

**SYSTÈMES DE REPRÉSENTATIONS SOCIALES
LIÉES À LA PRESCRIPTION ET
À L'OBSERVANCE DES MÉDICAMENTS :
LE CAS DES ANTIBIOTIQUES,
DES ANTI-INFLAMMATOIRES
ET DES ANTIDÉPRESSEURS.**

RAPPORT DE RECHERCHE



Direction

Garnier, Catherine

Équipe de rédaction

Garnier, Catherine

Dufort, Francine

Beaulac-Baillargeon, Louise

Marinacci, Lynn

Quesnel, Martine

St-Jean, Mathieu

Tremblay, Philippe

Patenaude, Judith

Bonenfant, Claudie

Pourrain, Pascale

**Recherche subventionnée par le CQRS et le CRSH Programme Grands Travaux
de recherche concertée sur la chaîne des médicaments.**

Octobre 2005

**SYSTÈMES DE REPRÉSENTATIONS SOCIALES
LIÉES À LA PRESCRIPTION ET
À L'OBSERVANCE DES MÉDICAMENTS :
LE CAS DES ANTIBIOTIQUES,
DES ANTI-INFLAMMATOIRES
ET DES ANTIDÉPRESSEURS**

RAPPORT DE RECHERCHE

ÉQUIPE DE RÉDACTION

Garnier, Catherine, chercheure et directrice au programme de recherche concertée sur la chaîne des médicaments et du GEIRSO, UQÀM.

Dufort, Francine, co-chercheure, programme de recherche concertée sur la chaîne des médicaments, GEIRSO, UQÀM, professeure au département de psychologie de l'Université Laval.

Beaulac-Baillargeon, Louise, co-chercheure, programme de recherche concertée sur la chaîne des médicaments, GEIRSO, UQÀM, professeure au département de pharmacie de l'Université Laval.

Marinacci, Lynn, professionnelle de recherche, programme de recherche concertée sur la chaîne des médicaments, GEIRSO, UQÀM.

Quesnel, Martine, professionnelle de recherche, programme de recherche concertée sur la chaîne des médicaments, GEIRSO, étudiante au doctorat de sciences humaines appliquées, UQÀM.

St-Jean, Mathieu, professionnel de recherche, programme de recherche concertée sur la chaîne des médicaments, GEIRSO, étudiant au doctorat en sociologie, UQÀM.

Tremblay, Philippe, assistant de recherche, programme de recherche concertée sur la chaîne des médicaments, GEIRSO, étudiant au doctorat en psychologie, UQÀM.

Patenaude, Judith, assistante de recherche, programme de recherche concertée sur la chaîne des médicaments, GEIRSO, étudiante à la maîtrise en études littéraires, UQÀM.

Bonenfant, Claudie, assistante de recherche, programme de recherche concertée sur la chaîne des médicaments, GEIRSO, étudiante à la maîtrise en philosophie, UQÀM.

Pourrain, Pascale, assistante de recherche, programme de recherche concertée sur la chaîne des médicaments, GEIRSO, étudiante au doctorat en sociologie, UQÀM.

Recherche subventionnée par le CQRS et le CRSH Programme Grands Travaux
de recherche concertée sur la chaîne des médicaments.

Octobre 2005

ÉQUIPE DE RECHERCHE

Responsable de recherche

Garnier, Catherine, chercheure et directrice au programme de recherche concertée sur la chaîne des médicaments et du GEIRSO, UQÀM.

Chercheurs

Dr. Jacques, André, co-chercheur, directeur de l'amélioration de l'exercice au Collège des médecins du Québec.

Dufort, Francine, co-chercheure, programme de recherche concertée sur la chaîne des médicaments, GEIRSO, UQÀM, professeure au département de psychologie de l'Université Laval.

Lavallée, Marguerite, co-chercheure, GEIRSO, UQÀM, professeure au département de psychologie de l'Université Laval.

Proulx, Robert co-chercheur, GEIRSO, professeur et doyen de la faculté des sciences humaines UQÀM.

Giroux, Lise co-chercheure, professeure à la faculté de médecine de l'Université de Montréal.

Professionnels de recherche et étudiants

Marinacci, Lynn, professionnelle de recherche, programme de recherche concertée sur la chaîne des médicaments, GEIRSO, UQÀM.

Quesnel, Martine, professionnelle de recherche, programme de recherche concertée sur la chaîne des médicaments, GEIRSO, étudiante au doctorat de sciences humaines appliquées, UQÀM.

St-Jean, Mathieu, professionnel de recherche, programme de recherche concertée sur la chaîne des médicaments, GEIRSO, étudiant au doctorat en sociologie, UQÀM.

Tremblay, Philippe, assistant de recherche, programme de recherche concertée sur la chaîne des médicaments, GEIRSO, étudiant au doctorat en psychologie, UQÀM.

Patenaude, Judith assistante de recherche, programme de recherche concertée sur la chaîne des médicaments, GEIRSO, étudiante à la maîtrise en études littéraires, UQÀM.

Bonenfant, Claudie, assistante de recherche, programme de recherche concertée sur la chaîne des médicaments, GEIRSO, étudiante à la maîtrise en philosophie, UQÀM.

Pourrain, Pascale, assistante de recherche, programme de recherche concertée sur la chaîne des médicaments, GEIRSO, étudiante au doctorat en sociologie, UQÀM.

Dans ce rapport de recherche, les génériques masculins ont été utilisés sans aucune discrimination et uniquement pour alléger le texte.

Tous droits de reproduction et d'adaptation réservés
© Copyright – Montréal 2005
GEIRSO – Université du Québec à Montréal

Publié par Catherine Garnier, Directrice du programme de recherche concertée sur la chaîne des médicaments et du GEIRSO, Université du Québec à Montréal,
C.P. 8888, Succ. Centre-ville, Montréal (Québec), H3C 3P8
Tél. : Louise Rolland (514) 987-0379

1^{ère} impression

ISBN 2-923266-01-3

Dépôt légal – Bibliothèque nationale du Québec, 2005
Dépôt légal – Bibliothèque nationale du Canada, 2005

REMERCIEMENTS

L'équipe de recherche tient à remercier le Collège des médecins du Québec, principal collaborateur de cette recherche, pour sa précieuse collaboration aux différentes phases de la recherche, et tout particulièrement en ce qui concerne le recrutement de la population des médecins et l'élaboration du protocole d'entrevue et du questionnaire destiné aux patients et médecins.

Cette recherche a pu être réalisée grâce à la contribution financière du Conseil québécois de la recherche en sciences humaines et le Conseil de recherche en sciences humaines du Canada.

TABLE DES MATIÈRES

TABLE DES MATIÈRES

ÉQUIPE DE RÉDACTION	1
ÉQUIPE DE RECHERCHE	2
REMERCIEMENTS	4
LISTE DES TABLEAUX	10
LISTE DES FIGURES	17
SECTION 1 - INTRODUCTION	19
SECTION 2 – LES OBJECTIFS	22
SECTION 3 – LA PROBLÉMATIQUE	24
3.1 Le contexte relatif à la prescription et à l’observance	25
3.2 Les pratiques éducatives	30
3.3 La relation patient-médecin	34
SECTION 4 – LA THÉORIE	37
SECTION 5 – LA DÉMARCHE MÉTHODOLOGIQUE	44
5.1 La méthode	45
5.2 Le choix des catégories de médicaments retenues	46
5.3 Populations visées et échantillonnage	47
5.3.1 Description de la population des médecins pour les entrevues	48
5.3.2 Description de la population des patients pour les entrevues	50
5.3.3 Description de la population des médecins pour le questionnaire	51
5.3.4 Description de la population des patients pour le questionnaire	54

SECTION 6 – LES RÉSULTATS DES ENTREVUES	57
6.1 L'analyse globale des entrevues des médecins et des patients	58
6.1.1 Les classes lexicales	58
6.1.2 Les maladies affectives du point de vue des médecins	59
6.1.3 La dépression du point de vue du patient	60
6.1.4 Prescription dans la relation médecin-patient	62
6.1.5 Effets secondaires et coûts des médicaments	64
6.1.6 L'analyse factorielle des correspondances du discours de l'ensemble des patients et des médecins	65
6.2 L'analyse des entrevues des patients	67
6.2.1 Le vécu relationnel et temporel de la dépression	67
6.2.2 La souffrance et les produits biochimiques	68
6.2.3 L'aspect clinique de la rencontre	69
6.2.4 Les bases de la relation médecin-patient	70
6.3 Analyse du discours des patients	73
6.3.1 Les pratiques et la relation thérapeutique	73
6.3.1.1 Le vécu relationnel et temporel dans la crise maniaco-dépressive	73
6.3.1.2 Les effets secondaires dans la relation médecin-patient	74
6.3.1.3 Les partenaires et la relation médecin-patient	75
6.3.1.4 Le dosage, la durée et les symptômes	77
6.3.2 Observance et consommation inappropriée	79
6.3.2.1 L'image dans le travail	79
6.3.2.2 Les effets secondaires et la prise de médicament	80
6.3.3 Prescription pour les femmes et les personnes âgées	81
6.3.3.1 Le contrôle de la douleur	81
6.3.3.2 L'âge et la nécessité du médicament	81
6.3.4 Diagnostic et traitement	82
6.3.4.1 La souffrance physique et psychologique	84
6.3.4.2 La prescription par le médecin	85
6.3.4.3 Le rapport au patient	86
6.3.4.4 Les effets de l'anti-inflammatoire	87
6.3.5 Stéréotypes, tabous et éducation des patients	88
6.3.5.1 L'univers de la psychiatisation	88
6.3.5.2 Les personnes âgées et la compréhension	90
6.3.5.3 La temporalité du vécu du dépressif	91
6.3.5.4 Les sources d'informations	92
6.4 L'analyse des entrevues des médecins	94
6.4.1 Les patients et la dépression	94
6.4.2 La médicalisation et la relation médecin-patient	96
6.5 Les analyses thématiques des entrevues des médecins	98
6.5.1 La pratique et la relation thérapeutique	98
6.5.1.1 La pratique autour du patient	99
6.5.1.2 L'aspect économique du médicament	100
6.5.1.3 Le suicide et le changement de valeurs	102
6.5.1.4 La prise en charge et structure	103
6.5.1.5 La dépression	104

6.5.2 L'observance et la consommation inappropriée de médicaments	105
6.5.2.1 La dépression et les hormones	106
6.5.2.2 La prescription dans la relation médecin-patient	107
6.5.2.3 Le respect de la durée du traitement	108
6.5.2.4 Les effets du médicament	110
6.5.3 La prescription pour les femmes et les personnes âgées	112
6.5.3.1 La prescription des antibiotiques	112
6.5.3.2 La douleur en fonction de l'âge	114
6.5.3.3 Le patient-client dans la société	115
6.5.3.4 Les symptômes du vieillissement	117
6.5.3.5 La consultation en fonction du genre (homme-femme) de la clientèle	118
6.5.4 Le diagnostic et le traitement	120
6.5.4.1 Le diagnostic et les parents	120
6.5.4.2 Le diagnostic et les soins de la dépression	122
6.5.4.3 La formation continue	123
6.5.4.4 Le diagnostic et les problèmes liés au temps	124
6.5.5 Les stéréotypes, les tabous et l'éducation des patients	126
6.5.5.1 L'éducation du patient	126
6.5.5.2 L'information	128
6.5.5.3 La prescription et le lien médecin-patient	129
6.5.5.4 La clientèle	131
6.6 Conclusion	132
SECTION 7 – RÉSULTATS DE L'ANALYSE DES DONNÉES DES QUESTIONNAIRES	137
7.1 Résultats du test du chi 2 effectué sur les données du questionnaire complété par les patients	138
7.1.1 La consommation des anti-inflammatoires	138
7.1.2 La durée de la prise d'un antidépresseur	139
7.1.3 Le médicament porteur de compassion	141
7.1.4 Le traitement à privilégier pour les symptômes associés à la dépression	143
7.1.5 Le médicament est un bon support psychologique	145
7.1.6 Le médicament joue le rôle de la potion magique	146
7.1.7 Le médicament permet de diminuer ou d'enlever la souffrance	148
7.1.8 La fréquence de la consommation des anti-inflammatoires	149
7.1.9 La principale cause de la consommation croissante de médicaments	150
7.1.10 Le traitement à privilégier pour des symptômes associés à la dépression	154
7.1.11 La consommation d'antibiotique	155
7.1.12 La consommation d'antidépresseur au cours de la dernière année	156
7.1.13 Le médicament est une source d'espoir	158
7.1.14 Le médicament est porteur de compassion	159
7.1.15 L'avenir de la pratique médicale repose sur les médicaments	161
7.1.16 Influence des médias sur la consommation de médicaments	162
7.1.17 La principale cause des problèmes de compréhension relativement à la prescription	163

7.2 Résultats du test du chi 2 effectué sur les données du questionnaire complété par les médecins	165
7.2.1 Les symptômes de la dépression	165
7.2.2 La perception des symptômes de la dépression	165
7.2.3 Le traitement médicamenteux de la dépression	167
7.2.3 Le traitement médicamenteux de la dépression	168
7.2.4 L'augmentation des consultations pour dépression	170
7.2.5 Le dépistage de la dépression	171
7.2.6 La durée de la consultation	173
7.2.7 La résistance aux antibiotiques	174
7.2.8 La prescription d'anti-inflammatoires	176
7.2.9 Mise en situation	177
7.2.10 Le médicament joue un rôle de potion magique	178
7.3 Les analyses factorielles des correspondances multiples	180
7.3.1 Le médicament	180
7.3.2 L'antibiotique	187
7.3.3 L'anti-inflammatoire	192
7.3.4 L'antidépresseur	195
7.3.5 La souffrance	199
7.3.6 Les médicaments	202
SECTION 8 – INTERPRÉTATION ET CONCLUSION	208
8.1 Synthèse et interprétation des résultats obtenus par l'analyse des entrevues	209
8.2 Synthèse et interprétation des résultats obtenus par l'analyse des questionnaires	211
8.3 Synthèse et interprétation des résultats des analyses des correspondances multiples des associations de mots	213
8.4 Conclusion : les systèmes représentationnels	220
RÉFÉRENCES	223

LISTE DES TABLEAUX

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 5.3.1.1	Répartition des médecins ayant participé à l'entrevue	49
Tableau 5.3.2.1	Répartition des patients ayant participé à l'entrevue	50
Tableau 5.3.3.1	Répartition du nombre total de questionnaires envoyés et reçus suivant le type de pratique (omnipraticiens ou spécialistes)	53
Tableau 5.3.3.2	Répartition des questionnaires complétés	53
Tableau 5.3.3.3	Répartition des questionnaires complétés en fonction du sexe	53
Tableau 5.3.3.4	Répartition des questionnaires complétés en fonction de l'âge	54
Tableau 5.3.4.1	Répartition des questionnaires envoyés et retournés selon les associations de patients et le genre	55
Tableau 5.3.4.2	Répartition des questionnaires complétés par les patients selon	56
Tableau 5.3.4.3	Répartition des questionnaires complétés par les patients selon le sexe	56
Tableau 5.3.4.4	Répartition des questionnaires complétés par les patients selon la Participation au marché du travail	56
Tableau 6.1.2	Première classe de discours de l'analyse globale patients et médecins	60
Tableau 6.1.3	Seconde classe de discours de l'analyse globale patients et médecins	62
Tableau 6.1.4	Troisième classe de discours de l'analyse globale patients et médecins	63
Tableau 6.1.5	Quatrième classe de discours de l'analyse globale patients et médecins	65
Tableau 6.2.1	Première classe de discours issue de l'analyse des corpus complets des entrevues des patients	67
Tableau 6.2.2	Seconde classe de discours issue de l'analyse des corpus complets des entrevues des patients	69
Tableau 6.2.3	Troisième classe de discours issue de l'analyse des corpus complets des entrevues des patients	70
Tableau 6.2.4	Quatrième classe de discours issue de l'analyse des corpus complets des entrevues des patients	72

Tableau 6.3.1.1	Première classe de discours issue de l'analyse des entrevues des patients portant sur le thème des pratiques et de la relation thérapeutique	74
Tableau 6.3.1.2	Seconde classe de discours issue de l'analyse des entrevues des patients portant sur le thème des pratiques et de la relation thérapeutique	75
Tableau 6.3.1.3	Troisième classe de discours issue de l'analyse des entrevues des patients portant sur le thème des pratiques et de la relation thérapeutique	77
Tableau 6.3.1.4	Quatrième classe de discours issue de l'analyse des entrevues des patients portant sur le thème des pratiques et de la relation thérapeutique	78
Tableau 6.3.2.1	Première classe de discours issue de l'analyse des entrevues des patients portant sur le thème de l'observance et de la consommation inappropriée	79
Tableau 6.3.2.2	Seconde classe de discours issue de l'analyse des entrevues des patients portant sur le thème de l'observance et la consommation inappropriée	81
Tableau 6.3.3.1	Première classe de discours issue de l'analyse des entrevues des patients portant sur le thème de la prescription pour les femmes et les personnes âgées	82
Tableau 6.3.3.2	Seconde classe de discours issue de l'analyse des entrevues des patients portant sur le thème de la prescription pour les femmes et les personnes âgées	83
Tableau 6.3.4.1	Première classe de discours issue de l'analyse des entrevues des patients portant sur le thème du diagnostic et du traitement	84
Tableau 6.3.4.2	Seconde classe de discours issue de l'analyse des entrevues des patients portant sur le thème du diagnostic et du traitement	85
Tableau 6.3.4.3	Troisième classe de discours issue de l'analyse des entrevues des patients portant sur le thème du diagnostic et du traitement	86
Tableau 6.3.4.4	Quatrième classe de discours issue de l'analyse des entrevues des patients portant sur le thème du diagnostic et du traitement	87
Tableau 6.3.5.1	Première classe de discours issue de l'analyse des entrevues des patients portant sur le thème des stéréotypes, des tabous et de l'éducation des patients	89

Tableau 6.3.5.2	Deuxième classe de discours issue de l'analyse des entrevues des patients portant sur le thème des stéréotypes, des tabous et de l'éducation des patients	91
Tableau 6.3.5.3	Troisième classe de discours issue de l'analyse des entrevues des patients portant sur le thème des stéréotypes, des tabous et de l'éducation des patients	92
Tableau 6.3.5.4	Quatrième classe de discours issue de l'analyse des entrevues des patients portant sur le thème des stéréotypes, des tabous et de l'éducation des patients	93
Tableau 6.4.1	Première classe de discours issue de l'analyse globale des entrevues des médecins	96
Tableau 6.4.2	Seconde classe de discours issue de l'analyse globale des entrevues des médecins	97
Tableau 6.5.1.1	Première classe de discours issue de l'analyse des entrevues des médecins portant sur le thème de la pratique et de la relation thérapeutique	99
Tableau 6.5.1.2	Seconde classe de discours issue de l'analyse des entrevues des médecins portant sur le thème de la pratique et de la relation	101
Tableau 6.5.1.3	Troisième classe de discours issue de l'analyse des entrevues des médecins portant sur le thème de la pratique et de la relation thérapeutique	102
Tableau 6.5.1.4	Quatrième classe de discours issue de l'analyse des entrevues des médecins portant sur le thème de la pratique et de la relation	104
Tableau 6.5.1.5	Cinquième classe de discours issue de l'analyse des entrevues des médecins portant sur le thème de la pratique et de la relation thérapeutique	105
Tableau 6.5.2.1	Première classe de discours issue de l'analyse des entrevues des médecins portant sur le thème de l'observance et de la consommation inappropriée de médicaments	106
Tableau 6.5.2.2	Seconde classe de discours issue de l'analyse des entrevues des médecins portant sur le thème de l'observance et de la consommation inappropriée de médicaments	108
Tableau 6.5.2.3	Troisième classe de discours issue de l'analyse des entrevues des médecins portant sur le thème de l'observance et de la consommation inappropriée de médicaments	109

Tableau 6.5.2.4	Quatrième classe de discours issue de l'analyse des entrevues des médecins portant sur le thème de l'observance et de la consommation inappropriée de médicaments	111
Tableau 6.5.3.1	Première classe de discours issue de l'analyse des entrevues des médecins portant sur le thème de la prescription pour les femmes et les personnes âgées	113
Tableau 6.5.3.2	Seconde classe de discours issue de l'analyse des entrevues des médecins portant sur le thème de la prescription pour les femmes et les personnes âgées	115
Tableau 6.5.3.3	Troisième classe de discours issue de l'analyse des entrevues des médecins portant sur le thème de la prescription pour les femmes et les personnes âgées	116
Tableau 6.5.3.4	Quatrième classe de discours issue de l'analyse des entrevues des médecins portant sur le thème de la prescription pour les femmes et les personnes âgées	118
Tableau 6.5.3.5	Cinquième classe de discours issue de l'analyse des entrevues des médecins portant sur le thème de la prescription pour les femmes et les personnes âgées	119
Tableau 6.5.4.1	Première classe de discours issue de l'analyse des entrevues des médecins portant sur le thème du diagnostic et du traitement	121
Tableau 6.5.4.2	Deuxième classe de discours issue de l'analyse des entrevues des médecins portant sur le thème du diagnostic et du traitement	122
Tableau 6.5.4.3	Troisième classe de discours issue de l'analyse des entrevues des médecins portant sur le thème du diagnostic et du traitement	124
Tableau 6.5.4.4	Quatrième classe de discours issue de l'analyse des entrevues des médecins portant sur le thème du diagnostic et du traitement	125
Tableau 6.5.5.1	Première classe de discours issue de l'analyse des entrevues des médecins portant sur le thème des stéréotypes, des tabous et de l'éducation des patients	127
Tableau 6.5.5.2	Deuxième classe de discours issue de l'analyse des entrevues des médecins portant sur le thème des stéréotypes, des tabous et de l'éducation des patients	129
Tableau 6.5.5.3	Troisième classe de discours issue de l'analyse des entrevues des médecins portant sur le thème des stéréotypes, des tabous et de l'éducation des patients	130
Tableau 6.5.5.4	Quatrième classe de discours issue de l'analyse des entrevues des médecins portant sur le thème des stéréotypes, des tabous et de l'éducation des patients	132

Tableau 6.6.1	Synthèse des classes issues du corpus entier et de thèmes spécifiques d'entrevues des patients et des médecins	133
Tableau 6.6.2	Synthèse des classes issues du corpus entier et de thèmes spécifiques d'entrevues des patients	133
Tableau 6.6.3	Synthèse des classes issues du corpus entier et de thèmes spécifiques d'entrevues des médecins	135
Tableau 7.1.1	Q17b.antiinfl * Q39a.formation.professionnelle Crosstabulation	139
Tableau 7.1.2	Q17c.antidép.recode * Nb.enfants.recode2 Crosstabulation	141
Tableau 7.1.3	Q14.c.recode * Q38.etablissement.dernier.diplome.if Crosstabulation	143
Tableau 7.1.4	Q24 * Nb.enfants.recode2 Crosstabulation	144
Tableau 7.1.5	Q14.e * Q42.revenu.familial.recode Crosstabulation	146
Tableau 7.1.6	14.d * Statut.civil Crosstabulation	148
Tableau 7.1.7	Q14.Grecode * Q39A.formation.professionnelle.if Crosstabulation	149
Tableau 7.1.8	Q17.c antiinfl * Nb.enfants.recode2 Crosstabulation	151
Tableau 7.1.9	Q20 * Statut.civil Crosstabulation	153
Tableau 7.1.10	Q24 * Annee.fin.etudes.recode Crosstabulation	155
Tableau 7.1.11	Crosstab	156
Tableau 7.1.12	Crosstab	158
Tableau 7.1.13	Q14.f * organisme.attache.recode Crosstabulation	159
Tableau 7.1.14	Q14.c.recode * Annee.fin.etudes.recode Crosstabulation	160
Tableau 7.1.15	Q14.j.recode * Q40a.marche.travail Crosstabulation	162
Tableau 7.1.16	Q19a * Q31a Crosstabulation	163
Tableau 7.1.17	Q26 * Q38.etablissement.dernier.diplome.if Crosstabulation	165
Tableau 7.2.1	Crosstab	166

Tableau 7.2.2	Tableau croisé recodeag * symdepre	168
Tableau 7.2.3	Tableau croisé recodeag * traimagd	170
Tableau 7.2.4	Tableau croisé specia_b * consultd	171
Tableau 7.2.5	Tableau croisé	173
Tableau 7.2.6	Crosstab	174
Tableau 7.2.7	Tableau croisé recodeag * changant	175
Tableau 7.2.8	Tableau croisé sexe * problp_a	176
Tableau 7.2.9	Tableau croisé	178
Tableau 7.2.10	Tableau croisé sexe * medmagiq	180

LISTE DES FIGURES

LISTE DES FIGURES

Graphique 6.1.6	Analyse factorielle des correspondances du discours de l'ensemble des patients et des médecins	66
Graphique 7.3.1	Afc médicament 1 ^{er} inducteur	182
Graphique 7.3.2	Afc antibiotique 1 ^{er} inducteur	188
Graphique 7.3.3	Afc anti-inflammatoire 1 ^{er} inducteur	193
Graphique 7.3.4	Afc antidépresseur 1 ^{er} inducteur	196
Graphique 7.3.5	Afc souffrance 1 ^{er} inducteur	200
Graphique 7.3.6	Afc tous les inducteurs 1 ^{er} mot	203
Schéma 1	Représentations sociales du médicament	214
Schéma 2	Représentations sociales de l'antibiotique	215
Schéma 3	Représentations sociales de l'anti-inflammatoire	216
Schéma 4	Représentations sociales de l'antidépresseur	218
Schéma 5	Représentations sociales de la souffrance	219

SECTION 1
INTRODUCTION

SECTION 1

INTRODUCTION

La problématique générale de ce projet concerne les pratiques de prescription et d'observance ainsi que les pratiques éducatives et plus particulièrement les systèmes de représentations qui s'y rattachent et qui s'établissent dans le cadre de la relation patient-médecin. Cette recherche prend son origine dans les résultats d'une recherche (subvention CQRS- RS 2951) portant sur « L'analyse des représentations sociales dans la prescription des médicaments psychotropes » (Garnier et al, 2000) menée en étroite collaboration avec le Collège des médecins du Québec. Elle tient compte également des besoins exprimés par nos partenaires et les communautés de pratique lors de la séance de présentation des résultats qui leur était destinée en août dernier, des discussions théoriques qui ont suscité la présentation de ces résultats à la 5^e conférence internationale sur les représentations sociales (août 2000) et des commentaires du comité d'évaluation du CQRS relativement à ce projet.

Afin de prendre en compte les dimensions contextuelles, représentationnelles et culturelles qui interviennent dans la relation patient-médecin, l'approche favorisée dans ce projet est une approche psychosociale intégrative. Elle est basée sur les développements théoriques des représentations sociales qui permettent d'analyser et de comprendre les phénomènes de prescription et d'observance comme appartenant à une dynamique interactionnelle multidimensionnelle, sous-tendue par les rapports symboliques entre acteurs sociaux et de tenir compte des processus représentationnels liés aux stratégies du patient et à la professionnalisation des médecins (Bataille, 1999). Afin de préciser la problématique de cette recherche, nous aborderons successivement, le contexte relatif à la prescription et à l'observance, les pratiques éducatives qui y sont associées, les relations patient-médecin qui

s'établissent dans le cadre de ces pratiques ainsi que celles liées à la prescription et l'observance et finalement, les représentations sociales liées à ces pratiques.

SECTION 2
LES OBJECTIFS

SECTION 2

LES OBJECTIFS

Ce projet de recherche a pour but de comprendre, dans la relation patient-médecin, les liens qui s'établissent entre les systèmes représentationnels relatifs à la prescription et à l'observance avec les pratiques de prescription déclarées et les pratiques éducatives déclarées qui y sont liées. De façon plus spécifique, ce projet vise à:

1. Identifier les pratiques éducatives déclarées par le médecin qui sont liées à la prescription et à l'observance;
2. Mettre en évidence les représentations que se font les patients de l'observance, de leur expérience de santé ainsi que des pratiques éducatives et de prescription des médecins;
3. Définir les attentes qu'ont les patients des pratiques éducatives et de prescription des médecins;
4. Étudier les systèmes représentationnels des médecins relatifs aux objets de représentation qui définissent le cadre conceptuel de la pratique médicale et en particulier celui de la prescription et des pratiques liées à l'observance;
5. Mettre en relation les pratiques éducatives déclarées par les médecins, leurs pratiques déclarées de prescription et leurs systèmes de représentations liés à la prescription et l'observance avec les attentes et les représentations qu'ont les patients de l'observance, des pratiques éducatives et des pratiques de prescription des médecins.

SECTION 3
LA PROBLÉMATIQUE

SECTION 3

LA PROBLÉMATIQUE

3.1 Le contexte relatif à la prescription et à l'observance

Les questions liées à la prescription abusive de médicaments et à l'inobservance de l'ordonnance ont été amplement mises en évidence, tant par les pouvoirs publics et les différents organismes de santé comme la RAMQ (Régie de l'assurance-maladie du Québec) que par les médias et la littérature scientifique spécialisée. Ces questions sont aussi soulevées dans le milieu professionnel de la santé pour lequel ils sont une préoccupation majeure selon nos partenaires du Collège des médecins du Québec (Bauchner, 1999; Hutchinson, 1999; Miller, 1999). En effet, les dysfonctionnements qui s'observent autant dans l'acte de prescrire que dans l'observance de l'ordonnance, génèrent différents problèmes, notamment des effets néfastes pour l'état de santé liés à la surconsommation de médicaments (Paille, 2004; Frost et Forster, 1985; Davis, Baum et Graham, 1991; Noe et Ovesen, 1995; North, 1993) et à l'inobservance des prescriptions (Demyttenaere, Mesters, Boulanger, Dewe, Delsemme, Gregoire, & Van Ganse, 2001; Vermeire, Hearnshaw, Van Royen, & Denekens, 2001; Becker, 1985; Kjellgren, Ahler, Saljo, 1995; Becker, 1985; Kjellgren, Ahler, Saljo, 1995) mais aussi une augmentation des coûts de santé (Burgess, 1986; Gorecki, 1992).

Les problèmes concernant l'état de santé qui résultent du mésusage des médicaments sont nombreux. On note d'ailleurs que le vieillissement est l'un des facteurs majeurs de la surconsommation de médicaments, ce qui génère un certain nombre d'effets indésirables tels que la pathologie iatrogène, la mauvaise observance du patient, des interactions médicamenteuses, etc. (Paille, F., 2004). Frost et Forster (1985) décrivent une grande quantité d'effets secondaires liés à la surconsommation de médicaments ainsi que des réactions adverses telles que des réactions idiosyncrasiques ou allergiques, des interactions

médicamenteuses préjudiciables et des intoxications iatrogènes. Ces pathologies constituent en elles-mêmes un problème considérable, autant à cause de l'accroissement de la morbidité et de la mortalité de la population qu'elles peuvent provoquer que pour les coûts supplémentaires que doit supporter la société. Si ces problèmes concernent une grande variété de médicaments, ils ont été observés plus particulièrement pour des médicaments tels les antibiotiques, les antidépresseurs et les anti-inflammatoires, qui seraient souvent prescrits de manière excessive (Noe, Ovesen, 1992; North, 1993). Parmi les effets nocifs sur le plan médical, on cite par exemple, le développement de la résistance aux antibiotiques, la réduction de la qualité de vie du patient, etc. (Ryback, 2004; Litchman, 1993; North, 1993). Des recherches ont par ailleurs démontré que les effets secondaires des médicaments seraient largement déterminés par des facteurs génétiques (en particulier dans le cas des antidépresseurs), d'où l'intérêt des découvertes en pharmacogénétique qui permettraient éventuellement de prévoir la réponse du métabolisme aux médicaments et d'ainsi éviter les risques d'effets secondaires nuisibles pour la santé (Ng, Schweitzer, Norman, Easteal, 2004). Par contre, Strain et coll. (2004) rapportent que les compagnies pharmaceutiques développent des profils d'interaction médicamenteuse plutôt limités lors de l'introduction d'un nouveau médicament sur le marché. Le patient est ainsi le réel cobaye de réactions non observées durant les essais cliniques. Cependant, « the natural experiment » comme le qualifient les auteurs, ne permet pas de répertorier l'ensemble des interactions médicamenteuses qui pourraient survenir puisque toutes ne sont pas signalées ou identifiées.

Les phénomènes de surprescription et de surconsommation, en plus d'avoir un impact sur l'état de santé d'un grand nombre de personnes, ont des conséquences financières importantes qui se traduisent par une augmentation des coûts dans le système de santé. Parmi les actes médicaux les plus fréquemment réalisés et qui sont associés à une forte croissance des coûts, on retrouve l'acte de prescription auquel Makoul et coll. (1995) accordent une place

prépondérante. Gorecki (1992) précise même que le coût des médicaments, en plus de croître dans la même proportion que celui des soins, soit une augmentation constante de 25 %, subit une pression inflationniste encore plus marquée du fait de l'accroissement des honoraires professionnels des pharmaciens et de la hausse constante du prix des médicaments depuis 1990. Burgess (1986) souligne que l'augmentation du prix des médicaments apparaît irréversible lorsqu'on examine le lobbying exercé par l'industrie pharmaceutique auprès des pouvoirs publics depuis 1990.

Étant donné la multiplication probable ou possible des interactions nocives entre les médicaments et l'escalade des coûts, il semble urgent de chercher à optimiser les ressources et les résultats des interventions médicales. Ainsi, diverses réformes tant fédérales que provinciales ont tenté de réaliser cette optimisation par l'application de stratégies telle le partage des frais avec le patient, la promotion de pratiques plus économiques en matière d'ordonnance, l'interchangeabilité des médicaments, l'abolition des ordonnances sans substitution, la responsabilisation du patient-consommateur et la redéfinition du rôle du Ministère de la santé. De son côté, le Collège des médecins du Québec, s'acquitte partiellement de cette tâche en traduisant toutes ces démarches dans une formation continue des médecins qui les sensibilise à des prescriptions plus finement adéquates. Néanmoins, ces efforts ne portent pas toujours les effets souhaités et les besoins de recherche se manifestent dans la multiplication des études relatives à cette question.

De nombreux facteurs interviennent dans la décision de prescription par les médecins et ces études tendent à montrer que les savoirs scientifiques médicaux et pharmacologiques ne sont pas les seuls qui interviennent dans la décision de prescription. Eisenberg (1986) décrit des facteurs économiques tels le coût du traitement et des facteurs individuels tels la motivation, le style et le type de pratique du médecin ainsi que des caractéristiques socio-démographiques. Il

cite également des facteurs davantage socioculturels tels la perception du rôle du médecin par le praticien ainsi que les caractéristiques et les demandes du patient. Jennett et coll. (1996), dans une analyse des pratiques de prescription de 12 médecins, relèvent plus de 20 facteurs qui déterminent la décision de prescrire dont l'importance varie en fonction du médecin. Ils montrent que les médecins opèrent des choix cliniques en fonction de trois groupes d'éléments: le type de problème médical, le type de médicament et l'évaluation que le médecin fait du patient en termes de scolarité, de capacité à lire, à mémoriser, etc. D'après Bjerrum, Larsen et Sondergaard (2002), le risque de prescriptions inadéquates est plus élevé parmi les médecins qui prescrivent plusieurs médicaments différents. Chez les enfants, les plus jeunes, assurés au privé, oppositionnel et aux prises avec des problèmes relationnels parent-enfant seraient les plus à risque de surmédication (incluant des essais avec plusieurs stimulants, stabilisateurs de l'humeur, agonistes adrénergiques centraux et antipsychotiques, Zakriski, Wheeler, Burda, & Shields, 2005). Blackwell et Cooperstock (1983) indiquent que les médecins qui surconsomment des psychotropes semblent davantage les privilégier dans leurs pratiques de prescription. Selon Cormier et Trudel (1990) et Bernardez et al (1997), le phénomène de surmédication touche principalement deux types de population, les femmes et les personnes âgées. Ces auteurs expliquent ce phénomène par la chronicité de certains problèmes et l'isolement social qui résulte de conditions financières et affectives pénibles. La consommation inappropriée de médicaments ne semble pas, par ailleurs, concerner également tous les médicaments, mais principalement certains types de médicaments comme les antidépresseurs, les antibiotiques et les anti-inflammatoires (Finch, 1993; Montamat et Cusack, 1992; Davis, Baum et Graham 1991), ce que confirment également nos partenaires du Collège des médecins. La prescription d'antibiotiques serait plus élevée pour les jeunes femmes et les femmes d'âge moyen que pour les hommes des mêmes catégories d'âge (Majeed et Moser, 1999). Les femmes âgées de 20 à 40 ans seraient les plus grandes consommatrices d'anti-

inflammatoires (Menard, 1993) et les psychotropes seraient davantage consommés par les personnes âgées (Paille, 2004; Tamblyn et al, 1994).

Parmi les facteurs qui interviennent dans la consommation de médicaments, l'observance ou non des patients à la prescription a donné lieu à une large littérature (Vermeire et al., 2001; Becker, 1985; Doherty et coll., 1983; Baekland et Luandwall, 1975; Harkaway et Madson, 1989; Kjellgren et coll., 1995). Plusieurs auteurs ont souligné les effets néfastes de l'inobservance de la prescription (Demyttenaere et al., 2001; Vermeire et al., 2001; Becker, 1985; Kjellgren, Ahler, Saljo, 1995). Celle-ci peut atteindre un taux de plus de 40 % chez les personnes âgées (Salzman, 1995). Il existerait une étroite relation entre l'observance, l'âge, la chronicité de la maladie et la multimédication (Billups, Malone et Carter, 2000). Dans les études qui traitent des facteurs liés au patient ayant une incidence sur l'observance, on retrouve l'âge, le statut socio-économique et le niveau d'éducation des patients (Saarif et al, 1992), l'historique médical du patient et le type d'assurance (Larrat, Taubman et Willey, 1990), les caractéristiques culturelles (Perez et McPherson, 2000), les facteurs psychologiques (Singh et al, 1996) et particulièrement l'anxiété (Green, 1999). Par ailleurs, le type de médicament aurait une plus grande incidence sur l'observance que le sexe et l'âge (Larrat, Taubman et Willey, 1990). De son côté, Grob (1992) note que l'inobservance de la prescription d'antibiotiques serait étroitement liée à quatre facteurs: le patient, le médecin, la sévérité de la maladie et la durée du traitement; elle résulterait d'une interaction négative entre ces quatre facteurs. D'après Roose (2003) les préoccupations du médecin en regard de la tolérance et de la sécurité de la médication prescrite constituent un facteur caché pouvant influencer l'observance du patient. Pour Demyttenaere (2003), l'attitude du médecin envers la médication serait importante en regard à l'observance du patient, mais la relation médecin-patient, incluant le temps que le médecin prend pour expliquer la durée attendue du traitement et les effets secondaires possibles, serait également un facteur clé. Selon Betancourt, Carillo et Green (1999), l'observance est un

comportement complexe déterminé par une variété de facteurs, soit des facteurs socio-économiques, individuels, familiaux et culturels. Delgado (2000) précise que l'inobservance est un phénomène multifactoriel et il ajoute à cette longue liste de facteurs, les croyances relatives à la maladie, aux effets secondaires et à l'efficacité du traitement.

