patient. Dans la bonne utilisation et la délivrance des conseils de prévention, et la

(substitution, médicament génériques, etc.).

Il me semble que peu de recherches ont appréhendé l'activité du pharmacien, dont à l'exception de

quelques livres et articles difficiles à consulter, pour ne pas dire introuvables ⁽¹⁾. La plupart des revues traitant des pharmacies le font dans une perspective plus médicale ⁽²⁾.

Cadre et atmosphère de l'officine

La pharmacie "X" est située dans l'avenue principale de "HAI EL MAKARI". Ce qui lui permet de relever, assez facilement, le défi de la concurrence entre les cinq autres établissements du quartier. Elles ressemblent de plus en plus à des magasins de cosmétiques. La vitrine est envahie de shampoings, de brosses à dents, de produits amincissants et autres crème antirides.

Le médicament qui se fait « tout petit » devant cette diversité de produits. Quelques plantes artificielles renforcent l'image de santé associée à la nature. Trois (03) chaises permettent aux personnes âgées ou à celles qui supportent mal d'être debout.

(1) LASSELAIN J., 1995, *Profession pharmacien : Le regard des sciences sociales*. Paris : Ed. Imhotep Médecine Sciences ; 1991, « Self perception of occupational roles by community pharmacists in the French health system », *Journal of social and administrative pharmacy*, 83 : 130-135 ; LASSELAIN J., LE DISERT D., 1998, « Relations professionnelles et profession pharmaceutique », *International Sociological Association* ; BARCS-MASSON M.-L., 1977, *Les femmes et la pharmacie*. Nice : Belison.

présente un certain intérêt, mais ne nous aura servi que très

Au cours de nos observations, seules les personnes qui se présentent pour prise de tension ou pour la mesure de glycémie, utilisent ces chaises.

L'espace de la pharmacie est jalonné par une signalisation qui permet l'identification rapide des rayons. Les produits sont à hauteur du regard et groupés selon le bon sens du marketing ; l'herbo et la phytothérapie sont séparées par des plantes ; les soins de cheveux, du corps et les produits de beauté groupés autour d'images de femme dont la beauté exhale la santé, le lait, la farine, les soins pour bébé et autres produits de puériculture rangés de l'autre côté de l'officine. On n'arrive même plus parfois à distinguer entre l'officine et un autre commerce. Le vendeur ou le pharmacien omet, souvent d'enfiler sa blouse blanche. Cette attitude permet de laisser penser aux clients qu'ils ne sont pas dans une pharmacie, mais dans un magasin. Les efforts déployés par les vendeurs (conseils, orientations, etc.) pour se mettre en scène dans le but d'exprimer leur compétence et leur probité. (Goffman, 1973) ne lui permettent pas d'acquérir la figure charismatique au pharmacien.

L'ordonnance et le rapport pharmacien / patient

du pharmacien, montrent différents types

de comportements des patients :

- Les patients silencieux.
- Les patients sans d'ordonnance.
- Les patients qui aménagent le contenu de l'ordonnance.
- Les patients qui négocient le contenu de l'ordonnance.

Les patients dits « silencieux » remettent l'ordonnance au pharmacien. Ils demandent ou non des explications sur le traitement, payant le contenu et se retirant silencieusement de la pharmacie. Ils représentent généralement les patients qui souffrent de maladies chroniques détenteurs de carnets de gratuité ou des patients assurés présentant leurs feuilles de maladie.

La relation pharmacien / patient n'obéit pas toujours à des règles déontologiques. Les observations des comportements des usagers dans la pharmacie montrent bien l'importance de l'automédication⁽¹⁾ et la recherche du « bon » médicament.

(1) On reviendra sur ce point à propos de l'automédication dans le chapitre qui suit.

L'ordonnance peut être ignorée. Non seulement elle n'est pas demandée par le pharmacien et parfois dévalorisée et réduite à un « morceau de papier ». Les médicaments sont identifiés par les patients comme des produits de consommation banale. En effet la maman peut donner à son enfant un bout de papier où est inscrit le médicament qui a valeur d'une « ordonnance médicale ». Le pharmacien vend

médicaments à l'enfant pour un objectif
pharmaceutique commercial. Le pharmacien se transforme pour un « boutiqueur »,
un « faiseur d'argent », un « vendeur de boîtes » (Dominique Cèbe, Pierre
Aiach 2000)

L'aménagement de l'ordonnance (sélection des médicaments) traduit
bien la marge d'autonomie des patients qui peuvent acquérir la totalité ou
non de la prescription. L'appropriation d'un minimum de connaissances
permet à l'autonomie de s'exercer, elle appuie cette acquisition (Hoerni
1991). L'essor relativement récent de l'automédication est une manière
pour les usagers de préserver leur autonomie en se soustrayant au pouvoir
médical.

Les stratégies paradoxales élaborées par certains patients, en modifiant
les prescriptions pour guérir ou pour prévenir une maladie, ne sont pas
des conduites à risques (Fainzang 1997). Par exemple cette femme se
présente à la pharmacie. Elle remet l'ordonnance au vendeur, en lui
demandant ;

« ... pour uniquement les deux premiers
traitements, je ne prends pas le sirop ; ça sert à rien. »

(Samia 35 ans).



Cette illustration montre bien, que la charge symbolique d'ordonnance (pouvoir médical), peut être l'objet d'une construction profane selon la logique du patient. Celui-ci peut discuter le contenu avec le médecin, même entre soumission, résistance et négociation, ou l'accommoder chez le pharmacien (enlever un médicament). A ce propos (Massé, 1995) note « une fois le médicament prescrit, le patient entre dans la

n du produit... [...].Le patient décide lui-même, une fois sorti du cabinet du médecin, du moment où il consommera son médicament, de la fréquence de la consommation la quantité de comprimés qu'il prendra, voir de la pertinence de les consommer ou non ».

D'autres patients refusent d'acheter un médicament à la pharmacie. Ceci correspond à une stratégie d'économie Si le malade possède déjà le médicament, il n'en prend pas un autre. Un cadre universitaire disait :

« S'il m'en reste un médicament d'une autre ordonnance et qu'il est neuf soit j'ai utilisé ou non je ne prends pas un autre par exemple Celestène, je sais que même s'il ya une date de péremption, même si c'est ouvert tu peux le garder longtemps donc j'en prends pas. » (Amel 32 ans).

Tantôt les patients exigent des gélules plutôt que du sirop, tantôt ils insistent pour acquérir de l'aspirine ou des antispasmodiques à l'ordonnance. Par exemple cette patiente demande au pharmacien d'un air nerveux :

« Rajoute moi un flacon de gaviscon, les comprimés jaunes me font mal à l'estomac. » (Samia, 45 ans).

Elle se dirige vers nous pour porter un jugement sur son médecin traitant : *« il n' ya plus de médecins ils sont tous devenus des commerçants »*. Pour une très grande partie des patients qui s'est présenté

est souvent critiqué. Sa prescription médicale

Pour des raisons financières, le patient refuse d'acheter la totalité du traitement :

« J'ai mille dinars en poche s'il vous plait donne moi le nombre de médicament correspond à la somme. » (Ahmed, 28 ans).

Beaucoup de patients pensent que le médicament le plus important est prescrit en première position et le moins important en dernière position :

« Je sais que j'ai besoin uniquement du premier médicament. Les deux autre (زيادة) de plus et je n'ai pas la totalité de la somme. » (Yousef, 42 ans).

D'autres patients laissent le choix au pharmacien de sélectionner le médicament efficace. Il est considéré comme un spécialiste de médicament, dans ce cas là, le pharmacien ou le vendeur, instaure un rapport de proximité avec le patient. Celui-ci n'hésite pas à lui octroyer certaines facilités (de paiement et de crédit). En somme, des trois fonctions de la pratique en officine, l'une, technique, a presque complètement disparu, l'autre, soignante, varie considérablement selon l'investissement personnel du pharmacien, et seul la dernière, commerciale, reste importante et se développe même, avec la vente de produits pharmaceutiques. (Didier Fassin ; 1992).

Mebtoul (2000) relève des observations analogues aux nôtres. Il écrit « *qu'il suffit d'observer ce qui se passe dans les pharmacies, pour noter combien le médicament en tant qu'objet technique est soumis à un ensemble de questions posées par les usagers aux agents des officines. Les remarques, les interrogations, les raisons de telle ou telle prescription, la volonté de se procurer tel médicament sans ordonnance parfois sur simple présentation de la boîte vide, ou de la (marque) selon les expressions des usagers et enfin en ayant tout simplement mémorisé le nom du traitement ; autant de facteurs significatifs qui montre bien que le médicament et son utilisation sont au cœur des relations entre les acteurs (médecins, pharmaciens, usagers) ».*

Les normes de rangement des ordonnances

Dès que l'ordonnance pénètre dans l'espace domestique, le problème est de lui trouver une place. Elle diffère selon le statut de l'ordonnance. Si elle concerne un traitement en cours d'utilisation, elle sera rangée avec le médicament dans un endroit accessible et visible. Il s'agit très souvent de la cuisine. Le repas fonctionne comme un rappel de l'ordonnance, d'autant plus que les médicaments sont très souvent pris au moment des repas. Si sa présence est tolérée dans la cuisine, salle à manger, pendant la durée du traitement avec le médicament, elles sont en règle générale rangées dans des lieux privés (armoire, bibliothèque) après la fin du traitement.

Les ordonnances sont soumises à un rangement qui ne s'accorde pas nécessairement avec le lieu où sont conservés les médicaments, et n'obéissent pas nécessairement à la même logique. La présence de

domestique est liée à l'idée que l'on se fait de son usage possible (Famzang, S. 2001).

La question appréhendée ici est la suivante : quel est l'endroit privilégié par les patients pour le rangement des ordonnances ?

Des familles rangent leurs ordonnances dans des armoires. Elles sont cachées soigneusement sous les vêtements ou dans des sacs de plastiques. C'est le cas d'Aïcha âgée de 65 ans, cardiopathe, vivant seule. Nous avons demandé ses ordonnances. Elle les sort d'une armoire, ou elle range ses vêtements. D'autres patients les classent dans des portes documents d'une façon typiquement archivée, de l'ancienne date à la plus récente date de consultation médicale. Enfin certains patients optent pour le rangement dans une bibliothèque fermée à clefs. Les ordonnances (originales ou photocopies) conservées sont celles de médecins spécialistes. Il s'agit d'ordonnances des malades chroniques, ou des malades graves, accompagnées de bilans d'analyses, des radios, etc.

La thématique du rangement et la thématique de la santé se rencontrent dans l'objet-ordonnance. En effet la santé a son envers : la maladie est le désordre du monde. Mettre en œuvre le processus thérapeutique, de quelque nature qu'il soit, c'est tenter de mettre en ordre le monde. Symboliquement, cette logique est prégnante dans la façon de ranger les ordonnances « Quand les ordonnances sont bien rangées, la santé est bien gérée ».



PDF
Complete

*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

le rapport actif face à l'ordonnance sans
soulever la question de l'automédication. Pour approfondir notre étude,
nous essayerons d'analyser les interprétations attribuées à cette pratique,
par les médecins et les patients.

CHAPITRE



PDF
Complete

*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

III

L'AUTOMÉDICATION

L'objectif de ce chapitre est centré sur la prégnance des interprétations médicales et profanes à l'égard de l'automédication.

L'expression clinique des symptômes ressentis par le malade, constatée par le médecin et rapportée à son étiologie conduit au pouvoir thérapeutique, celui du médicament en l'occurrence, qui est au centre de la relation médecin-malade : l'ordonnance ayant acquis ses lettres de noblesse dans une

entent les caractéristiques du médicament, son nom, sa couleur, sa forme d'administration, son prix ...et l'espoir de guérison. Ce n'est pas le moindre des paradoxes cependant que de considérer que pour des problèmes de soins courants, trois algériens sur quatre auraient recours à une médication sans avis médicalisé », selon une étude récente menée par M. Ziari, (2006) Docteur en pharmacologie. En l'absence d'outils de statistiques fiables (généralisation des logiciels de gestion), cette enquête basée sur des données recueillies sur le terrain, montre que « plus de 1 500 spécialités sont délivrées en pharmacie sans ordonnance. Cette pratique de libre achat concerne 65 % des médicaments vendus en ville (Ziari, 2006).

Définition de l'automédication

La définition de l'automédication retenue dans le cadre de cette étude est l'automédication au sens large, telle que la définit le Centre français de recherche et de documentation en économie de la santé (Credes).

« L'automédication consiste à recourir face à un trouble de santé, un autodiagnostic et à se traiter sans un avis médical. Le malade interprète ses symptômes, leurs intensité, leur durée. Il décide dans un premier temps, de ne pas consulter un médecin ; soit en utilisant un médicament dont il dispose dans sa « pharmacie familiale », soit en acquérant un médicament sans ordonnance. Dans un sens plus restreint, ce mode de traitement est l'acquisition d'un produit sans ordonnance.»