Une large littérature traite aussi des facteurs liés au rôle des praticiens à l'égard de l'observance (Lin et coll., 1995; Assal et coll., 1992). Erhardt (1999) indique que les contraintes temporelles et économiques, l'étendue des savoirs médicaux et la difficulté de traitement des données cliniques comptent également parmi les facteurs qui affectent les stratégies utilisées par le médecin relativement à l'observance. Toutefois, l'ampleur de la littérature portant sur les pratiques éducatives du médecin en relation avec l'observance indique que ce sont ces pratiques qui semblent jouer un rôle prépondérant.

3.2 Les pratiques éducatives

Plusieurs auteurs soulignent l'importance des pratiques éducatives du médecin (par exemple, tentatives de persuader, de négocier, d'imposer, d'expliquer, etc.) en vue de l'observance, importance qui serait reconnue par l'ensemble de la communauté médicale (Larrat, Taubman et Willey, 1990; O'Brien, Petrie, Raeburn, 1992; Litchman, 1993; Lin et coll., 1995; Gruninger, 1995). Gruninger (1995) indique que le but des pratiques éducatives consiste à amener le patient à mieux comprendre et à accepter sa maladie, à convaincre et à persuader le patient de suivre le protocole prescrit. Selon Lurie et Lee (1991), une communication déficiente entre le patient et le médecin constituerait un facteur important lié à l'inobservance de la prescription. Il faut aussi tenir compte du fait que les motifs de consultation ne concernent pas uniquement l'obtention d'une prescription de médicaments car le patient consulte aussi pour obtenir des informations et un avis médical du médecin sur son état de santé (Zoega, Barr, Barsky, 1991). Or, ces démarches ne sont pas toujours présentes et le médecin ne tient pas nécessairement

compte des attentes du patient comme Grob (1992) et Gruninger (1995) le soulignent puisque selon eux, il y a d'importantes lacunes au niveau de l'actualisation des pratiques éducatives dans la démarche clinique du médecin. Par ailleurs, le médecin développe son intervention du point de vue éducatif compte tenu de différentes conditions. Ainsi, Assal et coll. (1992) font valoir que l'évaluation de la perception du patient relative à la médication jouerait un rôle non négligeable dans l'élaboration de pratiques éducatives adéquates en matière de prescription. De leur côté, Scott, Schiell et King (1996) indiquent que l'évaluation par les médecins des savoirs du patient joue un rôle central dans la décision de prescrire un médicament particulier. D'ailleurs, il leur arrive, comme l'indiquent Makoul et coll. (1995), de surestimer les habiletés de leurs patients à suivre le traitement, ce qui conduit inévitablement le patient à une illusion de compétence.

En fait, il semble souvent exister un décalage important entre ce que pensent les patients de ce qu'il faut savoir sur le médicament qui leur est prescrit et l'information qui leur a été transmise par le médecin sur les raisons, la durée et les effets secondaires du traitement (Lyons, Rumore, Merola, 1996; Coe, Prendergast, Psathas, 1984). Ce décalage semble particulièrement important chez les personnes âgées. Celles-ci déplorent fréquemment ne pas être suffisamment informées des effets secondaires associés aux médicaments et ne pas être impliquées dans les prises de décisions relatives au traitement (Smith, Cunningham, Hale, 1994). Cette situation est préjudiciable pour une authentique observance de la prescription alors qu'on sait que celle-ci constitue une part du succès du traitement (Lalonde, Lavoie et Jodoin, 1990) et que le médecin jouerait un rôle crucial à cet égard (Lin, Von-korff, Katon, Busch et coll., 1995).

Ainsi, les médecins devraient varier les stratégies d'intervention éducative pour atteindre les attentes de leurs patients (Fawcett, 1995) et ces stratégies devraient s'intensifier, en fonction de

la chronicité de la maladie (Hoerni et Soubeyran, 1995) et de la nature de la maladie, en particulier dans les cas de dépression (Frank, 1997). La littérature développe une liste exhaustive de ces différentes conduites que nous citerons brièvement en les regroupant suivant trois ordres: l'accueil du patient, la forme et le niveau de l'information et le degré d'implication du patient dans la prise de décision. En ce qui concerne l'accueil des patients, Burner (1990) précise qu'il faut tenter de modifier les facteurs sur lesquels le médecin a une emprise, soit l'accueil du patient, la qualité et le temps accordé à l'écoute du patient, la façon de prescrire le médicament, la posologie clairement explicitée, les explications appropriées concernant la durée d'action, les éventuels effets secondaires. À propos de l'information, qu'il s'agisse de sa forme ou de son niveau, l'observance de la prescription par le patient semble susceptible d'être favorisée lorsque le médecin donne des informations explicites sur la durée du traitement et la posologie appropriée (Grob, 1992) et qu'il engage un dialogue (Roter, 2000). Dans la même veine, Lin et coll. (1995), suite à leurs travaux sur la consommation d'antidépresseurs, insistent sur l'importance de cibler adroitement les contenus des messages qui sont transmis au patient et notent que l'information véhiculée par le médecin doit être simple, directe, précise et ne devrait pas comporter plus de cinq messages éducatifs. Finalement, en ce qui concerne le degré d'implication du patient dans la prise de décision, il est nécessaire de s'assurer de la coopération du patient en faisant en sorte que les consultations soient rapprochées, ce qui permet de vérifier si la prescription est suivie comme indiquée sur l'ordonnance (Erhardt, 1999; Yasin, 1998; Burner, 1990). De plus, le médecin peut aussi répéter verbalement l'information relative à l'ordonnance lors de chaque rencontre ou remettre des conseils écrits, dans le cas où la compréhension du patient semblerait douteuse, de façon à ce que celui-ci puisse s'y référer par la suite. L'implication du patient dans les prises de décision le concernant constituerait une pratique à privilégier pour assurer l'observance du patient à la prescription (Gruninger, 1995). Un plus grand sentiment d'engagement du patient, dans le processus de prise de décision relative à la médication, constitue une condition favorable au succès de l'intervention

thérapeutique et au développement d'un sentiment de compétence du patient dans la prise en charge de sa maladie et de son traitement (Dibben, Morris et Lean, 2000; Dube, O'Donnell et Novack, 2000; Makoul et coll., 1995). Afin de favoriser cette prise en charge, le médecin devrait viser dans ses pratiques éducatives d'amener le patient à reconnaître les risques et bénéfices du médicament, à tenir compte des opinions du patient relativement à la médication et de ses habiletés à suivre adéquatement le plan de traitement. Rollnick, Kinnersley et Butler (2002) montrent d'ailleurs l'intérêt de l'intégration, dans la formation des médecins, de ces nouvelles méthodes d'enseignement qui sont fondées sur la mise en situation de difficultés pouvant survenir dans la pratique lors de la consultation et qui permettent d'outiller les médecins en leur permettant ainsi de développer leurs aptitudes communicationnelles.

Cette liste de stratégies illustre assez bien l'orientation des travaux qui ont traité des questions relatives aux pratiques éducatives. Cependant, ces travaux, tout comme ceux relatifs aux facteurs de prescription et d'observance, se limitent souvent à une description statistique de facteurs et ne permettent pas de comprendre les mécanismes psychosociaux sous-jacents ni le rôle des enjeux impliqués. Pour aborder ces questions dans une perspective holistique qui tient compte de la dynamique interactionnelle et sociale de la relation patient-médecin, il nous semble nécessaire d'étudier l'articulation entre les systèmes de représentations, le langage et les pratiques éducatives et de prescription. Cette perspective garantirait une vue plus authentique des positionnements des différents acteurs les uns par rapport aux autres en contexte. Ce faisant, elle fournirait des indications en vue de développer des stratégies éducatives qui atteindraient des processus psychosociaux de l'interaction plutôt que des conduites individualisées. En effet, les phénomènes de prescription et d'observance s'inscrivent dans la dynamique interactionnelle de la relation patient-médecin, qui fait intervenir des dimensions culturelles, éthiques, pragmatiques, contextuelles, subjectives et éducationnelles (Fischer et Todd, 1986; Todd, 1989; Sadler et Hulgus, 1990; Dufour-Gompers, 1992; Spiro et

coll., 1993; Weyrauch, 1994). L'étude de ces phénomènes implique donc qu'ils soient situés dans le contexte plus large de la relation patient-médecin, afin de prendre en compte toutes ces dimensions.

3.3. La relation patient-médecin

La modélisation de la relation patient-médecin a fait l'objet de nombreuses propositions qui tendent à démontrer le caractère multidimensionnel de cette relation. De la typologie trimodale (« actif-passif », « guide-coopérant » et « participation mutuelle ») proposée par Szasz et Hollender (1956) dans les années cinquante, on est passé à un modèle « biopsychosocial » dans les années soixante-dix (Engel, 1977, 1980, 1982) pour ensuite incorporer des dimensions culturelles, éthiques, pragmatiques, contextuelles et subjectives (Kreps, 1996; Weyrauch, 1994; Perret-Clermont, 1992; Fischer et Todd, 1986; Todd, 1989; Stein, 1990; Helman, 1990; Sadler et Hulgus, 1990, 1992; Gilliéron, 1992; Dufour-Gompers, 1992; Spiro et coll., 1993). Le contexte culturel et social dans lequel s'inscrit la dynamique interactionnelle patient-médecin (Kushner, 1981) a également fait l'objet de nombreux travaux tant dans le champ de l'anthropologie médicale (Weiss, 1988; Kleinman, 1975, 1980, 1988; Good, 1990, 1994) que chez certains auteurs qui ont porté une attention particulière à différentes problématiques relatives aux problèmes de surprescription et de surconsommation soit en santé préventive (Lupton, 1995) ou soit dans le contexte clinique de la pratique médicale (Meiss, Gunther et Gritsch, 1992; Steiner et Vetter, 1995; Lupton, 1995).

Certains auteurs (Yasin, 1998; Frank, 1997; Cameron, 1996) considèrent que la relation patient-médecin joue un rôle privilégié en ce qui concerne l'observance (Demyttenaere, 2003; Cruz & Pincus, 2002; Ankri, Collin, Perodeau, & Beaufils, 2002; Vermeire et al., 2001; O'Neil et Poirer, 1998) dont Northouse et Northouse (1992), qui soulignent le caractère asymétrique de la relation patient-médecin en ces termes : « Nor is it unusual that the professional-patient

relationship has been characterized as asymmetrical, with the balance of power tipping in favor of the practitioner » (Northouse et Northouse, 1992, p. 81). Ces derniers auteurs soulignent que le médecin aurait accès à cinq types de pouvoir: le savoir professionnel, un pouvoir décisionnel en ce qui concerne les questions médicales, un pouvoir de récompense, un pouvoir coercitif et un pouvoir conféré au médecin par le patient en raison de son pouvoir professionnel. Quant au patient, il disposerait d'un pouvoir beaucoup plus limité, pouvoir qui pourrait s'accroître selon les modèles (perspective biopsychosociologique, partage du pouvoir et des responsabilités, alliance thérapeutique, approches centrées sur la « personne-médecin » et la « personne-patient », (Mead et Bower, 2000; Bensing, 2000; Thomasma, 1983) et qui aurait un impact positif sur les traitements (Gomella et al, 2000; Dranove, 1988, Quill, 1983) et l'observance (Murri, Antinori, Ammassari, Nappa, Orofino, Abrescia, Mussini, D'Arminio Monforte, & Wu, 2002; Delgado, 2000; Dubyna et Quinn, 1996; Fawcett, 1995; Wasner, 1987) mais ne s'appliqueraient pas aux relations à long terme (Haynes et al, 2000). Dans le cadre de la relation patient-médecin, la surprescription et la surconsommation ont suscité divers types de questionnements dont celui cherchant à délimiter la responsabilité des acteurs. Blackwell et Cooperstock (1983), dans une discussion sur les responsabilités de chacun des protagonistes (société, médecin, patient, industrie pharmaceutique), suggèrent l'adoption d'un modèle de pratique axé sur les aspects psychosociaux de la santé. Scheinder (1991) propose, quant à lui, un modèle axé sur la multiplicité des rôles du médecin qui ouvre sur une perspective plus sociale. Mais au-delà même de ces rôles, le médecin doit penser qu'il fait partie d'une interaction complexe et que cela implique une prise en compte des attentes et des perceptions mises en jeu entre lui et son patient, ce qui déborde la situation dite objective généralement traitée. Ainsi, différents auteurs ont montré que l'issue de l'interaction entre le patient et le médecin dépend des codes et des perceptions différentes de l'un et de l'autre. Selon Makoul et coll. (1995), ce sont les perceptions qui fondent la communication patient-médecin autant chez les patients que chez les médecins. Dans ce cas, les partenaires s'influencent mutuellement en dégageant ce qui leur permet de

communiquer avec l'autre mais aussi en préservant les éléments essentiels au maintien de leur rôle respectif. Cette observation se trouve particulièrement bien documentée en ce qui a trait à la dépression (T.W.D.P. van OS et coll. (2002); T.W.D.P. van Os et coll. (2003) ; Vergouwer AC et coll. (2003). Dans tous les cas on mentionne le rôle clef que peut jouer la communication entre le médecin et le patient dans l'adhérence et donc le succès du traitement de la dépression.

De son côté, Tsouyopoulos (1994) explique ces différences perceptuelles patient-médecin par le fait que le groupe d'appartenance régit les codes utilisés pour interpréter les symptômes et les conséquences des maladies. D'autres recherches mettent l'accent sur l'importance des connaissances (Mills et Sullivan, 1999; Cline et al, 1999; O'Neil et Poirer, 1998; Mechanic, 1992; Sheikh et Ogden, 1998), des croyances, des facteurs socioculturels (Betancourt, Carrillo et Greem, 1999; Becker, 1974; Kleinman, 1988) et l'utilisation du support social (Cameron, 1996) dans une démarche d'interprétation de la construction des conceptions de la santé et de la maladie. L'ajustement entre les codes du patient et du médecin pour parvenir à une vision commune de la maladie est quelquefois rendu très difficile (Veach et Stempsey, 1995) car selon Capiocco et coll. (1989), il faut tenir compte des variations intra et interindividuelles en raison des sources de distorsions cognitives et sociales de l'expérience de la maladie (Balint, 1957; Herzlich, 1970). Les questions reliées à la prescription et à l'observance peuvent ainsi apparaître comme un *phénomène de civilisation* (Aballea, 1987), auquel participent autant les patients que les médecins.

SECTION 4
LA THÉORIE

SECTION 4

LA THÉORIE

Ainsi, afin de mieux comprendre les pratiques de prescription, d'observance et les pratiques éducatives au sein de la relation patient-médecin, une exploration complète où sont pris en compte les acteurs dans les rapports qu'ils entretiennent entre eux, autant à travers leur façon de penser, que de se représenter leur environnement et d'y agir, s'avère nécessaire. Une telle exploration implique une approche théorique holistique et à caractère interdisciplinaire telle l'approche psychosociale, intégrative, des représentations sociales.

Dans le domaine de la santé, les études qui recourent à la théorisation des représentations sociales ont permis d'aborder les aspects sociaux et relationnels de la maladie qui a d'ailleurs fait l'objet du plus grand nombre de travaux (Herzlich, 1969, 1970; Galli et Fasanelli, 1995; Flick, 1995), de la maladie mentale (Jodelet, 1991; De Rosa, 1987; Bellini, 1987; Morant, 1995), de la santé (Flick et Salomon-Fachhochschule, 2000; Murray, 2000; Campbell, 2000), de la psychanalyse (Moscovici, 1961), de la douleur (Paume et Deconchy, 1995), du sida (Joffe, 1995; Morin, 1994, 1996; Bastien et al, 2000; Godoy, 2000, Pereira, Jorge et Guimaraes, 2000), de l'hépatite (Rangel et al, 2000), de l'épilepsie (Paredes-Moreira, 2000), du cancer (Kowalski et Prado de Souza, 2000), des soins palliatifs (Bellavance, 2000) et des substances psychoactives (Apostolidis, 2000). Ces études font ressortir, avec celles de Laplantine (1986, 1989) et Fabrega (1977, 1978, 1979), différents aspects dans les représentations de la « maladie », « soit l'aspect objectif de la maladie, objet scientifique pour le médecin, l'aspect subjectif lié à l'expérience vécue par le malade et l'aspect socioculturel qui prend place dans l'épisode de soin et qui peut être plus ou moins partagé entre le patient et le médecin » (Mechanic, 1991; Dufour, 1992-1993). Tous ces travaux, comme ceux de l'anthropologie et la sociologie médicale, étant essentiellement centrés sur le vécu du malade, sa maladie et

s'inscrivant dans une dimension culturelle et le sociale s'écartent des modèles biomédicaux et comportementaux qui ont généralement cours dans les recherches dans le domaine de la santé (Kleinman 1988). En effet, Corin, Bibeau, Uchôa (1993) confirment ce virage interprétatif dans lequel, selon eux, dominent deux perspectives. La première est centrée sur l'expérience de la maladie que construit la personne compte tenu du cadre culturel et personnel qui est le sien. Quant à la seconde, elle correspond à l'anthropologie critique qui fait ressortir les rapports de pouvoir sur lesquels s'articulent les représentations et les pratiques qui sont en relation avec d'une part, la maladie et d'autre part, son traitement. On voit ici l'importance de traiter des représentations et des pratiques si l'on veut mieux comprendre comment opère, dans une société donnée, la circulation des significations sociales. En effet, cet angle psychosocial contribue à éclairer la dynamique interactive dans le cadre plus général du fondement social qui englobe les individus concernés; ce qui fait dire à Moscovici à propos du phénomène de représentation sociale, qu'il « a un caractère moderne pour autant que, dans notre société, il remplace les mythes, les légendes, les formes mentales courantes dans les sociétés traditionnelles. [D'ailleurs, la] psychologie sociale devient une anthropologie de la culture moderne. » (Moscovici, 1989, p. 83). Dans une telle perspective, on peut admettre facilement que les croyances et les représentations jouent un rôle important dans la relation patient-médecin qui est le centre d'intérêt des questions que nous posons dans le cadre du domaine de la santé. De plus, si l'on considère que le développement d'une vision commune de la maladie (patient-médecin) serait, selon Peebles et Moore (1996), un facteur de succès dans le traitement de la maladie, la dynamique interactive est alors centrale et avec elle, les représentations et les pratiques qui la supportent. C'est donc dans le but d'étudier cette construction commune de la signification de la prescription et de la maladie qu'est entreprise, dans ce projet, l'analyse des représentations sociales, puisque cette construction commune est une caractéristique centrale du concept de représentations sociales.

En effet, les représentations sociales, définies à l'origine par Moscovici (1961) comme étant un savoir de « sens commun », sont des « systèmes de valeurs, de notions et de pratiques » (Moscovici, 1969, p. 11), qui présentent une double fonction: une fonction d'ordre permettant l'orientation dans un environnement matériel et la maîtrise de cet environnement par les membres d'une communauté, ainsi qu'une fonction de communication entre ses membres. Comme il s'agit d'un réseau de contenus formés d'images, de symboles et de concepts construits par des groupes lors d'interactions sociales, il s'ensuit qu'elles sont socialement partagées et qu'elles reflètent l'ancrage des individus dans leur environnement physique et social (Garnier, 2000). Pour Doise, ces « représentations sont des prises de position symboliques, organisées de manières différentes, par exemple, comme des opinions, des attitudes ou des stéréotypes, selon leur imbrication dans des rapports sociaux différents (...). Et les représentations sociales sont les principes organisateurs de ces rapports symboliques entre acteurs sociaux, il s'agit donc de principes relationnels qui structurent les rapports symboliques entre individus ou groupes, constituant en même temps un champ d'échange symbolique et une représentation de ce champ » (Doise, 1989, p. 228).

Il semble bien que la relation patient-médecin soit particulièrement le siège d'échanges symboliques dont on doit, pour en comprendre les mécanismes et les enjeux, étudier les principes organisateurs. Or, ces échanges font intervenir différents concepts tels ceux de « maladie », « patient », « traitement » et « médicament » qui sont essentiels dans la dynamique interactionnelle. En fait, ces concepts-clés précisent aussi l'univers professionnel des médecins en circonscrivant les actions qui prennent place dans la profession et ce faisant, les modes d'intervention et de relation qui y sont privilégiés. Dans cette perspective, Guimelli (1994), Mardellat (1994) et Bataille (sous presse) ont pu confirmer dans certaines professions ces liens qu'il peut y avoir entre les concepts-clés dans une profession, les conceptions des rôles des intervenants et les pratiques professionnelles. La reconnaissance de tels liens

implique alors une analyse des représentations que se font le médecin et le patient de ces concepts clés (corps, souffrance, douleur, diagnostic, santé, traitement, prescription, maladie, relation thérapeutique, patient, médicament) et de leur rôle dans les pratiques. De plus, si l'on admet ainsi que ces objets complexes entretiennent entre eux des relations particulières selon les circonstances, alors cette pluralité d'objets pourrait correspondre à une pluralité de représentations. Ainsi, les représentations de ces objets, circonscrits par la problématique de référence, s'articuleraient les unes avec les autres sous forme de système comme l'ont récemment suggéré quelques auteurs (Morin, 1994; De Rosa, 1995; Vergès, 1995; Garnier, 1999; Bataille, sous presse). Nos conclusions actuelles dans la précédente étude « L'analyse des représentations sociales dans la prescription des médicaments psychotropes » (Garnier et al, 2000) nous incitent à parler de réseaux ou de systèmes de représentations lorsqu'on est dans un cadre conceptuel défini par des contraintes sociales elles-mêmes organisées, comme c'est le cas dans la relation patient-médecin pour les pratiques de prescriptions et les pratiques éducatives qui appartiennent toutes à un univers professionnel défini. Or, l'articulation et les relations de ces réseaux de significations ont peu de chance d'être mises en évidence à travers une approche séquentielle de paramètres isolés. Ces réseaux nous semblent devoir être cernés par une approche des discours et des pratiques de prescription et d'observance où la symbolique qui s'exprime n'est pas isolée mais au contraire combinée à un ensemble d'objets constitutifs de la pratique médicale pour comprendre le mode de relation qui s'établit avec les pratiques. Pour saisir ces systèmes de représentations dans un champ donné, le chercheur doit donc considérer l'ensemble de ces objets qui ont été déterminés comme le proposent par ailleurs Moscovici et Vignaux (1994) en ces termes : « Si l'on admet donc que les représentations sociales, en tant que formes particulières (systèmes de prescriptions, d'inhibitions, de tolérance ou de préjugés) participent à chaque fois, de la vision globale qu'une société se constitue d'elle-même, il nous faut alors savoir comment traiter du mode de ces

rapports entre visions générales et représentations particulières, les secondes s'inscrivant dans les premières ou supposées les éclairer » (p. 33).

Par ailleurs, les relations qui s'établissent entre les pratiques et les représentations ont fait l'objet d'une réflexion théorique approfondie en raison de l'intérêt qu'ont fréquemment suscité les théories du changement. La discussion théorique s'est développée sur la genèse des modifications, leur séquence, leur réversibilité. Concernant les relations entre pratiques professionnelles et représentations sociales, notre recherche exploratoire est l'une des rares à avoir été effectuée chez les médecins, alors qu'il existe quelques travaux chez les infirmières (Guimelli, 1994a), les professions psychologiques (Palmonari et Zani, 1989) et les artisans (Singéry, 1994). Cette rareté est quelque peu surprenante puisque la recherche sur les « determinants of doctors-role concepts and self concepts » est l'un des deux axes de recherche qui étaient jugés prioritaires lors du sommet mondial sur l'éducation médicale (Bird, 1993). Dans une réflexion générale, Abric (1994) fait l'analyse de la relation entre pratiques et représentations et parvient à l'idée qu'elles sont indissociables et s'engendrent mutuellement. Toujours selon cet auteur, des facteurs tels le degré d'autonomie des acteurs, les éléments contenus dans la mémoire collective et les affects liés à la situation détermineraient les liens qui s'établissent entre les représentations sociales et les pratiques. Toutefois, il favorise un modèle possible et plus probable dans lequel la transformation de la représentation s'opère du contexte vers les pratiques pour ensuite se répercuter sur les éléments périphériques des représentations et finalement atteindre les éléments du noyau central, des représentations. Ceci est également suggéré par Flament (1994) à partir du cas particulier de changements situationnels irréversibles, où la transformation des représentations serait consécutive à la modification des pratiques entraînée par la modification du contexte. Finalement, cette discussion implique donc, qu'on ne peut invoquer des schémas simplistes de cause à effet pour expliquer cette relation et qu'on doit plutôt faire une exploration méthodique des hypothèses

relationnelles plus complexes. Ainsi, une exploration méthodique des systèmes représentationnels et des pratiques éducatives mises en œuvre par les médecins s'impose.

SECTION 5
LA DÉMARCHE MÉTHODOLOGIQUE

SECTION 5

LA DÉMARCHE MÉTHODOLOGIQUE

5.1 La méthode

Afin d'atteindre les objectifs visés dans le cadre de ce projet de recherche la stratégie de recherche est multiméthodologique comme le préconisent plusieurs auteurs dans le champ des représentations sociales (Abric, 1994; Tashakkori et Teddlie, 1998; Gibbons, 1998; Anderson, 1998) et s'appuie sur des instruments d'enquêtes et d'analyse à la fois qualitatifs et quantitatifs (entretiens, questionnaires, analyse de contenu et de discours).

Plus précisément, le devis de recherche, en tenant compte du cadre théorique décrit précédemment, est un devis « souple »¹ qui est adapté du devis mixte décrit par Creswell (1994) qui a été utilisé avec succès dans l'étude antérieure sur « L'analyse des représentations sociales dans la prescription des médicaments psychotropes » (Garnier et al, 2000) ainsi que dans l'étude sur les « Systèmes de représentations sociales des élèves du secondaire, de leurs parents et de leurs enseignants en science et en technologie » (Garnier et al, 2000). Il s'agit d'un devis comportant deux phases successives et complémentaires pour répondre aux objectifs de recherche. Dans la **première phase**, une série de questionnements a donné lieu à une première collecte de données par des entretiens exploratoires de recherche menés auprès de 14 médecins et de 28 patients. Les analyses qualitatives des discours et les données accumulées à propos des représentations et des pratiques éducatives liées à la prescription et à l'observance ont permis de construire le questionnaire de type mixte qui a été administré, lors de la **seconde phase** à 104 patients et à 223 médecins.

¹ devis réajusté en fonction des séances de travail réalisées avec le Collège des médecins du Québec et le Conseil de la protection des malades

Cette démarche a été suivie dans le but d'étudier les représentations sociales comme déterminants psychosociaux associés aux représentations et pratiques éducatives liées à la prescription et à l'observance. Elle suppose donc diverses opérations méthodologiques qui sont présentées dans les prochaines sections, notamment en ce qui concerne :

- 1) Le choix des catégories de médicaments retenues
- 2) La composition de la population (patients et médecins)
- 3) Le développement d'une instrumentation (entrevue et questionnaire patients et médecins) pour répondre aux objectifs visés dans le cadre de cette étude.

5.2 Le choix des catégories de médicaments retenues

C'est en collaboration avec le Collège des médecins du Québec, que l'équipe de recherche a choisi pour fins d'analyse, les trois médicaments ciblés dans le cadre de cette étude, soit les antibiotiques, les anti-inflammatoires et les antidépresseurs. En effet, la surconsommation de médicaments, qu'il s'agisse de consommation inadéquate ou de prescription abusive, concerne principalement ces trois types de médicaments (Finch, 1993; Montamat et Cusack, 1992; Baum et Graham 1991). Ces médicaments sont aussi fortement contrastés sur le plan de la durée d'utilisation et des pathologies qui leur correspondent. De plus, compte tenu de ce qui précède et du fait qu'il s'agit par ailleurs de médicaments qui font l'objet d'une surprescription plus marquée chez les femmes et les personnes âgées, comme nos nombreuses discussions avec les membres du Collège des médecins du Québec ont permis de mettre en évidence. D'ailleurs, le Collège des médecins a déjà entamé au cours des cinq dernières années un certain nombre d'explorations concernant ces trois types de médicaments. Il va sans dire que ces médicaments sont propices à des interventions de nature éducative et que par ailleurs ils sont susceptibles de fournir le matériel nécessaire pour documenter les systèmes représentationnels relatifs à la prescription et à l'observance.

5.3 Populations visées et échantillonnage

Les deux populations visées, soit celle des médecins et celle des patients, constituent deux populations difficiles d'accès en raison, pour la première, du manque de temps et d'intérêt qui découlent des exigences de la pratique professionnelle et pour la seconde, des difficultés qui découlent de problèmes d'ordre déontologique et de recrutement étant donné qu'il ne s'agit pas d'interroger n'importe quel patient mais plutôt ceux dont la prescription récente comporte un des trois médicaments ciblés. Pour ces différentes raisons, la technique d'échantillonnage de ces deux populations est spécifique à chacune de ces populations.

En ce qui concerne la population des médecins : la technique d'échantillonnage qui est retenue est celle qui a déjà été utilisée et validée avec nos partenaires et collaborateurs du Collège des médecins du Québec dans l'étude déjà citée sur l'analyse des représentations sociales dans la prescription des médicaments psychotropes (Garnier et al, 2000) et qui nous avait permis de mener les 20 entrevues et les 320 questionnaires qui nous ont été retournés par les médecins. Cette technique avait donc été élaborée par un comité composé de médecins praticiens, des médecins du Collège des médecins et des chercheurs de l'équipe qui avaient été impliqués dans la mise en place et l'évaluation des objectifs ainsi que de l'évaluation de la faisabilité de la méthodologie de la présente étude.

En ce qui concerne la population des patients, notre démarche méthodologique tient aussi compte de la collaboration que notre équipe de recherche a déjà établie avec le Conseil de protection des malades et divers organismes, associations de patients et groupes d'entraide (tels que Revivre, la Société d'arthrite du Québec, l'Association Québécoise des parents et amis de la personne atteinte de la maladie mentale, regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec et le Mouvement des aînés du Québec) qui ont largement contribué aux différentes phases de collecte des données et plus précisément en ce qui concerne le recrutement de la population des patients pour participer aux entrevues et questionnaires. En

effet, le recrutement des patients à été réalisé à partir de ces diverses associations et regroupements de patients qui ont accepté de diffuser sur leur site WEB une lettre invitant leurs différents membres à participer à une entrevue ou à remplir le questionnaire prévu au protocole de recherche. Lorsque des patients étaient intéressés à participer à l'un ou l'autre des modes de collecte de données, ils pouvaient contacter la coordonnatrice de recherche afin que celle-ci leur transmette un questionnaire par courrier postal ou fixe un rendez-vous pour réaliser une entrevue.

La description de la population tant pour l'entrevue (patients et médecins) que pour le questionnaire (patients et médecins) est présentée dans les sections qui suivent afin de parvenir à la description la plus fine possible, d'autant plus que les quotas ont été définis avec nos partenaires et collaborateurs de recherche, compte tenu des dimensions clés en fonction des trois types de médicaments ciblés et celles retenues pour fins d'analyse des entrevues et questionnaires.

5.3.1 Description de la population des médecins pour les entrevues

Le but poursuivi dans le choix de la population des médecins pour les entrevues était d'explorer le plus largement possible les différents types de pratiques éducatives et de prescription susceptibles d'être concernées par les problèmes de prescription des trois types de médicaments ciblés dans le cadre de cette étude (antibiotiques, des anti-inflammatoires et des antidépresseurs) mais aussi en recherchant une diversité des pratiques éducatives liées à la prescription suivant le type de spécialité (omnipraticien ou spécialiste), le sexe (homme, femme) et le lieu de pratique (CLSC, milieu hospitalier, pratique privée). Cette technique a déjà été validée dans l'étude antérieure et a déjà été décrite dans le rapport de recherche intitulé « L'analyse des représentations sociales dans la prescription des médicaments psychotropes » (Garnier et al, 2000). Dans cette perspective, la technique d'échantillonnage prévoyait, au

départ, une population de 20 médecins pour participer aux entrevues (population établie et reposant sur la technique de saturation théorique des données: compte tenu des séances de travail avec le Collège des médecins dans l'étude antérieure, 20 entrevues avaient suffi). Toutefois, compte tenu des problèmes à rejoindre les médecins en raison de leur surcharge de travail, l'échantillon a dû être réduit à 14 médecins et ce, malgré l'utilisation d'une technique référentielle. Le tableau 5.3.1.1 présente la répartition des médecins ayant participé aux entrevues selon les différents critères de sélection retenus.

Tableau 5.3.1.1 Répartition des médecins ayant participé à l'entrevue

Spécialité	Lieu de pratique	Masculin	Féminin
Omnipraticien	- CLSC	1	
Omnipraticien	- CLSC	1	
Omnipraticien	- CLSC		1
Omnipraticien	- CLSC		1
Omnipraticien	- Clinique privée et - CLSC	1	
Psychiatrie	- Clinique médicale	1	
Pédiatrie	- Hôpital	1	
Allergologue	- Hôpital	1	
Omnipraticien	- Hôpital et Clinique privée	1	
Omnipraticien	- Centre de réadaptation et - Clinique privée	1	
Psychiatrie	- Clinique externe en milieu hospitalier - Hôpital	1	
Psychiatrie	- Clinique externe et - Hôpital		1
Psychiatrie	- Hôpital		1
Psychiatrie	- Clinique externe et Hôpital		1
Total : 14		9	5

Cet échantillonnage a donc été construit à l'aide d'une technique référentielle, soit la « technique d'échantillonnage en boule de neige ou par réseaux » (Beaud, 1997; Boudon, 1973). La démarche suivie est la suivante : le premier médecin de l'échantillon de départ de la boule de neige a été référé par un des membres de l'équipe de recherche. Ce médecin a été contacté étant donné qu'il était fortement sensibilisé et intéressé par les problèmes de

prescription des trois médicaments ciblés et par la problématique générale de recherche. À la fin de l'entrevue, l'interviewer lui a demandé de lui donner le nom de deux médecins sélectionnés au hasard, dont le type de pratique (de prescription ou éducative) lui semblait être tout à fait similaire à la sienne, ainsi que deux médecins dont le type de pratique lui semblait tout à fait différente à la sienne. Cette démarche a été reproduite, afin de constituer la totalité de l'échantillon des médecins et chaque médecin proposé a été contacté par téléphone, afin de fixer une date pour effectuer l'entrevue.

5.3.2 Description de la population des patients pour les entrevues.

La majorité de l'échantillon des 28 patients qui ont participé à l'entrevue a été recruté, comme l'indique le tableau 5.3.2.1, par l'entremise de l'Association québécoise de soutien aux personnes souffrant de troubles anxieux, dépressifs ou bipolaires, soit l'association Revivre. Par ailleurs, quelques patients nous ont aussi contactés par le biais de la Société d'arthrite ou à la suite d'affichage d'annonces publicitaires qui avaient été distribuées à l'intérieur de l'UQÀM.

Tableau 5.3.2.1 Répartition des patients ayant participé à l'entrevue

Patients (no.)	Association de patient	Féminin	Masculin
1	Revisre		1
2	Revisre	1	
3	Revisre		1
4	Revisre		1
5	Revisre	1	
6	Revisre	1	
7	Revisre		1
8	Revisre	1	
10	Revisre		1
11	Revisre	1	
12	Revisre		1
13	Revisre		1
14	Revisre	1	
15	Revisre	1	
16	Revisre		1
19	Revisre	1	
20	Annonce UQÀM	1	

Patients (no.)	Association de patient	Féminin	Masculin
21	Revivre	1	
25	Revivre		1
26	Revivre		1
27	Revivre		1
29	Annonce UQÀM		1
30	Revivre	1	
31	Revivre	1	
32	Société d'arthrite		1
33	Revivre		1
34	Société d'arthrite	1	
35	Société d'arthrite	1	
Total : 28	-	14	14

5.3.3 Description de la population des médecins pour le questionnaire

La détermination de la population des médecins a été constituée, comme nous l'avons précisé précédemment, de concert avec le Collège des médecins du Québec à partir d'une liste de 800 médecins omnipraticiens et spécialistes (chirurgiens orthopédistes, rhumatologues, psychiatres, pédiatres) choisis aléatoirement dans la région métropolitaine de Montréal à partir des banques de données fournies par la RAMQ. Les critères d'échantillonnage de la population des médecins pour le questionnaire ont aussi été établis, comme ce fût aussi le cas pour les entrevues, en fonction des variables qui se sont avérées les plus discriminantes parmi les variables disponibles dans les bases de données existantes: soit le sexe, le type de pratique (avec ou sans rendez-vous) et le milieu de pratique (Centre hospitalier, pratique privée, CLSC). À ces critères de sélection s'ajoutent aussi deux autres conditions : 1) tous les médecins devaient être susceptibles de prescrire l'un des trois types de médicaments ciblés dans le cadre de la présente étude (antidépresseurs, antibiotiques et les anti-inflammatoires) ou du moins 2) directement concernés ou sollicités à prescrire régulièrement un ou l'autre de ces trois médicaments dans le cadre de la pratique médicale. Tous les médecins ont été inclus à

l'exception de ceux n'exerçant plus pour cause de maladies, les médecins retraités ou les médecins qui ne pratiquent plus dans la province de Québec et dont le nom apparaissait sur la liste envoyée par le Collège des Médecins.