Les produits consommés en automédication

Mes premières observations dans la pharmacie du quartier « Hai El Makkari », ont montré clairement que l'automédication occupe une place très importante et principale dans l'activité des pharmaciens. Un tiers ⁽¹⁾ des médicaments est vendu sans ordonnance, et dans la plupart des cas sans le



Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

qui nous permet d'avancer que la pratique
la règle que l'exception (Selka 2004).

(1) Ce rapport est reproduit partir de mon journal d'enquête et comptabilise uniquement les usagers présentés à l'officine durant ma présence

Dans la pharmacie, l'ordonnance médicale n'est pas exigée pour acheter les médicaments. La vente des médicaments se fait aussi librement que celle de n'importe quel produit dans n'importe quel magasin. Mais d'après le pharmacien de l'officine, ce comportement des patients couvre uniquement des médicaments faciles à se procurer :

lisent un certain nombre de médicaments
jaunes à se procurer, et dont l'utilisation est entrée dans les
connaissances communes. Par exemple, le mal de tête est
l'exemple typique du symptôme qui se soigne par automédication
grâce à des médicaments facilement accessibles qui se soigne
par l'automédication... (..)... Les anti-inflammatoires pour les

*Rhumatismes, d'antalgique pour les douleurs de laxatifs pour la
constipation. » (Bilal, 30 ans, pharmacien privé).*

Mais nos observations permettent de noter que certains médicaments dont
la surveillance doit être très rigoureuse, sont vendus sans ordonnance.

L'automédication aux yeux des professionnels

Les médecins portent un regard très critique sur les patients qui recourent
à la pratique de l'automédication. Elle est identifiée à de « mauvaises
habitudes » mises en œuvre par la majorité des patients ; autrement dit, une
pratique de soin à risque déployée par la population. Un médecin disait :

*« L'automédication étant le plus souvent la conséquence
d'une impulsivité émotionnelle d'inquiétude, d'insouciance, de
négligence, d'ignorance (choix du médicament, de sa posologie,
de la durée du traitement)...(...)...d'un sentiment
d'indépendance vis-à-vis de la toute puissance du thérapeute. »
(Nabila, 32 ans, médecin généraliste –dispensaire-).*

patient ne peut prendre des médicaments sans demander l'avis de son médecin, car seul le spécialiste peut savoir quels sont les médicaments adaptés à son cas. Il n'est pas question pour eux de recourir à cette pratique d'auto soin. Mais la vérité qui reste aux médecins à dévoiler que les individus ont toujours assumé la responsabilité de leur propre bien-être, tout comme celui de leur famille ou du groupe auquel ils appartiennent, par la mise en œuvre de diverses pratiques de soins pour remédier à la maladie (Woods, 1989).

Les médecins généralistes notent aussi le désordre qui règne dans la pharmacie, dite « familiale », d'accès commode, avec son reliquat de prescription antérieure que constituent les médicaments, parfois d'usage spécifique. Un médecin disait

« La conservation d'un médicament prescrit antérieurement est inutile et dangereuse dans la mesure où l'auto prescription risque d'être totalement inappropriée, mais à qui la faute ... ? Cette responsabilité relève entièrement de la liberté propre du patient. » (Hichem, 42 ans, médecin généraliste privé).

(Fainzang, 2001) note « *l'observation des usages des médicaments dans le cadre de l'espace domestique, et en particulier les conduites relatives au rangement et à la consommation des médicaments, font l'objet de régularités, rapportables à des logiques culturelles. Si ces logiques sont aptes à gouverner certaines modalités d'usage des médicaments, cela veut dire que ces dernières sont révélatrices d'un rapport spécifique des patients à leur corps et à la place qu'ils lui accordent dans l'espace social. Enfin ces pratiques ne sont pas le résultat d'un choix personnel. Elles sont socialement*

Les médecins spécialistes minimisent même la consommation des médicaments à prescription facultative sans ordonnance chez les malades chroniques. Un médecin disait :

« L'achat de médicament à prescription facultative, sans ordonnance est un comportement relativement rare chez les malades chroniques » (Kamel, 42 ans, Médecin Cardiologue privé)

Selon le médecin, les patients souffrant de pathologies chroniques, ont des rendez-vous très réguliers avec leur médecin traitant (tous les mois ou tous les deux mois), en particulier pour le renouvellement de leurs ordonnances. Ainsi elles ont des occasions

régulières de se voir prescrire sur ordonnance des médicaments, y compris des médicaments à prescriptions facultatives.

A partir de mon journal de recherche, je note les éléments suivants : le médecin constate que les personnes âgées, prennent toujours un ou deux médicaments en plus de traitement prescrit. Ces médicaments relèvent essentiellement d'habitudes de consommation anciennes et très ancrées dans l'histoire des patients.

Les pratiques profanes de soins disposent d'assises historiques et traditionnelles (Levin & Idler, 1981). La façon dont les gens prennent soin d'eux est influencée par des habitudes et des facteurs personnels, familiaux et

Comme l'exprime Collière (1996), « Toute situation de soins est en soit une situation anthropologique ».

Les patients et l'automédication

A la question « *Vous arrive-t-il, de prendre des médicaments qui ne vous sont pas prescrits par votre médecin ?* », les patients ont tous d'abord répondu « *non* » à l'unanimité. Surtout les malades chroniques qui se représentent généralement comme de « bon patients », suivant strictement les prescriptions faites par leur médecin traitant ainsi que les conseils du pharmacien. Une patiente hypertendue disait :

*« Je prends jamais un traitement sans l'avis du médecin. »
(Yamina, 68 ans, femmes au foyer).*

Pourtant, les patients citent les produits qui font exception à leur règle de bonne conduite. Il s'agit de produit pris en automédication, mais qui ne sont pas identifiés comme médicaments.

Ils sont d'usage courant et banal. Leur usage est considéré comme étant dénués de risques. Il s'agit d'anti-douleurs, anti-inflammatoire, paracétamol, etc. Une patiente disait :

« Je prends l'apranaxe pour les douleurs articulaires, le paracétamol et des anti-inflammatoires. » (Souad, 32ans enseignante à l'université -malade chronique-).

Dans son étude anthropologique du médicament, S. Fainzang (2001) a observé l'utilisation banale de certains médicaments, « *ceux qui déclarent ne jamais s'auto médique font une exception toutefois pour ce qui concerne*

« médicament « connu et simple », si familier des usagers qu'il en perd son statut de médicament, ou acquiert un statut de médicament de base, de produit de quotidien l'aspirine serai au médicament ce que le pain serai à l'alimentation ».

Une autre catégorie de patients affirme qu'elle achète des médicaments sans ordonnance. Elle s'inscrit dans une logique de l'automédication, ou l'automédication traduit une certaine autonomie du patient ; autrement dite une façon de construire de façon autonome sa propre ordonnance (Mebtoul 2004). Habib disait :

« À vrai dire moi je suis porté sur l'automédication et c'est le cas de beaucoup d'intellectuels, honnêtement parlant. Très peu de gens ne le font pas. Quand tu es frappé de grippe ou de diarrhée, ma foi il faut être suicidaire pour aller se faire consulter par un médecin car parfois tu restes à trembler sur un banc d'attente des heures durant ensuite se faire une analyse et attendre le résultat pour acheter le médicament ; non moi quand j'ai le Corps chaud même, je tremble, je cours à la pharmacie du quartier pour demander des médicaments. » (Habib, 38 ans, cadre à la Daïra).

Il est vrai que l'automédication implique la responsabilité du sujet (cf. Molina 1988), l'autonomie dans ses décisions à l'égard de sa santé, son indépendance à l'égard du médecin.

Les itinéraires allopathiques

Thérapeutique repose sur l'interprétation que fait l'individu de ses symptômes. Dans le cadre d'un recours allopathique, cette interprétation divise un peu schématiquement les symptômes en deux groupes. Premièrement, lorsque le malade juge ses symptômes non dangereux mais bénins, il préfère généralement se soigner par automédication. Souad disait :

« Je prends des traitements sans ordonnance, par exemple : l'apranaxe pour les douleurs articulaires, le paracétamol, eferalgan ; et des anti-inflammatoires tous simplement parce que je lis la notice et parfois je ne trouve pas l'utilité de consulter un médecin pour des trucs banals. » (32 ans, enseignante à l'université).

En revanche, lorsque les symptômes paraissent plus dangereux, le malade se tourne vers un itinéraire beaucoup plus médical en faisant appel au médecin spécialiste. Une patiente disait :

« Je consulte mon médecin (rhumatologue) le cas ou je ne peux pas m'en charger. » (Souad, 32 ans, enseignante à l'université).

A l'origine de cette distinction dans les types de symptômes, on trouve une différence d'interprétation du mot « malade ». Pour la plupart des personnes interrogées, l'état de maladie implique des symptômes jugés dangereux qui nécessitent le recours au médecin. Fatima disait :

« Malade pour moi, je suis au lit et je ne peux pas accomplir mes taches ménagères » (32ans, Assistante sociale).

La définition de l'état de maladie passe donc par une interprétation sociale. Pour C. Herzlich, « la maladie est d'abord un fait social : sa nature et sa distribution sont différentes selon les époques, les sociétés, les conditions

on, l'interprétation de leurs sensations en fonction de leur culture, les personnes vont choisir des itinéraires différents. Cette interprétation des sensations permet la classification des symptômes qui semble à l'origine du choix d'un itinéraire thérapeutique allopathique.

Ici intervient d'une part, « *un système référentiel profane* » (E. Freidson) défini par la culture et le savoir qu'ont les individus sur la santé, sur les professionnels de santé et les relations nouées dans la vie sociale en insistant sur le fait que la connaissance n'est pas la reconnaissance d'une compétence, et d'autre part le « *système référentiel professionnel* » : médecins, pharmaciens, institutionnels de santé que la population est amenée à fréquenter et qui est différent du système « *référentiel profane* ».

L'observation des pratiques quotidiennes, montre que les modalités d'usage des médicaments s'organisent essentiellement autour de deux axes : un axe individuel et un axe collectif. Dans ce dernier cas, les sujets tendent à vouloir faire partager à leurs proches (en particulier aux autres membres de leur famille) les médicaments qu'ils ont eux-mêmes déjà pris (et considérés comme efficaces) dans des circonstances qu'ils jugent analogues. Soit une personne suggère à son conjoint d'acheter tel médicament à la pharmacie, soit, lors d'une consultation à laquelle le premier accompagne le second, il suggère au médecin de le lui prescrire. Une petite phrase est notée durant ma présence au pharmacien. Une dame âgée de 45 ans se projette dans le rôle de prescripteur pour son mari :

« Je voudrai ceci pour mon mari. Si, si, je vous assure qu'il en a besoin »

Même si son sens littéral est l'emploi de médicament sans prescription médicale. L'automédication doit être comprise de façon beaucoup plus large que le seul usage non prescrit d'un médicament. Comme le note (Molina

de au médecin de lui prescrire un médicament que il juge efficace, il se prescrit à même un médicament par l'intermédiaire et avec la caution du médecin. C'est le cas de beaucoup de patients qui demandent au médecin lors de la prescription de leur prescrire tel ou tel médicament qu'ils jugent efficace. Ils le nomment par la couleur du comprimé ou la forme de la boîte. Une patiente demande à son médecin lors de la consultation :

*« S'il vous plait Dr prescrit (مركيلي) les comprimés jaunes vraiment elles sont très efficaces je me retrouve très bien avec. »
(Aicha, 38 ans).*

Le pharmacien comme prescripteur

La valorisation de statut de spécialiste et la concurrence de plus en plus nette des pharmaciens privés qui se multiplient dans les différents espaces urbains et ruraux, encouragent l'automédication parmi la population qui économise le coût de la consultation . (Mebtoul. M, 2000). Un patient disait :

« Le pharmacien est un médecin aussi il sait tout alors pourquoi payer les frais de consultation. » (Ahmed, 45 ans).

Les pharmaciens sont tenus d'honorer la prescription, et entre autres missions, doivent vérifier sa conformité, déceler des anomalies, erreurs, renseigner le patient sur le mode d'administration des médicaments et les modalités de conservation. Il leur arrive même de prescrire des traitements complets pour les patients présents à l'officine. Un pharmacien disait :

pharmacien et le médecin en même temps,
par exemple pour un rhume je donne un antibiotique, un
antitussif et un antalgique après avoir demandé au malade s'il
faisait une allergie. »(Bilal, 30 ans, pharmacien privé).

Le pharmacien n'utilise jamais le terme « prescrire » mais « donner » pour évoquer une prescription ou « dépanner » dans l'attente d'une prescription médicale.

On ne peut se passer d'un diagnostic médical, qui lui seul peut établir avec certitude la nature de la maladie dont le patient est atteint, et déterminer les moyens de le combattre c'est le slogan porté par les médecins interviewé ; mais se soigner soi-même est un comportement qui révèle, un réel souci d'information. Les patients sont à l'écoute de leur corps, et ils entendent en comprendre les mécanismes et en maîtriser le fonctionnement. Cette volonté, (fort louable), peut être satisfaisante dans une certaine mesure, par la participation du patient à sa thérapie.