À partir de ces différents critères d'échantillonnage, l'envoi du questionnaire a été effectué par l'entremise du Collège des médecins du Québec à 787 médecins omnipraticiens et spécialistes répartis dans les différentes régions de la province de Québec. Afin de respecter la confidentialité des données fournies par la RAMQ sur la population des médecins, l'envoi des questionnaires a été effectué sur la base d'une codification préservant totalement l'anonymat des médecins ciblés dans le cadre de la présente étude. En conséquence, une lettre (placée en annexe) accompagnait les questionnaires dans laquelle le Collège des médecins du Québec demandait la participation et la collaboration des médecins au questionnaire. Toujours dans le but de préserver l'anonymat des médecins, chaque questionnaire a été identifié par un code spécifique pour chaque médecin pouvant nous permettre, lors de la réception des questionnaires, de caractériser les médecins selon leurs profils de pratiques et différentes variables sociodémographiques tels que le sexe, l'âge et le nombre d'années de pratique. Au total, 787 questionnaires ont été envoyés² aux médecins. Comme l'indique le tableau 5.5.3, 223 médecins sur 787 ont répondu au questionnaire, ce qui correspond à un taux de réponse de 28.3 %. La répartition du nombre total de questionnaires envoyés et reçus est présentée au tableau 5.3.3.1.

Tableau 5.3.3.1

Répartition du nombre total de questionnaires envoyés et reçus suivant le type de pratique (omnipraticiens ou spécialistes)

Nombre de questionnaires	Omnipraticiens	Chirurgie orthopédique	Rhumatologie	Psychiatrie	Pédiatrie	Total
Envoyés	591	25	24	99	48	786
Reçus	172	4	6	25	14	223

La vaste majorité des questionnaires complétés proviennent de sujets âgés majoritairement de 38 à 57 ans, d'omnipraticiens plutôt que de spécialistes, d'hommes plutôt que de femmes comme on peut le constater aux trois prochains tableaux (5.3.3.2 à 5.3.3.4).

Tableau 5.3.3.2

Répartition des questionnaires complétés

Répartition des questionnaires complétés			
Spécialités	Sexe		Total
	Masculin	Féminin	
<i>Omnipraticiens</i>	111	61	172
<i>Chirurgie orthopédique</i>	4	0	4
<i>Rhumatologie</i>	6	2	8
<i>Psychiatrie</i>	17	8	25
<i>Pédiatrie</i>	9	5	14
Total	147	76	223

Tableau 5.3.3.3

Répartition des questionnaires complétés en fonction du sexe

SEXE

		Fréquence	Pour cent	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	femme	75	33,8	33,9	33,9
	homme	146	65,8	66,1	100,0
	Total	221	99,5	100,0	
Manquante	Système manquant	1	,5		
Total		222	100,0		

Tableau 5.3.3.4

Répartition des questionnaires complétés en fonction de l'âge

RECOAG

		Fréquence	Pour cent	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	37 ans et moins	36	16,2	16,3	16,3
	38-47	70	31,5	31,7	48,0
	48-57	74	33,3	33,5	81,4
	58 et plus	41	18,5	18,6	100,0
	Total	221	99,5	100,0	
Manquante	Système manquant	1	,5		
Total		222	100,0		

5.3.4 Description de la population des patients pour le questionnaire

La distribution des questionnaires aux patients s'est effectuée en collaboration avec divers organismes et associations de patients. Ces diverses associations, présentées au tableau 5.3.4.1, ont accepté de diffuser sur leur site web et par l'entremise de courriels envoyés à leurs membres, l'information concernant cette recherche et la possibilité de participer en complétant le questionnaire. Le tableau 5.3.4.1 présente aussi le nombre de questionnaires envoyés aux patients dans ces différentes associations, le nombre de questionnaires reçus et leur distribution suivant le sexe des patients.

Plus précisément, dans la première colonne du tableau, nous retrouvons les « associations mères » c'est-à-dire celles avec lesquelles nous avons eu un contact direct. Les « associations filles » illustrées dans la deuxième colonne, sont des associations qui se sont jointes au processus suite à la transmission de l'information par les « associations mères ». Dans les deux dernières colonnes, nous retrouvons le nombre d'hommes et de femmes qui ont répondu au questionnaire.

Tableau 5.3.4.1
Répartition des questionnaires envoyés et retournés selon les associations de patients et le genre

Associations mères	Associations filles (s'il y a lieu)	Q. envoyés	Q. retournés	Féminin	Masculin
Association <i>Revivre</i> (contacts téléphoniques)		29	23	18	5
Société d'arthrite		0	0	0	0
Association Québécoise des parents et amis de la personne atteinte de maladie mentale	Association	22	12	11	1
	Centre de soir Denise Massé	20	9	4	5
Babillard UQÀM		5	3	1	2
RRASMQ (Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec)	- RRASMQ	5	4	2	2
	- Centrami	10	1	1	0
	- Rayon de partage	10	7	5	2
	- L'échelon des Pays-d'en-Haut	3	2	2	0
	- Centre Aux Sources d'Argenteuil	10	4	3	1
	- Centre Le Phare	10	0	0	0
Source inconnue		2	2	1	1
FADOQ – Mouvement des Aînés du Québec		25	19	15	4
Contacts méthode « boule de neige »		54	18	10	8
Total :		205	104	73	31

Les prochains tableaux (5.3.4.2 à 5.3.4.4) permettent de constater que les patients qui ont complété le questionnaire sont âgés pour la plupart entre 41 et 60 ans (51 %) et sont principalement de sexe féminin (70 %). Par ailleurs, l'échantillon se répartit en deux classes assez proportionnelles pour ce qui est du marché du travail : 45 % y sont actifs contre 55 % qui n'y sont pas comptabilisés.

Tableau 5.3.4.2
Répartition des questionnaires complétés par les patients selon l'âge

RECODE.A

		Fréquence	Pour cent	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	30 ans et moins	17	16,3	16,3	16,3
	31-40	14	13,5	13,5	29,8
	41-50	27	26,0	26,0	55,8
	51-60	26	25,0	25,0	80,8
	60 ans et plus	20	19,2	19,2	100,0
	Total	104	100,0	100,0	

Tableau 5.3.4.3
Répartition des questionnaires complétés par les patients selon le sexe

SEXE

		Fréquence	Pour cent	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Femme	73	70,2	70,2	70,2
	Homme	31	29,8	29,8	100,0
	Total	104	100,0	100,0	

Tableau 5.3.4.4
Répartition des questionnaires complétés par les patients selon la participation au marché du travail

Q40A.MAR

		Fréquence	Pour cent	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Oui	47	45,2	45,2	45,2
	Non	57	54,8	54,8	100,0
	Total	104	100,0	100,0	

SECTION 6
LES RÉSULTATS DES ENTREVUES

SECTION 6

LES RÉSULTATS DES ENTREVUES

Les entrevues des médecins et des patients ont donné lieu à une analyse à l'aide du logiciel d'analyse du discours Alceste qui permet de mettre en évidence les dimensions qui sont prises en compte par les médecins et les patients dans les entretiens qui ont été menés avec eux. Dans un premier temps, les résultats de l'analyse globale des données d'entrevues des patients et des médecins sont présentés pour passer dans un second temps, à l'analyse des corpus d'entrevues des patients et dans un troisième temps à ceux des médecins.

6.1 L'analyse globale des entrevues des médecins et des patients

L'analyse globale de toutes les entrevues, des médecins et des patients a permis d'identifier l'organisation des discours autour du médicament. Divers thèmes qui articulent les opinions des uns et des autres autour du médicament sont ressortis de l'analyse tels que la pratique et la relation thérapeutique, l'observance et la consommation inappropriée, la prescription pour les femmes et personnes âgées, le diagnostic, le traitement ainsi que les stéréotypes, les tabous et l'éducation des patients.

6.1.1 Les classes lexicales

L'analyse de discours effectuée à l'aide du logiciel Alceste met en évidence quatre classes spécifiques à l'ensemble des discours tenus par les patients et les médecins. La première classe concerne les maladies affectives du point de vue du médecin, la seconde a trait à la dépression du point de vue du patient, la troisième se rapporte à la prescription dans la relation médecin-patient et la dernière classe est liée aux effets secondaires et aux coûts des médicaments. Ces quatre classes sont décrites dans les prochaines sections par leurs traits lexicaux et une interprétation de ces traits est aussi proposée.

6.1.2 Les maladies affectives du point de vue des médecins

La première classe est représentée par les traits lexicaux énumérés au prochain tableau. Cette classe se caractérise par des traits en rapport avec la description des maladies de type affectif, par les médecins. En effet, ces maladies affectives sont d'abord nommées, situées dans le cadre de la pratique, identifiées ensuite par des troubles et enfin caractérisées par leurs acteurs. La maladie qui retient l'attention des médecins est ici au centre de leur pratique et il s'agit de la dépression et donc des dépressifs (depressif chi 2 = 113,92). Elle se définit d'abord par le lieu de la pratique qui est clinique mais aussi privée (clinique chi 2 = 176,89; prive chi 2 = 46,23), la pratique clinique avec le chi 2 le plus élevé de la classe montre l'importance qu'il y a à situer la maladie dans cette pratique, alors que la maladie elle-même, avec son second chi 2, a par contre la fréquence la plus élevée de la classe; cela correspond aussi avec le constat généralement retenu d'un plus grand nombre de consultations qui portent sur les problèmes de dépression. Le médecin qualifie ensuite la maladie par les troubles dont elle est porteuse selon différents concepts : mental, psychiatrique, bi-polaire, burn-out et les verbes troubler et revivre (mental chi 2 = 64,91; psychiatri chi 2 = 53,63; bi-polaire chi 2 = 52,05; burn-out chi 2 = 50,55; troubler chi 2 = 50,80; revivre chi 2 = 72,27). Ces précisions définissent le cadre même de ce que le médecin rencontre comme symptôme et qu'il doit gérer au cours de la consultation clinique. Les acteurs qui sont identifiés sont au premier chef, comme on l'a vu, avec la maladie, le malade lui-même et en l'occurrence le dépressif. Mais, au-delà du patient, la famille joue aussi un rôle important pour le médecin (troisième chi 2; famille chi 2 = 76,58), ainsi que la population en général (population chi 2 = 49,43) et plus largement, le milieu (milieu chi 2 = 49,43). Enfin, les acteurs se caractérisent aussi par les partenaires de travail du médecin, lui en tant qu'intervenant et les autres intervenants en santé dont il délimite les frontières de travail (travail chi 2 = 71,01). La collaboration définissant le travail de chacun autant que son lieu d'intervention ou des formes d'action comme le ressourcement avec les conférences (conférence chi 2 = 66,91), ce mode d'éducation permanente est fortement un cliché

socialement éprouvé, les médecins y ayant largement recours et les critiques en soulèvent le bien fondé et les aspects déontologiques. On doit donc bien sur comprendre que les intervenants en santé et tout autant les médecins font un travail, peut-être une manière par ce terme, en bon rang dans la classe, de revendiquer leur professionnalisme ou bien encore une manière de signaler que toute attente, au-delà de ce professionnalisme, n'est pas à envisager. Pour toutes ces raisons, cette classe a été désignée comme étant relative aux maladies affectives du point de vue du médecin.

Tableau 6.1.2
Première classe de discours de l'analyse globale patients et médecins

Classe 1			
FORME	KHI2	EFFTOTCL	EFFCL
montreal+	45,34	19	15
ressource+	45,5	15	13
prive+	46,23	13	12
milieu+	49,43	20	16
population+	49,43	18	15
sante+	49,83	82	40
burn_out	50,55	14	13
troubl+er	50,8	40	25
bi_polaire+	52,05	12	12
psychiatr+16	53,63	113	51
menta+l	64,91	59	35
conferenc+e	66,91	20	18
*medecin	69,89	757	218
travail<	71,01	133	62
revivre.	72,27	19	18
famille+	76,58	69	41
depressi+f	113,92	196	93
*fin1	146,6	367	153
*um	160,93	280	131
clinique+	176,89	56	49
*clinique	237,21	199	119

6.1.3 La dépression du point de vue du patient

On retrouve au prochain tableau, les formes les plus représentatives de la seconde classe. Alors que dans la classe précédente le médecin cadre sa description par les formes de la maladie, sa pratique et les acteurs, dans la seconde classe les traits sont relatifs au patient qui, quant à lui, caractérise davantage la maladie par les questions de temporalité, d'accompagnement de la part des différents acteurs sociaux auxquels le patient est lié, ainsi que le médicament et les phases de la maladie. La temporalité joue un rôle central par les différents termes qui la caractérisent autant que par l'importance fréquentielle de certains des termes utilisés, il s'agit d'un temps de rupture ou continu, rupture en identifiant le temps d'un changement, d'une émergence d'un phénomène plus ou moins soudain, continuité en utilisant les références des mois et des années. Du point de vue des patients cette double perspective est évidemment à lier avec les particularités de la dépression qui conduisent les patients à vivre dans cette double temporalité (moment chi 2 = 85,92 avec la fréquence la plus élevée de la classe; mois chi 2 = 59,50; an chi 2 = 40,92; heure chi 2 = 28,96). Le second type de trait retenu dans cette classe est celui des acteurs, ceux auxquels réfère le patient sont ceux qui l'accompagnent et le patient lui-même (sœur chi 2 = 67,51; fille chi 2 = 39,19; malade chi 2 = 26,69). Cette délimitation du champ par les patients s'actualise également en définissant d'une part, les phases successives de la maladie, ce qui ancre encore plus fortement le sentiment autour de la double temporalité et d'autre part le médicament. Les phases de la maladie sont nommées par les termes de manie, crise, (manie chi 2 = 43,62; crise chi 2 = 42,45) et les transformations par les verbes de sortir, rester, dormir (sortir chi 2 = 43,49; rester chi 2 = 35,56; dormir chi 2 = 30,03). Le discours représentatif de cette classe concerne donc la dépression du point de vue du patient.

Tableau 6.1.3**Seconde classe de discours de l'analyse globale patients et médecins**

Classe 2			
FORME	KHI2	EFFTOTCL	EFFCL
manie+	43,62	21	21
te	44,1	132	78
lithium	44,77	55	41
*enfant3	49,72	174	99
je	56,63	1381	541
ai	57,27	700	309
mois	59,5	80	58
ma	61,56	157	96
puis	65,18	886	381
*a3	66,89	1094	454
sœur+	67,51	38	36
etait	72,81	290	159
*pratique_relation	76,07	840	372
avais	78,03	162	104
me	82,06	435	223
j	83,92	818	369
moment+	85,92	163	107
etais	94,69	118	87
tu	103,09	438	234
*femme	135,89	1194	529
*patient	207,82	1749	733

6.1.4 Prescription dans la relation médecin-patient

La troisième classe présentée au prochain tableau. La prescription faite par le médecin est au cœur de la relation entre lui et son patient, non seulement dans le discours elle s'inscrit dans un va et vient mettant en scène successivement le patient et lui-même. Or, ce va et vient s'articule en particulier autour de la prescription qui semble dans le discours des médecins l'acte fondateur de la relation. Les traits les plus marquants qui s'imposent effectivement pour cette relation médecin-patient autour de la prescription et du médicament sont quatre, ce sont : patient, médecin médicament et prescription, ce dernier trait présente d'ailleurs la plus haute fréquence de la classe (patient $\chi^2 = 154,84$; médecin $\chi^2 = 79,28$; prescription $\chi^2 = 52,51$; medica $\chi^2 = 70,59$). Cette relation au cours de la rencontre se caractérise par différents verbes qui indiquent comment le médecin opère pour diriger la relation dont le but semble être

d'établir un climat de confiance dans lequel le patient prend des décisions et donc est responsable d'accepter ou non la prescription du médecin. Toutefois, les médecins n'écartent pas les dérives médicamenteuses résultant d'une surprescription, autant que le « magasinage du médecin » par le patient. Ce tableau se reflète dans ce que le médecin fait; les verbes utilisés sont régler, dire, essayer, vérifier, tandis que pour le patient il s'agit des verbes aller, penser et dépendre (régler, chi 2 = 44,09; dire, chi 2 = 42,75; essayer, chi 2 = 40,97; vérifier, chi 2 = 32,22; aller, chi 2 = 33,11; penser, chi 2 = 27,64; dépendre, chi 2 = 25,42). Ces verbes sont complétés par les éléments portant sur le rôle d'informateur que doit jouer le médecin auprès du patient; les termes sont question, information et solution (question chi 2 = 39,91; information chi 2 = 36,02; solution chi 2 = 44,75). Le propos qui résume le mieux cette classe concerne la prescription dans la relation médecin-patient.

Tableau 6.1.4
Troisième classe de discours de l'analyse globale patients et médecins

Classe 3			
FORME	KHI2	EFFTOTCL	EFFCL
dependre.	25,42	39	28
leur	26,8	176	91
pens+er	27,64	133	73
facon+	29,25	85	52
verifi+er	32,22	22	20
aller.	33,11	836	348
je-pense	35,74	328	159
informat+ion	36,02	88	56
*a2	39,15	423	199
question+	39,91	108	67
essa+yer	40,97	135	80
*mixte	41,51	195	107
dire+	42,75	317	159
regl+er	44,09	43	35
solution+	44,75	41	34
*sec	46,46	126	78
prescri<	52,51	177	104
medica<	70,59	619	296
*stéréotype	73,08	422	219
medecin<	79,28	593	291
pati+ent	154,84	337	215

6.1.5 Effets secondaires et coûts des médicaments

Les traits lexicaux qui forment la quatrième classe sont décrits au prochain tableau. De plus en plus dans la société les médicaments sont associés à deux lignes fortes de réflexion pour les deux partenaires de la relation médecin-patient : d'un côté la question des effets secondaires et de l'autre celle des coûts. De façon très marquée les effets secondaires s'imposent comme traits centraux de la classe avec des chi 2 et des fréquences les plus forts (effet, chi 2 = 1106,72; secondaire chi 2 = 952,75) tandis que les effets bénéfiques ne présentent qu'une fréquence plus réduite (bénéfique chi 2 = 62,61). La seconde ligne de force s'impose avec le coût (coût chi 2 = 86,27; cher chi 2 = 74,14), mais les deux lignes de force résultent de la manière dont le traitement est décidé et suivi et les uns comme les autres y voient là une source importante de problèmes. Ces problèmes sont à considérer dans une dynamique d'action des médicaments, sorte d'équation dans laquelle entre les effets positifs du médicament, les effets secondaires, les interactions médicamenteuses, les effets retardés, les complications etc. Les traits de cette classe montre bien que la complexité du médicament (médica chi 2 = 74,74) est présente dans l'esprit des deux partenaires et qu'ils doivent en tenir compte dans leurs actions, leur choix et leurs décisions. Ainsi, le traitement implique cette prise en compte en terme d'observance (compli chi 2 = 68,89), de durée (long chi 2 = 81,50) et le traitement (traitement chi 2 = 85,12) avec des antidépresseurs (antidépresseur chi 2 = 65,84) illustrent cette complexité faisant intervenir les problèmes de diagnostic et de difficulté d'indication (diagnostic chi 2 = 48,08; indiquer chi 2 = 80,60; indication chi 2 = 51,18). Cette quatrième et dernière classe de l'analyse globale des corpus d'entrevue des patients et des médecins se résume par les notions d'effets secondaires et coûts des médicaments.

Tableau 6.1.5**Quatrième classe de discours de l'analyse globale patients et médecins**

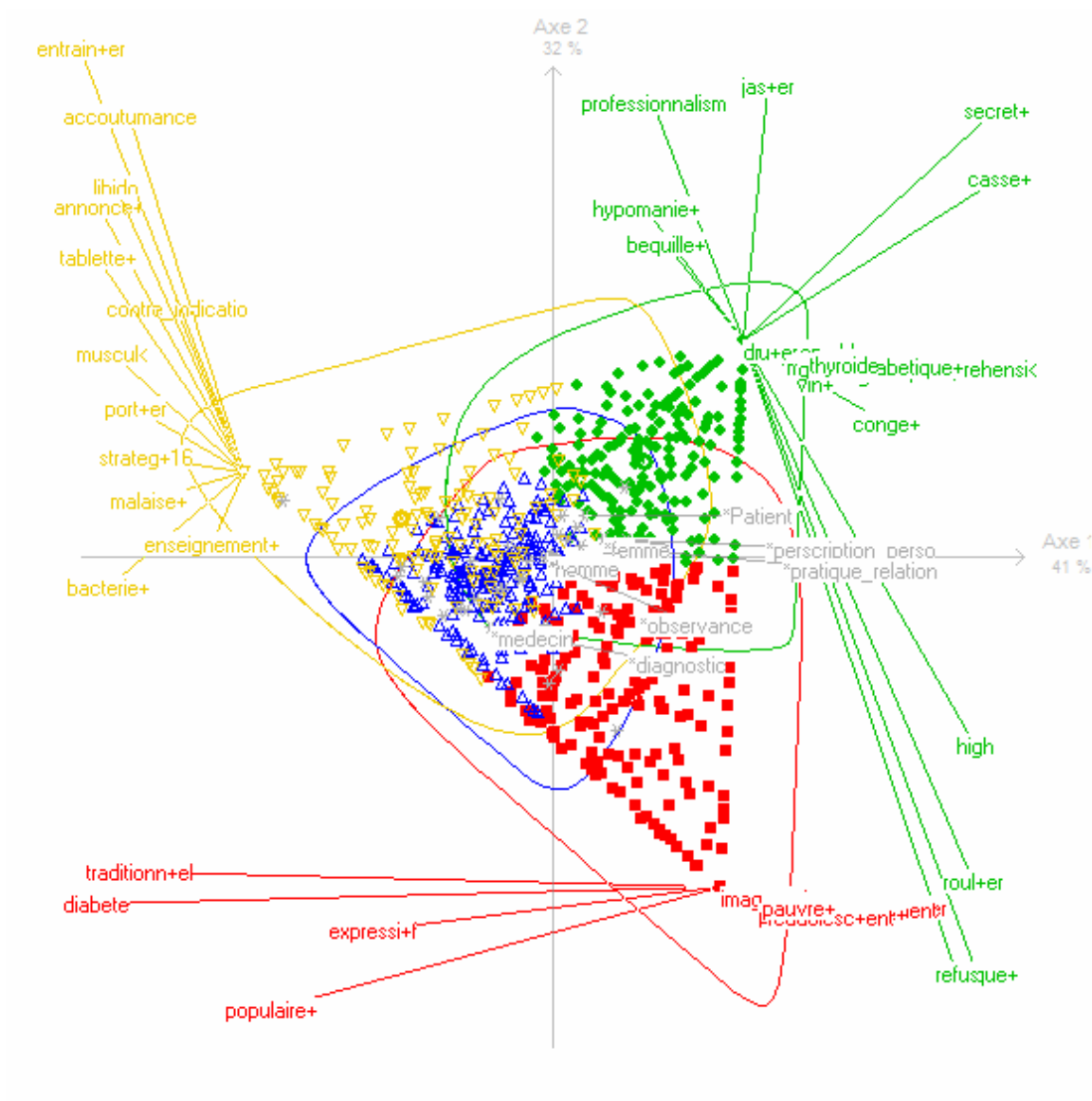
Classe 4			
FORME	KHI2	EFFTOTCL	EFFCL
*ottawa	42,97	45	22
principa+l	45,51	12	10
*a1	46,09	187	59
diagnostic+	48,08	18	13
indicat+ion	51,18	13	11
benefique+	62,61	15	13
terme+	64,19	33	21
antidepresseur+	65,84	138	53
compli+	68,89	14	13
cher+	74,14	17	15
medica<	74,74	619	157
*observance	76,48	1075	235
indiqu+er	80,6	16	15
long+	81,5	26	20
traitement+	85,12	108	49
cout+	86,27	25	20
*clsc	93,41	30	23
*medecin	95,85	757	191
*fin3	139,77	207	88
secondaire+	952,75	173	164
effet+	1106,72	228	203

6.1.6 L'analyse factorielle des correspondances du discours de l'ensemble des patients et des médecins.

L'analyse factorielle des correspondances (AFC) effectuée sur les quatre classes de discours décrites aux sections antérieures montre que le discours des médecins est plus axé sur les questions de diagnostic et d'observance alors que celui des patients se concentre sur la relation médecin-patient et la prescription. Les pratiques éducatives sont plus associées au lithium, à l'accoutumance aux problèmes musculo-squelettiques et aux maladies d'origine infectieuse. Le professionnalisme, associé aussi au secret, au congé, au refus et au vin, forme une classe à part assez éloignée de l'enseignement et les affections associées à ces discours sont en lien avec l'hypomanie, la thyroïde et le diabète. Le populaire ou le savoir de sens commun est

associé à la tradition, à la pauvreté, à l'expressivité et la maladie la plus associée à cette forme de discours est le diabète et cette classe se distance également de l'enseignement.

Graphique 6.1.6
Analyse factorielle des correspondances du discours de l'ensemble des patients et des médecins



6.2 L'analyse des entrevues des patients

L'analyse du discours (Alceste) sur la totalité des corpus d'entrevue des patients sur l'ensemble a généré quatre classes lexicales qui sont décrites et interprétées dans les prochaines sections; soit le vécu relationnel et temporel de la dépression, la souffrance et les produits biochimiques, l'aspect clinique de la rencontre et les bases de la relation médecin-patient.

6.2.1 Le vécu relationnel et temporel de la dépression

La première classe se caractérise par les traits lexicaux suivants décrits au prochain tableau. Au centre de la préoccupation des patients se trouve la dépression et plus particulièrement le vécu relationnel et temporel de la dépression. Elle s'énonce en fonction de ses formes variées et implique le temps et le rapport à la famille. En ce qui concerne le facteur temps il est présent dans le cadre de la durée qui peut se présenter dans le temps annuel (an chi 2 = 145,90) mais aussi peut désigner le moment du déclenchement de la maladie ou de l'épisode (moment chi 2 = 72,55); il est aussi la description temporelle de la maladie à travers ses phases en épisode (épisode chi 2 = 49,82). Ces formes variées de la dépression (dépressif chi 2 = 52,85) sont articulées autour des aspects cycliques et s'énoncent avec les termes manie (manie chi 2 = 87,53) de crise (crise chi 2 = 55,04) de down (down chi 2 = 35,92) et retomber (retomber chi 2 = 37,32). Quant au rapport à la famille qui est largement présent dans le cadre de cette maladie, ce sont la sœur (sœur chi 2 = 99,05) la fille (fille chi 2 = 44,41) le frère (frère chi 2 = 43,41) et la mère (mère chi 2 = 35,33) qui sont concernés, c'est-à-dire la famille proche.

Tableau 6.2.1
Première classe de discours issue de l'analyse des corpus complets des entrevues des patients

Classe 1			
FORME	KHI2	EFFTOTCL	EFFCL
*patient30	650,05	228	184
an+	109,61	119	65
manie+	94,2	21	21
sœur+	94,19	34	28
crise+	90,61	27	24

Classe 1			
FORME	KHI2	EFFTOTCL	EFFCL
moment+	86,58	149	70
*femme	85,6	1369	341
etais	73,58	134	62
tu	70,63	496	156
ma	68,64	168	71
fille+	64,74	29	22
*a3	58,43	1107	277
etait	49,94	314	103
me	48,79	487	143
episode+	47,69	13	12
depressi+f	46,66	119	50
retomb+er	44,66	10	10
epival	42,63	14	12
lithium	42,44	65	32
elle	40,11	166	61
*patient15	39,83	99	42

6.2.2 La souffrance et les produits biochimiques

La seconde classe présente des traits lexicaux portant sur la souffrance et les produits chimiques tels qu'on peut le constater au prochain tableau. Les patients font essentiellement allusion à la maladie mentale et à l'anxiété dans lesquelles apparaissent des dysfonctionnements autant physiques que mentaux. Les patients en ont une perception qui peut subir des distorsions. Ces perceptions et l'expression des autres sont souvent censurées, on n'ose pas utiliser les vrais mots concernant ce domaine de la maladie. Aussi, la dénomination prend ici tout son relief puisque le malade va tenter d'utiliser les mots requis pour parler de ses symptômes (mot chi 2 = 107,34). Ensuite, les traits qui sont utilisés entremêlent la détermination des symptômes et des moyens qui sont utilisés pour y faire face. Du côté de la détermination des symptômes, nous avons les plans où se situent ces derniers qui peuvent être physiques (phys chi 2 = 103,22) et même mentaux (anxieux chi 2 = 43,06; percepti chi 2 = 42,93) mais qui de toute les façons, plans qui sont source de souffrance (souffrant chi 2 = 81,03) et de douleur (douleur chi 2 = 49,12) alimentées par des perceptions qui peuvent être considérées par les patients comme de fausses perceptions. Ces perceptions forment des impressions de flou et d'insécurité largement combattues par l'intervention médicamenteuse qui se traduit dans les

traits particuliers de produits biochimiques (biochimi chi 2 = 85,69), science (science chi 2 = 51,99), de béquille (béquille chi 2 = 63,86) dont le but sera justement de conduire à une certaine sécurité (sécuris chi 2 = 42,93) avec un certain bonheur (bonheur chi 2 = 53,35).

Tableau 6.2.2
Seconde classe de discours issue de l'analyse des corpus complets des entrevues des patients

Classe 2			
FORME	KHI2	EFFTOTCL	EFFCL
*a2	113,6	457	283
*homme	85,14	1194	589
gens	76,38	231	154
medecin<	70,57	722	381
pati+ent	50,67	232	143
connaissance+	48,32	52	45
*patient4	45,87	144	96
*enfant1	41,55	311	176
*patient27	39,99	71	54
menta+l	39,24	56	45
sante+	38,74	77	57
humain+	37,91	34	31
confi+ant	35,63	63	48
relation+	35,57	38	33
question+	35,53	120	79
*revenu3	35,35	508	261
*revenu2	34,06	921	436
*patient20	32,31	117	76
consult+er	27,4	52	39
sont	26,92	270	147
*sec	26,36	190	109

6.2.3 L'aspect clinique de la rencontre

La troisième classe renferme un discours relatif à l'aspect clinique de la rencontre et dont les traits lexicaux sont énumérés au prochain tableau. Les traits de cette classe s'articulent autour de la rencontre clinique médecin-patient en mettant en évidence ses différents aspects au plan spatial, temporel et social. Au plan spatial, le lieu est défini par son espace, son territoire où la rencontre prend place et ce qui correspond aux actes médicaux dans l'intervention qu'elle recouvre. Les traits de clinique (clinique chi 2 = 143,57), de salle (salle chi 2 = 89), de privée

(prive chi 2 = 46,84) sont alors utilisés tandis que la rencontre elle-même est abordée avec les termes de rencontre (rencontre chi 2 = 54,77), de rendez-vous (rendez-vous chi 2 = 71,43), nom (nom chi 2 = 63,01), dossier (dossier chi 2 = 62,17), congé (congé chi 2 = 75,26). Au plan temporel c'est particulièrement la durée qui se trouve insinuée à travers des termes comme minute (minute chi 2 = 88,15), attente (attente chi 2 = 67,06), demie heure (demie chi 2 = 53,60; heure chi 2 = 42,83), et horaire (horaire chi 2 = 47,81), ce qui pourrait laisser percevoir les préoccupations qu'on les patients quant au temps et au délai qu'impose la rencontre médecin-patient, sans d'ailleurs forcément assurer ce dernier d'une durée de consultation qui soit adéquate. Enfin, cette rencontre met en présence des acteurs malades et médecin mais c'est la caractéristique de jeune (jeune chi 2 = 54,89) qui ressort (peut-être comme un souci amenant éventuellement l'anxiété) laissant les deux acteurs principaux présents mais sans avoir besoin de l'évoquer sorte d'allant de soi.

Tableau 6.2.3
Troisième classe de discours issue de l'analyse des corpus complets des entretiens des patients

Classe 3			
FORME	KHI2	EFFTOTCL	EFFCL
clinique+	153,67	50	34
*pratique_relation	141,26	926	203
minute+	95,8	19	16
salle+	89,55	12	12
refer+er	85,44	23	17
rendez_vous	78,6	22	16
conge+	74,56	10	10
demie	66	11	10
dossier+	61,36	16	12
attente+	58,88	12	10
*patient11	58,14	164	50
jeune+	55,97	37	19
horaire+	52,13	7	7
prive+	51,23	9	8
decide+	50,69	21	13
semaine+	48,66	51	22
rencontre+	45,72	35	17
notre_dame	44,67	6	6
employ+e	44,67	6	6
urg+ent	40,02	31	15

Classe 3			
FORME	KHI2	EFFTOTCL	EFFCL
psychiatr+16	37,52	94	30

6.2.4 Les bases de la relation médecin-patient

La quatrième classe et dernière classe de l'analyse globale du corpus complet des entrevues des patients se rapporte surtout aux bases de la relation médecin-patient comme en font foi les traits lexicaux les plus significatifs qui sont décrits au prochain tableau. Cette classe met aussi en scène la relation (relation chi 2 = 30,94) médecin-patient mais sous un autre angle, qui est celui de la manière dont la relation s'établit, sur ses fondements principaux. Tout d'abord ce sont les acteurs sur lesquels le phare est placé, c'est-à-dire les médecins (médecin chi 2 = 117,10; spécialiste chi 2 = 40,97; professionnel chi 2 = 40,59) et les patients (patient chi 2 = 76,40) et ensuite les cinq principes qui constituent le fondement de cette relation. Très évidemment le prestige de la connaissance qui a fait la gloire des médecins se confirme en la plaçant au premier rang (connaissance chi 2 = 76,40; connaître chi 2 = 34,47) de ce qui importe du côté du médecin. Ensuite, la relation se construit sur la confiance (confiant chi 2 = 55,42) que peut avoir le patient dans le médecin, ce second principe est interactionnel. Encore du côté du médecin sa compétence (compétent chi 2 = 40,80) est requise et ce principe élargit l'idée de la seule connaissance qui s'impose en premier, c'est aussi d'une certaine façon une manière de la préciser. À la compétence on peut enfin associer le professionnalisme qui constituerait une seconde acception du trait professionnel indiqué précédemment pour dénommer un des acteurs de la rencontre. Le cinquième principe est finalement l'expérience (expérience chi 2 = 33,32). Ces bases se fondent essentiellement sur les qualités que doit manifester le médecin, registre à partir duquel le patient peut établir la relation. Toutefois, il reste des zones de déséquilibre étant donné l'image omniprésente du professionnel qui prend toutes les décisions en vertu de sa compétence; dans un tel contexte, le patient peut avoir des difficultés dans la relation où il peut facilement se sentir en état d'infériorité, poser des questions (poser, chi 2 = 57,94; question chi 2 = 50,52) est un des moyens d'affirmer pour lui ses préoccupations et le questionnement prend

alors une place importante dans la relation, la présence de traits relatifs à cette activité montre ici que le patient vise à avoir une prise sur ce qui lui arrive, ce qui, en fait, participe des modifications actuelles dans la société moderne où la place du médecin est remise en question; ces modifications apparaissent comme premier signe de l'abandon d'une certaine passivité.

Tableau 6.2.4
Quatrième classe de discours issue de l'analyse des corpus complets des entretiens des patients

Classe 4			
FORME	KHI2	EFFTOTCL	EFFCL
effet+	285,7	180	154
secondaire+	225,15	121	110
medica<	136,47	567	282
prendre.	123,52	629	299
antibiotique+	118,55	75	65
*observance	98,71	1021	418
pharmac<	85,79	105	74
prescri<	70,4	167	98
essa+yer	57,33	129	77
*patient3	45,12	49	36
anti_inflammatoire+	40,2	34	27
produit+	38,26	24	21
interaction+	37,67	16	16
possi+ble	32,19	56	36
danger+	31,21	34	25
*enfant0	31,18	1028	371
consomm+er	30,57	13	13
sirop	28,21	12	12
quantite+	28,21	12	12
convenir.	28,21	12	12
*a1	27,81	236	106

6.3 Analyse du discours des patients

Une analyse du discours des patients a aussi été réalisée sur des thèmes spécifiques qui avaient fait l'objet de plusieurs questions du canevas d'entrevue des patients, soit les pratiques et la relation thérapeutique, l'observance et la consommation inappropriée de médicaments, la prescription pour les femmes et les personnes âgées, le diagnostic, le traitement, les stéréotypes, les tabous et l'éducation des patients. Les classes de discours relatifs à ces thèmes du canevas d'entrevue font l'objet des prochaines sous-sections.

6.3.1 Les pratiques et la relation thérapeutique

L'analyse du discours des patients sur les pratiques et la relation thérapeutique a mis en évidence quatre classes spécifiques qui sont décrites au prochain tableau et interprétées dans le texte. Il s'agit des classes lexicales relatives au vécu relationnel et temporel dans la crise maniaco-dépressive, aux effets secondaires dans la relation médecin-patient, aux partenaires, à la relation médecin-patient, au dosage, à la durée et à la symptomatologie.

6.3.1.1 Le vécu relationnel et temporel dans la crise maniaco-dépressive

La première classe a trait au vécu relationnel et temporel dans la crise maniaco-dépressive dont les traits lexicaux les plus significatifs sont repris au prochain tableau. Cette classe se caractérise en premier lieu par la crise maniaco-dépressive dans ses aspects phasique, relationnel et temporel. Cette crise maniaco-dépressive (manie $\chi^2 = 73,39$; crise $\chi^2 = 34,89$; tremblement $\chi^2 = 24,07$) est décrite par ses formes et les incidences sur la vie (vie $\chi^2 = 24,13$) comme les possibilités de suicide (suicider $\chi^2 = 32,18$), l'hospitalisation (hospitali $\chi^2 = 30,87$) qui seront ponctuées par les rentrées et les sorties de l'hôpital et la reprise de la vie (sortie $\chi^2 = 26,87$; reprendre $\chi^2 = 24,07$; rentrée $\chi^2 = 24,07$). La mise en place de la relation autour du dépressif est importante et met en scène essentiellement les membres de la famille avec les termes frère et sœur (sœur $\chi^2 = 63,53$; frere $\chi^2 = 26,51$). Mais c'est le vécu temporel avec des termes comme an et surtout moment (moment + $\chi^2 = 54,36$; an $\chi^2 =$

32,08) qui s'imposent. La crise est aussi contextualisée au plan médicamenteux avec l'objet médicament qui revêt un caractère particulier, la pilule (pilule chi 2 = 35,48) comme moyen de contrôle sur sa vie revient souvent dans le discours des patients. Finalement le terme gros est utilisé pour marquer l'ampleur du phénomène (gros chi 2 = 29,21).