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 de médecins (généralistes et spécialistes), pharmaciens, et patients. Elle s'est déroulée dans des contextes variés (cabinet privé, 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.

Une des résultats fondamentaux de cette recherche est celle de la soumission à l'autorité (le médecin), et particulièrement à l'autorité de la chose écrite (l'ordonnance), où 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 leur logiques dominante, sous l'influence de facteurs tel que la charge de

consultation ; l'interaction avec le patient, le type de patient (chronique ou aiguë) et de sa plainte, mais aussi la formation médicale, et l'organisation du cabinet.

Toute interprétation sociale profane concernant la maladie et l'autodiagnostic qui détermine d'autres recours thérapeutiques (automédication) est perçue par les médecins comme « *une rupture paradoxale par rapport à la logique biomédicale* » (Mehtoul, 1993).

L'approche anthropologique nous a permis donc de décrypter les rapports des patients à l'ordonnance, qui dépassent parfois la logique médicale, et ne se résument pas uniquement à une simple logique linéaire « maladie – consultation – délivrance ou rédaction d'ordonnance ». L'ordonnance a plusieurs identités, plusieurs efficacités et plusieurs utilisations selon les circonstances. Elle est le résultat d'un assemblage, construction organisée à partir de nombreux éléments, dont l'argument biomédical et pharmaceutique n'est qu'un parmi beaucoup d'autres.

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










*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*











[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

BIBLIOGRAPHIE


Références bibliographiques


-  Adam P, Herzlich C., 1994, Sociologie de la maladie et de la médecine, Paris, Nathan.
-  Akrich M., 1995, petite anthropologie du médicament, *techniques et culture* N° 25-26, Paris : Edition de la maison des sciences et de l'homme. P 129-157.
-  Ankri J, Le Disert D, Henrard JC., 1995, Comportements individuels face aux médicaments, de l'observance thérapeutique à l'expérience de la maladie, analyse de la littérature, *Santé Publique* ; 4 : 427-441.
-  Barry C., Bradley C., Britten N., et al, 2000, Patients' unvoiced agendas in general practice consultation: qualitative study, *BMJ*, 320, p 1246-1250.
-  Bradley C., 1992, Uncomfortable Prescribing Decisions: A Critical Incident Study, *British Medical Journal*, 304: 294-296.
-  Cellérier Marie-Claire, Oresne Catherine, Annaud Gouitaa Florence., 1999, La rencontre avec le malade, Paris : Edition Dunod.
-  Deccache A., 1992, La confiance dans la relation médecin-patient ? Un des paramètres de l'adhésion au traitement. In : *Education pour la santé et bon usage du médicament*. Editions du CFES, Paris 1992.


skamp F., Zijsling D., 1988, How physicians
choose drugs, *Social Science and Medicine*, Vol. 27, N°12, p 1381-1386.


-  Di Matteo M., 1993, Expectations in the Physician-patient Relationship: Implications for Patient Adherence to Medical Treatment Recommendations, 296-315, in P. Blanck (dir.), *Interpersonal Expectations: Theory, Research, and Application*. Cambridge, Cambridge University Press.
-  Dominique Cèbe, Pierre Aiach., 2000, Pharmaciens et pharmaciennes d'officine, in : Geneviève C., François-Xavier S, 2000 « *Professions et institutions de santé face à l'organisation du travail* », Edition (ENSP).
-  Dupuy J-P. et Karsenty S., 1974, « *L'invasion pharmaceutique* », Paris, Seuil, « Points ».
-  Fainzang S., 2001, *Médicaments et société*. Le patient, le médecin et l'ordonnance, Paris, PUF.
-  Fainzang S., 1997, Les stratégies paradoxales : réflexions sur la question de l'incohérence des conduites de malades, *Sciences Sociales et Santé*, Vol.15, n°3, 1997: 5-23.
-  Fassin D., 1992, Pouvoir et maladie en Afrique, Edition l'Harmattan
-  Foucault .M, 1963, Naissance de la clinique, Paris, PUF, 1963.
-  Freidson E., Influence du client sur l'exercice de la médecine, in : Herzlich C., 1970, *Médecine, Maladie et Société*, Mouton-EHESS, Paris.
-  Freidson E., 1984, La profession médicale, Paris, Payot.
-  Goffman., 1973, La mise en scène de la vie quotidienne : la présentation de soi, Paris : Minuit.


Delnoij, D., 1997, Wat zou Nederland zijn
Zonder de huisarts, Utrecht, Elsevier, de Tijdstroom.


 Hardey M., 1999, Doctor in the house: the internet as a resource of lay health knowledge and the challenge to expertise, in: *Sociology of Health and illness, Vol, 21, N° 6, p.820-835.*


 Haynes R.B., Taylor D. and Sackett D. L (éds), 1979, Compliance in Health Care, Baltimore, John Hopking Uni. Press.


 Herzlich C., Pierret J., 1984, Malades d'hier, maladies d'aujourd'hui. De la mort collective au devoir de guérison, Paris, Payot.
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.

 Hoerni B., 1991, L'autonomie en médecine : nouvelles relations entre les personnes malades et les personnes soignantes, Paris : Bibliothèque scientifique Payot.










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

 Kickbusch, I., 1989, Good Planets are hard to find, The WHO Healthy Cities Project Office, FADL Publishers, Copenhagen, WHO Healthy Cities Papers, no 5.




 Lasselain J., 1995, Profession pharmacien : Le regard des sciences sociales, Paris : Ed. Imhotep Médecine Sciences ; 1991, « Self perception of occupational roles by community pharmacists in the French health system », Journal of social and administrative pharmacy, 83 : 130-135 ;

 Lasselain J., Le Disert D., 1998, Relations professionnelles et profession pharmaceutique, *International Sociological Association* ;




1977, Les femmes et la pharmacie. Nice :

-  Massé R., 1995, Culture et Santé Public : Les contributions de l'anthropologie à la prévention et à la promotion de la santé, Montréal, Gaëtan Morin.
-  Mebtoul M., 1993, La santé au quotidien : le dispensaire du quartier d'El-Hamri (Oran) », *Sciences Sociales et Santé*, XI, 2, Juin, 41-63.
-  Mebtoul M., 2005, Médecins et patients en Algérie, Edition Dar El Gharb.
-  Molina N., 1988, l'automédication, Paris, PUF, « Collection : Les champs de la santé ».
-  Mormiche P., 1986, Pratiques culturelles, profession et consommation médicale, in : *Economie et Statistique N°189, 1986. p39-50.*
-  Roter D., 2000, The Outpatient Medical Encounter and Elderly Patients, in: *Clinics in Geriatric Medicine, 16, 1: 95.*
-  Schwartz R., S. Soumerai et J. Avorn, 1989, Physician Motivations for Nonscientific Drug Prescription, in: *Social Science and Medicine, 28, 6: 577-582.*
-  Serange-Fonterme R., 1983, Les disparités sociales de consommation médicale, Paris : Economica.
-  Straand J. ET K. Rokstad, 1999, Elderly Patients in General Practice: Diagnoses, Drugs, and Inappropriate Prescriptions. A Report from the More & Romsdal Prescription Study, *Family Practice, 16, 4: 380-388.*

de la négociation, sociologie qualitative et interactionnisme, coord. Laszanger I, Paris, L'Harmattan 1992.

-  Van der Geest S., 1996 Whyte SR, Hardon A, the Anthropology of Pharmaceuticals: a biographical approach, *Annual Review of Anthropology*, 25: 153-178.
-  Weber M., 1995, *Économie et société, 1 Les catégories de la sociologie*, Paris : Agora-Pocket.
-  Weiss M § Fitzpatrick R., 1997, Challenges to medicine: the case of prescribing, in: *Sociology of Health and illness, Vol. 19, N°3, p, 297-327.*

Actes du colloque

-  Collière, M., 1996, Soigner le premier acte de la vie, Paris, Inter-éditions, in Alice Desclaux § Joseph-Joy Lévy., 2003, « *Anthropologie du médicament* » Aix en Provence, France 21- 23 mars 2002.
-  Fry, 1978 cités par France Cloutier 2002, L'automédication et la fidélité au traitement médicamenteux des « aînés » dans une région rurale du Québec, in Alice Desclaux § Joseph-Joy Lévy., 2003, « *Anthropologie du médicament* » Aix en Provence, France 21- 23 mars 2002.
-  Sophia R., 2006, La pratique de la prescription des médecins généralistes en France et aux Pays-Bas. Une analyse sociologique qualitative, in Géraldine B § François-Xavier S, « *Approches sociologiques de la médecine générale : état des recherches récentes et perspectives* », Rennes 8 et 9 Juin 2006. LEG UMR CNRS 5118, ENSP, LAPSS.

📄 El Watan 05 Mars 2006 page N° 16.

« Automédication vrais problème de santé public »

📄 le Quotidien d'Oran Mebtoul M., 2000 « L'utilisateur au centre du processus thérapeutique ».

📄 Le Quotidien d'Oran, 29 juillet 2004 Mebtoul M,

« Renifler la société dans ses dimensions souterraines »

Site web

@ L S Levin, E L Idler “ *Self-Care in Health*”

Annual Review of Public Health, May 1983, Vol. 4, Pages 181- 201

URL [Http://www.garfield.library.upenn.edu/histcomp/annualreview/ann-rev-pub-health/index-lcr-3.html](http://www.garfield.library.upenn.edu/histcomp/annualreview/ann-rev-pub-health/index-lcr-3.html)

(Page consultée le 10 Avril 2007).

@ Desclaux Alice, Lé VY Josephe- Josy « présentation, cultures et médicament. Ancien objet ou nouveau courant en anthropologie médicale ? » in Cultures et médicament. Site de l'anthropologie et société, (en ligne).

URL <http://www.fss.ulaval.ca/ant/2003-2pres.html>

(Page consultée le 24 Mars

@ Faroudja. J.M., 2002 « *la relation médecin – malade* ».


URL <http://www.medhyg.ch/article.php3?sid=2652>

(Page consultée le 16 Octobre 2006).

 *Your complimentary use period has ended. Thank you for using PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to Unlimited Pages and Expanded Features](#)

Mémoires et thèses

 Selka A., 2004, L'automédication « *Représentations des usagers* »

- Mémoire pour l'obtention du diplôme de post-graduation spécialisée en Anthropologie de la santé.
- Directeur de recherche : Mebtoul. M



*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

ANNEXES

Annexe I : Guide d'entretien avec les médecins.

GUIDE D'ENTRETIEN AUPRÈS DES MÉDECINS

Je fais des études en sociologie, actuellement je prépare un mémoire en anthropologie de la santé et si vous permettez je désire connaître votre point de vue sur l'ordonnance. Pourriez-vous, s'il vous plait, répondre à nos questions suivantes ?

I. Identification personnelle

I-1 Nom § prénom :

I-2 Sexe :

a) Féminin

b) Masculin

I-3 Age:

I-4 Secteur d'activité:

a) Privé

b) Public

I-5 Années d'expériences :

II. Le rapport de l'ordonnance

II-1 Que signifie pour vous l'ordonnance ?

II-2 Quelle place occupe l'ordonnance dans la relation - médecin-malade ?

II-3 Quelle place occupe le patient dans la construction de l'ordonnance ?

II-4 Est-ce que la prescription répond à certaines logiques ?

III. L'automédication

III-1 Que pensez-vous des patients qui ont un recours l'automédication ?

III-2 D'après vous quelles sont les causes de l'automédication ?

IV. Forme de l'ordonnance

IV-1 Que pensez-vous des ordonnances informatisées ?

IV-2 Préférez-vous les ordonnances informatisées ou les ordonnances manuscrites ?

IV-3 Pour quoi l'écriture de la prescription des médecins est généralement illisible ?

----- *MERCI* -----

Annexe II : Guide d'entretien avec les pharmaciens.

GUIDE D'ENTRETIEN AUPRÈS DU PHARMACIEN

Je fais des études en sociologie, actuellement je prépare un mémoire en anthropologie de la santé et si vous permettez je désire connaître votre point de vue sur l'ordonnance. Pourriez-vous, s'il vous plaît, répondre à nos questions suivantes ?

I. Identification personnelle

I-1 Nom § prénom :

I-2 Sexe :

c) Féminin

d) Masculin

I-3 Age :

I-4 Secteur d'activité :

c) Privé

d) Public

I-5 Années d'expériences :

II. Le rapport à l'ordonnance

- II-1** Que signifie pour vous l'ordonnance ?
- II-2** Quelle place occupe l'ordonnance dans la relation médecin – pharmacien ?
- II-3** Vous arrive-t-il à délivrer des médicaments aux patients sans la présentation d'une ordonnance ?
- II-4** Quels sont les médicaments délivrés généralement sans ordonnance ?
- II-5** Est-ce que le pharmacien peut remplacer le médecin prescrivant un traitement au patient ?

----- MERCI -----

Annexe III : Guide d'entretien avec les patients .