Tableau 6.3.1.1
Première classe de discours issue de l'analyse des entretiens des patients portant sur le thème des pratiques et de la relation thérapeutique

Classe 1			
FORME	KHI2	EFFTOTCL	EFFCL
*patient30	342,96	112	95
manie+	73,38	18	18
*a3	68,38	346	115
sœur+	63,53	18	17
moment+	54,36	52	31
tu	50,23	149	61
savoir.	41,35	171	64
étais	40,5	60	31
pilule+	35,48	21	15
crise+	34,89	19	14
suicid+er	32,18	8	8
an+	32,08	40	22
hospitali<	30,87	10	9
gros+	29,21	21	14
sortie+	26,87	9	8
puis	26,78	313	91
frere+	26,51	11	9
ma	26,15	56	26
vie+	24,13	16	11
rentree+	24,07	6	6
tremblement+	24,07	6	6

6.3.1.2 Les effets secondaires dans la relation médecin-patient

Les traits lexicaux des effets secondaires dans la relation médecin-patient sont présentés au prochain tableau. Cette classe renvoie directement aux effets médicamenteux qui sont proposés par trois termes : les effets (effet chi 2 = 60,68), ceux qui sont liés aux médicaments (médica < chi 2 = 54,65), et enfin, ceux qui sont relatifs aux effets secondaires (connotation étant alors moins positive) (secondaire + chi 2 = 34,94) et à l'action du médecin prescripteur (presci chi 2 =

45,84). Les résultats des médicaments peuvent apparaître dangereux (danger chi 2 = 18,65). Toutefois, c'est dans le contexte général de l'usage du médicament que s'inscrivent les effets et le recours à une personne ressource toujours possible, le pharmacien (pharmac chi 2 = 26,97) qui, avec les pharmaceutiques sont sensés indiquer et expliquer (expliquer chi 2 = 28,38) les effets secondaires susceptibles de se produire et bien sûr de répondre à ce propos aux questions (question chi 2 = 41,11) que posent les patients (poser chi 2 = 21,87). Par ailleurs, étant donné leur souffrance, les patients ont raison et leurs perceptions devraient être une source importante d'information pour le médecin. Or, les patients considèrent qu'il y a une certaine rareté dans le service par manque de personnel et de médecins. Plusieurs mots indiquent que les patients cherchent des réponses sur lesquelles ils réfléchissent (penser chi 2 = 21,29) et son prêts à faire des essais (essayer chi 2 = 13,94) par eux-mêmes (moi-même chi 2 = 20,75), ils sont très engagés dans la dynamique interactive verbalement (mot chi 2 = 16,10).

Tableau 6.3.1.2
Seconde classe de discours issue de l'analyse des entrevues des patients portant sur le thème des pratiques et de la relation thérapeutique

Classe 2			
FORME	KHI2	EFFTOTCL	EFFCL
effet+	60,68	34	32
medica<	54,65	154	89
prescri<	45,84	37	31
question+	41,11	37	30
secondaire+	38,94	24	22
expliqu+er	28,38	19	17
pharmac<	26,97	32	24
aliment<	22,86	11	11
pos+er	21,87	25	19
*enfant0	21,45	272	118
pens+er	21,29	33	23
moi_meme	20,75	10	10
*a1	20,66	61	36
type+	18,65	9	9
danger+	18,65	9	9
mot+	16,1	13	11
*bac	15,18	231	99
*patient29	14,47	7	7
essa+yer	13,94	38	23

Classe 2			
FORME	KHI2	EFFTOTCL	EFFCL
aurait	13,55	14	11
aussi	13,24	71	37

6.3.1.3 Les partenaires et la relation médecin-patient

La troisième classe dont les traits lexicaux sont présentés au prochain tableau, se rapporte aux partenaires et à la relation médecin-patient. Le trait le plus marquant est médecin (médecin chi 2 = 127,10) et il est complété par le terme patient (patient chi 2 = 34,40) qui dans ce cas s'impose à la place de clientèle, ce dernier terme est utilisé par les médecins comme on le verra plus loin dans les analyses qui concernent les médecins. Au contraire, les patients utilisent le terme patient car ils se considèrent comme des patients. Ces deux traits correspondent aux deux partenaires de la relation médecin-patient qui se fonde sur le partage des connaissances. Celles-ci apparaissent selon deux acceptions différentes. La première fait intervenir la connaissance dans le sens relationnel de connaître quelqu'un, et la seconde fait intervenir connaître comme savoir. Les acteurs de la relation sont spécifiés par les termes femme (femme chi 2 = 21,29), généraliste (generalis chi 2 = 27,35), psychiatre (psychiatr chi 2 = 29,02), famille (famille chi 2 = 28,72 et spécialiste (specialiste chi 2 = 27,04) qui sont quelquefois choisis à partir de références (référer chi 2 = 37,54) mais dont les connaissances à propos des médicaments sont questionnés et surtout pour les généralistes (connaissance chi 2 = 19,19). Cette relation est aussi suggérée par le lieu de la clinique (clinique chi 2 = 38,38) qui peut aussi correspondre à l'examen clinique; elle se reflète également dans des termes généraux décrivant ce qui est commun aux deux partenaires, soit la santé et l'intérêt (santé chi 2 = 20,71; intérêt chi 2 = 20,55) alors que l'attente (attente chi 2 = 23,58) est une des résultantes du déséquilibre dans la relation. Des termes généraux complètent la classe (niveau chi 2 = 26,67; general chi 2 = 23,45). Cette classe décrit les formes relationnelles et les connaissances des acteurs en contexte.

Tableau 6.3.1.3

Troisième classe de discours issue de l'analyse des entretiens des patients portant sur le thème des pratiques et de la relation thérapeutique

Classe 3			
FORME	KHI2	EFFTOTCL	EFFCL
dose+	56,88	11	11
mois	56,78	38	23
semaine+	41,21	23	15
conge+	36	7	7
dr	36	7	7
*patient11	31,51	52	23
fatigu+	29,8	8	7
dormir.	25,82	11	8
lendemain	25,65	5	5
baxton	24,75	7	6
revenir.	22,46	12	8
revoir.	20,49	4	4
quitt+er	20,49	4	4
matin+	20,49	4	4
revenu+	20,49	4	4
nom+	19,75	6	5
arret+er	18,16	11	7
dur+	18,16	11	7
fois	17,17	63	22
debut+	17,08	23	11
psycholog+16	17,08	23	11

6.3.1.4 Le dosage, la durée et les symptômes

La dernière et quatrième classe de discours concerne, comme on peut le constater à la lecture du prochain tableau, le dosage, la durée et les symptômes. Dans cette classe les patients réfèrent au dosage des médicaments et aux conditions temporelles de la maladie. Le dosage (dose chi 2 = 56,88) est le trait qui apparaît en premier mais sans se distinguer nettement des conditions temporelles qui elles, sont présentes avec plusieurs termes, toutefois, avec le dosage, on trouve des allusions à un médicament ou à son nom (baxton chi 2 = 24,74; nom chi 2 = 19,75). Ces conditions s'expriment d'une part dans la durée mais aussi par des verbes d'action qui signifient des événements intervenant au démarrage ou pour interrompre la durée de la maladie ou du traitement, en particulier médicamenteux. Le temps dans sa durée

s'exprime en terme de mois, semaine et matin (mois chi 2 = 56,78; semaine chi 2 = 41,21; matin chi 2 = 20,49). Les indicateurs de démarrage ou d'interruption sont revenir, revenu, revoir, quitter, congé et arrêter (revenir chi 2 = 22,46; revenu chi 2 = 20,49; revoir chi 2 = 20,49; quitter chi 2 = 20,49; congé chi 2 = 36,00; arrêter chi 2 = 18,16). Hormis, ces deux aspects, les patients complètent ces aspects du traitement par des termes allusifs aux symptômes comme fatigue et dormir (fatigue chi 2 = 29,80; dormir chi 2 = 25,82).

Tableau 6.3.1.4
Quatrième classe de discours issue de l'analyse des entretiens des patients portant sur le thème des pratiques et de la relation thérapeutique

Classe 4			
FORME	KHI2	EFFTOTCL	EFFCL
medecin<	127,1	239	140
clinique+	38,38	29	24
refer+er	37,54	19	18
pati+ent	34,4	61	39
*a2	30,3	104	56
psychiatr+16	29,02	58	36
famille+	28,72	31	23
generalis<	27,35	24	19
specialiste+	27,04	17	15
niveau+	26,67	30	22
attente+	23,58	13	12
genera+l	23,45	20	16
*patient6	21,54	39	25
femme+	21,29	12	11
sante+	20,71	25	18
interet+	20,55	9	9
connaissance+	19,19	18	14
experience+	18,75	24	17
rendez_vous	16,91	19	14
*patient7	16,83	21	15
bureau+	16,74	10	9

6.3.2 Observance et consommation inappropriée

Les réponses des patients aux questions d'entretiens relatives à l'observance et à la consommation inappropriée de médicaments ont été soumises à l'analyse de discours (Alceste). Deux classes spécifiques à ce thème ont émergées de cette analyse, soit l'image dans le travail

ainsi que les effets secondaires et la prise de médicament, décrites dans les deux prochaines sous-sections. Il est à noter qu'il n'a pas été possible, en raison du nombre réduit de classes, de produire une analyse factorielle et une classification descendante hiérarchique.

6.3.2.1 L'image dans le travail

Les traits lexicaux de la première classe portant sur l'image dans le travail sont énumérés au prochain tableau. La relation à la maladie et en particulier à la maladie mentale s'exprime ici dans sa dimension image, portée et conséquence dans le milieu de travail (travail chi 2 = 64.37). Les dimensions mentales et l'expression de la méfiance vis-à-vis de la dépression (depressif chi 2 = 41.12) caractérisent la relation aux autres et à leur plus ou moins rejet, la maladie (maladie chi 2 = 26.36) et la santé (santé chi 2 = 15.47) est mental (mental chi 2 = 39.71) ou psychologique (psycholog chi 2 = 31.54, cerveau chi 2 = 15.67). Il faut ajouter au fait que cette image du travail comporte une dimension spatiale, le fait que celle-ci présente une dimension temporelle (aujourd'hui chi 2 = 18.60). L'urgence d'un retour à un état de santé caractérise également cette relation entre la santé, la maladie mentale, la dimension spatiotemporelle (travail et aujourd'hui), par les moyens formulés au sein de cette dimension (antidépresseur chi 2 = 17.62 et opérat chi 2 = 18.84).

Tableau 6.3.2.1
Première classe de discours issue de l'analyse des entretiens des patients portant sur le thème de l'observance et de la consommation inappropriée

Classe 1			
FORME	KHI2	EFFTOTCL	EFFCL
travail<	64,37	49	46
*maitrise	43,05	93	66
*patient25	43,05	93	66
depressi+f	41,12	53	43
menta+l	39,71	25	25
gens	36,44	121	78
psycholog+16	31,54	26	24
entendre.	31,34	44	35
maladie+	26,36	63	44
*enfant1	19,62	171	93

Classe 1			
FORME	KHI2	EFFTOTCL	EFFCL
gros+	19,46	21	18
operat<	18,84	12	12
hui	18,6	23	19
aujourd	18,6	23	19
antidepresseur+	17,62	66	42
*patient16	16,07	33	24
*a4	15,87	271	134
vie+	15,68	21	17
cerveau+	15,67	10	10
sante+	15,47	28	21
enf+ant	14,97	18	15
malade+	14,53	34	24

6.3.2.2 Les effets secondaires et la prise de médicament

La seconde et dernière classe qui a émergé du discours des patients sur l'observance et la consommation inappropriée se rapporte principalement aux effets secondaires et à la prise du médicament tel qu'il appert à la lecture du prochain tableau. Cette classe montre l'importance de l'information (information chi 2 = 15.65) qui est donnée par les professionnels de la santé (médecin chi 2 = 33.11; pharmacien chi 2 = 31.37) au patient (patient chi 2 = 13.51) concernant les effets secondaires (effet chi 2 = 43.41, secondaire chi 2 = 55.76) lors de la prescription (prescri chi 2 = 18.69) ou de la prise (prendre chi 2 = 39.14) d'un médicament (medica chi 2 = 32.69), et particulièrement d'un antibiotique (antibiotique chi 2 = 15.13). La dimension communicationnelle est un facteur important concernant cette dimension de l'observance, le fait de demander des informations ou de poser des questions (question chi 2 = 23.05; demander chi 2 = 14.74) conduit le patient à arrêter (arrêter chi 2 = 16.47) ou à poursuivre sa médication.

Tableau 6.3.2.2**Seconde classe de discours issue de l'analyse des entretiens des patients portant sur le thème de l'observance et la consommation inappropriée**

Classe 2			
FORME	KHI2	EFFTOTCL	EFFCL
secondaire+	55,76	85	84
effet+	43,41	121	107
prendre.	39,14	302	229
medecin<	33,11	323	239
medica<	32,69	308	229
pharmac<	31,37	56	54
question+	23,05	44	42
prescri<	18,69	113	90
*revenu1	16,89	230	167
arrete+	16,47	25	25
informat+ion	15,65	33	31
antibiotique+	15,13	52	45
*a1	15,12	103	81
demand+er	14,74	76	62
cas	13,54	53	45
pati+ent	13,51	103	80
vraiment	12	103	79
*patient34	11,29	22	21
il	11,16	266	185
bonne+	11,07	26	24

6.3.3 Prescription pour les femmes et les personnes âgées

L'analyse du discours des patients sur le thème de la prescription pour les femmes et les personnes âgées a fait ressortir une première classe de discours sur le contrôle de la douleur et une seconde classe sur l'âge et la nécessité du médicament. Comme l'analyse n'a produit que deux classes de discours, il n'a pas été possible, comme dans le cas précédent, de produire une analyse factorielle et une classification descendante hiérarchique.

6.3.3.1 Le contrôle de la douleur

La première classe se caractérise par des traits lexicaux se rapportant au contrôle de la douleur et est décrite au prochain tableau. Cette classe se forme autour de la douleur. Il s'agit de contrôler la douleur par la prise de médicaments ou encore par l'intervention de certains

intervenants en santé qui deviennent indispensables. Le trait représentatif de cette classe est ainsi douleur (douleur chi 2 = 4,85) et aussi prendre (prendre chi 2 = 4,48).

Tableau 6.3.3.1
Première classe de discours issue de l'analyse des entrevues des patients portant sur le
thème de la prescription pour les femmes et les personnes âgées

Classe 1			
FORME	KHI2	EFFTOTCL	EFFCL
douleur+	4,85	15	15
prendre.	4,48	14	14
si	4,43	21	20
fait	3,77	12	12
ce	3,08	10	10
faire.	2,95	23	21
t	2,74	9	9
es	2,74	9	9
qu+	2,71	75	62
tu	2,61	33	29
aller.	2,42	27	24
*femme	2,29	78	64
*revenu1	2,1	51	43
fois	2,09	7	7
gens	2,09	7	7
vrai+	2,09	7	7
petit+	2,09	7	7
psycholog+16	2,09	7	7
te	2,09	7	7
avec	2,04	14	13

6.3.3.2 L'âge et la nécessité du médicament

La seconde classe présentée au prochain tableau reprend les traits lexicaux les plus significatifs. Ceux-ci portent sur l'âge et la nécessité du médicament. Cette classe met en évidence le besoin de médicaments pour les personnes âgées par rapport aux personnes jeunes. Ce rapport est exprimé à travers les expressions personne (personne chi 2 = 26,55), jeune (jeune chi 2 = 18,62), âge (age chi 2 = 14,62), année (an chi 2 = 4,43) et garçon (garçon chi 2 = 3,60). Cette nécessité des médicaments en fonction de groupes ciblés se définit autour plus particulièrement des anti-inflammatoires (inflamma chi 2 = 30,63), ce qui caractérise assez bien les douleurs dont souffrent les personnes âgées et le recours à des médicaments pour

réduire les douleurs chroniques. Mais le recours aux antidépresseurs fait aussi partie d'une nécessité (antidépresseur chi 2 = 14,15), les antibiotiques (antibiotique chi 2 = 10,97) sont aussi mentionnés mais sans la même importance; il est vrai que les questions portaient évidemment sur les trois médicaments.

Tableau 6.3.3.2
Seconde classe de discours issue de l'analyse des entrevues des patients portant sur le thème de la prescription pour les femmes et les personnes âgées

Classe 2			
FORME	KHI2	EFFTOTCL	EFFCL
anti	30,63	8	8
inflamma<	30,63	8	8
personne+	26,55	7	7
*patient29	18,62	5	5
jeune+	18,62	5	5
question+	14,76	4	4
age+	14,62	15	9
antidépresseur+	14,15	8	6
antibiotique+	10,97	3	3
ben	7,4	6	4
personne	6,45	9	5
differ+ent	5,4	7	4
y	5,18	16	7
an+	4,43	5	3
deux	4,43	5	3
je-pense	3,93	21	8
rire+	3,6	3	2
garçon+	3,6	3	2
*patient14	3,6	3	2
il-y-a<	3,29	15	6
chose+	3,05	12	5
parl+er	3,05	12	5
problem<	3,05	12	5
ce-qu<	2,89	9	4
sont	2,64	16	6
*homme	2,29	36	11
d	2,26	32	10
voir.	2,08	17	6
aussi	2,08	17	6

6.3.4 Diagnostic et traitement

Quatre classes spécifiques au thème du diagnostic et du traitement ont pu être dégagées par l'analyse du discours (Alceste) soit la souffrance physique et psychologique, la prescription par le médecin, le rapport au patient et l'effet de l'anti-inflammatoire qui sont discutées dans les prochaines sous-sections.

6.3.4.1 La souffrance physique et psychologique

La première classe a trait à la souffrance physique et psychologique et se caractérise par les traits lexicaux décrits au prochain tableau. Cette première classe se caractérise par l'idée de souffrance et montre l'importance pour le patient d'affirmer que cette souffrance est associée à une douleur physique en imposant aussi le versant psychologique qu'on doit lui associer. Les formes qui expriment ce versant de la condition fondant la prise de médicament sont d'abord le terme de souffrance lui-même (souffrance chi 2 = 34,44) et douleur (douleur chi 2 = 4,42). La dichotomie physique et psychologique se manifeste à travers les termes physique (phys 16 chi 2 = 22,57) et dépression (dépressif chi 2 = 19,09).

Tableau 6.3.4.1
Première classe de discours issue de l'analyse des entretiens des patients portant sur le thème du diagnostic et du traitement

Classe 1			
FORME	KHI2	EFFTOTCL	EFFCL
souffr+ant	34,44	20	15
phys+16	22,57	7	7
depressi+f	19,09	6	6
*enfant2	9,03	14	8
mot+	8,42	5	4
*bac	5,79	26	11
*patient20	5,49	4	3
quel	5,49	4	3
douleur+	4,42	15	7
trois	3,39	5	3
*patient2	3,39	5	3
*femme	2,9	42	14
elle	2,86	8	4

Classe 1			
FORME	KHI2	EFFTOTCL	EFFCL
venir.	2,82	3	2
peut_etre	2,82	3	2
*a2	2,09	6	3
par	2,09	6	3

6.3.4.2 La prescription par le médecin

La seconde classe rassemble des préoccupations relatives à la prescription par le médecin tel qu'on peut l'observer au prochain tableau. Les traits de cette classe renvoient à la prescription et à ses limites. La prescription met en scène les acteurs, l'action et le médicament, le tout sous-tendu par la relation médecin-patient. Le médecin est mentionné (médecin chi 2 = 22,13) aussi par ses limites et son professionnalisme, mais ce qui le caractérise c'est son action de donner (donner chi 2 = 10,14) la prescription (prescri chi 2 = 5,67). Sans être mentionné, le patient est là au plan du direct du vécu par le narrateur qui emploie le verbe d'aller dans ses différentes formes, aller voir le médecin (aller chi 2 = 25,90), et cette dimension s'impose comme une démarche volontaire et nécessaire dans la relation médecin-patient. Le médicament est présent par l'antibiotique (antibiotique chi 2 = 17,60) pour lequel le rôle est connu et aussi le cadre d'utilisation qui permet de vérifier la compétence du médecin.

Tableau 6.3.4.2
Seconde classe de discours issue de l'analyse des entretiens des patients portant sur le thème du diagnostic et du traitement

Classe 2			
FORME	KHI2	EFFTOTCL	EFFCL
aller.	25,9	21	12
medecin<	22,13	23	12
antibiotique+	17,6	4	4
donc	10,63	8	5
bien	10,22	14	7
donn+er	10,14	11	6
prescri<	5,67	5	3
vous	5,67	5	3
mœurs	4,49	3	2
la_dessus	4,49	3	2

Classe 2			
FORME	KHI2	EFFTOTCL	EFFCL
quelqu+	4,49	3	2
pas	4,46	48	13
ca	4,46	48	13
n	3,92	6	3
toute	3,92	6	3
autre+	3,14	10	4
est	3,11	64	15
souvent	2,73	7	3
*revenu3	2,62	32	9
sens	2,55	4	2
part+	2,55	4	2
vivre.	2,55	4	2

6.3.4.3 Le rapport au patient

La troisième classe est formée des propos relatifs au rapport au patient. Les principales formes lexicales significatives figurent au prochain tableau. Au contraire de la classe précédente qui portait sur le médecin, celle-ci porte sur le patient, auquel le médecin doit donner une attention particulière à cause de ses souffrances. Le trait patient (patient chi 2 = 15,52) est prégnant mais pour souligner le rapport au patient. Les verbes faire (faire chi 2 = 11,25; fait chi 2 = 13,87), poser (poser chi 2 = 4,69), coter (cote chi 2 = 7,26) sont présents pour caractériser le déroulement du diagnostic dont la temporalité (temps chi 2 = 12,84) est aussi soulignée comme une nécessité.

Tableau 6.3.4.3
Troisième classe de discours issue de l'analyse des entretiens des patients portant sur le thème du diagnostic et du traitement

Classe 3			
FORME	KHI2	EFFTOTCL	EFFCL
pati+ent	15,52	10	8
fait	13,87	15	10
temps	12,84	7	6
faire.	11,25	14	9
en-tout-cas	7,29	7	5
cote+	7,26	5	4
puis	6,93	35	15
bon	5,26	13	7

Classe 3			
FORME	KHI2	EFFTOTCL	EFFCL
mal	4,9	6	4
pos+er	4,69	4	3
plus	4,18	14	7
medecin<	3,95	23	10
je-pense	3,93	20	9
vraiment	3,91	9	5
falloir.	3,91	9	5
pouvoir.	3,21	18	8
dire+	2,77	5	3
diagnostiqu+er	2,77	5	3
ben	2,77	5	3
facteur+	2,36	3	2
question+	2,36	3	2
*patient21	2,36	3	2
*certificat	2,36	3	2
bonne+	2,36	3	2
te	2,36	3	2
toutes	2,36	3	2

6.3.4.4 Les effets de l'anti-inflammatoire

La quatrième classe renferme les éléments de discours concernant les effets de l'anti-inflammatoire. Cette classe est centrée sur l'effet du médicament et en particulier l'effet de l'anti-inflammatoire dans le cas de la chronicité de la douleur, qui constitue toujours l'expérience (expérience chi 2 = 4,69) fondamentale pour tous les patients. Pour montrer le caractère général et non pas seulement l'aspect personnel, mode souvent privilégié par les patients le terme gens est utilisé (gens chi 2 = 21,67) et le médicament ciblé, l'anti-inflammatoire (anti-inflammatoire chi 2 = 19,94). C'est autour de son efficacité (effet chi 2 = 9,99) que le discours est organisé. Le facteur temps (fois chi 2 = 19,94 moment chi 2 = 5,35) intervient car les traitements impliquent une durée autant qu'un commencement.

Tableau 6.3.4.4
Quatrième classe de discours issue de l'analyse des entretiens des patients portant sur le thème du diagnostic et du traitement

Classe 4			
FORME	KHI2	EFFTOTCL	EFFCL
gens	21,67	12	10

Classe 4			
FORME	KHI2	EFFTOTCL	EFFCL
fois	19,94	7	7
anti_inflammatoire+	19,94	7	7
en	10,54	25	13
effet+	9,99	6	5
maladie+	8,12	3	3
J	7,29	7	5
eu+	7,26	5	4
arriv+er	5,92	10	6
*patient5	5,92	10	6
moment+	5,35	8	5
vie+	4,9	6	4
*patient6	4,9	6	4
experience+	4,69	4	3
*sec	4,56	11	6
oui	4,56	11	6
qu+	4,41	58	20
*revenu3	4,34	32	13
d	3,93	20	9
est-ce<	3,91	9	5
Y	2,77	5	3
ete	2,77	5	3
*a3	2,44	54	18
devenir.	2,36	3	2
ma	2,36	3	2
a	2,17	47	16

6.3.5 Stéréotypes, tabous et éducation des patients

Le thème relatif aux stéréotypes, aux tabous et à l'éducation des patients qui a été soumis à l'analyse a permis de relever quatre classes de discours qui sont décrites aux prochaines sous-sections, soit : l'univers de la psychiatisation, les personnes âgées et la compréhension, la temporalité du vécu du dépressif et les sources d'informations.

6.3.5.1 L'univers de la psychiatisation

La première classe porte sur l'univers de la psychiatisation et présente les traits lexicaux décrits au prochain tableau. L'idée de tabou (tabou chi 2 = 40,61) met en scène les différents acteurs sociaux dans le cas précis de la psychiatisation (psychiatr chi 2 = 54,46) et de la maladie mentale. Le tabou est particulièrement manifeste à travers des vocables porteurs d'exclusion de

vision négative ou au moins qui n'est pas positive (positif chi 2 = 26,91) et la réminiscence d'un vécu douloureux (vécu chi 2 = 9,83) au point de ne pas vouloir qualifier ceux qui ont des attitudes ou des propos difficiles comme l'expression je ne donnerais pas de nom (nom chi 2 = 21,41). Les patients peuvent ressentir difficilement les termes utilisés dans leur environnement comme le terme de fou (fou chi 2 = 20,13) ou encore une forte association avec les pilules (pilule chi 2 = 9,83) quoique dans ce dernier cas le besoin en est très évident et incontournable. Ce sentiment est activé chez le patient par les propos que les acteurs peuvent formuler autour de lui et qu'il entend de temps à autre (entendre chi 2 = 13,66). Les acteurs concernés sont associés à des traitements qui peuvent s'inscrire dans des formats différents les uns des autres (jeune chi 2 = 20,00; maniaco chi 2 = 21,41; dépressif chi 2 = 17,50). La psychiatriation implique beaucoup plus qu'une action venant de l'extérieur, l'individu est référé (referer chi 2 = 47,51) plutôt que comme dans la classe précédente, où il est lui-même actif et se déplace vers le médecin.

Tableau 6.3.5.1

Première classe de discours issue de l'analyse des entretiens des patients portant sur le thème des stéréotypes, des tabous et de l'éducation des patients

Classe 1			
FORME	KHI2	EFFTOTCL	EFFCL
psychiatr+16	54,46	8	8
*patient34	53,99	12	10
refer+er	47,51	7	7
tabou+	40,61	6	6
positi+f	26,91	4	4
an+	22,78	18	9
nom+	21,41	7	5
maniaco+	21,41	7	5
*patient15	21,41	7	5
fou+	20,13	3	3
rendu+	20	5	4
jeune+	20	5	4
depressi+f	17,5	14	7
entendre.	13,66	4	3
*enfant3	12,46	25	9
elle	11,37	45	13
aide+	9,83	5	3
vecu+	9,83	5	3

Classe 1			
FORME	KHI2	EFFTOTCL	EFFCL
pilule+	9,83	8	4
tant-que	9,83	5	3
*patient30	8,27	40	11
*bac	7,9	133	26

6.3.5.2 Les personnes âgées et la compréhension

La deuxième classe porte sur les personnes âgées et la compréhension. Cette classe est centrée sur les problèmes de compréhension que peuvent avoir les personnes âgées, ce cliché est très répandu et la vulnérabilité de ces personnes est largement couverte dans la littérature. Ici, les patients insistent sur cette difficulté de compréhension mais aussi sur la nécessité pour le médecin d'expliquer, d'apporter une aide et surtout de s'assurer du degré de compréhension atteint. Le trait marquant est donc celui de âgé et de personne dont les chi 2 et les fréquences se détachent vraiment (age chi 2 = 113,26; personne chi 2 = 62,74). La fragilité et la difficulté de ces personnes se manifestent en mettant en doute leur capacité (capable chi 2 = 17,20). Le second aspect, qui donne lieu à plusieurs traits, est celui de la dynamique interactive autour de la compréhension et l'explication avec le contrôle de la première (expliquer chi 2 = 37,48; compris chi 2 = 33,74; assur chi 2 = 39,92) Cette dynamique devient plus complexe quand il est question des causes des problèmes du malade et qu'il faut les lui faire comprendre, tâche qui peut devenir ardue en particulier pour les questions d'hygiène de vie. Mais cette difficulté se retrouve avec l'utilisation de certaines procédures ou instrument comme par exemple les dosettes (doset chi 2 = 20,13; utiliser chi 2 = 20,00). Face à cette situation (consequent chi 2 = 15,44) de la difficulté de cette catégorie de patient, les discours se redirigent vers l'action que doit nécessairement mener le médecin en s'adaptant (peut-être chi 2 19,96; nécessaire chi 2 = 17,50) et ce, dans les termes d'aide directe (aider chi 2 = 26,53; directement chi 2 = 26,91).

Tableau 6.3.5.2

Deuxième classe de discours issue de l'analyse des entrevues des patients portant sur le thème des stéréotypes, des tabous et de l'éducation des patients

Classe 2			
FORME	KHI2	EFFTOTCL	EFFCL
age+	113,26	26	21
personne+	62,74	22	15
cause+	39,92	8	7
assur<	39,92	8	7
expliqu+er	37,48	13	9
compris+	33,74	5	5
directement	26,91	4	4
aid+er	26,53	6	5
doset	20,13	3	3
ait	20,13	3	3
presqu+	20,13	3	3
utilis+er	20	5	4
peut_etre	19,96	10	6
nécessaire+	17,5	14	7
capable+	17,2	11	6
personne	16,37	34	12
vraiment	15,93	26	10
consequ+ent	15,44	6	4
*patient20	14,71	23	9
*patient21	14,68	9	5
*certificat	14,68	9	5
fois	13,89	16	7

6.3.5.3 La temporalité du vécu du dépressif

La troisième classe a trait à la temporalité du vécu du dépressif (se référer au prochain tableau pour consulter les traits lexicaux de la classe). Dans le vécu de la dépression les relations au temps et aux autres sont déterminantes. En particulier le facteur temps joue un rôle certain car la maladie est souvent cyclique et implique des durées et des successions dans les phases de la maladie et dans les modes d'intervention. Cette temporalité se manifeste en particulier à travers des vocables comme année, mois (année chi 2 = 67,07; mois chi 2 = 57,09; dernier chi 2 = 37,97; an chi 2 = 18,57), des verbes comme passer (passer chi 2 = 28,76) occuper (occuper chi 2 = 19,80), vivre (vivre chi 2 = 16,67), rester (rester chi 2 = 22,73) et laisser (laisser chi 2 = 11,38). L'aspect relationnel quant à lui est couvert en mentionnant les membres de la famille

entourage qui joue un rôle important. Les termes couple (couple chi 2 = 28,76) sœur (sœur chi 2 = 29,89) père (père chi 2 = 12,81) sont mentionnés. Cette temporalité est associée à une maladie en particulier c'est-à-dire la dépression, et les patients n'ont pas besoin de faire un recadrage de la maladie, on sait qu'il s'agit des dépressifs car c'est le seul terme qui est ici utilisé pour nommer la maladie (depressif chi 2 = 18,41).

Tableau 6.3.5.3
Troisième classe de discours issue de l'analyse des entretiens des patients portant sur le thème des stéréotypes, des tabous et de l'éducation des patients

Classe 3			
FORME	KHI2	EFFTOTCL	EFFCL
*patient30	118,37	40	23
annee+	67,07	16	11
mois	57,09	6	6
dernier+	37,97	6	5
sœur	29,89	10	6
affaire+	29,89	10	6
couple+	28,76	5	4
pass+er	28,76	5	4
ma	25,12	27	10
rest+er	22,73	6	4
depuis	22,3	9	5
fait	20,98	46	13
occup+er	19,8	4	3
longtemps	19,8	4	3
an+	18,57	18	7
depressi+f	18,41	14	6
elle	17,1	45	12
vivre.	16,67	11	5
etais	15,27	8	4
*femme	13	209	30
pere+	12,81	9	4
laiss+er	11,38	6	3

6.3.5.4 Les sources d'informations

La quatrième classe se rapporte aux sources d'information (se référer au prochain tableau pour consulter les traits lexicaux de la classe). On assiste à une évolution dans le champ du rapport médecin-patient même si les patients ressentent toujours des difficultés à parler de leur maladie

quand il s'agit de maladie mentale, les tabous et les stéréotypes ayant une certaine tendance à perdurer. Les patients qui ont recours dorénavant à différentes sources d'information (information chi 2 = 11,92) privilégient internet (internet chi 2 = 11,21) et le médecin (médecin chi 2 = 7,45). Ils ont aussi recours à des professionnels (professionnel chi 2 = 4,56). Ils tirent donc leurs informations des moyens électroniques et les traits de site (site chi 2 = 4,44) et de source (source chi 2 = 4,56) sont mentionnés; on sait d'ailleurs que ce recours joue un rôle considérable dans la modification des rapports entre médecin et patient; certes, cette source apparaît avant le médecin mais le recours à ce dernier va de soi, sans épuiser les besoins d'information des patients; on peut s'interroger alors sur son caractère complémentaire, transitoire ou qui pourrait supplanter le médecin. Le médecin reste incontournable et est affiché à travers de nombreuses références au déplacement que la visite au médecin implique par les termes aller (aller chi 2 = 19,56) dont la fréquence est la plus forte de la classe ainsi que le chi 2; l'engagement du patient dans sa quête d'information se manifeste quant à elle par l'action et les verbes utilisés sont alors chercher (chercher chi 2 = 5,74) et rechercher (rechercher chi 2 = 5,15). Dans la quête d'information un domaine est aussi précisé dans les termes des effets secondaires (effet chi 2 = 7,53; secondaire chi 2 = 6,33). Le besoin d'information s'inscrit pour le patient dans une dynamique où il tente d'être le moins possible passif et donc où il essaie de participer pleinement à la résolution du problème et ainsi mieux comprendre les effets du médicament (regler chi 2 = 9,96; médica chi 2 = 8,33; essayer chi 2 = 8,13; prescri chi 2 = 5,01).

Tableau 6.3.5.4
Quatrième classe de discours issue de l'analyse des entretiens des patients portant sur le thème des stéréotypes, des tabous et de l'éducation des patients

Classe 4			
FORME	KHI2	EFFTOTCL	EFFCL
aller.	19,56	147	114
*sec	17,7	43	40
*dec	14,83	109	86
*revenu1	14,12	68	57
*enfant0	12,25	164	121

Classe 4			
FORME	KHI2	EFFTOTCL	EFFCL
informat+ion	11,92	46	40
internet	11,21	24	23
*patient5	10,69	32	29
regl+er	9,96	17	17
*patient11	9,96	17	17
*Patient1	9,35	16	16
medica<	8,33	71	56
t	8,15	19	18
essa+yer	8,13	14	14
site+	7,53	13	13
effet+	7,53	13	13
medecin<	7,45	125	92
*enfant2	6,47	67	52
*patient12	6,33	11	11
secondaire+	6,33	11	11
pouvoir.	5,77	75	57
cherch+er	5,74	10	10

6.4 L'analyse des entretiens des médecins

L'analyse du discours (Alceste) sur les entretiens des médecins a produit deux classes spécifiques à l'ensemble de l'entretien des médecins. Cette partition met ainsi en évidence un discours marqué par deux orientations qui sont très prononcées. Cette unité dans le discours des médecins avait déjà été présente dans des travaux antérieurs sur la représentation que les médecins se font des benzodiazépines. Ces deux classes, soit les patients et la dépression pour la première et la médicalisation et la relation médecin-patient pour la seconde sont décrites dans ce qui suit par leurs traits lexicaux et une interprétation de ces traits est aussi proposée.

6.4.1 Les patients et la dépression

La première classe se rapporte aux patients et à la dépression (se référer au prochain tableau pour consulter les traits lexicaux de la classe). Cette classe caractérise la population des patients et se centre sur la maladie de la dépression. Le trait qui combine ces deux aspects est celui du dépressif dont le chi 2 et la fréquence sont les plus forts pour la classe, en allant d'ailleurs du simple au double (depressif chi 2 = 302,97). Le discours des médecins est

fortement centré sur cette maladie alors que trois types de médicaments étaient abordés dans l'entrevue les antidépresseurs, les antibiotiques et les anti-inflammatoires. Par ailleurs, nous savons, comme le montre l'analyse qualitative, que cette maladie n'est pas sans poser de problème de diagnostic et de prescription pour les médecins, souvent mal à l'aise avec les maladies liées aux problèmes psychologiques. La classe est ainsi dominée par l'énumération du type de patients que les médecins rencontrent soit femme d'abord (femme chi 2 = 166,59) et personnes âgées (personne chi 2 = 92,83; an chi 2 = 77,86; age chi 2 = 76,88). Ces deux groupes sont souvent cités comme constituant les deux groupes les plus importants en nombre pour les consultations, la référence plus marquée à ces deux groupes peut confirmer ces données statistiques dans ce que les médecins reflètent dans leur discours. Ensuite le trait homme (homme chi 2 = 80,42) intervient comme autre catégorie, il peut aussi apparaître comme terme de comparaison avec la population féminine plutôt que comme référant propre faite par les médecins, l'analyse qualitative peut vérifier cette hypothèse. Finalement cette énumération de la population se termine avec les adultes et les jeunes (adulte chi 2 = 46,47; jeune chi 2 = 43,31). Le second axe de cette classe se caractérise par la description de la maladie qui retient l'attention des médecins avec des termes la qualifiant comme trouble, bipolaire, aspect, psychologique, suicide, maladie (troubler chi 2 = 67,26; bipolaire chi 2 = 60,38; aspect chi 2 = 54,98; psycho chi 2 = 53,00; suicider chi 2 = 51,19; maladie chi 2 = 47,40). Un marqueur de la certitude est souvent présent dans le discours des médecins et doit être mentionné c'est effectivement terme impliquant que le locuteur désire montrer que ce qu'il dit s'appuie sur des faits, cela pourrait éventuellement être rattaché au souci du médecin de rigueur et d'objectivité qui constitue une aspiration dont parle la corporation des médecins.