GUIDE D'ENTRETIEN AUPRÈS DES PATIENTS

Je fais des études en sociologie, actuellement je prépare un mémoire en anthropologie de la santé et si vous permettez je désire connaître votre point de vue sur l'ordonnance. Pourriez-vous, s'il vous plait, répondre à nos questions suivantes ?

I. Identification personnelle

I-1 Nom et prénom :

I-2 Sexe :

a) Féminin

b) Masculin

I-3 Age :

I-4 Situation matrimoniale :

a) Célibataire

b) Marié (e)

c) Divorcé (e)

d) Veuf (Ve)

I-6 Profession :

I-7 Type de maladie :

I-8 Couverture sociale

a) Oui

b) Non

II. Le rapport à l'ordonnance

II-1 Que signifie pour vous l'ordonnance ?

II-2 Une fois l'ordonnance pénètre l'espace domestique quel est le lieu réservé pour elle ?

II-3 D'après vous quelle est la durée de vie d'une ordonnance ?

II-4 Une fois la validité de l'ordonnance est terminée quelle est sa destination ?

II-5 Quelles sont les ordonnances gardées et archivées ?

II-6 Pour quels buts les ordonnances sont gardées ?

II-7 Quelle est l'ordonnance idéale pour vous ?

III. L'auto thérapie

III-1 Que signifie pour vous se traiter seul ?

III-2 Pour quels symptômes vous traitez vous seul ?

III-3 Comment vous avez appris ?

III-4 Vous arrive-t-il de traiter une autre personne ?

III-5 Quand décidez-vous d'aller consulter le médecin ?

IV-1 Vous arrive-t-il de prendre les médicaments sans l'avis du médecin ?

IV-2 Qui a décidé de l'automédication ?

IV-3 De quelle manière vous avez obtenu les informations sur les médicaments ?

V.L'image du pharmacien

V-1. Que signifie pour vous le pharmacien ?

V-2 Vous arrive-t-il de consulter le pharmacien lorsque vous êtes malade ?

V-3 Lorsque vous présentez à la pharmacie vous faites la différence entre le pharmacien et le vendeur ?

VI. Forme de l'ordonnance

1) Réservez-vous un intérêt particulier à la forme de l'ordonnance ?

2) Que présente pour vous l'ordonnance informatisée ?

-----MERCI-----

Annexe IV : Tableau récapitulatif des professionnels de la santé

Age	Spécialité	Secteur	Expérience
42 ans	Cardiologue	Privé	08 ans
45 ans	Cardiologue	Public	09 ans
32 ans	Pharmacien	Privé	05 ans
32 ans	Généraliste	Public	04 ans
42 ans	Généraliste	Privé	10 ans

Annexe V : Tableau récapitulatif des patients.

Age	Niveau	Occupation	Maladie
30 ans	Secondaire	secrétaire	Aigue
35 ans	Universitaire	assistante sociale	Aigue
35 ans	Universitaire	cadre	Aigue
68 ans	Analphabète	femme au foyer	Cardiopathie
65 ans	Primaire	retraité	Ulcère
32 ans	Universitaire	professeur	RAA

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

--	--	--	--

Établissement Public de Jeddah
E. P. S. P. Hai Bouamama

Ordon Le 2008 - 11 - 23
N° 51778

ORDONNANCE

NOM DU MEMBRE المستشار العام
SERVICE القسم الإداري
NOM & PRÉNOM _____
AGE _____ N° _____

PAR LE DON DE VOTRE HANOI OFFICE LA YIE

(Red stamp at the bottom right)

Annexe VI :
prototype
de l'ordonna
ce dans le
secteur
public



*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*


[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

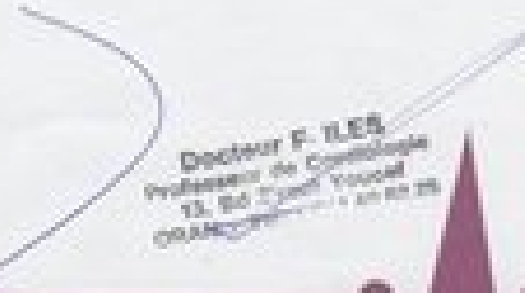
Annexe VIII : prototype de l'ordonnance dans le secteur privé.

Centre de Cardiologie
ET D'OPHTHALMOLOGIE
الساقور القاصبي (أبو) Oran, le 30 OCT 2007
أستاذ وخبير في أمراض القلب
Docteur Fathi LES
Professeur de Cardiologie

Khouja + Ouyah

- $\frac{Lopuror}{2}$ P 2st

$\frac{1}{2}$ 



Docteur F. LES
Professeur de Cardiologie
13, Bd Zouat Youcef
ORAN

13, Boulevard ZIROUT Youcef - O R A N Tél. : 041-40.83.39

تلخيصها في المعادلة التلاتية مرض الوصفة.

للوصفة الطبية عدة مفاهيم و عدة تعاريف كما لديها أيضا عدة استعمالات على حسب وضعية المريض. و أخيرا ليست الوصفة الطبية وثيقة فحسب و انم نتيجة تفاعلات قائمة يمكن من خلاله فهم تطور العلاقة بين الطبيب و المريض.

- **الفصل الثالث:** محددات الوصفة عند الأطباء ومن خلاله قمنا بتحليل ممارسات الأطباء العاميين و الأطباء الأخصائيين فيما يتعلق بالوصفة الطبية.

الباب الثاني: المرضى و الوصفة الطبية

- **الفصل الأول:** المرضى و علاقاتهم بالوصفة الطبية و قد تطرقنا في هذا الفصل إلى محاولة إبراز أهم التصورات العامة تجاه الوصفة ناهيك إلى العلاقات التي يرصدها المرضى معها.

- **الفصل الثاني:** العلاقة النشطة بين المرضى و الوصفة الطبية و التي تتلخص في أهم الاستراتيجيات التي يصنعها المرضى تجاه الوصفة سواء في العيادة مع الطبيب هو أثناء شراء الدواء من الصيدلية.

- **الفصل الثالث :** التداوي الذاتي (l'auto médication) و تطرقنا فيه إلى أهم الممارسات التي يلجأ إليها المرضى ألا وهي التداوي الذاتي و أهم الدوافع و المفاهيم التي من خلالها يحدد المريض اللجوء إلى هذه الممارسة.

الخلاصة العامة

هذا البحث المتواضع للعلاقة القائمة بين الطبيب و المريض من جهة و الصفة الطبية من جهة أخرى مكننا من استخلاص ما يلي
الخلاصة الأولى كون أن العلاقة القائمة مع الوصفة الطبية تغطي حقيقة معقدة للممارسات المختلفة للطبيب و المريض.

المقاربة الأنثروبولوجية مكنتنا من الفهم الحقيقي للعلاقة القائمة بين الوصفة الطبية و المريض التي تتعدى المفاهيم الطبية و لا يمكن

صيرورة البحث (المنهجية):

بدأنا البحث بملاحظة ما يحدث في غرفة الكشف الطبي منذ دخول المريض إلى غاية استلامه الوصفة الطبية، و خروجه من المكان. و تم تدعيم الملاحظات بمقابلات فرضية مع الأطباء و المرضى و الصيدلي مستعينين بآلة التسجيل بعد تقبلهم استعمالها أثناء المحاورة.

تتكون عينة البحث من خمسة أطباء منهم أخصائيين في طب القلب و طبيبان في المجال العام، و الصيدلي. أربعة رجال و امرأة تتراوح أعمارهم بين 32-45 سنة. ثلاثة منهم يعملون في القطاع الخاص و الآخرون في القطاع العام. أما في ما يخص عينة المرضى فقد تكونت من 06 أشخاص 04 نساء و رجلين تتراوح أعمارهم بين 30-68 سنة و كلهم يقطنون في أحياء مخالفة بمدينة وهران ثلاثة منهم قد زاولوا دراساتهم الجامعية و يملكون وظيفه، و متقاعد و امرأة مأكثة بالبيت.

اعتمدنا في دراستنا على الاقتراب الكيفي الذي يعتمد على الوصف و التحليل مستعملين الملاحظة كدعامة أساسية لبحثنا في الفضاء الصحي المتمثل في عيادة و مستوصف كما استعملنا جريدة البحث كأداة أساسية و التي يعتمد عليها عادة البحث السوسيوولوجي.

ينقسم بحثنا إلى بابين كل باب بثلاثة فصول:

الباب الأول: الأطباء و الوصفة الطبية

- **الفصل الأول** : نبذة تاريخية للوصفة الطبية ; وفي هذا الفصل

تطرقنا إلى أهم المراحل التي مرت بها الوصفة الطبية عبر التاريخ.

- **الفصل الثاني**: بنية الوصفة الطبية و الهدف من هذا الفصل هو

فهم و تحليل التصورات و الممارسات لمختلف الفاعلين أطباء و مرضى التي تؤدي إلى بناء الوصفة الطبية.

أما بالنسبة للدافع المهني فيعود إلى الخبر

الجوار و التقارب المتكونة أعضائها من طبيب اخصائي نفسي و مرسدة اجتماعية هذا الاحتكاك مكننا من المعاينة اليومية للطبيب و الأهمية التي تحتلها الوصفة الطبية في العلاقة القائمة بين الطبيب و الممرض.

خلفية البحث: la posture de recherche

موضوع بحثنا يندرج في النظرية التي تطرقت إليها *Sylvie Fainzang* في بحثها الإثنروبولوجي "الدواء و المجتمع".

الفرضية المبدئية تتعلق بطبيعة الوصفة الطبية كون أن اللجوء إلى تقرير الوصفة الطبية هي حتمية قائمة لدى كل طبيب (طبيب عام و طبيب خاص) و أغلبية المرضى يغادرون العيادة الطبية بوصفة تحتوي على الأقل دوائين أو ثلاثة. الفرضية الأولى أن صناعة الوصفة الطبية لا تخضع إلى كفاءة طبية فحسب و إنما تتعدى التصور الطبي و بالتالي تدرج مجموعة من المتغيرات الاجتماعية و النفسية و المهنية في صناعتها.

للوصفة الطبية مجموعة من المفاهيم و المتغيرات و استعمالات شتى على حسب الوضع الذي يخضع إليه المريض حيث أنها نتيجة مشاوره (*Négociation*) بين الطبيب و المريض و الصيدلي.

تهدف دراستنا إلى فهم المعنى الحقيقي للوصفة الطبية التي بقيت مغيبة عن ساحة البحوث الاجتماعية و خاصة في علم اجتماع الصحة، و هذا عن طريق تبين علاقتها بمختلف الفاعلين الاجتماعيين الطبيب، المريض، الصيدلي.

فالملاحظات المباشرة التي قمنا بها مع الأطباء (عامين و خاصين)، الصيدلي و المرضى (أمراض حادة و مزمنة) مكنتنا من توضيح التفاعلات (les interactions القائمة بينهم).

ملخص الرسد

الكلمات المفتاحية :

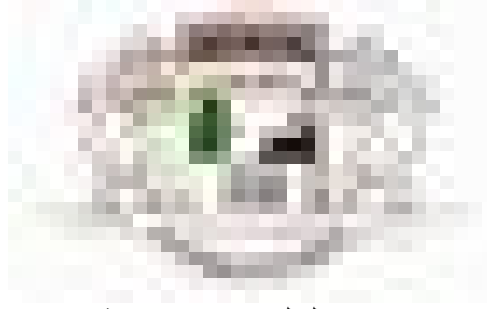
الوصفة الطبية، المشاورات (*Négociation*)، علاقة الطبيب بالمريض،
علاقة المريض بالصيدلي، بناء الوصفة الطبية (*la construction formelle*
(*de l'ordonnance*)، التفاعلات (*les interactions*).

معاينة الطبيب، تقرير الوصفة الطبية ثمن شراء المحتوى و
صيرورة العلاج مجموعة من السلوكيات و الأبعاد الطب قد تبدو في ظاهرها
بديهية لا معنى لها و لكنها في حقيقة الأمر تكتسب أهمية كبرى في التحليل
السوسيولوجي و فهم حقيقة العلاقة القائمة بين الطبيب، المريض و الصيدلي.
في مدخل كتاب *Marcel Mauss* ركز *Lévis Strauss* على أهمية
دراسة الحركات العفوية المتنقلة من جيل إلى جيل.

دوافع اختيار موضوع البحث:

اختيار موضوع البحث ناتج عن دافعين، الأول أكاديمي و الثاني مهني:
اهتمامنا بالمواضع التي لها علاقة مباشرة بعلم الاجتماع الصحة تعود إلى
موضوع رسالة التخرج لنيل شهادة الليسانس في تخصص الديموغرافيا أين تم
اختيارنا لدراسة سوسيوديموغرافية لمرضى القلب بالمستشفى الجامعي بوهران
سنة 1999.

جامعة وهران



معهد العلوم الاجتماعية
قسم علم الاجتماع

الأطباء والمرضى:
وعلاقتهم بالوصفة الطبية

إعداد:
حساين محمد
إشراف
الاستاد مبتول محمد

2009