Tableau 6.4.1
Première classe de discours issue de l'analyse globale des entretiens des médecins

Classe 1			
FORME	KHI2	EFFTOTCL	EFFCL
*femme	316,11	247	157
*medecin6	316,11	247	157
depressi+f	302,97	134	107
*clinique	201,62	364	174
femme+	166,59	55	50
*UM	112,34	553	199
personne+	92,83	61	43
*prescription_perso	81,5	85	51
homme+	80,42	26	24
an+	77,86	67	43
age+	76,88	58	39
troubl+er	67,26	31	25
bi_polaire+	60,38	16	16
aspect+	54,98	17	16
psycho<	53	40	27
suicid+er	51,19	16	15
maladie+	47,4	108	51
adulte+	46,47	17	15
jeune+	43,31	28	20
effectivement	42,47	24	18
parl+er	40,75	87	42
majeur+	39,48	25	18

6.4.2 La médicalisation et la relation médecin-patient

La seconde classe se rapporte à la médicalisation et à la relation médecin-patient (se référer au prochain tableau pour consulter les traits lexicaux de la classe). Comme la première classe cette seconde classe est dichotomisée entre la médicalisation organisant la prescription autour du médicament et la relation entre les partenaires de cette relation. On voit ici apparaître la tension qui peut exister entre les deux axes de l'action médicale, d'un côté le pôle technique avec l'idée centrale de la prescription et de l'autre la relation médecin-patient pôle humaniste. La fonction technique ressort en premier mais avec peu de termes, on doit noter un certain déséquilibre entre les traits qui apparaissent pour caractériser ces deux pôles aussi bien au plan du nombre de termes ressortant que des chi 2 et des fréquences. Concernant le pôle de la médicalisation il

s'impose à travers les termes de médical (médica chi 2 = 52,08; la fréquence est nettement la plus élevée (334) hormis (410) pour le trait de aller) les termes liés à l'acte médical soit la prescription (prescri chi 2 = 21,80) ou l'objet de la prescription le médicament (antibiotique chi 2 = 13,86), qui est lié au pharmaceutique (pharmac chi 2 = 11,50). Ensuite, les traits marquants se situent d'abord dans la détermination des partenaires et ensuite dans les actions qui sont menées par chacun. Les partenaires sont d'abord le patient (patient chi 2 = 51,11) puis en second ordre le médecin (medecin chi 2 = 22,05) dont le chi 2 mais aussi les fréquences sont nettement moins forts. Pour les actions réalisées par chacun, en ce qui concerne le patient il doit prendre ses médicaments (prendre chi 2 = 29,35) et pour cela il lui faut d'abord aller (aller chi 2 = 11,84) chez le médecin car il a un certain nombre de besoin (besoin chi 2 = 13,59) et de demande (demander chi 2 = 11,69); ainsi les médecins sont guidés dans leur relation aux patients par les actions qui dirigent celui-ci vers lui. Du côté du médecin les verbes utilisés sont dire essayer et mettre associés avec la composante temporelle; le médecin prend la posture de composer ici sa prescription et de la livrer au patient mais ces actions subissent l'influence du temps toujours comptés (mettre ou ne pas mettre le temps) dans le contexte de la consultation, ce que semble ressentir le médecin (temps chi 2 = 21,57; essayer chi 2 = 17,52; fois chi 2 = 16,29; dire chi 2 = 14,08; mettre chi 2 = 11,55). La composante essai dans la prescription d'une certaine façon pourrait être indiquée par l'utilisation de ce verbe, d'autres indications de ce type seraient à explorer, en particulier dans les analyses thématiques qui suivent et qui pourraient raffiner la présente analyse plus globale.

Tableau 6.4.2
Seconde classe de discours issue de l'analyse globale des entrevues des médecins

Classe 2			
FORME	KHI2	EFFTOTCL	EFFCL
medica<	52,08	361	334
pati+ent	51,11	327	305
*fin3	44,7	489	436
*UL	40,9	277	258
*a3	40,25	464	413

Classe 2			
FORME	KHI2	EFFTOTCL	EFFCL
*mixte	30,91	365	326
ils	29,86	384	341
prendre.	29,35	295	267
*medecin7	28,66	141	136
*Mixte	23,74	117	113
*medecin8	23,74	117	113
vouloir.	23,34	186	172
medecin<	22,05	232	210
prescri<	21,8	187	172
temps	21,57	146	137
*medecin1	19,9	167	154
*Sherbrooke	19,9	167	154
*observance	19,31	689	579
essa+yer	17,52	80	78
*a2	17,34	284	250
fois	16,29	185	167
*diagnostic	14,41	343	296

6.5 Les analyses thématiques des entrevues des médecins

En plus des analyses globales présentées à la section précédente, les entrevues réalisées auprès des médecins ont aussi été analysées en fonction des thématiques abordées lors de l'entrevue, soit les pratiques et la relation thérapeutique, l'observance et la consommation inappropriée de médicaments chez les patients, la prescription pour les femmes et les personnes âgées, le diagnostic et le traitement ainsi que les stéréotypes, les tabous et l'éducation des patients. Ces différents thèmes ont été abordés par le biais de plusieurs questions et c'est le contenu des réponses qui donnent lieu à l'étude du discours des médecins.

6.5.1 La pratique et la relation thérapeutique

Cinq classes spécifiques à ce thème sont ressorties de l'analyse du discours (Alceste). Il s'agit de la pratique autour du patient, de l'aspect économique du médicament, du suicide et du changement de valeurs, de la prise en charge et de la structure ainsi que de la dépression.

6.5.1.1 La pratique autour du patient

La première classe se rapporte à la pratique autour du patient (se référer au prochain tableau pour consulter les traits lexicaux de la classe). Cette classe correspond à la manière dont le médecin dans sa pratique voit le fonctionnement du patient face à lui et particulièrement dans le cas où les enjeux font intervenir des médicaments en lien avec la dépression et les états d'anxiété. C'est donc les traits qui présentent le patient (la plus forte fréquence) et la médication qui sont centraux ici (patient $\chi^2 = 29,94$; antidépresseur $\chi^2 = 26,36$; benzodiazépine 13,21). Cette pratique est orientée en fonction de la vision que les médecins ont de leur relation avec les patients et en particulier de leur rôle qui la détermine. En effet, on doit se référer aux images généralement véhiculées concernant la relation médecin-patient dans lesquelles on montre les patients qui viennent rencontrer dans la consultation le médecin et ceci en vertu de sa compétence, ce qui crée ainsi une asymétrie dans la relation en faveur du médecin. Le discours des médecins reflète cette vision dans les verbes utilisés pour décrire les actions des patients que retiennent les médecins; les traits suivants émergent donc : venir, demander et prendre (venir $\chi^2 = 7,87$; demander $\chi^2 = 15,68$; prendre $\chi^2 = 10,73$). Par ailleurs, cette pratique pose comme centrale la question des effets secondaires qui s'attachent aussi bien du point de vue du médecin que de son patient comme il le lui manifeste. (effet $\chi^2 = 9,06$; secondaire $\chi^2 = 9,82$).

Tableau 6.5.1.1
Première classe de discours issue de l'analyse des entrevues des médecins portant sur le thème de la pratique et de la relation thérapeutique

Classe 1			
FORME	KHI2	EFFTOTCL	EFFCL
*femme	68,2	18	18
*fin3	31,26	29	18
*UL	31,15	9	9
pati+ent	29,94	15	12
*medecin3	27,42	8	8
antidepresseur+	26,36	10	9
*a1	23,77	7	7
*CLSC	23,77	7	7

Classe 1			
FORME	KHI2	EFFTOTCL	EFFCL
*medecin4	23,77	7	7
souvent	22,72	9	8
ils	19,88	24	14
demand+er	15,68	7	6
*hôpital	15,68	7	6
benzodiazepine+	13,21	4	4
non	12,37	8	6
prendre.	10,73	16	9
pouvoir.	10,58	11	7
*Ottawa	9,82	3	3
*medecin12	9,82	3	3
secondaire+	9,82	3	3
effet+	9,06	5	4
rapid+e	9,06	5	4

6.5.1.2 L'aspect économique du médicament

La seconde classe touche l'aspect économique du médicament (se référer au prochain tableau pour consulter les traits lexicaux de la classe). Cette classe se caractérise par la problématique considérée comme centrale par les médecins qui s'articule autour de la cherté du médicament. Pour indiquer cette centration sur les aspects plus économiques du médicament, les médecins utilisent des indicateurs de position du thème à travers d'une part, des termes généraux comme facteur et probable (facteur chi 2 = 24,11; probable chi 2 = 31,90) et d'autre part, des termes plus normatifs comme meilleur et niveau (meilleur chi 2 = 16,42; niveau chi 2 = 12,53). Même si le médicament est considéré comme problématique sous certains aspects, c'est le coût du médicament qui joue un rôle important dans cette classe (méдика chi 2 = 27,13) avec les termes de coût, cher, assurance (cher chi 2 = 18,94; coût chi 2 = 25,34; assur chi 2 = 9,21), et la question de l'assurance intervient, entre autre, comme facteur discriminatif dans la relation médecin-patient. Cette préoccupation s'inscrit dans une dynamique de la relation au patient liant l'observance et la prescription. En effet, les coûts des médicaments augmentent dans les sociétés occidentales en vertu de l'augmentation des prescriptions de sorte que les médecins subissent forcément de fortes pressions sociales, d'ailleurs contradictoires, pour réduire les

coûts associés à la surprescription et par ailleurs pour répondre aux demandes de plus en plus exigeantes des patients, ceci se traduit entre autre par l'utilisation de différentes déclinaisons du terme prescription (prescri chi 2 = 22,17). La surenchère dans la demande de médicament ne se justifie pas par les seuls besoins car on sait que les médecins font face à ce qu'ils appellent le problème de la compliance qui, en plus d'avoir des conséquences sur la santé entraîne des impacts économiques. La non observance coûte cher à la société et les médecins la situent comme un problème concernant souvent les patients face aux effets secondaires (compliance chi 2 = 23,71).

Tableau 6.5.1.2
Seconde classe de discours issue de l'analyse des entretiens des médecins portant sur le thème de la pratique et de la relation thérapeutique

Classe 2			
FORME	KHI2	EFFTOTCL	EFFCL
*medecin5	57,4	7	7
proba+ble	31,9	4	4
par-rapport	31,9	4	4
*a2	27,13	16	8
medica<	27,13	16	8
*fin3	26,76	29	11
cout+	25,34	10	6
facteur+	24,11	5	4
*Mixte	23,71	3	3
*medecin8	23,71	3	3
compliance	23,71	3	3
prescri<	22,17	11	6
cher+	18,94	6	4
devoir.	18,94	6	4
*mixte	16,6	27	9
meilleur+	16,42	4	3
niveau+	12,53	8	4
savoir.	12,53	8	4
est ce	12,08	5	3
dire+	10,42	9	4
approch+er	9,21	3	2
est a dire	9,21	3	2
socia+l	9,21	3	2

6.5.1.3 Le suicide et le changement de valeurs

La troisième classe porte sur le suicide et le changement de valeurs (se référer au prochain tableau pour consulter les traits lexicaux de la classe). Prenant appui sur le phénomène particulier du suicide qui est en augmentation au Québec, les médecins en situent les causes dans les bouleversements sociétaux de notre époque, qui bien sûr, peut avoir aussi un fort impact sur leur pratique. (suicide $\chi^2 = 51,92$; quebec $\chi^2 = 31,72$). Cette classe se situe au cœur de cette problématique de changement (transitif $\chi^2 = 12,63$; relatif $\chi^2 = 18,68$; revenir $\chi^2 = 18,68$) de valeurs par les traits qui en ressortent : église, croyant, société, choix et passé (église, $\chi^2 = 18,68$; croyant, $\chi^2 = 18,66$; société, $\chi^2 = 6,99$; choix, $\chi^2 = 6,99$; passé $\chi^2 = 4,38$). En indiquant la rupture des valeurs religieuses dans notre société, sans pour autant la déplorer, il semble que c'est surtout le vide qui est laissé qui devient le problème central pour les personnes (personne $\chi^2 = 14,19$) qui passent à l'acte bien que nombre des personnes sont plutôt sous antidépresseurs; les médecins retiennent en effet ces transformations dans la société comme facteur transitionnel expliquant l'ensemble de la situation.

Tableau 6.5.1.3
Troisième classe de discours issue de l'analyse des entrevues des médecins portant sur le thème de la pratique et de la relation thérapeutique

Classe 3			
FORME	KHI2	EFFTOTCL	EFFCL
suicid+er	51,92	10	9
quebec	31,72	5	5
nombre+	24,95	6	5
effectivement	20,14	7	5
eglise+	18,68	3	3
revenir.	18,68	3	3
relati+f	18,68	3	3
croy+ant	18,66	5	4
*medecin6	18,31	57	16
*clinique	15,89	61	16
personne+	14,19	12	6
trente	12,63	4	3
transiti+f	12,63	4	3
*UM	9,44	75	16

Classe 3			
FORME	KHI2	EFFTOTCL	EFFCL
ce	9,14	29	9
aspect+	9,04	5	3
choix	6,99	3	2
societe+	6,99	3	2
million+	6,99	3	2
*fin1	6,74	83	16
n	6,59	33	9
je-pense	6,11	14	5

6.5.1.4 La prise en charge et structure

La quatrième classe concerne la prise en charge et la structure (se référer au prochain tableau pour consulter les traits lexicaux de la classe). La prise en charge des patients se situe dans une organisation des soins de santé qui implique différentes formes de pratique. La prise en charge familiale occupe une place importante et correspond au concept de médecine familiale sans parvenir à répondre complètement aux besoins de la population. Les acteurs qui sont concernés sont les médecins mais aussi les patients qui sont appelés des clients, terme qui place au centre de la relation médecin-patient l'aspect économique de la relation en refoulant ainsi à la périphérie de la relation les aspects plus compassionnels. Les traits qui caractérisent le plus cette classe sont ceux de prise, charge et familiale (charge $\chi^2 = 51,01$; prise $\chi^2 = 39,37$; familial $\chi^2 = 29,23$). Ensuite, médecins et clients sont présentés comme les acteurs de la situation (medecin $\chi^2 = 27,55$; client $\chi^2 = 24,33$) qui vont devoir adapter leurs pratiques en fonction des structures (structure $\chi^2 = 19,28$) en termes de lieu ou de temporalité soit pour le lieu (programme $\chi^2 = 14,33$; etablissement $\chi^2 = 14,33$; clinique $\chi^2 = 9,62$) et pour la temporalité (ponctuel $\chi^2 = 14,33$; rendez-vous $\chi^2 = 13,94$). Enfin, la prise en charge est caractérisée par des verbes d'action dans lesquels le médecin assume cette prise en charge en offrant une disponibilité relative (repondre $\chi^2 = 14,33$; occuper $\chi^2 = 14,33$; favoriser $\chi^2 = 14,33$).

Tableau 6.5.1.4
Quatrième classe de discours issue de l'analyse des entrevues des médecins portant sur
le thème de la pratique et de la relation thérapeutique

Classe 4			
FORME	KHI2	EFFTOTCL	EFFCL
*medecin1	93,06	19	18
*Sherbrooke	93,06	19	18
*mixte	58,4	27	18
charge+	51,01	10	10
CLSC	51,01	10	10
prise+	39,37	10	9
familia+l	29,23	10	8
medecin<	27,55	21	12
client+	24,33	5	5
cela	24,33	5	5
en	22,46	48	18
structure+	19,28	4	4
clientel+16	19,28	4	4
programme+	14,33	3	3
etablissement+	14,33	3	3
occup+er	14,33	3	3
repondre.	14,33	3	3
favoris+er	14,33	3	3
ponctu+el	14,33	3	3
rendez_vous	13,94	5	4
sans	10,43	6	4
clinique+	9,62	9	5

6.5.1.5 La dépression

La cinquième classe a trait à la dépression (se référer au prochain tableau pour consulter les traits lexicaux de la classe). Dans cette classe les médecins se sont concentrés autour des problèmes liés à la dépression ce qui constitue une préoccupation importante étant donné l'augmentation considérable des cas devant lesquels les généralistes se trouvent de plus en plus. Ce secteur de leur intervention est loin d'être celui où ils sont le plus à l'aise, selon eux, et de ce fait ce secteur de leur activité participe quelque fois d'un certain malaise. Les chi 2 les plus élevés sont ceux qui énoncent la maladie en en spécifiant les formes (depressif chi 2 = 38,27; bi-polaire chi 2 = 22,53; psycho chi = 7,36; affection chi 2 = 8,52; maladie chi 2 = 12,94;

forme chi 2 = 10,75; schizo chi 2 = 6,33). Par contre, des verbes généraux visent à caractériser le dysfonctionnement de la maladie (troubl+er chi 2 = 20,09; fonctionn+er chi 2 = 13,02). Ces problèmes sont d'ailleurs la raison pour laquelle le patient (gens chi 2 = 12,25; famille chi 2 = 10,75) consulte le psychiatre (psychiatr chi 2 = 9,51).

Tableau 6.5.1.5
Cinquième classe de discours issue de l'analyse des entretiens des médecins portant sur le thème de la pratique et de la relation thérapeutique

Classe 5			
FORME	KHI2	EFFTOTCL	EFFCL
*medecin6	54,05	57	37
*clinique	46,9	61	37
depressi+f	38,27	27	22
*UM	27,87	75	37
bi_polaire+	22,53	10	10
troubl+er	20,09	9	9
*fin1	19,88	83	37
fonctionn+er	13,02	6	6
maladie+	12,94	15	11
gens	12,25	24	15
avec	12,25	24	15
*homme	11,12	94	37
forme+	10,75	5	5
famille+	10,75	5	5
psychiatr+16	9,51	7	6
hopita+l	9,01	9	7
haut+	8,52	4	4
affect+ion	8,52	4	4
psycho<	7,36	6	5
depuis	7,36	6	5
parl+er	7,22	14	9
servir.	6,33	3	3

6.5.2 L'observance et la consommation inappropriée de médicaments

L'analyse (Alceste) du thème spécifique à l'observance et la consommation inappropriée des médicaments a fait ressortir quatre classes qui seront décrites et commentées dans les prochaines sous-sections, soit la dépression et les hormones, la prescription dans la relation médecin-patient, le respect de la durée du traitement et les effets du médicament

6.5.2.1 La dépression et les hormones

La première classe se rapporte à la dépression et aux hormones (se référer au prochain tableau pour consulter les traits lexicaux de la classe). Les médecins se centrent ici sur la dépression dans laquelle ils distinguent les sexes entre eux mais y voient aussi des similarités. C'est la dépression dans ces deux cas qui est pour le médecin au centre du rapport à l'autre même si des symptômes ou d'autres maladies se greffent à la dépression. La classe est donc orientée par la dépression (dépressif chi 2 = 75,28) exprimée en fonction de l'orientation sexuelle (femme chi 2 = 82,44; homme chi 2 = 65,70). Elle est identifiée comme maladie (maladie chi 2 = 56,26) et en particulier maladie mentale à laquelle on se réfère à travers le concept de santé mentale (santé chi 2 = 52,46) avec les troubles qu'elle suscite ou qui la suscitent (burn-out chi 2 = 29,56; thyroïde chi 2 = 23,61; hormones chi 2 = 35,53) Ces troubles sont d'ailleurs quelquefois combinés dans leurs manifestations (associat chi 2 = 29,56). Enfin, leur description s'exprime par des aspects temporels et de lieu (an chi 2 = 27,17; année chi 2 = 46,48; chez moi chi 2 = 47,54), et font l'objet d'explicitations que le médecin se sent obligé de fournir comme dans le cadre de sa consultation (parler chi 2 = 44,82). Alors que les femmes sont mises davantage en avant que les hommes, les médecins font aussi une relation avec les questions hormonales qui sont mentionnées dans le discours comme une orientation pour l'intervention liée à la dépression, question aussi de santé mentale.

Tableau 6.5.2.1

Première classe de discours issue de l'analyse des entretiens des médecins portant sur le thème de l'observance et de la consommation inappropriée de médicaments

Classe 1			
FORME	KHI2	EFFTOTCL	EFFCL
*medecin6	244,27	89	61
*clinique	132,65	150	65
*UM	83,99	213	69
femme+	82,44	20	17
depressi+f	75,28	47	27
homme+	65,7	11	11
maladie+	56,26	40	22

Classe 1			
FORME	KHI2	EFFTOTCL	EFFCL
sante+	52,46	11	10
chez_moi	47,54	8	8
annee+	46,48	10	9
parl+er	44,82	33	18
*femme	43,48	298	72
*fin1	40,3	285	69
hormones	35,53	6	6
burn_out	29,56	5	5
associat<	29,56	5	5
effectivement	28,8	7	6
an+	27,17	20	11
glande+	23,61	4	4
diminu+er	23,61	4	4
thyroide	23,61	4	4
*homme	22,24	395	77
age+	18,57	15	8

6.5.2.2 La prescription dans la relation médecin-patient

La seconde classe se rapporte à la prescription dans la relation médecin-patient (se référer au prochain tableau pour consulter les traits lexicaux de la classe). Les questions concernant l'observance font largement intervenir les conditions dans lesquelles se déroule la relation médecin-patient qui demeure avec certaines ambiguïtés au-delà du rééquilibrage des pouvoirs au sein même de la relation. C'est pourquoi le rôle des acteurs et leur relation est fondamental dans cette question ce que les médecins vont exprimer à travers leur discours en mentionnant plus fortement autant au plan du chi 2 que de la fréquence les partenaires de cette relation (médecin chi 2 = 14,95; pharmac chi 2 = 7,68; patient chi 2 = 11,16). Cette triade semble, par les relations qu'elle établit, capable d'exercer un contrôle du problème (problem chi 2 = 7,58) de l'observance et de la surconsommation à travers la prescription (prescri chi 2 = 13,14) du médicament vu ici en tant que pilule (pilule chi 2 = 10,53) car c'est suite au fait que le patient se déplace pour rencontrer le médecin (venir chi 2 = 8,55; rendez-vous chi 2 = 6,94) que celui-ci peut intervenir en fonction de ses demandes, en voyant ce qui est un réel besoin (besoin chi 2 = 8,30) en comparaison avec une pression (pression chi 2 = 8,98) induite. Voir et questionner occupent alors une place centrale, ils représentent la vigilance, la perspicacité et la

responsabilité du médecin (voir chi 2 = 10,68; demander chi 2 = 7,26). Enfin, cette vigilance doit s'exercer tout particulièrement en ce qui concerne la surconsommation qui vient de différentes prescriptions faites par plusieurs médecins qui s'ignorent entre eux, le patient ne fournissant pas forcément l'information requise d'un médecin à l'autre.

Tableau 6.5.2.2
Seconde classe de discours issue de l'analyse des entrevues des médecins portant sur le thème de l'observance et de la consommation inappropriée de médicaments

Classe 2			
FORME	KHI2	EFFTOTCL	EFFCL
*a3	22,25	184	149
*fin3	20,64	301	229
medecin<	14,95	92	78
prescri<	13,14	92	77
*Mixte	12,48	54	48
*medecin8	12,48	54	48
pati+ent	11,16	135	107
moi	11,12	95	78
voir.	10,68	116	93
pilule+	10,53	21	21
moment+	9,5	19	19
*medecin7	9,04	51	44
pression+	8,98	18	18
venir.	8,55	62	52
a	8,4	345	249
besoin+	8,3	32	29
je	7,9	267	196
pharmac<	7,68	26	24
problem<	7,58	75	61
demand+er	7,26	51	43
sans	7,19	25	23
*Ottawa	7,13	34	30
*medecin12	7,13	34	30
rendez_vous	6,94	14	14

6.5.2.3 Le respect de la durée du traitement

La troisième classe concerne le respect de la durée du traitement (se référer au prochain tableau pour consulter les traits lexicaux de la classe). Dans l'observance une des difficultés pour le contrôle par le médecin est la durée du traitement; d'ailleurs dans certains cas il est

nécessaire de prendre tout le traitement indépendamment de l'amélioration de la condition; c'est le cas des antibiotiques. L'autre difficulté est celle de devoir poursuivre alors même que les effets secondaires sont difficilement supportables. Le problème du respect de la durée du traitement est central à cette classe, c'est donc le rôle du traitement dans ses modalités de réalisation et dans son respect total qui est ici impliqué (traitement 61,09) particulièrement dans le cas des antibiotiques (antibiotique chi 2 = 20,59). Les traits d'interruption sont les plus marqués, avec le plus haut chi 2 (arreter chi 2 = 106,52; arrete chi 2 = 22,64). On trouve ensuite les relations à la durée dont la continuité peut être interrompue ou tout au moins mal suivie par rapport aux consignes du médecin ou du pharmacien ou encore de la posologie (durée chi 2 = 60,86; long chi 2 = 45,65; temps chi 2 = 23,84; terme chi 2 = 28,46). Les causes de l'interruption se révèlent être, entre autres, bien souvent les effets secondaires (effet chi 2 = 88,16; secondaire chi 2 = 65,73; mauvais chi 2 = 33,25). Les aspects négatifs apparaissent comme dominants en nombre de fois mentionnés par rapport aux effets bénéfiques (benefique chi 2 = 24,31); ce qui tend à expliquer la raison pour laquelle il est moins évident pour le patient de poursuivre le traitement dans ces conditions, étant donné qu'il sent que le résultat est obtenu quand la situation est très tôt améliorée ou quand les effets secondaires sont insupportables. Pourtant, il est important que le traitement soit poursuivi (important chi 2 = 41,40), ce que les médecins mentionnent avec insistance et ce qui constitue une part importante de leur travail, soit de persuader le patient en lui expliquant la nécessité de respecter la posologie complètement surtout dans le cas des antibiotiques (respecter chi 2 = 22,63; complet chi 2 = 22,64).

Tableau 6.5.2.3

Troisième classe de discours issue de l'analyse des entretiens des médecins portant sur le thème de l'observance et de la consommation inappropriée de médicaments

Classe 3			
FORME	KHI2	EFFTOTCL	EFFCL
arret+er	106,52	16	15
effet+	88,16	59	29
secondaire+	65,73	48	23

Classe 3			
FORME	KHI2	EFFTOTCL	EFFCL
traitement+	61,09	54	24
duree+	60,86	8	8
long+	45,65	10	8
import+ant	41,4	28	14
mauvais+	33,25	10	7
terme+	28,46	14	8
benefique+	24,31	7	5
temps	23,84	57	18
complet+	22,64	5	4
arrete+	22,64	5	4
respect+er	22,63	3	3
antibiotique+	20,59	56	17
expliqu+er	19,31	43	14
medica<	18,17	142	31
crainte+	17,62	6	4
ag+ir	16,9	9	5
sentir.	16,9	9	5
jour+	13,69	26	9
possi+ble	13,37	14	6
prendre.	12,98	130	27

6.5.2.4 Les effets du médicament

La quatrième classe porte sur les effets du médicament (se référer au prochain tableau pour consulter les traits lexicaux de la classe). Quand il s'agit pour le médecin d'énumérer les causes de la non observance, celle qui est mise en avant de manière très forte autant par le chi 2 que par la fréquence est, en effet, les effets secondaires qui sont nettement ressortis avec le terme effet d'une part (effet chi 2 = 158,27) et le terme secondaires d'autre part (secondaires chi 2 = 168,97). Ensuite le chi 2 est nettement plus réduit pour les autres mots qui jouent un rôle dans cette classe. Si le médicament (médica chi 2 = 40,31) est envisagé comme un instrument actif de guérison (réussir chi 2 = 59,98; marche chi 2 = 50,97; efficace chi 2 = 19,60) il est aussi, dans la manière dont les médecins s'expriment, un danger (danger chi 2 = 31,06) ou implique tout au moins l'idée qu'il est nécessaire de faire attention (attentif chi 2 = 26,27). En d'autres termes, on pourrait référer ici au principe de précaution et à la nécessité que la prise des médicaments soit intégrée dans le cadre de vie pour être acceptée (intégrer chi 2 = 18,64). De

plus, le problème se pose car les effets secondaires sont d'une part une cause principale (cause $\chi^2 = 37,61$; principal $\chi^2 = 37,47$) de la non observance et d'autre part ils ne sont pas toujours connus et peuvent se révéler sur le long terme (indéchiffrable $\chi^2 = 19,08$), ce qui a une certaine incidence économique en amont dans la mise en marché du médicament mais aussi en aval dans le suivi (cout $\chi^2 = 19,64$; le marché est ici aussi mentionné de sorte que le terme est utilisé dans le sens de marché et dans le sens de fonctionner). Cette question de l'observance dont les effets secondaires en sont une des déterminations s'établit sur deux aspects; l'efficacité ou la réussite. On comprend bien que si l'efficacité est moindre et les inconvénients importants il y aura moins d'observance, il y a là une vision de type causale (vision $\chi^2 = 18,64$). De la même façon, la non observance a aussi des effets qui peuvent être dangereux. Les médecins ici montrent les caractéristiques doubles du médicament, d'une part c'est un instrument de guérison à condition de respecter les modes de consommation, mais c'est aussi source d'incidents plus ou moins fâcheux étant donné les impératifs de dose et de mode temporel de prise du médicament. La mécanique complexe du médicament transparaît assez bien dans les traits de la classe. Ainsi, l'opposition médicament comme élément de la guérison et comme possibilité de danger illustre bien le dualisme à saveur normative et fonctionnel qui s'impose ici.

Tableau 6.5.2.4

Quatrième classe de discours issue de l'analyse des entretiens des médecins portant sur le thème de l'observance et de la consommation inappropriée de médicaments

Classe 4			
FORME	KHI2	EFFTOTCL	EFFCL
secondaire+	168,97	48	24
effet+	158,27	59	26
reuss+ir	59,98	4	4
marche+	50,97	7	5
troisieme<	43,45	8	5
medica<	40,31	142	25
cause+	37,61	9	5
principa+l	37,47	6	4
danger+	31,06	7	4

Classe 4			
FORME	KHI2	EFFTOTCL	EFFCL
*hôpital	27,57	196	27
attenti+f	26,27	8	4
cout+	19,64	6	3
efficac+e	19,6	10	4
indechiffrable+	19,08	15	5
vision+	18,64	3	2
integr+er	18,64	3	2
par-contre	18,64	3	2
evid+ent	16,06	7	3
vie+	15,86	17	5
risque+	15,19	12	4
deuxieme+	13,5	13	4
prise+	13,39	8	3

6.5.3 La prescription pour les femmes et les personnes âgées

L'analyse (Alceste) du thème d'entrevue des médecins portant sur la prescription pour les femmes et personnes âgées a révélée cinq classes spécifiques à ce thème qui font l'objet des prochaines sous-sections. Il s'agit de la prescription des antibiotiques, de la douleur en fonction de l'âge, du patient-client dans la société, des symptômes du vieillissement et de la consultation en fonction du genre (homme-femme) de la clientèle.

6.5.3.1 La prescription des antibiotiques

La première classe concerne la prescription des antibiotiques (se référer au prochain tableau pour consulter les traits lexicaux de la classe). Dans cette classe, les médecins évoquent le problème de la prescription et plus particulièrement des antibiotiques. Ce problème est relié à deux aspects importants de ce type de médicament, le premier est celui de la détermination technique de la présence d'une situation virale ou non, ce qui n'est pas toujours facile pour le médecin à mettre en évidence; quant au second il s'agit de la pression des parents, dans le cas des enfants avec des otites en particulier. C'est pourquoi on retrouve au premier plan un verbe de communication (dire chi 2 = 21,08; faire (dans le sens de faire valoir) faire chi 2 = 9,55) car le médecin doit ici persuader le patient, ou en l'occurrence le parent, de prendre ou non un

antibiotique; la difficulté réside, entre autre, dans le fait que le médecin rencontre non pas un patient mais sa clientèle (clientel chi 2 = 14,44) comme il le dit au bureau (bureau chi 2 = 12,19). On a déjà eu l'occasion de mentionner le caractère économique de ce terme clientèle, d'ailleurs accentué par le terme bureau qui est utilisé par le médecin et renvoie, à l'arrière plan, au rapport plus compassionnel que la fonction suppose souvent. La clientèle se déplace pour voir le médecin ce qui la place encore une fois en situation de vulnérabilité dans la relation, ce qui est exprimé indirectement par le verbe voir (voir chi 2 = 6,30). De plus, la clientèle est composite et la relation est alors plus complexe, ce que le médecin ne manque pas de souligner puisque le parent supervise la relation dont l'enfant constitue, en fait, le tiers (jeune chi 2 = 18,73; enfant chi 2 = 5,54). Les enjeux qui se tissent dans la relation sont, en fait, autour de la question de présence ou non de bactéries ou de virus, ce que le médecin n'est pas toujours en mesure de juger et pour cela, deux termes sont en relation; le phénomène et le traitement à donner (viral chi 2 = 9,04; antibiotique chi 2 = 8,25; donner chi 2 = 8,25), la difficulté est accentuée avec le problème des confusions qu'il peut rencontrer et qui sont présentes dans le public à ce propos.

Tableau 6.5.3.1
Première classe de discours issue de l'analyse des entrevues des médecins portant sur le thème de la prescription pour les femmes et les personnes âgées

Classe 1			
FORME	KHI2	EFFTOTCL	EFFCL
dire+	21,08	9	8
*clinique	19,08	16	11
*medecin10	19,08	16	11
jeune+	18,73	6	6
clientel+16	14,44	7	6
*UM	13,24	19	11
bureau+	12,19	4	4
faire.	9,55	11	7
dire.	9,55	11	7
viral+	9,04	3	3
j	8,69	14	8
donn+er	8,25	5	4
J	8,25	5	4
antibiotique+	8,25	5	4
toute	8,25	5	4
ai	7,02	10	6

Classe 1			
FORME	KHI2	EFFTOTCL	EFFCL
*fin1	6,43	46	17
voir.	6,3	8	5
arriv+er	5,71	6	4
eu+	5,71	6	4
enf+ant	5,54	11	6
sans	5,38	4	3
*homme	4,72	49	17

6.5.3.2 La douleur en fonction de l'âge

La seconde classe concerne la douleur en fonction de l'âge (se référer au prochain tableau pour consulter les traits lexicaux de la classe). Les médecins se concentrent dans cette classe sur les conséquences du phénomène du vieillissement. Ce phénomène apporte avec lui sa kyrielle de souffrances et de douleurs, de sorte que comme dans la classe précédente, alors que le terme bactérie était associé à antibiotique, douleur est ici associée à anti-inflammatoire. Le caractère individualisé de la douleur peut transparaître par le fait que le trait premier de la classe n'est autre que cas (cas chi 2 = 16,74) et ensuite se confirme dans le terme personne dont la fréquence est la plus élevée dans la classe (personne chi 2 = 9,41). Le second trait est douleur (douleur chi 2 = 12,18) qui en fait joue un rôle central dans la classe en articulant l'acteur au phénomène dans lequel il est impliqué et le moyen utilisé par le médecin pour faire son intervention soit l'anti-inflammatoire (anti-inflammatoire chi 2 = 8,53). La situation dans cette association comporte toutefois une nuance dans le fait que le verbe demander peut correspondre à la prise de conscience par le médecin qu'il doit tenir compte de l'être souffrant (demander chi 2 = 7,96).

Tableau 6.5.3.2

Seconde classe de discours issue de l'analyse des entrevues des médecins portant sur le thème de la prescription pour les femmes et les personnes âgées

Classe 2			
FORME	KHI2	EFFTOTCL	EFFCL
cas	16,74	5	4
douleur+	12,18	9	5
personne+	9,41	14	6
anti_inflammatoire+	8,53	11	5
demand+er	7,96	5	3
vraiment	6,35	9	4
*medecin5	6,17	3	2
ca	5,21	23	7
*UM	4,71	19	6
age+	4,71	19	6
aller.	4,62	24	7
phenomene+	3,78	4	2
evidemment	3,78	4	2
fatigue	3,78	4	2
pratique+	3,78	4	2
jamais	3,78	4	2
je	3,16	27	7
est	2,98	59	12
trouv+er	2,41	5	2
m	2,41	5	2
*a2	2,41	5	2
avait	2,41	9	3
sur	2,41	9	3
gens	2,12	19	5

6.5.3.3 Le patient-client dans la société

La troisième classe porte sur le patient-client dans la société (se référer au prochain tableau pour consulter les traits lexicaux de la classe). Les médecins sont confrontés à la nécessité d'exercer un contrôle sur la consommation des médicaments et en particulier chez les personnes âgées car, que ce soit avec les antidépresseurs ou les anti-inflammatoires, il existe un certain nombre de complications qui peuvent apparaître, dont les interactions médicamenteuses et le fait que les patients peuvent refuser ces médicaments. Le médecin est alors placé face à un dilemme, comme par exemple l'un d'eux qui mentionne morphine ou anti-inflammatoire. Par ailleurs, les prescriptions ne sont pas forcément suivies; on connaît les

prescriptions mais moins les véritables consommations et encore moins comment se fait le suivi de la posologie. Le souci du patient est encore au cœur de cette classe et, comme on l'a vu, c'est le trait client qui est utilisé et non patient (client chi 2 = 22,73), chi 2 le plus élevé de la classe. En fait, cette classe est situationnelle (situation chi 2 = 22,12), plaçant le client au cœur de la relation médecin-patient, tandis que le médecin, dans cette relation, occupe une place en vis-à-vis, seulement à travers l'action qui pour lui est centrale dans la relation, soit l'ordonnance de la prescription (prescri chi 2 = 19,18) et avec elle l'objet qui est prescrit et qui est à prendre (medica chi 2 = 10,40; prendre chi 2 = 9,07). C'est sans doute la zone la plus sensible du diagnostic, l'examen clinique, la communication n'apparaissant que très peu dans le cadre de l'ensemble des entrevues des médecins. Cette situation ne place pas des partenaires égalitaires en scène mais plutôt elle les place dans une relation déséquilibrée par le fait que le patient, en se déplaçant, occupe alors une position insécurisante (aller chi 2 = 20,68). Par contre le médecin doit faire face aux limites de son action dans la mesure où il peut être écouté ou non, le degré d'acceptation par le patient de la prescription n'est finalement pas sous son contrôle, ce dont il est conscient, les assurances jouant d'ailleurs un certain rôle dans cette prise de conscience (assur chi 2 = 8,60). De plus, la crainte des complications montre que le médecin est loin de tout contrôler dans la situation (complication chi 2 = 5,84).

Tableau 6.5.3.3

Troisième classe de discours issue de l'analyse des entrevues des médecins portant sur le thème de la prescription pour les femmes et les personnes âgées

Classe 3			
FORME	KHI2	EFFTOTCL	EFFCL
client+	22,73	5	5
situation+	22,12	7	6
aller.	20,68	24	12
prescri<	19,18	10	7
*medecin1	13,09	30	12
*Sherbrooke	13,09	30	12
annee+	12,9	5	4
medica<	10,4	11	6
*mixte	10,39	33	12

Classe 3			
FORME	KHI2	EFFTOTCL	EFFCL
avoir	9,58	6	4
prendre.	9,07	15	7
assur<	8,6	4	3
complication+	5,84	5	3
ou	5,8	22	8
accept+er	4,62	3	2
peut-etre	4,62	3	2
antidepresseur+	4,26	9	4
peu	4,26	9	4
qu+	4,19	75	17
mon	4,06	6	3
a	4,02	61	15
*fin1	3,18	46	12
s	2,85	7	3
malade+	2,64	4	2
vouloir.	2,64	4	2
*homme	2,2	49	12

6.5.3.4 Les symptômes du vieillissement

La quatrième classe a trait aux symptômes du vieillissement dans la société (se référer au prochain tableau pour consulter les traits lexicaux de la classe). Ici la classe correspond aux problèmes qu'apporte le vieillissement, celui-ci est exprimé d'abord en soulignant fortement qu'il y a problème de santé prédominant (problem chi 2 = 30,77; santé chi 2 = 12,42; enorme chi 2 = 6,85) et par les termes vieille (vieill chi 2 = 11,20), fatigue (fatigue chi 2 = 4,28), arthrose et degré réduit d'activité (action chi 2 = 8,98). Ces problèmes sont couramment traités par les anti-inflammatoires, la façon actuelle de traiter ce type de syndromes ou même ces symptômes, mais ils sont aussi couramment en relation avec des problèmes de dépression (depressif chi 2 = 4,45); d'une certaine façon on voit ici la médicalisation du processus naturel du vieillissement par l'utilisation d'une terminologie médicale en termes de syndrome et de symptômes (symptome chi 2 = 18,41). Ces symptômes doivent évidemment reconnus et enfin admis (admettre chi 2 = 6,85), car ils sont la cause (cause chi 2 = 4,28) de douleur et d'ennuis sérieux de santé auxquels on doit être attentif (attentif chi 2 = 4,28). Cette position montre bien combien la médicalisation du vieillissement est forte dans l'esprit du corps médical.

Tableau 6.5.3.4

Quatrième classe de discours issue de l'analyse des entrevues des médecins portant sur le thème de la prescription pour les femmes et les personnes âgées

Classe 4			
FORME	KHI2	EFFTOTCL	EFFCL
problem<	30,77	18	10
symptom<	18,41	5	4
sante+	12,42	4	3
vieill<	11,2	7	4
act+ion	8,98	8	4
niveau+	7,28	9	4
admettre.	6,85	3	2
enorm+e	6,85	3	2
ailleurs	6,85	3	2
depressi+f	4,45	16	5
fatigue	4,28	4	2
attenti+f	4,28	4	2
cause+	4,28	4	2
tantot	4,28	4	2
demand+er	2,8	5	2
attendre.	2,8	5	2
elles	2,8	5	2
personne+	2,68	14	4
n	2,68	14	4
pas	2,62	37	8
ont	2,2	10	3
plus-d<	2,2	10	3

6.5.3.5 La consultation en fonction du genre (homme-femme) de la clientèle

La cinquième classe porte sur la consultation en fonction du genre (homme-femme) de la clientèle (se référer au prochain tableau pour consulter les traits lexicaux de la classe). Les patients ne consultent pas également le médecin. Il est coutume de dire que les femmes consultent davantage car elles sont plus attentives à leur corps en vertu des phénomènes de procréation, dont le contrôle exige une attention particulière, de même que les problèmes de menstruation. Il existe aussi une littérature abondante qui les encouragerait en ce sens. Les changements organiques spécifiques de la femme, du point de vue des médecins sont autant de raisons qui conduisent les femmes à consulter davantage. Les traits de cette classe concernent au premier chef la dénomination des acteurs concernés en tant que patient (femme

chi 2 = 43,55; homme chi 2 = 17,71) et les femmes y occupent une place centrale, d'ailleurs souvent en comparaison avec les hommes, les chi 2 étant très distants ainsi que les fréquences. Cette prévalence de la femme qui consulte est ensuite justifiée d'une part, par les conditions de vie des femmes qui ont le double fardeau du travail, d'ailleurs souvent moins rémunéré, et des tâches ménagères à la maison et avec d'autre part les enfants et ce, lié au fait que la femme est plus à l'écoute de son corps que l'homme. Les arguments qui vont dans ce sens et s'ajoutent à ces considérations sont le contrôle des naissances qui permet une libération de la femme en restreignant les effets négatifs des grossesses incontrôlées et les changements périodiques impliqués dans le processus de la menstruation. Ainsi, le travail est important dans la dynamique qui pousse la femme à plus consulter pour être peut-être plus performante (travail chi 2 = 8,40).

Tableau 6.5.3.5
Cinquième classe de discours issue de l'analyse des entrevues des médecins portant sur le thème de la prescription pour les femmes et les personnes âgées

Classe 5			
FORME	KHI2	EFFTOTCL	EFFCL
femme+	43,55	19	16
homme+	17,71	8	7
*femme	17,1	41	19
*hôpital	15,35	39	18
*fin2	13,73	37	17
*McGill	13,73	37	17
fait	12,3	12	8
il-y-a<	10,28	24	12
*medecin14	9,15	22	11
travail<	8,4	7	5
oui	8,4	7	5
aussi	7,82	12	7
parce-qu<	7,02	10	6
vie+	5,71	6	4
exterieur+	5,38	4	3
approch+er	3,98	7	4
depressi+f	3,39	16	7
parl+er	3,3	5	3
elles	3,3	5	3
tache+	2,76	3	2
moins	2,76	8	4
quand-meme	2,76	3	2

Classe 5			
FORME	KHI2	EFFTOTCL	EFFCL
*a3	2,69	17	7
d	2,12	43	14
puis	2,02	6	3
maintenant	2,02	6	3
autre+	2,02	6	3

6.5.4 Le diagnostic et le traitement

Le thème relatif au diagnostic et au traitement qui a été abordé dans les entrevues réalisées auprès des médecins a produit, lors de l'analyse (Alceste), les quatre classes lexicales suivantes : le diagnostic et les parents, le diagnostic et les soins de la dépression, la formation continue et enfin le diagnostic et les problèmes liés au temps. Ces quatre classes feront l'objet des prochaines sous-sections.

6.5.4.1 Le diagnostic et les parents

La première classe concerne le diagnostic et les parents (se référer au prochain tableau pour consulter les traits lexicaux de la classe). Cette classe met en scène les acteurs principaux qui sont impliqués dans le diagnostic, les personnes et leur contribution à l'acte jouant un rôle de premier plan; ce qui conduit en quelque sorte à une vision sociale de cette fonction qui, couramment, est attribuée au seul savoir du médecin alors qu'au contraire certains auteurs insistent sur cet espace thérapeutique dans lequel la maladie est construite par les deux acteurs, en l'occurrence le médecin et le patient (voir les travaux de Grossen). Les acteurs occupent ainsi les premiers traits (parent $\chi^2 = 51,69$; docteur $\chi^2 = 51,69$; enfant $\chi^2 = 41,45$; petit $\chi^2 = 34,20$ ou encore malade $\chi^2 = 15,82$) et l'action qui lie ces acteurs arrive ensuite (diagnostiquer $\chi^2 = 36,52$). À travers le discours des médecins se profilent différents aspects indirectement présents, mais souvent cachés derrière les avatars de la relation médecin-patient, celui-ci présentant au médecin des difficultés majeures car à la recherche de réponse (demander $\chi^2 = 12,73$) pour être soulagé, aidé (soulager $\chi^2 = 25,90$; aide $\chi^2 =$

25,90) alors que d'autres ressources comme l'école pourraient plus adéquatement répondre à ces besoins (ressource chi 2 = 25,90). Selon ces médecins, cette position s'exprime d'ailleurs par le verbe je trouve (trouver chi 2 = 20,21). Le besoin de trouver les ressources adéquates est justifié étant donné que la plupart de ces enfants ne sont pas vraiment malades, ils sont même normaux selon ces médecins (majorité chi 2 = 19,99; habitude chi 2 = 14,34; normal chi 2 = 20,64).

Tableau 6.5.4.1
Première classe de discours issue de l'analyse des entrevues des médecins portant sur le thème du diagnostic et du traitement

Classe 1			
FORME	KHI2	EFFTOTCL	EFFCL
*medecin7	170,73	47	38
*UL	114,58	76	42
*a3	68,58	91	39
parent+	51,69	12	11
docteur+	51,69	12	11
vous	42,48	26	16
enf+ant	41,45	14	11
diagnostiqu+er	36,52	7	7
petit+	34,2	21	13
*fin1	30,68	133	39
aide+	25,9	5	5
ressource+	25,9	5	5
soulag+er	25,9	5	5
*hôpital	23,93	139	38
comment	21,68	10	7
norma+l	20,64	4	4
trouv+er	20,21	13	8
majorite+	19,99	6	5
votre	19,99	6	5
parce-qu<	17,65	62	21
malade+	15,82	7	5
attenti+f	14,99	5	4

6.5.4.2 Le diagnostic et les soins de la dépression

La deuxième classe concerne le diagnostic et les soins de la dépression (se référer au prochain tableau pour consulter les traits lexicaux de la classe). Les trois premiers termes qui ressortent dans cette classe en chi 2 et en fréquence sont ceux de dépressif, antidépresseur et symptôme (depressif chi 2 = 82,02; antidépresseur chi 2 = 53,93; symptom chi 2 = 39,80) ce qui d'emblée situe la classe par rapport au diagnostic et aux soins de la dépression. Les médecins indiquent leurs difficultés à établir des modes d'intervention (intervention chi 2 = 19,61) adaptés compte tenu des types de symptômes et de situation (situation chi 2 = 18,91), des modes de relation à établir avec leurs patients et le fait qu'il s'agit d'aspect d'ordre psychologique, ce qui ne les rend pas forcément à l'aise avec cette situation, plusieurs termes l'indiquent (psycholog chi 2 = 18,91; psycho chi 2 = 14,16; aspect chi 2 = 14,66); l'idée de cas résume assez bien la problématique. Le médecin est face à des cas et non pas face à des maladies ou formes de symptômes standards, il doit donc passer de connaissances générales sur la maladie à son patient qui lui est particulier (cas chi 2 = 21,65; critère chi 2 = 14,16) afin de parvenir à une solution efficace qui reste sa priorité (efficace chi 2 = 18,91; vraiment chi 2 = 11,40). Il doit ainsi répondre toujours à des questions chaque fois renouvelées (question chi 2 = 11,28). Certes, une constante se manifeste dans la durée, on parle ici d'année (an chi 2 = 14,90) et non de mois, ce qui fait référence à une typologie de maladie et de traitement plus difficile à gérer dans la continuité et donc un type de médecin qui doit s'adapter à un phénomène qui s'impose de plus en plus.

Tableau 6.5.4.2
Deuxième classe de discours issue de l'analyse des entretiens des médecins portant sur le thème du diagnostic et du traitement

Classe 2			
FORME	KHI2	EFFTOTCL	EFFCL
depressi+f	82,02	16	16
antidépresseur+	53,93	15	13
symptom<	39,8	8	8
elle	29,58	22	13
était	29,18	25	14
cas	21,65	12	8

Classe 2			
FORME	KHI2	EFFTOTCL	EFFCL
intervention+	19,61	4	4
situation+	18,91	6	5
efficac+e	18,91	6	5
psycholog+16	18,91	6	5
an+	14,9	7	5
aspect+	14,66	3	3
critere+	14,16	5	4
psycho<	14,16	5	4
*clinique	13,47	22	10
vraiment	11,4	17	8
question+	11,28	11	6
rien	11,28	11	6
troubl+er	10,59	6	4
anti_inflammatoire+	10,59	6	4
*medecin6	10,57	21	9

6.5.4.3 La formation continue

La troisième classe a trait à la formation continue (se référer au prochain tableau pour consulter les traits lexicaux de la classe). La formation continue est abordée ici du point de vue de ceux qui la donnent, de son financement et des règles qui l'encadrent. Le discours ici est évidemment à considérer en fonction des polémiques qui entourent cette question. Quels sont les conflits d'intérêt que l'on rencontre dans cette situation de la formation continue? Les compagnies sont-elles là que pour vendre leurs produits? Ces questions quoique très présentes ne sont qu'indirectement abordées, mais le terme de compagnie et de produit, dont les produits naturels, qui apparaissent en premier dans la classe pour leurs chi 2 et leurs fréquences, n'est pas sans indiquer que le rôle des compagnies pharmaceutiques est dans tous les esprits et apportent une pointe de discrédit (compagnie chi 2 = 76,96; pharmac chi 2 = 24,20; industri chi 2 = 15,84; produit chi 2 = 53,12; naturel chi 2 = 21,19). À celles-ci s'ajoutent d'autres responsables de la formation continue, c'est-à-dire les universités (universit chi 2 = 32,02). Les modes de présentation de la formation sont exprimés par plusieurs traits qui sont : spécialité, enseignement, conférence et thème (spécialite chi 2 = 32,02; enseignement chi 2 = 26,59; conférence chi 2 = 25,40; thème chi 2 = 21,19) alors que des verbes précisent la manière dont

les responsables s'acquittent de cette charge (inviter chi 2 = 26,59; organiser chi 2 = 21,19). Ensuite plusieurs traits font allusion aux régulations, mais en dernier lieu et avec une représentation plus réduite dans la classe (regle chi 2 = 21,19; code chi 2 = 21,19; régulier chi 2 = 16,31). Pourtant, les débats ont mis ces derniers points au cœur même des nombreuses remises en question auxquelles fait face le corps médical.

Tableau 6.5.4.3
Troisième classe de discours issue de l'analyse des entrevues des médecins portant sur le thème du diagnostic et du traitement

Classe 3			
FORME	KHI2	EFFTOTCL	EFFCL
compagnie+	76,96	14	14
produit+	53,12	12	11
*medecin14	51,03	54	26
specialite+	32,02	6	6
universit<	32,02	6	6
*Mixte	30,83	32	16
*medecin8	30,83	32	16
*fin2	28,86	72	26
enseignement+	26,59	5	5
invit+er	26,59	5	5
*mcgill	25,45	76	26
conferenc+e	25,4	14	9
pharmac<	24,2	20	11
*a4	22,41	80	26
regle+	21,19	4	4
theme+	21,19	4	4
organis+er	21,19	4	4
code+	21,19	4	4
naturel+	21,19	4	4
regulier+	16,31	7	5
cours	15,84	3	3
industri<	15,84	3	3

6.5.4.4 Le diagnostic et les problèmes liés au temps

La quatrième classe concerne le diagnostic et les problèmes liés au temps (se référer au prochain tableau pour consulter les traits lexicaux de la classe). Le diagnostic est un acte du médecin qui prend place au sein de la relation médecin-patient. Cette classe positionne la situation en termes d'acteurs en place, de conditions temporelles, de capacité de gestion. En ce

qui concerne les acteurs le médecin qui a la responsabilité principale dans le diagnostic occupe la première place de la classe en chi 2 et fréquence (medecin chi 2 = 29,98; psychiatr chi 2 = 7,53) tandis que le patient est en troisième position (patient chi 2 = 13,61; personne chi 2 = 7,08). Cette hiérarchie correspond assez bien à l'unidirectionnalité de la relation. La situation n'est pas standardisée étant donné les lieux différents (comme en clinique chi 2 = 6,04) dans lesquels elle prend place mais elle est toujours marquée par le manque de temps qui, tant du point de vue du médecin que de celui du patient, est ainsi problématique. Son importance est signifiée par le fait que le terme de temps est récurrent, avec un second chi 2 élevé (temps chi 2 = 27,28; minute chi 2 = 5,02), et qu'il y a nécessité de prendre son temps (prendre chi 2 = 10,87; necessaire chi 2 = 4,69) pour fournir les informations nécessaires (information chi 2 = 8,37; parler chi 2 = 4,69) mais aussi le manque de médecins est indiqué par les médecins (rare chi 2 = 5,02).

Tableau 6.5.4.4
Quatrième classe de discours issue de l'analyse des entretiens des médecins portant sur le thème du diagnostic et du traitement

Classe 4			
FORME	KHI2	EFFTOTCL	EFFCL
medecin<	29,98	52	44
temps	27,28	47	40
*mixte	21,14	60	46
*UM	20,75	67	50
*homme	14,08	122	77
pati+ent	13,61	50	37
*medecin5	11,81	30	24
*a1	11,71	15	14
*CLSC	11,71	15	14
*medecin4	11,71	15	14
prendre.	10,87	42	31
*medecin2	10,39	17	15
facon+	9,17	9	9
informat+ion	8,37	18	15
tu	8,09	26	20
non	7,56	28	21
psychiatr+16	7,53	11	10
personne+	7,08	7	7
trois	6,52	10	9
*a2	6,23	64	41

Classe 4			
FORME	KHI2	EFFTOTCL	EFFCL
clinique+	6,04	6	6

6.5.5 Les stéréotypes, les tabous et l'éducation des patients

Quatre classes ont été dégagées de l'analyse (Alceste) du thème relatif aux stéréotypes, aux tabous et à l'éducation des patients. Il s'agit de l'éducation au patient, l'information, la prescription et le lien médecin-patient ainsi que la clientèle qui feront l'objet des prochaines sous-sections.

6.5.5.1 L'éducation du patient

La première classe concerne l'éducation du patient (se référer au prochain tableau pour consulter les traits lexicaux de la classe). Il est souvent indiqué que les médecins ne fournissent que très peu d'informations à leurs patients, faute de temps mais aussi de rupture de communication; le patient ne pouvant comprendre la complexité des phénomènes physiologiques et pathologiques et le médecin n'étant pas à même de vulgariser ou même de communiquer. Certes, ce stéréotype est partagé par nombre de gens de toutes sortes, mais comment les médecins se situent-ils dans ce cadre de la relation médecin-patient ? La réponse semble se situer dans cette classe autour de l'éducation du patient qui veut montrer la préoccupation des médecins à rendre leur message intelligible et à augmenter la capacité du patient à se prendre en charge. Alors que le trait qui se détache le plus dans cette classe est celui de la demande (demander $\chi^2 = 36,38$), on peut imaginer que les médecins sont conscients de la nécessité de prendre davantage en compte leur patient afin de leur expliquer ce qui se passe, indirectement leur patient est dans une posture de dépendance car le médecin sait qu'il constitue la ressource incontournable, ce qui a forcément un impact sur la relation. Toutefois, ce qui marque cette classe reste l'éducation du patient (education $\chi^2 = 18,25$; patient $\chi^2 = 16,52$) tributaire de la demande du patient, comme si implicitement le médecin

sentait la nécessité de réajuster sa pratique autour du patient au lieu de se camoufler derrière l'approche techniciste qui a prévalu dans les années antérieures. Alors que l'éducation du patient implique une approche individualisée centrée sur les différents types de patient (cela dépend, expression qui exprime cette idée, dépendre chi 2 = 14,52), il y a toutefois la nécessité de mieux expliquer (expliquer chi 2 = 6,23), de prendre le temps d'expliquer de la part du médecin ou d'apporter l'information pour une décision qui sera prise par le patient (prendre chi 2 = 15,20). Le médecin doit dépasser ce qui est écrit pour s'appuyer sur son expérience (expérience chi 2 = 5,25) en en faisant une utilisation (utiliser chi 2 = 10,09) optimum afin de rendre le savoir (savoir chi 2 = 10,38) accessible, de répondre à la curiosité des patients, comme dans le cas de l'hormonothérapie (hormones chi 2 = 14,52), sujet qui implique une prise de décision de la part de la patiente. Cette visée s'appuie sur une instrumentation et le médecin utilise alors le renvoi à internet (internet chi 2 = 13,62).

Tableau 6.5.5.1
Première classe de discours issue de l'analyse des entrevues des médecins portant sur le thème des stéréotypes, des tabous et de l'éducation des patients

Classe 1			
FORME	KHI2	EFFTOTCL	EFFCL
demand+er	36,38	12	11
educat+ion	18,25	5	5
pati+ent	16,52	33	16
prendre.	15,2	31	15
dependre.	14,52	4	4
hormones	14,52	4	4
internet	13,62	6	5
import+er	10,83	3	3
savoir+	10,38	7	5
facon+	10,09	5	4
utilis+er	10,09	5	4
*medecin13	8,01	8	5
petit+	8,01	8	5
quoi	8,01	8	5
tu	7,98	19	9
*a1	7,23	6	4
*CLSC	7,23	6	4
*medecin4	7,23	6	4

Classe 1			
FORME	KHI2	EFFTOTCL	EFFCL
part+	6,71	4	3
expliqu+er	6,23	9	5
*fin3	6,08	87	26
aussi	6,04	21	9

6.5.5.2 L'information

La deuxième classe concerne l'information (se référer au prochain tableau pour consulter les traits lexicaux de la classe). La seconde classe en continuité avec la précédente fait jouer un rôle central à l'information, celle-ci est recherchée, elle vise à régler les problèmes et elle pose des problèmes de compréhension. Le trait de l'information ne se dégage que très peu des autres traits de la classe (information chi 2 = 36,23) qui rassemble les données décrivant les actions et les objets relatifs à l'information. La recherche de l'information (chercher chi 2 = 35,21) s'impose ensuite et des termes spécifient sur quoi porte cette information (pilule chi 2 = 29,48; medica chi 2 = 9,97). L'objet médicament n'est pas vu comme simplement apportant une amélioration de la santé, il introduit dans l'organisme un produit qui peut produire un changement sur lequel on pourrait ne pas avoir de pouvoir, les médecins doivent faire face à cette inquiétude, ce qui se manifeste par l'idée de différence, d'attente et de grande crainte (différent chi 2 = 10,45; attendre chi 2 = 8,07; grand chi 2 = 8,07). Ensuite, des traits vont permettre de spécifier ce à quoi sert l'information et en particulier lorsqu'il s'agit de régler les problèmes liés à la maladie (régler chi 2 = 21,13; problem chi 2 = 13,38; maladie chi 2 = 10,45). Enfin, c'est le problème de la compréhension de l'information qui apparaît dans des termes comme le sens, la compréhension, capable (sens_la chi 2 = 8,07; compréhensi chi 2 = 8,07; capable chi 2 = 7,85). Le verbe aller (aller chi 2 = 9,58) est ici l'intention (je vais faire telle chose). Dans la situation, cette intentionnalité indique que le médecin fait face à un problème qu'il ne peut repousser, s'il pouvait ne pas répondre à ces attentes du patient, ce n'est plus possible et il doit s'organiser pour changer la situation; il en marque ainsi son intention.

Tableau 6.5.5.2

Deuxième classe de discours issue de l'analyse des entrevues des médecins portant sur le thème des stéréotypes, des tabous et de l'éducation des patients

Classe 2			
FORME	KHI2	EFFTOTCL	EFFCL
informat+ion	36,23	17	10
cherch+er	35,21	7	6
pilule+	29,48	8	6
*McGill	24,82	34	13
*a4	23,01	31	12
regl+er	21,13	5	4
*medecin9	16,41	6	4
etre	15,8	9	5
*medecin14	15,24	20	8
par-rapport	14,41	4	3
problem<	13,38	10	5
maladie+	11,09	15	6
differ+ent	10,45	5	3
quelqu+	10,45	5	3
medica<	9,97	35	10
aller.	9,58	53	13
rendre.	8,07	3	2
attendre.	8,07	3	2
sens_la	8,07	3	2
grand+	8,07	3	2
comprehensi<	8,07	3	2
capable+	7,85	6	3

6.5.5.3 La prescription et le lien médecin-patient

La troisième classe se rapporte à la prescription et au lien médecin-patient (se référer au prochain tableau pour consulter les traits lexicaux de la classe). Il est courant de considérer le médecin comme un donneur de prescription. Les médecins en sont bien conscients puisqu'ils disent qu'ils être l'objet de magasinage. Ce stéréotype semble ici être reflété par plusieurs traits qui mettent en place la prescription (prescription chi 2 = 15,08) dont le chi 2 est le double du second trait de la classe; prescription, au cœur même de la relation médecin-patient. Le patient vient chercher cette prescription (venir chi 2 = 7,75) mais vient aussi voir le médecin (voir chi 2 = 6,64), dont l'effet (effet chi 2 = 7,94; secondaire chi 2 = 6,10) pourrait être placebo; autre cliché souvent employé et dont le médecin autant que le patient est porteur, mais les effets peuvent

aussi être secondaires et les deux acteurs savent que cela participe aussi de l'information qui est à maîtriser au cours de la rencontre. Les enjeux de cette relation sont complexes et font intervenir simultanément plusieurs dimensions dont les deux acteurs sont conscients, ce qui teinte en retour les modes d'action et de relation utilisés par l'un et par l'autre. Toutefois, le médecin (medecin chi 2 = 6,64; client chi 2 = 4,54; pharmac chi 2 = 4,31) occupe ici une place prépondérante car, sans doute à ses yeux, est-il le maître de la question concernant la prescription. Certes le pharmacien apparaît aussi mais avec une fréquence nettement moindre. Se profile également en arrière fond la question économique qui intervient aussi dans la relation compte tenu des frais qui peuvent être engagés par la prescription et c'est la récurrence du terme assurance qui en montre le degré d'incidence (assur chi 2 = 6,10). Enfin, à la prescription on peut substituer les conférences (conference chi 2 = 5,20) car la visite axée sur la seule information n'a pas lieu d'être et n'est pas forcément justifiée pour les aléas de la vie; certains événements et certaines souffrances font partie de la vie et n'ont pas à conduire chez le médecin (vie chi 2 = 5,20; vrai chi 2 = 6,10; normal chi 2 = 5,20), quoiqu'on doit reconnaître les différences individuelles en la matière, marquées à travers des verbes comme commencer et fonctionner (fonctionner chi 2 = 5,20; commencer chi 2 = 5,20).

Tableau 6.5.5.3

Troisième classe de discours issue de l'analyse des entretiens des médecins portant sur le thème des stéréotypes, des tabous et de l'éducation des patients

Classe 3			
FORME	KHI2	EFFTOTCL	EFFCL
*medecin6	19,3	34	30
prescri<	15,08	30	26
*clinique	10,79	45	34
*fin1	8,15	89	58
effet+	7,94	9	9
venir.	7,75	16	14
voir.	6,64	32	24
medecin<	6,64	32	24
vrai+	6,1	7	7
secondaire+	6,1	7	7
assur<	6,1	7	7
*medecin3	5,94	20	16

Classe 3			
FORME	KHI2	EFFTOTCL	EFFCL
vie+	5,2	6	6
conferenc+e	5,2	6	6
commenc+er	5,2	6	6
fonctionn+er	5,2	6	6
norma+l	5,2	6	6
entre	5,2	6	6
de-plus-en-plus	5,2	6	6
par-exemple	5,2	6	6
client+	4,54	9	8
idee+	4,31	5	5
choix	4,31	5	5

6.5.5.4 La clientèle

La quatrième classe concerne la clientèle (se référer au prochain tableau pour consulter les traits lexicaux de la classe). Il est aussi coutume de considérer la relation médecin-patient dans son isolement à l'intérieur du bureau du médecin, comme si la porte fermée protégeait avec l'intimité le secret professionnel. Pourtant, dans cette classe les médecins semblent conscients que leur clientèle est plus diversifiée et qu'il s'agit bien d'une clientèle, comme ils aiment à le dire, ce qui a déjà été souligné dans les autres dimensions étudiées à partir des thèmes des questions des entrevues. Les traits suivants vont permettre d'identifier tous les acteurs qui sont qualifiés comme clientèle et qui vont des enfants aux personnes âgées et aux qualifications socio économique de la population, c'est-à-dire des personnes défavorisées à celles appartenant aux classes moyennes (adulte chi 2 = 58,74; enfant chi 2 = 50,26; clientel chi 2 = 25,03; personne chi 2 = 22,71; age chi 2 = 48,55; femme chi 2 = 22,71; homme chi 2 = 12,63; defavoriser chi 2 = 33,13; niveau , moyen chi 2 = 41,56). La répartition se fait dans des proportions qui peuvent être plutôt égales (egal chi 2 = 50,26). On voit ici l'importance dans cette classe de la description en genre et en nombre de population qui constitue la clientèle. Celle-ci est traitée en particulier avec les antidépresseurs (antidepresseur chi 2 = 19,66; anti-inflammatoire chi 2 = 17,13), les femmes en particulier et avec les anti-inflammatoires prescrits plutôt aux personnes âgées.

Tableau 6.5.5.4
Quatrième classe de discours issue de l'analyse des entrevues des médecins portant sur le thème des stéréotypes, des tabous et de l'éducation des patients

Classe 4			
FORME	KHI2	EFFTOTCL	EFFCL
adulte+	58,74	9	8
ega+l	50,26	6	6
enf+ant	50,26	6	6
age+	48,55	13	9
surtout	41,64	5	5
moyen+	41,56	7	6
defavoris+er	33,13	4	4
pres	27,19	7	5
plus-d<	25,99	10	6
clientel+16	25,03	5	4
plutot	24,71	3	3
femme+	22,71	11	6
personne+	22,71	11	6
antidepresseur+	19,66	6	4
anti_inflammatoire+	17,13	4	3
regulier+	17,13	4	3
travail<	16,46	10	5
peu	14,5	19	7
je	12,87	95	18
homme+	12,63	5	3
ici	10,83	9	4
A	9,67	3	2
dire.	8,11	51	11

6.6 Conclusion

L'ensemble des analyses à l'aide du logiciel d'analyse du discours Alceste effectué sur les corpus d'entrevues réalisées auprès des patients et des médecins montre une amplitude du discours lorsqu'il s'agit de santé mentale. En effet, selon les analyses globales effectuées sur tous les corpus des patients et des médecins (se référer au prochain tableau synthèse), deux classes de discours sur quatre traitent des maladies affectives du point de vue du médecin et de la dépression du point de vue du patient.

Tableau 6.6.1
Synthèse des classes issues du corpus entier et de thèmes spécifiques d'entrevues des patients et des médecins

Corpus entier : 4 classes de discours
 1 Maladies affectives du point de vue du médecin
 2 Dépression du point de vue du patient
 3 Prescription dans la relation médecin-patient
 4 Effets secondaires et aux coûts des médicaments.

Lorsqu'on dissocie les patients des médecins, on relève pour les patients, une classe sur quatre qui traite du vécu relationnel et temporel de la dépression lorsqu'il s'agit de l'analyse des corpus entiers (se référer au prochain tableau synthèse). On obtient sensiblement le même ratio lorsqu'il s'agit de l'analyse du discours des patients relatifs à des thèmes spécifiques, soit trois classes sur une possibilité de 18 classes (1/6). On remarque au prochain tableau synthèse que ces trois classes, soit le vécu relationnel et temporel dans la crise maniaco-dépressive, l'univers de la psychiatisation et la temporalité du vécu du dépressif proviennent de deux thématiques différentes, soit la pratique et la relation thérapeutique pour la première classe et le thème des stéréotypes, des tabous et de l'éducation des patients pour les deux autres classes.

Tableau 6.6.2
Synthèse des classes issues du corpus entier et de thèmes spécifiques d'entrevues des patients

Corpus entier : 4 classes de discours
 1 Vécu relationnel et temporel de la dépression
 2 Souffrance et produits biochimiques
 3 Aspect clinique de la rencontre
 4 Bases de la relation médecin-patient

5 thématiques spécifiques : 18 classes de discours
Pratique et relation thérapeutique
 1 Vécu relationnel et temporel dans la crise maniaco-dépressive
 2 Effets secondaires dans la relation médecin-patient
 3 Partenaires et la relation médecin-patient
 4 Dosage durée et symptôme

Observance et consommation inappropriée

5 Image dans le travail

6 Douleur et son soulagement

7 Effets secondaires et la prise de médicament

8 Relation de confiance

Prescription pour les femmes et personnes âgées

9 Contrôle de la douleur

10 Âge et médicament nécessaire

Diagnostic et traitement

11 Souffrance physique et psychologique

12 Prescription par le médecin

13 Rapport au patient

14 Effet de l'anti-inflammatoire

Stéréotypes, tabous et éducation des patients

15 Univers de la psychiatisation

16 Personnes âgées et compréhension

17 Temporalité du vécu du dépressif

18 Sources d'informations

Par ailleurs, lorsqu'on consulte le tableau synthèse relatif aux classes de discours issues de l'analyse des corpus d'entrevues des médecins, on constate que l'analyse des corpus entiers génère moins de classes (2 classes) que l'analyse globale des corpus des patients (4 classes). Dans l'ensemble du discours, les médecins apparaissent davantage préoccupés de la santé mentale puisque l'une des deux classes de l'analyse globale a trait à la santé mentale (Patients et dépression). Par contre, les thématiques produisent davantage de classes distinctes de discours chez les médecins que chez les patients. Il faut aussi retenir que le discours sur la santé mentale tenu par les médecins ne provient pas des mêmes thématiques que les patients bien que ces thématiques soient identiques pour les deux populations. En effet, lorsqu'il est question des stéréotypes, des tabous et de l'éducation des patients, aucune classe liée à la santé mentale n'apparaît alors que deux classes sur trois provenaient de ce thème chez les patients. C'est à propos des pratiques et de la relation thérapeutique que le discours des médecins touche à la santé mentale (suicide, changement de valeurs, dépression) et de l'observance et de la consommation inappropriée (dépression et hormone).

Lorsqu'on compare les discours en fonction des thématiques, on observe que les anti-inflammatoires et les effets secondaires sont des préoccupations des patients qui ne sont pas partagées par les médecins. À l'inverse, les antibiotiques et les aspects économiques des médicaments sont discutés par les médecins mais ne ressortent pas à l'analyse du corpus des patients. Le discours sur la souffrance et la douleur apparaît aussi plus abondant chez les patients (3 classes) que chez les médecins (1 classe). De leur côté, les médecins apparaissent plus concernés par la prescription (3 classes) et le diagnostic (3 classes) que les patients (prescription : 1 classe; diagnostic : aucune classe).

Tableau 6.6.3

Synthèse des classes issues du corpus entier et de thèmes spécifiques d'entrevues des médecins

Corpus entier : 2 classes de discours

- 1 Patients et dépression
- 2 Médicalisation et relation médecin-patient

5 thématiques spécifiques : 22 classes de discours

Les pratiques et la relation thérapeutique

- 1 Pratique autour du patient
- 2 Aspect économique du médicament
- 3 Suicide et changement de valeurs
- 4 Prise en charge et structure
- 5 Dépression

Observance et consommation inappropriée

- 6 Dépression et hormone
- 7 Prescription dans la relation médecin-patient
- 8 Respect de la durée du traitement
- 9 Effets du médicament

Prescription pour les femmes et personnes âgées

- 10 Prescription des antibiotiques
- 11 Douleur en fonction de l'âge
- 12 le patient client dans la société
- 13 symptômes du vieillissement
- 14 consultation femme homme

Diagnostic et traitement

- 15 diagnostic et parent
- 16 diagnostic et soins de la dépression
- 17 formation continue
- 18 diagnostic et problèmes de temps

Stéréotypes, tabous et éducation des patients

- 19 éducation au patient

20 information
21 prescription lien médecin-patient
22 clientèle

SECTION 7

LES RÉSULTATS DE L'ANALYSE DES DONNÉES DES QUESTIONNAIRES

SECTION 7

RÉSULTATS DE L'ANALYSE DES DONNÉES DES QUESTIONNAIRES

Les résultats des données provenant des questionnaires des patients et des médecins qui se sont révélés significatifs au test du chi deux ainsi que les résultats des analyses factorielles des correspondances multiples réalisées sur les associations de mots font l'objet de la présente section.

7.1 Résultats du test du chi 2 effectué sur les données du questionnaire complété par les patients

7.1.1 La consommation des anti-inflammatoires

Le chi 2 obtenu pour cette variable est de 20,323 (ddl : 3, $p = 0,000$).

La consommation d'anti-inflammatoires s'est révélée significative lorsque cette variable du questionnaire patient a été croisée avec la formation professionnelle du patient. Ainsi, parmi les patients n'ayant pas suivi une autre formation professionnelle depuis l'obtention de leur dernier diplôme, la plupart n'ont pas utilisé cette année d'anti-inflammatoire (56 %). À l'inverse, les patients ayant utilisé cette année plus d'une fois un anti-inflammatoire ont majoritairement suivi une autre formation depuis leur dernier diplôme (55 %). Nous pouvons également constater que lorsque les patients n'utilisent qu'une seule fois au cours de l'année ce type de médicament, les patients affirment dans une proportion de 62 % ne pas avoir poursuivi d'études depuis leur dernier diplôme. En ce sens, nous pouvons penser que la poursuite d'une formation professionnelle au-delà du dernier diplôme, influence négativement la prise d'anti-inflammatoire, c'est-à-dire que les patients qui poursuivent leurs études ont majoritairement tendance à consommer davantage d'anti-inflammatoire que ceux qui ne les poursuivent pas.

Tableau 7.1.1

Q17B.ANTIINFL * Q39A.formation.professionnelle.if Crosstabulation

			Q39A.formation. professionnelle.if		Total
			Oui	Non	
Q17B.ANTIINFL	aucune fois	Count	9	34	43
		Expected Count	17,5	25,5	43,0
		% within Q17B.ANTIINFL	20,9%	79,1%	100,0%
		% within Q39A.formation. professionnelle.if	21,4%	55,7%	41,7%
		% of Total	8,7%	33,0%	41,7%
	une seule fois par année	Count	8	13	21
		Expected Count	8,6	12,4	21,0
		% within Q17B.ANTIINFL	38,1%	61,9%	100,0%
		% within Q39A.formation. professionnelle.if	19,0%	21,3%	20,4%
		% of Total	7,8%	12,6%	20,4%
	plus d'une fois par année	Count	23	9	32
		Expected Count	13,0	19,0	32,0
		% within Q17B.ANTIINFL	71,9%	28,1%	100,0%
		% within Q39A.formation. professionnelle.if	54,8%	14,8%	31,1%
		% of Total	22,3%	8,7%	31,1%
	sans réponse	Count	2	5	7
		Expected Count	2,9	4,1	7,0
		% within Q17B.ANTIINFL	28,6%	71,4%	100,0%
		% within Q39A.formation. professionnelle.if	4,8%	8,2%	6,8%
		% of Total	1,9%	4,9%	6,8%
Total	Count	42	61	103	
	Expected Count	42,0	61,0	103,0	
	% within Q17B.ANTIINFL	40,8%	59,2%	100,0%	
	% within Q39A.formation. professionnelle.if	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	40,8%	59,2%	100,0%	

7.1.2 La durée de la prise d'un antidépresseur

Le chi 2 obtenu pour cette variable est 26.208; ddl : 4; p = 0.000).

En observant ce tableau croisé concernant la relation entre la durée de la prise d'un anti-dépresseur et le nombre d'enfants, nous remarquons l'importance primordiale de la famille sur la santé mentale des répondants. Comme le mentionnent Crémieux (2004) et Merrigan (2003) dans leurs études, les personnes seules ont tendance à consommer beaucoup plus

d'antidépresseurs. Nous pouvons le vérifier dans ce tableau puisque 61 % des répondants n'ayant aucun enfant ont déclaré avoir suivi un traitement de 7 à 12 mois au cours de la dernière année alors que 63 % des répondants ayant 1 enfant et 100 % de ceux ayant 2 enfants ont affirmé que cette question ne les concernait pas. Ainsi, les patients qui ont des enfants semblent être moins vulnérables à la dépression que les gens sans enfants et plus le nombre d'enfants est élevé, plus le risque de dépression diminue. De plus, le fait d'en avoir un semble avoir aussi un impact sur la durée pendant laquelle les patients prennent un antidépresseur. On remarque en effet que les patients ayant un enfant consomment moins longtemps un antidépresseur que les patients n'ayant pas d'enfant; lorsqu'ils consomment un antidépresseur les patients ayant un enfant le consomment majoritairement moins de six mois (25 %) alors que ceux n'ayant pas d'enfant le consomment majoritairement entre 7 et 12 mois (61 %). Ces données confirment les statistiques de Santé Canada, selon lesquelles les célibataires sans enfant à charge ont deux à trois fois plus de risque de tomber en dépression (2002).

Tableau 7.1.2

Q17C.ANTIDÉP.recode * Nb.enfants.recode2 Crosstabulation

			Nb.enfants.recode2			Total
			0	1	2 et plus	
Q17C.ANTIDÉP.recode	ne s'applique pas	Count	11	10	12	33
		Expected Count	17,3	8,9	6,7	33,0
		% within Q17C.ANTIDÉP.recode	33,3%	30,3%	36,4%	100,0%
		% within Nb.enfants.recode2	35,5%	62,5%	100,0%	55,9%
		% of Total	18,6%	16,9%	20,3%	55,9%
	moins de 6 mois	Count	1	4	0	5
		Expected Count	2,6	1,4	1,0	5,0
		% within Q17C.ANTIDÉP.recode	20,0%	80,0%	,0%	100,0%
		% within Nb.enfants.recode2	3,2%	25,0%	,0%	8,5%
		% of Total	1,7%	6,8%	,0%	8,5%
	entre 7 et 12 mois	Count	19	2	0	21
		Expected Count	11,0	5,7	4,3	21,0
		% within Q17C.ANTIDÉP.recode	90,5%	9,5%	,0%	100,0%
% within Nb.enfants.recode2		61,3%	12,5%	,0%	35,6%	
% of Total		32,2%	3,4%	,0%	35,6%	
Total	Count	31	16	12	59	
	Expected Count	31,0	16,0	12,0	59,0	
	% within Q17C.ANTIDÉP.recode	52,5%	27,1%	20,3%	100,0%	
	% within Nb.enfants.recode2	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	52,5%	27,1%	20,3%	100,0%	

7.1.3 Le médicament porteur de compassion

Le chi 2 obtenu pour cette variable 17.642 est (ddl : 3, p = 0.007).

Nous avons demandé aux patients s'ils étaient en accord ou non avec l'affirmation selon laquelle le médicament est porteur de compassion. Le tableau croisé que nous avons élaboré à partir de cette question montre que les réponses varient selon le degré de scolarité des répondants. On peut ainsi penser que plus les individus sont scolarisés moins ils ont tendance à être en accord avec l'idée que le médicament soit porteur de compassion. Les répondants

possédant une formation cégepienne et universitaire sont fortement en désaccord avec l'affirmation proposée dans une proportion de 56 % et de 59 % respectivement. À l'inverse, les patients détenant une formation secondaire ou une autre formation ont davantage tendance à croire que le médicament puisse être porteur de compassion; 41 % des patients ayant complété une formation au secondaire et 60 % des patients ayant complété une autre formation se disent fortement en accord avec cette proposition. Nous devons toutefois porter attention au fait que les patients détenant un DES ont des opinions plus diversifiées que les patients détenant une formation collégiale ou universitaire. On remarque qu'il y a également, parmi ces patients, une forte proportion de répondants étant plutôt en désaccord avec l'affirmation proposée, soit 41 % d'entre eux. On peut donc conclure que le type de formation complétée influence la perception que les patients ont du médicaments, les plus instruits sont davantage en désaccord avec l'affirmation selon laquelle le médicament serait porteur de compassion alors que les moins instruits, même s'ils ont des opinions plus nuancées, sont davantage en accord avec cette proposition.

Tableau 7.1.3

Q14.C.recode * Q38.etablissement.dernier.diplome.if Crosstabulation

			Q38.etablissement.dernier.diplome.if				Total
			Secondaire	Cégep	Université	Autre	
Q14.C. recode	fortement en accord	Count	9	2	10	6	27
		Expected Count	6,0	4,4	13,9	2,7	27,0
		% within Q14.C.recode	33,3%	7,4%	37,0%	22,2%	100,0%
		% within Q38. etablissement.dernier. diplome.if	40,9%	12,5%	19,6%	60,0%	27,3%
		% of Total	9,1%	2,0%	10,1%	6,1%	27,3%
	plutôt en désaccord	Count	9	5	11	2	27
		Expected Count	6,0	4,4	13,9	2,7	27,0
		% within Q14.C.recode	33,3%	18,5%	40,7%	7,4%	100,0%
		% within Q38. etablissement.dernier. diplome.if	40,9%	31,3%	21,6%	20,0%	27,3%
		% of Total	9,1%	5,1%	11,1%	2,0%	27,3%
	fortement en désaccord	Count	4	9	30	2	45
		Expected Count	10,0	7,3	23,2	4,5	45,0
% within Q14.C.recode		8,9%	20,0%	66,7%	4,4%	100,0%	
% within Q38. etablissement.dernier. diplome.if		18,2%	56,3%	58,8%	20,0%	45,5%	
% of Total		4,0%	9,1%	30,3%	2,0%	45,5%	
Total	Count	22	16	51	10	99	
	Expected Count	22,0	16,0	51,0	10,0	99,0	
	% within Q14.C.recode	22,2%	16,2%	51,5%	10,1%	100,0%	
	% within Q38. etablissement.dernier. diplome.if	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	22,2%	16,2%	51,5%	10,1%	100,0%	

7.1.4 Le traitement à privilégier pour les symptômes associés à la dépression

Le chi 2 obtenu pour cette variable 17,328 est (ddl : 3, p = 0,008)

Nous observons, à la lecture de ce tableau, que le nombre d'enfants a une incidence importante sur la perception qu'on les patients du traitement à privilégier pour soigner la dépression. Comme nous avons déjà pu le remarquer, la dimension familiale joue un rôle important sur la vulnérabilité à la dépression et sur sa représentation. De cette manière, la dimension familiale exerce une influence décisive sur les solutions souhaitées afin de rétablir cet état pathologique. La nécessité de la psychothérapie semble faire l'unanimité, puisque le nombre de personnes envisageant la prescription d'un antidépresseur sans psychothérapie est assez marginale (11,4

% pour ceux n'ayant pas d'enfant, 12,5 % pour ceux ayant un enfant et 0 % pour ceux dont la famille contient deux enfants et plus). L'influence majeure du nombre d'enfants sur la perception du traitement à privilégier pour soigner la dépression se situe au niveau de la nécessité de prescrire un antidépresseur. Les répondants n'ayant aucun enfant semblent plus favorables à la prise de médication (71,4 % contre 50 % et plus pour ceux ayant des enfants).

Tableau 7.1.4

Q24 * Nb.enfants.recode2 Crosstabulation

			Nb.enfants.recode2			Total
			0	1	2 et plus	
Q24	prescrire un antidépresseur et revoir son patient	Count	4	2	0	6
		Expected Count	3,3	1,5	1,1	6,0
		% within Q24	66,7%	33,3%	,0%	100,0%
		% within Nb. enfants.recode2	11,4%	12,5%	,0%	9,5%
		% of Total	6,3%	3,2%	,0%	9,5%
	débuter une psychothérapie de soutien sans médication	Count	5	8	7	20
		Expected Count	11,1	5,1	3,8	20,0
		% within Q24	25,0%	40,0%	35,0%	100,0%
		% within Nb. enfants.recode2	14,3%	50,0%	58,3%	31,7%
	débuter une psychothérapie avec médication	Count	25	5	3	33
		Expected Count	18,3	8,4	6,3	33,0
		% within Q24	75,8%	15,2%	9,1%	100,0%
% within Nb. enfants.recode2		71,4%	31,3%	25,0%	52,4%	
autre	Count	1	1	2	4	
	Expected Count	2,2	1,0	,8	4,0	
	% within Q24	25,0%	25,0%	50,0%	100,0%	
	% within Nb. enfants.recode2	2,9%	6,3%	16,7%	6,3%	
Total	Count	35	16	12	63	
	Expected Count	35,0	16,0	12,0	63,0	
	% within Q24	55,6%	25,4%	19,0%	100,0%	
	% within Nb. enfants.recode2	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	55,6%	25,4%	19,0%	100,0%	

7.1.5 Le médicament est un bon support psychologique

Le chi 2 obtenu pour cette variable 17,529 est (ddl : 6, $p = 0,007$).

Nous avons demandé aux patients s'ils étaient d'accord ou non avec l'affirmation selon laquelle le médicament est un bon support psychologique pour le patient. On remarque que les personnes à faible revenu sont majoritairement en accord avec cette affirmation (75 %). Par contre, les personnes provenant de la classe moyenne ont une position plus nuancée relativement à cet énoncé, puisque 37 % de ceux-ci sont plutôt en accord et 33 % sont plutôt en désaccord avec celui-ci. Les personnes dont le revenu est le plus élevé ont également des opinions très partagées vis-à-vis cette affirmation; 48 % d'entre eux sont plutôt ou fortement en accord avec l'idée que le médicament est un bon support psychologique alors que 52 % des patients de cette classe économique sont plutôt ou fortement en désaccord avec cet énoncé. En regardant ce tableau dans son ensemble, on peut ainsi voir que la variable du revenu familial semble être déterminante pour cette question surtout en ce qui a trait à l'écart des réponses entre la classe économique la plus faible et les classes moyenne et élevée, la première étant davantage en accord avec l'énoncé proposé alors que les deux autres semblent plus nuancées.

Tableau 7.1.5

Q14.E * Q42.revenu.familial.recode Crosstabulation

			Q42.revenu.familial.recode			Total
			12 000 et moins	13 000 - 35 000	36 000 et plus	
Q14.E	fortement en accord	Count	9	2	3	14
		Expected Count	4,0	4,3	5,7	14,0
		% within Q14.E	64,3%	14,3%	21,4%	100,0%
		% within Q42.revenu.familial.recode	32,1%	6,7%	7,5%	14,3%
		% of Total	9,2%	2,0%	3,1%	14,3%
	plutôt en accord	Count	12	11	16	39
		Expected Count	11,1	11,9	15,9	39,0
		% within Q14.E	30,8%	28,2%	41,0%	100,0%
		% within Q42.revenu.familial.recode	42,9%	36,7%	40,0%	39,8%
		% of Total	12,2%	11,2%	16,3%	39,8%
	plutôt en désaccord	Count	0	10	11	21
		Expected Count	6,0	6,4	8,6	21,0
		% within Q14.E	,0%	47,6%	52,4%	100,0%
		% within Q42.revenu.familial.recode	,0%	33,3%	27,5%	21,4%
		% of Total	,0%	10,2%	11,2%	21,4%
	fortement en désaccord	Count	7	7	10	24
		Expected Count	6,9	7,3	9,8	24,0
		% within Q14.E	29,2%	29,2%	41,7%	100,0%
		% within Q42.revenu.familial.recode	25,0%	23,3%	25,0%	24,5%
		% of Total	7,1%	7,1%	10,2%	24,5%
Total	Count	28	30	40	98	
	Expected Count	28,0	30,0	40,0	98,0	
	% within Q14.E	28,6%	30,6%	40,8%	100,0%	
	% within Q42.revenu.familial.recode	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	28,6%	30,6%	40,8%	100,0%	

7.1.6 Le médicament joue le rôle de la potion magique

Le chi 2 obtenu pour cette variable 15,637 est (ddl : 3, p = 0.016).

Le tableau ci-dessus présente le degré d'accord des patients avec l'affirmation selon laquelle le médicament joue un rôle de potion magique, croisé avec le statut civil. L'état civil semble influencer la réponse à cette question, particulièrement en ce qui a trait aux gens qui sont ou qui ont été mariés ou conjoints de fait. En effet, les personnes qui sont conjoints de fait ou mariés

semblent être massivement en désaccord avec cet énoncé dans une proportion de 71 % tandis que les personnes divorcées ou séparées défendent la position inverse dans 67 % des cas. La distribution des réponses chez les célibataires est à peu de chose près égale pour chacune des réponses proposées (23 % fortement en accord, 20 % plutôt en accord, 25 % plutôt en désaccord, 33 % fortement de désaccord), avec une légère majorité de patients en désaccord avec cette affirmation. Le statut civil semble donc être déterminant dans la représentation du médicament qu'ont les patients que nous avons interrogés, les répondants mariés ou conjoints de faits ayant une vision peut être plus rationnelle ou pragmatique ou médicament alors que les répondants séparés ou divorcés semblent l'associer davantage à une fonction mystérieuse ou merveilleuse.

Tableau 7.1.6

Q14.D * Statut.civil Crosstabulation

			Statut.civil			Total
			Célibataire	Conjoint de fait/Marié	Divorcé/ Séparé	
Q14.D	fortement en accord	Count	9	3	2	14
		Expected Count	5,4	5,7	2,9	14,0
		% within Q14.D	64,3%	21,4%	14,3%	100,0%
		% within Statut.civil	22,5%	7,1%	9,5%	13,6%
		% of Total	8,7%	2,9%	1,9%	13,6%
	plutôt en accord	Count	8	9	12	29
		Expected Count	11,3	11,8	5,9	29,0
		% within Q14.D	27,6%	31,0%	41,4%	100,0%
		% within Statut.civil	20,0%	21,4%	57,1%	28,2%
		% of Total	7,8%	8,7%	11,7%	28,2%
	plutôt en désaccord	Count	10	15	4	29
		Expected Count	11,3	11,8	5,9	29,0
		% within Q14.D	34,5%	51,7%	13,8%	100,0%
		% within Statut.civil	25,0%	35,7%	19,0%	28,2%
		% of Total	9,7%	14,6%	3,9%	28,2%
	fortement en désaccord	Count	13	15	3	31
		Expected Count	12,0	12,6	6,3	31,0
		% within Q14.D	41,9%	48,4%	9,7%	100,0%
		% within Statut.civil	32,5%	35,7%	14,3%	30,1%
		% of Total	12,6%	14,6%	2,9%	30,1%
Total	Count	40	42	21	103	
	Expected Count	40,0	42,0	21,0	103,0	
	% within Q14.D	38,8%	40,8%	20,4%	100,0%	
	% within Statut.civil	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	38,8%	40,8%	20,4%	100,0%	

7.1.7 Le médicament permet de diminuer ou d'enlever la souffrance

Le chi 2 obtenu pour cette variable 20,565 est (ddl : 9, p = 0,015).

Nous remarquons relativement à la croyance en la capacité du médicament à réduire ou abolir la souffrance, que les personnes ayant suivi une autre formation professionnelle depuis l'obtention de leur dernier diplôme avait une opinion légèrement différente de ceux qui n'en avaient pas suivi. De façon similaire, les individus semblent majoritairement en accord avec cette proposition, soit 92,9 % de ceux ayant suivi une autre formation professionnelle et 95 % de ceux n'en ayant pas suivi. Une différence entre ces derniers peut toutefois être notée quant à la distribution entre les catégories fortement en accord et plutôt en accord. La distribution de ceux

n'ayant pas suivi de formation depuis leur dernier diplôme est relativement égale entre ces deux catégories, tandis que les individus sans formation additionnelle sont plutôt en accord avec la proposition dans une proportion de 76,7 %.

Tableau 7.1.7

Q14.G.recode * Q39A.formation.professionnelle.if Crosstabulation

			Q39A.formation. professionnelle.if		Total
			Oui	Non	
Q14.G.recode	fortement en accord	Count	18	11	29
		Expected Count	11,9	17,1	29,0
		% within Q14.G.recode	62,1%	37,9%	100,0%
		% within Q39A.formation. professionnelle.if	42,9%	18,3%	28,4%
		% of Total	17,6%	10,8%	28,4%
	plutôt en accord	Count	21	46	67
		Expected Count	27,6	39,4	67,0
		% within Q14.G.recode	31,3%	68,7%	100,0%
		% within Q39A.formation. professionnelle.if	50,0%	76,7%	65,7%
		% of Total	20,6%	45,1%	65,7%
	plutôt et fortement en désaccord	Count	3	3	6
		Expected Count	2,5	3,5	6,0
		% within Q14.G.recode	50,0%	50,0%	100,0%
		% within Q39A.formation. professionnelle.if	7,1%	5,0%	5,9%
		% of Total	2,9%	2,9%	5,9%
Total	Count	42	60	102	
	Expected Count	42,0	60,0	102,0	
	% within Q14.G.recode	41,2%	58,8%	100,0%	
	% within Q39A.formation. professionnelle.if	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	41,2%	58,8%	100,0%	

7.1.8 La fréquence de la consommation des anti-inflammatoires

Le chi 2 obtenu pour cette variable 18,673 est (ddl : 8, p = 0,17).

Nous observons, dans le tableau ci-dessus, que le nombre d'enfants semble influencer les résultats, relativement à la durée de consommation d'un anti-inflammatoire. En effet, on

remarque que se sont les personnes ayant 2 enfants et plus qui consomment le plus d'anti-inflammatoires pendant une période de moins d'un mois (58 %). Cette proportion décroît de façon drastique, lorsque les répondants ont 1 seul enfant (25 %) et davantage encore lorsqu'ils en ont aucun (11 %). Cette gradation est également observable lorsque l'anti-inflammatoire est consommé pendant une période de 1 à 6 mois; 17 % chez les personnes ayant 2 enfants et plus, 13 % chez celles qui ont un enfant et 11 % chez celles qui n'ont pas d'enfant. Enfin, on remarque un fait intéressant lorsque l'anti-inflammatoire est consommé pendant une période de 7 à 12 mois; les proportions s'inversent entre les personnes ayant 2 enfants et plus et celles n'ayant pas d'enfant (0 % chez les personnes ayant 2 enfants et plus, 6 % chez les personnes ayant 1 enfant et 14 % chez les personnes n'ayant aucun enfant). Ainsi, ce que l'on peut comprendre de ce tableau c'est que les personnes ayant 2 enfants et plus sont plus nombreuses à consommer des anti-inflammatoires sur une courte période alors que les personnes sans enfants sont moins nombreuses à en consommer mais elles les prennent sur une plus longue période.

Tableau 7.1.8

Q17C.ANTIINFL * Nb.enfants.recode2 Crosstabulation

			Nb.enfants.recode2			Total
			0	1	2 et plus	
Q17C.ANTIINFL	ne s'applique pas	Count	14	9	3	26
		Expected Count	14,4	6,6	5,0	26,0
		% within Q17C.ANTIINFL	53,8%	34,6%	11,5%	100,0%
		% within Nb.enfants. recode2	40,0%	56,3%	25,0%	41,3%
		% of Total	22,2%	14,3%	4,8%	41,3%
	moins de 1 mois	Count	4	4	7	15
		Expected Count	8,3	3,8	2,9	15,0
		% within Q17C.ANTIINFL	26,7%	26,7%	46,7%	100,0%
		% within Nb.enfants. recode2	11,4%	25,0%	58,3%	23,8%
		% of Total	6,3%	6,3%	11,1%	23,8%
	entre 1 et 6 mois	Count	4	2	2	8
		Expected Count	4,4	2,0	1,5	8,0
		% within Q17C.ANTIINFL	50,0%	25,0%	25,0%	100,0%
		% within Nb.enfants. recode2	11,4%	12,5%	16,7%	12,7%
		% of Total	6,3%	3,2%	3,2%	12,7%
	entre 7 et 12 mois	Count	5	1	0	6
		Expected Count	3,3	1,5	1,1	6,0
		% within Q17C.ANTIINFL	83,3%	16,7%	,0%	100,0%
		% within Nb.enfants. recode2	14,3%	6,3%	,0%	9,5%
		% of Total	7,9%	1,6%	,0%	9,5%
sans réponse	Count	8	0	0	8	
	Expected Count	4,4	2,0	1,5	8,0	
	% within Q17C.ANTIINFL	100,0%	,0%	,0%	100,0%	
	% within Nb.enfants. recode2	22,9%	,0%	,0%	12,7%	
	% of Total	12,7%	,0%	,0%	12,7%	
Total	Count	35	16	12	63	
	Expected Count	35,0	16,0	12,0	63,0	
	% within Q17C.ANTIINFL	55,6%	25,4%	19,0%	100,0%	
	% within Nb.enfants. recode2	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	55,6%	25,4%	19,0%	100,0%	

7.1.9 La principale cause de la consommation croissante de médicaments

Le chi 2 obtenu pour cette variable 25,003 est (ddl : 12, p = 0,015).

Nous avons demandé aux patients quelle était, selon eux, la principale cause de la consommation croissante de médicaments. Nous avons, dans le tableau ci-dessus croisé ces données avec le statut civil des répondants. On remarque, chez les célibataires, une dispersion

des réponses parmi les différents choix proposés. Ainsi, même si l'on observe pas de majorité forte pour un choix en particulier, nous pouvons tout de même repérer trois réponses parmi les plus populaires; le rythme de vie de plus en plus rapide (22 %), les pratiques de prescription des médecins (20 %) et la croyance que le médicament guérit tout (20 %). Chez les personnes mariées ou conjoints de fait, c'est l'argument anthropologique qui l'emporte; une majorité de répondants (36 %) affirment que la hausse de consommation de médicaments est due au vieillissement de la population. Les arguments d'ordre socio-culturel et professionnel semblent également avoir du poids dans l'opinion des personnes mariées ou conjoints de fait; selon ceux-ci le rythme de vie de plus en plus rapide (19 %) et les pratiques de prescription des médecins (19 %) jouent également un rôle dans cet état de fait. Les personnes divorcées ou séparées soutiennent majoritairement ces deux mêmes réponses, dans des proportions de 24 % (rythme de vie de plus en plus rapide) et de 29 % (pratiques de prescription des médecins). Les personnes divorcées ou séparées ont également choisi, dans une proportion nettement supérieure aux personnes d'un autre statut civil, la cause économique, soit celle des pratiques des industries pharmaceutiques.

Tableau 7.1.9

Q20 * Statut.civil Crosstabulation

			Statut.civil			Total
			Célibataire	Conjoint de fait/Marié	Divorcé/ Séparé	
Q20	vieillessement de la population	Count	3	15	4	22
		Expected Count	8,7	8,9	4,4	22,0
		% within Q20	13,6%	68,2%	18,2%	100,0%
		% within Statut.civil	7,3%	35,7%	19,0%	21,2%
		% of Total	2,9%	14,4%	3,8%	21,2%
	rythme de vie de plus en plus rapide	Count	9	8	5	22
		Expected Count	8,7	8,9	4,4	22,0
		% within Q20	40,9%	36,4%	22,7%	100,0%
		% within Statut.civil	22,0%	19,0%	23,8%	21,2%
		% of Total	8,7%	7,7%	4,8%	21,2%
	les pratiques de prescription des médecins	Count	8	8	6	22
		Expected Count	8,7	8,9	4,4	22,0
		% within Q20	36,4%	36,4%	27,3%	100,0%
		% within Statut.civil	19,5%	19,0%	28,6%	21,2%
		% of Total	7,7%	7,7%	5,8%	21,2%
	les pratiques de consommation des patients	Count	5	0	0	5
		Expected Count	2,0	2,0	1,0	5,0
		% within Q20	100,0%	,0%	,0%	100,0%
		% within Statut.civil	12,2%	,0%	,0%	4,8%
		% of Total	4,8%	,0%	,0%	4,8%
plus grande intolérance à la douleur et à l'inconfort	Count	4	4	0	8	
	Expected Count	3,2	3,2	1,6	8,0	
	% within Q20	50,0%	50,0%	,0%	100,0%	
	% within Statut.civil	9,8%	9,5%	,0%	7,7%	
	% of Total	3,8%	3,8%	,0%	7,7%	
croissance que le médicament guérit tout	Count	8	4	1	13	
	Expected Count	5,1	5,3	2,6	13,0	
	% within Q20	61,5%	30,8%	7,7%	100,0%	
	% within Statut.civil	19,5%	9,5%	4,8%	12,5%	
	% of Total	7,7%	3,8%	1,0%	12,5%	
les pratiques des industries pharmaceutiques	Count	4	3	5	12	
	Expected Count	4,7	4,8	2,4	12,0	
	% within Q20	33,3%	25,0%	41,7%	100,0%	
	% within Statut.civil	9,8%	7,1%	23,8%	11,5%	
	% of Total	3,8%	2,9%	4,8%	11,5%	
Total	Count	41	42	21	104	
	Expected Count	41,0	42,0	21,0	104,0	
	% within Q20	39,4%	40,4%	20,2%	100,0%	
	% within Statut.civil	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	39,4%	40,4%	20,2%	100,0%	

7.1.10 Le traitement à privilégier pour des symptômes associés à la dépression

Le chi 2 obtenu pour cette variable 25,861 est (ddl : 12, $p = 0,011$).

Comme nous l'avons observé précédemment avec le tableau, nous constatons encore une fois l'importance que prend la psychothérapie aux yeux des patients dans le traitement de la dépression. En effet, la grande majorité des répondants ont choisi la catégorie de réponses qui inclut une psychothérapie : c'est-à-dire que 56 % des personnes ayant terminé leurs études depuis 1970 et avant, 85 % de celles ayant terminé leurs études entre 1971 et 1980, 92 % de celles ayant terminé entre 1981 et 1990 et 91 % des personnes ayant terminé leurs études depuis 1991. Chez les personnes n'ayant pas répondu à la question concernant la date où ils ont terminé leurs études c'est 80 % des répondants qui choisissent une réponse qui inclue une psychothérapie. Seules les personnes dont la date de fin d'études remonte à plus de 35 ans ont choisi, dans une proportion supérieure à 10 % (22 % plus exactement), la réponse excluant la psychothérapie, soit celle qui consiste à prescrire un antidépresseur et à revoir le patient.

Dans le cas où les individus considèrent la psychothérapie comme étant nécessaire au traitement de la dépression, seuls les individus ayant terminé leurs études durant les années 80 ne conçoivent pas majoritairement la médication comme une avenue intéressante; 69 % d'entre eux privilégient une psychothérapie sans médication. Contrairement à ceux-ci, les individus ayant finalisé leurs études durant les années 70 (44 %), ou dans les années 90 et plus (54 %) privilégient la psychothérapie et la médication. Enfin, qu'elle soit utilisée conjointement avec une psychothérapie ou non, la majorité des répondants semblent privilégier le traitement médicamenteux pour soigner les symptômes associés à la dépression. Plus de 60 % des répondants de toutes les décennies de fin études ont choisi une réponse qui inclut la prescription d'un antidépresseur, sauf pour les personnes ayant terminé leurs études dans les années 80, qui ne sont que 31 % à privilégier ce type de traitement.

Tableau 7.1.10

Q24 * Annee.fin.etudes.recode Crosstabulation

			Annee.fin.etudes.recode					Total
			1970 et moins	1971-1980	1981-1990	1991 et plus	sans réponse	
Q24	prescrire un antidépresseur et revoir son patient	Count	4	2	1	2	0	9
		Expected Count	1,6	1,7	1,1	2,9	1,7	9,0
		% within Q24	44,4%	22,2%	11,1%	22,2%	,0%	100,0%
		% within Annee. fin.etudes.recode	22,2%	10,0%	7,7%	6,1%	,0%	8,7%
		% of Total	3,8%	1,9%	1,0%	1,9%	,0%	8,7%
	débuter une psychothérapie de soutien sans médication	Count	2	7	9	12	4	34
		Expected Count	5,9	6,5	4,3	10,8	6,5	34,0
		% within Q24	5,9%	20,6%	26,5%	35,3%	11,8%	100,0%
		% within Annee. fin.etudes.recode	11,1%	35,0%	69,2%	36,4%	20,0%	32,7%
		% of Total	1,9%	6,7%	8,7%	11,5%	3,8%	32,7%
	débuter une psychothérapie avec médication	Count	8	10	3	18	12	51
		Expected Count	8,8	9,8	6,4	16,2	9,8	51,0
		% within Q24	15,7%	19,6%	5,9%	35,3%	23,5%	100,0%
		% within Annee. fin.etudes.recode	44,4%	50,0%	23,1%	54,5%	60,0%	49,0%
		% of Total	7,7%	9,6%	2,9%	17,3%	11,5%	49,0%
	autre	Count	4	1	0	1	4	10
Expected Count		1,7	1,9	1,3	3,2	1,9	10,0	
% within Q24		40,0%	10,0%	,0%	10,0%	40,0%	100,0%	
% within Annee. fin.etudes.recode		22,2%	5,0%	,0%	3,0%	20,0%	9,6%	
% of Total		3,8%	1,0%	,0%	1,0%	3,8%	9,6%	
Total	Count	18	20	13	33	20	104	
	Expected Count	18,0	20,0	13,0	33,0	20,0	104,0	
	% within Q24	17,3%	19,2%	12,5%	31,7%	19,2%	100,0%	
	% within Annee. fin.etudes.recode	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	17,3%	19,2%	12,5%	31,7%	19,2%	100,0%	

7.1.11 La consommation d'antibiotique

Le chi 2 obtenu pour cette variable 8.929 est (ddl : 2, p = 0.012).

Nous avons demandé aux patients de nous indiquer quel énoncé reflète le mieux leur consommation d'antibiotique. Nous constatons, relativement à cette question, que les femmes et les hommes consomment généralement peu ce type de médicament, dans une proportion respectivement de 90 % et de 70 %. Par contre, ce qu'on observe également, c'est que les hommes consomment davantage d'antibiotiques que les femmes. Ils sont en effet plus nombreux à avoir choisi l'énoncé selon lequel ils consomment régulièrement ou très

régulièrement ce médicament, soit une proportion de 20 % d'entre eux, contre 3 % chez les femmes.

Tableau 7.1.11

Crosstab

			Sexe		Total
			Femme	Homme	
Q17.A.ANTIBIO.recode	je n'ai jamais pris ce médicament	Count	5	3	8
		Expected Count	5,6	2,4	8,0
		% within Q17.A. ANTIBIO.recode	62,5%	37,5%	100,0%
		% within Sexe	7,1%	10,0%	8,0%
		% of Total	5,0%	3,0%	8,0%
	je consomme généralement peu ce médicament	Count	63	21	84
		Expected Count	58,8	25,2	84,0
		% within Q17.A. ANTIBIO.recode	75,0%	25,0%	100,0%
		% within Sexe	90,0%	70,0%	84,0%
		% of Total	63,0%	21,0%	84,0%
	je consomme régulièrement ou très régul ce médicament	Count	2	6	8
		Expected Count	5,6	2,4	8,0
% within Q17.A. ANTIBIO.recode		25,0%	75,0%	100,0%	
% within Sexe		2,9%	20,0%	8,0%	
% of Total		2,0%	6,0%	8,0%	
Total	Count	70	30	100	
	Expected Count	70,0	30,0	100,0	
	% within Q17.A. ANTIBIO.recode	70,0%	30,0%	100,0%	
	% within Sexe	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	70,0%	30,0%	100,0%	

7.1.12 La consommation d'antidépresseur au cours de la dernière année

Le chi 2 obtenu pour cette variable 10,796 est (ddl : 3, p = 0,013).

Nous avons demandé aux patients quel était l'énoncé qui illustre le mieux le nombre de fois qu'ils ont consommé un antidépresseur au cours de la dernière année. D'une façon générale, les patients ayant des enfants ne semblent pas consommer régulièrement d'antidépresseur. Se sont cependant les patients dont les enfants sont âgés de moins de 10 ans qui semblent le plus

susceptibles de prendre ce type de médicament; 43 % disent en avoir fait usage plus d'une fois cette année. Chez les patients dont les enfants sont âgés de plus de 11 ans, la proportion des personnes ayant consommé un anti-dépresseur diminue considérablement puisque 7 % des patients ayant des enfants âgés entre 11 et 20 affirment avoir consommé ce médicament plus d'une fois dans l'année. Chez les patients dont les enfants sont âgés de 21 ans et plus, cette proportion augmente de façon significative (25 %), sans toutefois atteindre la proportion des patients dont les enfants ont 10 ans et moins.

Si l'on émet l'hypothèse que les personnes n'ayant pas répondu à la question relative à l'âge des enfants n'ont pas d'enfant, nous pouvons confirmer notre conclusion à l'égard du tableau présentant la durée de la prise d'un anti-dépresseur avec le nombre d'enfants, postulant que le support familial joue un rôle décisif dans la prise de ce médicament. Cette affirmation est possible grâce au fait que les patients n'ayant pas répondu à la question relative au nombre d'enfants, représentent la plus forte proportion parmi les répondants qui ont choisi l'énoncé selon lequel ils ont consommé plus d'une fois dans l'année un anti-dépresseur, c'est-à-dire 75 % d'entre eux.

Tableau 7.1.12

Crosstab

			Age.enfants.recode				Total
			10 ans et moins	11-20	21 et plus	sans réponse	
Q17B.ANTIDÉP.recode	aucune et une seule fois	Count	8	13	9	30	60
		Expected Count	8,2	8,2	7,1	36,5	60,0
		% within Q17B.ANTIDÉP.recode	13,3%	21,7%	15,0%	50,0%	100,0%
		% within Age.enfants.recode	57,1%	92,9%	75,0%	48,4%	58,8%
		% of Total	7,8%	12,7%	8,8%	29,4%	58,8%
	plus d'une fois par année	Count	6	1	3	32	42
		Expected Count	5,8	5,8	4,9	25,5	42,0
		% within Q17B.ANTIDÉP.recode	14,3%	2,4%	7,1%	76,2%	100,0%
		% within Age.enfants.recode	42,9%	7,1%	25,0%	51,6%	41,2%
		% of Total	5,9%	1,0%	2,9%	31,4%	41,2%
Total		Count	14	14	12	62	102
		Expected Count	14,0	14,0	12,0	62,0	102,0
		% within Q17B.ANTIDÉP.recode	13,7%	13,7%	11,8%	60,8%	100,0%
		% within Age.enfants.recode	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% of Total	13,7%	13,7%	11,8%	60,8%	100,0%

7.1.13 Le médicament est une source d'espoir

Le chi 2 obtenu pour cette variable 23,434 est (ddl : 12, p = 0.024).

Nous avons demandé aux patients s'ils sont en accord avec l'affirmation selon laquelle le médicament est une source d'espoir pour le patient. La majorité des patients, peu importe leur organisme d'appartenance, affirment être en accord avec cette affirmation (aînés : 84 %; contacts : 72 %; santé mentale : 83 %; autres : 67 %). Une exception à la règle se doit d'être soulevée; la plupart des répondants provenant de l'Université du Québec à Montréal se disent être plutôt en désaccord avec cette affirmation, dans une proportion de 67 %. En regardant ce tableau sous un autre angle, on remarque que tous organismes confondus, la majorité des patients défendent une position modérée, relativement à cet énoncé, choisissant une réponse comportant l'adverbe « plutôt » que ceux-ci soient en accord ou en désaccord avec l'énoncé (aînés : 68 %; contacts : 94 %; santé mentale : 62 %; UQÀM : 100 %; autres : 67 %). Il faut

également souligner que les patients provenant d'autres organismes sont ceux qui ont manifesté dans la plus grande proportion être fortement en désaccord avec cette affirmation (33 %).

Tableau 7.1.13

Q14.F * organisme.attache.recode Crosstabulation

			organisme.attache.recode					Total
			Ainés	Contacts	Santé mentale	UQAM	autres	
Q14.F	fortement en accord	Count	6	0	17	0	0	23
		Expected Count	4,2	4,0	13,4	,7	,7	23,0
		% within Q14.F	26,1%	,0%	73,9%	,0%	,0%	100,0%
		% within organisme.attache.recode	31,6%	,0%	28,3%	,0%	,0%	22,3%
		% of Total	5,8%	,0%	16,5%	,0%	,0%	22,3%
	plutôt en accord	Count	10	13	33	1	2	59
		Expected Count	10,9	10,3	34,4	1,7	1,7	59,0
		% within Q14.F	16,9%	22,0%	55,9%	1,7%	3,4%	100,0%
		% within organisme.attache.recode	52,6%	72,2%	55,0%	33,3%	66,7%	57,3%
		% of Total	9,7%	12,6%	32,0%	1,0%	1,9%	57,3%
	plutôt en désaccord	Count	3	4	4	2	0	13
		Expected Count	2,4	2,3	7,6	,4	,4	13,0
		% within Q14.F	23,1%	30,8%	30,8%	15,4%	,0%	100,0%
		% within organisme.attache.recode	15,8%	22,2%	6,7%	66,7%	,0%	12,6%
		% of Total	2,9%	3,9%	3,9%	1,9%	,0%	12,6%
	fortement en désaccord	Count	0	1	6	0	1	8
		Expected Count	1,5	1,4	4,7	,2	,2	8,0
		% within Q14.F	,0%	12,5%	75,0%	,0%	12,5%	100,0%
		% within organisme.attache.recode	,0%	5,6%	10,0%	,0%	33,3%	7,8%
		% of Total	,0%	1,0%	5,8%	,0%	1,0%	7,8%
Total	Count	19	18	60	3	3	103	
	Expected Count	19,0	18,0	60,0	3,0	3,0	103,0	
	% within Q14.F	18,4%	17,5%	58,3%	2,9%	2,9%	100,0%	
	% within organisme.attache.recode	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	18,4%	17,5%	58,3%	2,9%	2,9%	100,0%	

7.1.14 Le médicament est porteur de compassion

Le chi 2 obtenu pour cette variable 18,069 est (ddl : 8, p = 0,021).

Nous avons demandé aux patients s'ils étaient d'accord ou non avec l'affirmation selon laquelle le médicament est porteur de compassion et avons mis en relation leurs réponses avec l'année

de la fin de leurs d'études. De façon générale, les patients semblent être en désaccord avec cette affirmation (1970 et moins : 59 %, 1971-1980 : 85 %; 1981-1990 : 62 %; 1991 et plus : 82 %, sans réponse : 69 %). Cependant, on remarque que les personnes qui ont terminé leurs études en 1970 ou avant, ou entre 1981 et 1990, les avis semblent plutôt partagés. Chez ceux ayant terminé leurs études en 1970 ou avant, 41 % se disent fortement en accord avec l'idée que le médicament soit porteur de compassion alors que 41 % de ceux-ci affirment être plutôt en désaccord avec cette affirmation. Pour ceux ayant terminé leurs études entre 1981 et 1990, 39 % se disent fortement en accord avec cet la proposition alors que 54 % de ceux-ci affirment être plutôt en désaccord avec celle-ci.

Tableau 7.1.14

Q14.C.recode * Annee.fin.etudes.recode Crosstabulation

			Annee.fin.etudes.recode					Total
			1970 et moins	1971-1980	1981-1990	1991 et plus	sans réponse	
Q14.C. recode	fortement en accord	Count	7	3	5	6	6	27
		Expected Count	4,5	5,3	3,4	8,7	5,0	27,0
		% within Q14.C.recode	25,9%	11,1%	18,5%	22,2%	22,2%	100,0%
		% within Annee.fin. etudes.recode	41,2%	15,0%	38,5%	18,2%	31,6%	26,5%
		% of Total	6,9%	2,9%	4,9%	5,9%	5,9%	26,5%
	plutôt en désaccord	Count	7	10	1	6	4	28
		Expected Count	4,7	5,5	3,6	9,1	5,2	28,0
		% within Q14.C.recode	25,0%	35,7%	3,6%	21,4%	14,3%	100,0%
		% within Annee.fin. etudes.recode	41,2%	50,0%	7,7%	18,2%	21,1%	27,5%
		% of Total	6,9%	9,8%	1,0%	5,9%	3,9%	27,5%
	fortement en désaccord	Count	3	7	7	21	9	47
		Expected Count	7,8	9,2	6,0	15,2	8,8	47,0
		% within Q14.C.recode	6,4%	14,9%	14,9%	44,7%	19,1%	100,0%
		% within Annee.fin. etudes.recode	17,6%	35,0%	53,8%	63,6%	47,4%	46,1%
		% of Total	2,9%	6,9%	6,9%	20,6%	8,8%	46,1%
Total	Count	17	20	13	33	19	102	
	Expected Count	17,0	20,0	13,0	33,0	19,0	102,0	
	% within Q14.C.recode	16,7%	19,6%	12,7%	32,4%	18,6%	100,0%	
	% within Annee.fin. etudes.recode	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	16,7%	19,6%	12,7%	32,4%	18,6%	100,0%	

7.1.15 L'avenir de la pratique médicale repose sur les médicaments

Le chi 2 obtenu pour cette variable 7,816 est (ddl : 8, $p = 0,020$).

En observant ce tableau croisé, nous constatons que le comportement général vis-à-vis cette question ne peut être expliqué par le fait d'être ou non sur le marché du travail. La majorité des patients déclarent être plutôt en accord avec cette proposition, 53,2 % des personnes sur le marché du travail et 63,2 % de ceux ne l'étant pas. Les positions de ces deux groupes s'éloignent l'une de l'autre lorsque nous regardons les attitudes secondaires relativement à cette question, puisque les gens qui ne sont pas sur le marché du travail ont tendance à être plus fortement en accord avec cette proposition (24,6 %) tandis que les autres sont, dans une plus grande mesure, en désaccord avec celle-ci (34 %).

Tableau 7.1.15

Q14.J.recode * Q40A.marche.travail Crosstabulation

			Q40A.marche.travail		Total
			Oui	Non	
Q14.J.recode	fortement en accord	Count	6	14	20
		Expected Count	9,0	11,0	20,0
		% within Q14.J.recode	30,0%	70,0%	100,0%
		% within Q40A.marche.travail	12,8%	24,6%	19,2%
		% of Total	5,8%	13,5%	19,2%
	plutôt en accord	Count	25	36	61
		Expected Count	27,6	33,4	61,0
		% within Q14.J.recode	41,0%	59,0%	100,0%
		% within Q40A.marche.travail	53,2%	63,2%	58,7%
		% of Total	24,0%	34,6%	58,7%
	plutôt et fortement en désaccord	Count	16	7	23
		Expected Count	10,4	12,6	23,0
		% within Q14.J.recode	69,6%	30,4%	100,0%
		% within Q40A.marche.travail	34,0%	12,3%	22,1%
		% of Total	15,4%	6,7%	22,1%
Total	Count	47	57	104	
	Expected Count	47,0	57,0	104,0	
	% within Q14.J.recode	45,2%	54,8%	100,0%	
	% within Q40A.marche.travail	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	45,2%	54,8%	100,0%	

7.1.16 Influence des médias sur la consommation de médicaments

Le chi 2 obtenu pour cette variable 5,35 est (ddl : 1, p = 0,021).

Nous avons demandé aux patients s'ils se sentaient préoccupés par le discours des médias sur la surconsommation d'antibiotiques dans la population. À la lecture du tableau que nous avons constitué à partir de ces résultats, nous pouvons constater que la majorité des patients interrogés affirment être préoccupés par cette question (71 %). Cependant, lorsque nous avons croisé ces résultats avec les réponses des patients vis-à-vis leur propre consommation de médicaments, on remarque que, parmi ceux qui affirment avoir eu une prescription

d'ordonnance durant la dernière année (autre que des antibiotiques, des antidépresseurs ou des anti-inflammatoires), 38 % affirment ne pas être préoccupés par le problème de surconsommation d'antibiotiques énoncé dans les médias. La proportion de patients qui ne sont pas inquiets face à ce problème est ainsi plus élevée chez ceux qui ont consommé un médicament durant l'année (38 %), que chez ceux n'en ayant pas consommé (17 %).

Tableau 7.1.16

Q19A * Q31A Crosstabulation

			Q31A		Total
			Oui	Non	
Q19A	Oui	Count	36	35	71
		Expected Count	41,2	29,8	71,0
		% within Q19A	50,7%	49,3%	100,0%
		% within Q31A	62,1%	83,3%	71,0%
		% of Total	36,0%	35,0%	71,0%
	Non	Count	22	7	29
		Expected Count	16,8	12,2	29,0
		% within Q19A	75,9%	24,1%	100,0%
		% within Q31A	37,9%	16,7%	29,0%
		% of Total	22,0%	7,0%	29,0%
Total	Count	58	42	100	
	Expected Count	58,0	42,0	100,0	
	% within Q19A	58,0%	42,0%	100,0%	
	% within Q31A	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	58,0%	42,0%	100,0%	

7.1.17 La principale cause des problèmes de compréhension relativement à la prescription

Le chi 2 obtenu pour cette variable 14,113 est (ddl : 6, p = 0,028).

À la lecture de ce tableau, nous pouvons souligner que, tous niveaux d'instruction confondus, les deux principales causes aux problèmes de compréhension identifiés par les patients liées aux indications données par les médecins lors de la prescription de médicaments sont que les

patients n'ont pas la possibilité ou n'osent pas poser des questions à leur(s) médecin(s) (36,6 %) et que le médecin ne prend pas le temps nécessaire pour donner toutes les explications liées à la prise du médicament (53 %). Les personnes ayant un diplôme secondaire (50 %) ou universitaire (63 %) identifient, dans une plus large mesure, l'absence de temps comme principale cause à ce problème de compréhension. Les répondants qui détiennent un DEC rattachent ce problème à une cause plus émotionnelle, c'est-à-dire au fait que les patients n'ont pas la possibilité ou n'osent pas poser des questions, soit parce qu'ils sont gênés, stressés ou intimidés. Enfin, ceux et celles qui possèdent une autre formation ont une position partagée vis-à-vis cette question, 20 % disent que les patients démontrent généralement peu d'intérêt à poser des questions à leur médecin lors de la consultation, 30 % considèrent que les patients n'ont pas la possibilité ou n'osent pas poser des questions au médecin, 20 % affirment que les termes utilisés par les médecins sont généralement difficiles à comprendre et 30 % maintiennent que le médecin ne prend pas le temps nécessaire pour donner toutes les explications liées à la prise du médicament. Ainsi, peu de gens envisagent comme principale cause des problèmes de compréhension des patients vis-à-vis des instructions liées aux prescriptions les termes difficiles à comprendre utilisés par les médecins, seulement 5 % de l'ensemble des répondants ayant choisi cette réponse.

Tableau 7.1.17

Q26 * Q38.etablissement.dernier.diplome.if Crosstabulation

			Q38.etablissement.dernier.diplome.if				Total
			Secondaire	Cégep	Université	Autre	
Q26	peu d'intérêt à poser des questions	Count	1	0	3	2	6
		Expected Count	1,3	1,1	3,0	,6	6,0
		% within Q26	16,7%	,0%	50,0%	33,3%	100,0%
		% within Q38. etablissement.dernier. diplome.if	4,5%	,0%	5,9%	20,0%	5,9%
		% of Total	1,0%	,0%	3,0%	2,0%	5,9%
	pas la possibilité ou n'osent pas poser des questions	Count	9	10	15	3	37
		Expected Count	8,1	6,6	18,7	3,7	37,0
		% within Q26	24,3%	27,0%	40,5%	8,1%	100,0%
		% within Q38. etablissement.dernier. diplome.if	40,9%	55,6%	29,4%	30,0%	36,6%
		% of Total	8,9%	9,9%	14,9%	3,0%	36,6%
	termes du médecins sont difficilement à comprendre	Count	1	1	1	2	5
		Expected Count	1,1	,9	2,5	,5	5,0
		% within Q26	20,0%	20,0%	20,0%	40,0%	100,0%
		% within Q38. etablissement.dernier. diplome.if	4,5%	5,6%	2,0%	20,0%	5,0%
		% of Total	1,0%	1,0%	1,0%	2,0%	5,0%
	ne prend pas le temps nécessaire pour donner les expl	Count	11	7	32	3	53
		Expected Count	11,5	9,4	26,8	5,2	53,0
		% within Q26	20,8%	13,2%	60,4%	5,7%	100,0%
		% within Q38. etablissement.dernier. diplome.if	50,0%	38,9%	62,7%	30,0%	52,5%
		% of Total	10,9%	6,9%	31,7%	3,0%	52,5%
Total		Count	22	18	51	10	101
		Expected Count	22,0	18,0	51,0	10,0	101,0
		% within Q26	21,8%	17,8%	50,5%	9,9%	100,0%
		% within Q38. etablissement.dernier. diplome.if	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% of Total	21,8%	17,8%	50,5%	9,9%	100,0%

7.2 Résultats du test du chi 2 effectué sur les données du questionnaire complété par les médecins

7.2.1 Les symptômes de la dépression

Le chi 2 obtenu pour cette variable est 16,877 (ddl : 2, p = 0,000).

Par l'entremise du questionnaire, nous avons demandé aux médecins s'ils sont d'accords ou non avec l'affirmation selon laquelle les symptômes de la dépression se manifestent souvent de la même façon d'un patient à l'autre. Le tableau que nous avons élaboré à partir des résultats montre que ceux-ci sont comparables chez les deux sexes : la majorité des femmes (43 %) et des hommes (46 %) ont répondu qu'ils sont en désaccord avec une telle affirmation. On peut donc penser que, comme la majorité des médecins semblent en désaccord avec la proposition soumise, ceux-ci auraient une vision plus individualisée des symptômes de la dépression. Cependant, ce que l'on remarque également, c'est que les femmes praticiennes ont une opinion plus nuancée que leurs collègues masculins, choisissant, dans une proportion de 41 %, la réponse « Autre » comparativement aux hommes qui, ayant une opinion plus tranchée, ont choisi cette réponse dans une proportion de 18 %. Les hommes semblent ainsi davantage en accord avec l'idée selon laquelle les symptômes de la dépression se présentent de façon similaire d'un patient à l'autre, puisqu'ils ont choisi cette réponse dans une proportion de 32 %, relativement aux femmes, qui ne sont que 13 % à adhérer à cette affirmation.

Tableau 7.2.1

Crosstab

			SYMPdepres				Total
			accord	désaccord	autre	sans réponse	
SEXE	femme	Count	10	33	31	2	76
		% within SEXE	13,2%	43,4%	40,8%	2,6%	100,0%
		% within SYMPdepres	17,9%	33,0%	54,4%	22,2%	34,2%
		% of Total	4,5%	14,9%	14,0%	,9%	34,2%
	homme	Count	46	67	26	7	146
		% within SEXE	31,5%	45,9%	17,8%	4,8%	100,0%
		% within SYMPdepres	82,1%	67,0%	45,6%	77,8%	65,8%
		% of Total	20,7%	30,2%	11,7%	3,2%	65,8%
Total	Count	56	100	57	9	222	
	% within SEXE	25,2%	45,0%	25,7%	4,1%	100,0%	
	% within SYMPdepres	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	25,2%	45,0%	25,7%	4,1%	100,0%	

7.2.2 La perception des symptômes de la dépression

Le chi 2 obtenu pour cette variable est 15,842 (ddl : 6, $p = 0,015$).

Lorsque nous avons croisé la question sur la perception des symptômes de la dépression avec la variable âge des médecins, on remarque que c'est surtout à partir de 58 ans et plus que les résultats varient. En effet, avant cet âge, l'opinion des médecins fluctue peu en fonction de l'âge, même si l'on remarque une certaine tendance à la hausse parmi les médecins en accord avec la proposition émise. On remarque en ce sens une augmentation de la proportion des médecins en accord avec l'idée que les symptômes sont similaires d'un patient à l'autre, plus on avance en âge. Cette proportion passe donc de 9 % chez les médecins de 37 ans et moins à 27 % chez les médecins de 38 à 47 ans et à 30 % chez ceux de 48 à 57 ans, pour atteindre 34 % chez les médecins de 58 ans et plus. On peut ainsi supposer que la représentation de la dépression et de ses symptômes varierait en fonction de l'âge des répondants et donc que cette représentation serait générationnelle. On remarque également que l'écart le plus marqué entre les groupes d'âge se situe entre les médecins de 37 ans et moins et ceux de 38 à 47 ans, faisant un bon de 18 %. Cela nous amène à penser que la jeune génération de médecins serait celle qui aurait la perception la plus individualisée des symptômes de la dépression.

Signalons également que les médecins de 58 ans et plus sont ceux chez qui la proportion de répondants en accord dépasse celle des répondants en désaccord avec l'affirmation que nous leur avons soumise. Cette proportion est d'ailleurs très élevée, atteignant 49 % chez les médecins en accord contre 31 % chez ceux qui sont en désaccord. Les médecins plus âgés auraient donc une vision plus systématique des symptômes de la dépression, hypothèse appuyée par le fait qu'ils sont également ceux ayant le moins choisi la réponse « Autre », les jeunes médecins étant ceux qui l'on le plus choisie, avec une proportion de 34 %.

Tableau 7.2.2

Tableau croisé RECODEAG * SYMDEPRE

			SYMDEPRE			Total
			accord	désaccord	autre	
RECODEAG	37 ans et moins	Effectif	5	18	12	35
		Effectif théorique	9,2	16,4	9,4	35,0
		% dans RECODEAG	14,3%	51,4%	34,3%	100,0%
		% dans SYMDEPRE	8,9%	18,0%	21,1%	16,4%
		% du total	2,3%	8,5%	5,6%	16,4%
	38-47	Effectif	15	30	21	66
		Effectif théorique	17,4	31,0	17,7	66,0
		% dans RECODEAG	22,7%	45,5%	31,8%	100,0%
		% dans SYMDEPRE	26,8%	30,0%	36,8%	31,0%
		% du total	7,0%	14,1%	9,9%	31,0%
	48-57	Effectif	17	40	16	73
		Effectif théorique	19,2	34,3	19,5	73,0
		% dans RECODEAG	23,3%	54,8%	21,9%	100,0%
		% dans SYMDEPRE	30,4%	40,0%	28,1%	34,3%
		% du total	8,0%	18,8%	7,5%	34,3%
	58 et plus	Effectif	19	12	8	39
		Effectif théorique	10,3	18,3	10,4	39,0
		% dans RECODEAG	48,7%	30,8%	20,5%	100,0%
		% dans SYMDEPRE	33,9%	12,0%	14,0%	18,3%
		% du total	8,9%	5,6%	3,8%	18,3%
Total	Effectif	56	100	57	213	
	Effectif théorique	56,0	100,0	57,0	213,0	
	% dans RECODEAG	26,3%	46,9%	26,8%	100,0%	
	% dans SYMDEPRE	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% du total	26,3%	46,9%	26,8%	100,0%	

7.2.3 Le traitement médicamenteux de la dépression

Le chi 2 obtenu pour cette variable est 22,002 (ddl : 6, p = 0,001).

En observant ce tableau croisé qui concerne la question 9 on remarque que la majorité des répondants (dans une proportion qui varie de 50 % à 62 %), peu importe l'âge, sont plutôt en accord avec l'affirmation selon laquelle le traitement de la dépression sévère se fait surtout à l'aide de médicaments. On remarque également, parmi les praticiens qui sont âgés de 37 ans et

moins, que le taux de répondants qui sont plutôt et fortement en désaccord avec un traitement médicamenteux de la dépression sévère s'élève à 47 %. Cette constatation nous amène à comprendre que les opinions, chez les jeunes médecins, sont très mitigées face au traitement de la dépression majeure puisque, de l'autre côté, 50 % d'entre eux sont plutôt en accord avec l'administration systématique de médicaments pour soigner cette affection.

Parmi les médecins qui sont fortement en accord, les répondants âgés de 48 à 57 ans sont les plus nombreux, représentant une proportion de 49 % de ceux qui ont choisi cette réponse. Cette catégorie d'âge est aussi celle qui, ex aequo avec les 58 ans et plus, représente le plus faible pourcentage dans la catégorie plutôt et fortement en désaccord, avec un taux de 15 %. Ainsi, d'une façon générale, les médecins plus âgés paraissent davantage portés à croire que la dépression majeure se traite avant tout par la médication alors que les médecins plus jeunes semblent adhérer moins systématiquement à cette philosophie, considérant peut être plus le traitement par la psychothérapie.

Tableau 7.2.3

Tableau croisé RECODEAG * TRAIMAJD

			TRAIMAJD			Total
			fortement en accord	plutôt en accord	plutôt et fortement en désaccord	
RECODEAG	37 ans et moins	Effectif	1	17	16	34
		Effectif théorique	6,6	19,2	8,2	34,0
		% dans RECODEAG	2,9%	50,0%	47,1%	100,0%
		% dans TRAIMAJD	2,4%	14,3%	31,4%	16,1%
		% du total	,5%	8,1%	7,6%	16,1%
	38-47	Effectif	11	37	19	67
		Effectif théorique	13,0	37,8	16,2	67,0
		% dans RECODEAG	16,4%	55,2%	28,4%	100,0%
		% dans TRAIMAJD	26,8%	31,1%	37,3%	31,8%
		% du total	5,2%	17,5%	9,0%	31,8%
	48-57	Effectif	20	46	8	74
		Effectif théorique	14,4	41,7	17,9	74,0
		% dans RECODEAG	27,0%	62,2%	10,8%	100,0%
		% dans TRAIMAJD	48,8%	38,7%	15,7%	35,1%
		% du total	9,5%	21,8%	3,8%	35,1%
	58 et plus	Effectif	9	19	8	36
		Effectif théorique	7,0	20,3	8,7	36,0
		% dans RECODEAG	25,0%	52,8%	22,2%	100,0%
		% dans TRAIMAJD	22,0%	16,0%	15,7%	17,1%
		% du total	4,3%	9,0%	3,8%	17,1%
Total	Effectif	41	119	51	211	
	Effectif théorique	41,0	119,0	51,0	211,0	
	% dans RECODEAG	19,4%	56,4%	24,2%	100,0%	
	% dans TRAIMAJD	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% du total	19,4%	56,4%	24,2%	100,0%	

7.2.4 L'augmentation des consultations pour dépression

Le chi 2 obtenu pour cette variable est 22,002 (ddl : 6, p = 0,001).

Nous remarquons, à la lecture de ce tableau, que parmi les médecins que nous avons interrogés, la grande majorité des généralistes estiment que de plus en plus de patients consultent pour un problème de dépression (77 %). En psychiatrie, les praticiens ont également observé une hausse des consultations pour un problème de dépression, dans une proportion de 70 %. Les spécialistes quant à eux ne semblent pas avoir remarqué un tel phénomène, ils ont répondu, dans 86 % des cas, ne pas avoir observé de hausse dans leurs consultations pour un

problème de dépression. On peut supposer que ce décalage marqué entre l'observation des généralistes et des psychiatres d'un côté et celle des spécialistes de l'autre, serait attribuable au fait que ces derniers ne traitent pas ce type de problème.

Tableau 7.2.4

Tableau croisé SPECIA_B * CONSULTD

			CONSULTD		Total
			oui	non	
SPECIA_B	généraliste	Effectif	130	39	169
		Effectif théorique	118,2	50,8	169,0
		% dans SPECIA_B	76,9%	23,1%	100,0%
		% dans CONSULTD	87,2%	60,9%	79,3%
		% du total	61,0%	18,3%	79,3%
	spécialiste	Effectif	3	18	21
		Effectif théorique	14,7	6,3	21,0
		% dans SPECIA_B	14,3%	85,7%	100,0%
		% dans CONSULTD	2,0%	28,1%	9,9%
		% du total	1,4%	8,5%	9,9%
	psychiatrie	Effectif	16	7	23
		Effectif théorique	16,1	6,9	23,0
		% dans SPECIA_B	69,6%	30,4%	100,0%
		% dans CONSULTD	10,7%	10,9%	10,8%
		% du total	7,5%	3,3%	10,8%
Total		Effectif	149	64	213
		Effectif théorique	149,0	64,0	213,0
		% dans SPECIA_B	70,0%	30,0%	100,0%
		% dans CONSULTD	100,0%	100,0%	100,0%
		% du total	70,0%	30,0%	100,0%

7.2.5 Le dépistage de la dépression

Le chi 2 obtenu pour cette variable est 19,426 (ddl : 6, p = 0,004).

Lorsque l'on a demandé aux médecins s'ils croient le phénomène de la dépression plus fréquent aujourd'hui qu'autrefois en en spécifiant la cause, la majorité des généralistes (54 %) ont répondu qu'effectivement, il y a selon eux de plus en plus de symptômes de dépression qui sont dépistés et qu'il s'agit d'un problème plus commun et pour lequel les gens consultent

davantage. La deuxième réponse la plus populaire chez les généralistes, avec un taux de 28 %, est l'affirmation selon laquelle de plus en plus de symptômes de dépression sont dépistés et ce, parce qu'ils bénéficient de meilleurs critères diagnostiques qu'autrefois. Ainsi, près de 82 % des généralistes affirment que, pour une raison ou l'autre, les médecins dépistent de plus en plus de symptômes de dépression chez leurs patients.

Chez les spécialistes, la population est beaucoup plus divisée. Ils ont, pour leur part, choisi dans une proportion majoritaire (30 %) la réponse « Autre », un taux élevé qui pourrait signaler le fait qu'ils ne sont pas consultés pour ce type de problèmes. Cependant, comme une forte proportion des répondants ont répondu que les médecins dépistent de plus en plus de patients qui présentent des symptômes de dépression (45 %), on peut émettre l'hypothèse que les spécialistes, même s'ils ne traitent pas la dépression, ont pu remarquer, soit chez leur clientèle ou chez les médecins généralistes autour d'eux, une augmentation des cas de dépression.

Même si l'on note une majorité de voix pour l'affirmation selon laquelle les médecins dépistent de plus en plus de symptômes de dépression chez leurs patients puisqu'il s'agit d'un problème plus fréquent (38 %), les répondants demeurent, chez les psychiatres, très divisés. En effet, ceux-ci ont répondu dans une proportion de 17 % que les médecins dépistent de plus en plus de symptômes de dépression parce qu'ils bénéficient de meilleurs critères diagnostiques, 25 % croient que les médecins ne dépistent pas plus de symptôme de dépression chez leurs patients et 21 % ont choisi la réponse « Autre ». Ce tableau, très partagé au niveau des voix chez les psychiatres, peut nous amener à penser que ceux-ci ont des opinions très divergentes quant à leur représentation de l'augmentation ou non des cas de dépressions. Plusieurs pistes peuvent être apportées pour interpréter ces résultats. Une première hypothèse serait que la dépression ne représente pas une part assez importante des problèmes pour lesquels les psychiatres sont consultés, et qu'ils ne bénéficient donc pas d'un éventail très large pour se faire une opinion.

Tableau 7.2.5

Tableau croisé

			SPECIA_B			Total
			généraliste	spécialiste	psychiatrie	
DEPISTAG	dépiste de plus en plus de patient, facile évaluer	Effectif	47	4	4	55
		Effectif théorique	43,7	5,1	6,1	55,0
		% dans DEPISTAG	85,5%	7,3%	7,3%	100,0%
		% dans SPECIA_B	27,5%	20,0%	16,7%	25,6%
		% du total	21,9%	1,9%	1,9%	25,6%
	dépiste de plus en plus patient, consultation plus	Effectif	92	5	9	106
		Effectif théorique	84,3	9,9	11,8	106,0
		% dans DEPISTAG	86,8%	4,7%	8,5%	100,0%
		% dans SPECIA_B	53,8%	25,0%	37,5%	49,3%
		% du total	42,8%	2,3%	4,2%	49,3%
	ne dépiste pas plus de patients, pas plus fréquent ou sous-	Effectif	15	5	6	26
		Effectif théorique	20,7	2,4	2,9	26,0
		% dans DEPISTAG	57,7%	19,2%	23,1%	100,0%
		% dans SPECIA_B	8,8%	25,0%	25,0%	12,1%
		% du total	7,0%	2,3%	2,8%	12,1%
	autre	Effectif	17	6	5	28
		Effectif théorique	22,3	2,6	3,1	28,0
		% dans DEPISTAG	60,7%	21,4%	17,9%	100,0%
		% dans SPECIA_B	9,9%	30,0%	20,8%	13,0%
		% du total	7,9%	2,8%	2,3%	13,0%
Total	Effectif	171	20	24	215	
	Effectif théorique	171,0	20,0	24,0	215,0	
	% dans DEPISTAG	79,5%	9,3%	11,2%	100,0%	
	% dans SPECIA_B	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% du total	79,5%	9,3%	11,2%	100,0%	

7.2.6 La durée de la consultation

Le chi 2 obtenu pour cette variable est 9,034 (ddl : 1, p = 0,003).

Lorsque nous avons interrogé les médecins sur le rôle de la durée de la consultation sur les pratiques de prescription des médecins, presque la totalité des femmes ont répondu que cette dimension était importante, soit 94 % d'entre elles. Les hommes ont également répondu par l'affirmative à cette question et croient pour la grande majorité d'entre eux (78 %) que la durée de la consultation joue un rôle de premier plan dans les pratiques de prescription des médecins.

Tableau 7.2.6

Crosstab

			ROLEdureeCONSULT			Total
			oui	non	sans réponse	
SEXE	femme	Count	71	4	1	76
		% within SEXE	93,4%	5,3%	1,3%	100,0%
		% within ROLEdureeCONSULT	38,4%	11,8%	33,3%	34,2%
		% of Total	32,0%	1,8%	,5%	34,2%
	homme	Count	114	30	2	146
		% within SEXE	78,1%	20,5%	1,4%	100,0%
		% within ROLEdureeCONSULT	61,6%	88,2%	66,7%	65,8%
		% of Total	51,4%	13,5%	,9%	65,8%
Total		Count	185	34	3	222
		% within SEXE	83,3%	15,3%	1,4%	100,0%
		% within ROLEdureeCONSULT	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% of Total	83,3%	15,3%	1,4%	100,0%

7.2.7 La résistance aux antibiotiques

Le chi 2 obtenu pour cette variable est 14,391 (ddl : 6, p = 0,026).

Lorsque nous observons ce tableau nous pouvons remarquer que les répondants ont, pour la majorité (58 %) changé leur pratique suite aux problèmes de résistance aux antibiotiques énoncés dans les médias. Cependant, on observe également, à la lecture de ce tableau, que l'âge des médecins joue un grand rôle dans le fait qu'ils aient ou non modifié leur pratique de prescription face à cette réalité. Ce que l'on remarque surtout, c'est que cette tendance au changement de la pratique de prescription est décroissante plus on avance en âge. Ainsi, les médecins de 37 ans et moins sont 64 % à avoir changé leur pratique de prescription, chez les 38 à 47 ans ce taux monte à 69 %, pour redescendre ensuite, lorsqu'on interroge les médecins de 48 à 57 ans, à 54 % et enfin atteindre 44 % chez les 58 ans et plus. À la lumière de ces résultats, il est aisé de croire que, plus on avance en âge, plus il est difficile de changer ses

habitudes. Il est intéressant de remarquer également dans ce tableau que le taux de « sans réponse » se trouve très élevé, atteignant 36 % chez les 37 ans et moins et chez les 58 ans et plus. Cette proportion dénote sans doute un malaise face à la question.

Tableau 7.2.7

Tableau croisé RECODEAG * CHANGANT

			CHANGANT			Total
			oui	non	sans réponse	
RECODEAG	37 ans et moins	Effectif	23	9	4	36
		Effectif théorique	21,0	13,2	1,8	36,0
		% dans RECODEAG	63,9%	25,0%	11,1%	100,0%
		% dans CHANGANT	17,8%	11,1%	36,4%	16,3%
		% du total	10,4%	4,1%	1,8%	16,3%
38-47		Effectif	48	21	1	70
		Effectif théorique	40,9	25,7	3,5	70,0
		% dans RECODEAG	68,6%	30,0%	1,4%	100,0%
		% dans CHANGANT	37,2%	25,9%	9,1%	31,7%
		% du total	21,7%	9,5%	,5%	31,7%
48-57		Effectif	40	32	2	74
		Effectif théorique	43,2	27,1	3,7	74,0
		% dans RECODEAG	54,1%	43,2%	2,7%	100,0%
		% dans CHANGANT	31,0%	39,5%	18,2%	33,5%
		% du total	18,1%	14,5%	,9%	33,5%
58 et plus		Effectif	18	19	4	41
		Effectif théorique	23,9	15,0	2,0	41,0
		% dans RECODEAG	43,9%	46,3%	9,8%	100,0%
		% dans CHANGANT	14,0%	23,5%	36,4%	18,6%
		% du total	8,1%	8,6%	1,8%	18,6%
Total		Effectif	129	81	11	221
		Effectif théorique	129,0	81,0	11,0	221,0
		% dans RECODEAG	58,4%	36,7%	5,0%	100,0%
		% dans CHANGANT	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% du total	58,4%	36,7%	5,0%	100,0%

7.2.8 La prescription d'anti-inflammatoires

Le chi 2 obtenu pour cette variable est 8,648 (ddl : 1, p = 0,003).

Lorsque nous avons demandé aux médecins s'ils éprouvaient des problèmes en lien avec la prescription des anti-inflammatoires, la majorité des femmes ont répondu par l'affirmative. En effet, celles qui estiment rencontrer des problèmes de cet ordre représentent 58 % des femmes que nous avons interrogées. Les hommes ont pour leur part répondu dans une proportion de 71 % qu'ils ne rencontraient pas de problème particulier lorsqu'ils prescrivent ce type de médicament.

Tableau 7.2.8

Tableau croisé SEXE * PROBLP_A

			PROBLP_A		Total
			oui	non	
SEXE	femme	Effectif	21	15	36
		Effectif théorique	13,9	22,1	36,0
		% dans SEXE	58,3%	41,7%	100,0%
		% dans PROBLP_A	47,7%	21,4%	31,6%
		% du total	18,4%	13,2%	31,6%
	homme	Effectif	23	55	78
		Effectif théorique	30,1	47,9	78,0
		% dans SEXE	29,5%	70,5%	100,0%
		% dans PROBLP_A	52,3%	78,6%	68,4%
		% du total	20,2%	48,2%	68,4%
Total	Effectif	44	70	114	
	Effectif théorique	44,0	70,0	114,0	
	% dans SEXE	38,6%	61,4%	100,0%	
	% dans PROBLP_A	100,0%	100,0%	100,0%	
	% du total	38,6%	61,4%	100,0%	

7.2.9 Mise en situation

Le chi 2 obtenu pour cette variable est 30 (ddl : 4, $p = 0,000$).

Nous avons demandé aux médecins de nous dire quelle approche ils adopteraient face au cas d'un patient souffrant de douleur aux genoux depuis deux semaines, exacerbé le matin et en fin de journée, mais ne présentant pas de traumatisme particulier. Nous faisons état, dans cette mise en situation, d'un problème d'obésité et d'arthrose aux genoux, ainsi que d'une légère déformation des genoux avec un léger gonflement et un léger épanchement intra-articulaire bilatéral. On peut remarquer, que dans cette situation, la majorité des généralistes prescrivent l'acétaminophène (49 %), alors que la majorité des spécialistes n'ont répondu par aucun des choix qui étaient proposés, choisissant pour la plupart la réponse « Autre » (39 %). Chez les généralistes, le deuxième choix le plus populaire pour une telle situation est l'anti-inflammatoire coxib (24 %), alors que chez les spécialistes, on choisit davantage un anti-inflammatoire classique (27 %). Enfin, le choix le moins populaire est la prescription d'une physiothérapie, qui ne fut choisie que dans une proportion moyenne de 3 %, parmi tous les médecins interrogés.

Tableau 7.2.9

Tableau croisé

			SPECIA A		Total
			généraliste	spécialiste	
CASROGER	prescrire acétaminophène	Effectif	84	7	91
		Effectif théorique	72,3	18,7	91,0
		% dans CASROGER	92,3%	7,7%	100,0%
		% dans SPECIA_A	49,4%	15,9%	42,5%
		% du total	39,3%	3,3%	42,5%
	prescrire anti-inflammatoire classique	Effectif	15	12	27
		Effectif théorique	21,4	5,6	27,0
		% dans CASROGER	55,6%	44,4%	100,0%
		% dans SPECIA_A	8,8%	27,3%	12,6%
		% du total	7,0%	5,6%	12,6%
	prescrire anti-inflammatoire coxib	Effectif	40	6	46
		Effectif théorique	36,5	9,5	46,0
		% dans CASROGER	87,0%	13,0%	100,0%
		% dans SPECIA_A	23,5%	13,6%	21,5%
		% du total	18,7%	2,8%	21,5%
	prescrire physiothérapie	Effectif	5	2	7
		Effectif théorique	5,6	1,4	7,0
		% dans CASROGER	71,4%	28,6%	100,0%
		% dans SPECIA_A	2,9%	4,5%	3,3%
		% du total	2,3%	,9%	3,3%
autre	Effectif	26	17	43	
	Effectif théorique	34,2	8,8	43,0	
	% dans CASROGER	60,5%	39,5%	100,0%	
	% dans SPECIA_A	15,3%	38,6%	20,1%	
	% du total	12,1%	7,9%	20,1%	
Total	Effectif	170	44	214	
	Effectif théorique	170,0	44,0	214,0	
	% dans CASROGER	79,4%	20,6%	100,0%	
	% dans SPECIA_A	100,0%	100,0%	100,0%	
	% du total	79,4%	20,6%	100,0%	

7.2.10 Le médicament joue un rôle de potion magique

Le chi 2 obtenu pour cette variable est 8,194 (ddl : 3, $p = 0,042$).

Nous avons demandé aux médecins de donner leur degré d'accord avec l'affirmation selon laquelle le médicament joue un rôle de potion magique. Nous remarquons que chez les hommes les résultats sont partagés presque également entre trois des quatre réponses proposées. En effet, parmi ces trois choix les plus populaires, il n'y a, chez les hommes, que 5 % d'écart entre la réponse la plus choisie et celle qui est la moins choisie, une proportion variant entre 29 % et 34 %. La réponse la moins populaire de toutes, concernant les répondants fortement en accord avec l'affirmation proposée, n'a été choisie que par 3 % des hommes et 4 % des femmes. Chez ces dernières, les trois réponses les plus populaires présentent des variations beaucoup plus marquées que chez les hommes. Ainsi, les femmes plutôt en désaccord avec l'idée que le médicament joue un rôle de potion magique représentent 37 %, celles qui sont fortement en désaccord représentent 16 % et celles qui sont plutôt en accord représentent 43 % de la population féminine que nous avons interrogée. Même s'il n'y a qu'une très faible proportion des femmes qui se dit fortement en accord avec l'idée que le médicament joue un rôle de potion magique, on note tout de même une majorité de répondantes plutôt en accord avec cette affirmation. Ainsi, ce que ces résultats nous permettent de croire, c'est que les femmes seraient plus nombreuses que leurs collègues masculins à associer le médicament à une fonction mystique, à y voir un aspect irrationnel, mais extraordinaire, à le concevoir comme un produit provoquant des effets surprenants, voire surnaturels.

Tableau 7.2.10

Tableau croisé SEXE * MEDMAGIQ

			MEDMAGIQ				Total
			plutôt en désaccord	fortement en désaccord	plutôt en accord	fortement en accord	
SEXE	femme	Effectif	28	12	32	3	75
		Effectif théorique	23,8	21,0	27,5	2,7	75,0
		% dans SEXE	37,3%	16,0%	42,7%	4,0%	100,0%
		% dans MEDMAGIQ	40,0%	19,4%	39,5%	37,5%	33,9%
		% du total	12,7%	5,4%	14,5%	1,4%	33,9%
	homme	Effectif	42	50	49	5	146
		Effectif théorique	46,2	41,0	53,5	5,3	146,0
		% dans SEXE	28,8%	34,2%	33,6%	3,4%	100,0%
		% dans MEDMAGIQ	60,0%	80,6%	60,5%	62,5%	66,1%
		% du total	19,0%	22,6%	22,2%	2,3%	66,1%
Total	Effectif	70	62	81	8	221	
	Effectif théorique	70,0	62,0	81,0	8,0	221,0	
	% dans SEXE	31,7%	28,1%	36,7%	3,6%	100,0%	
	% dans MEDMAGIQ	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% du total	31,7%	28,1%	36,7%	3,6%	100,0%	

7.3 Les analyses factorielles des correspondances multiples

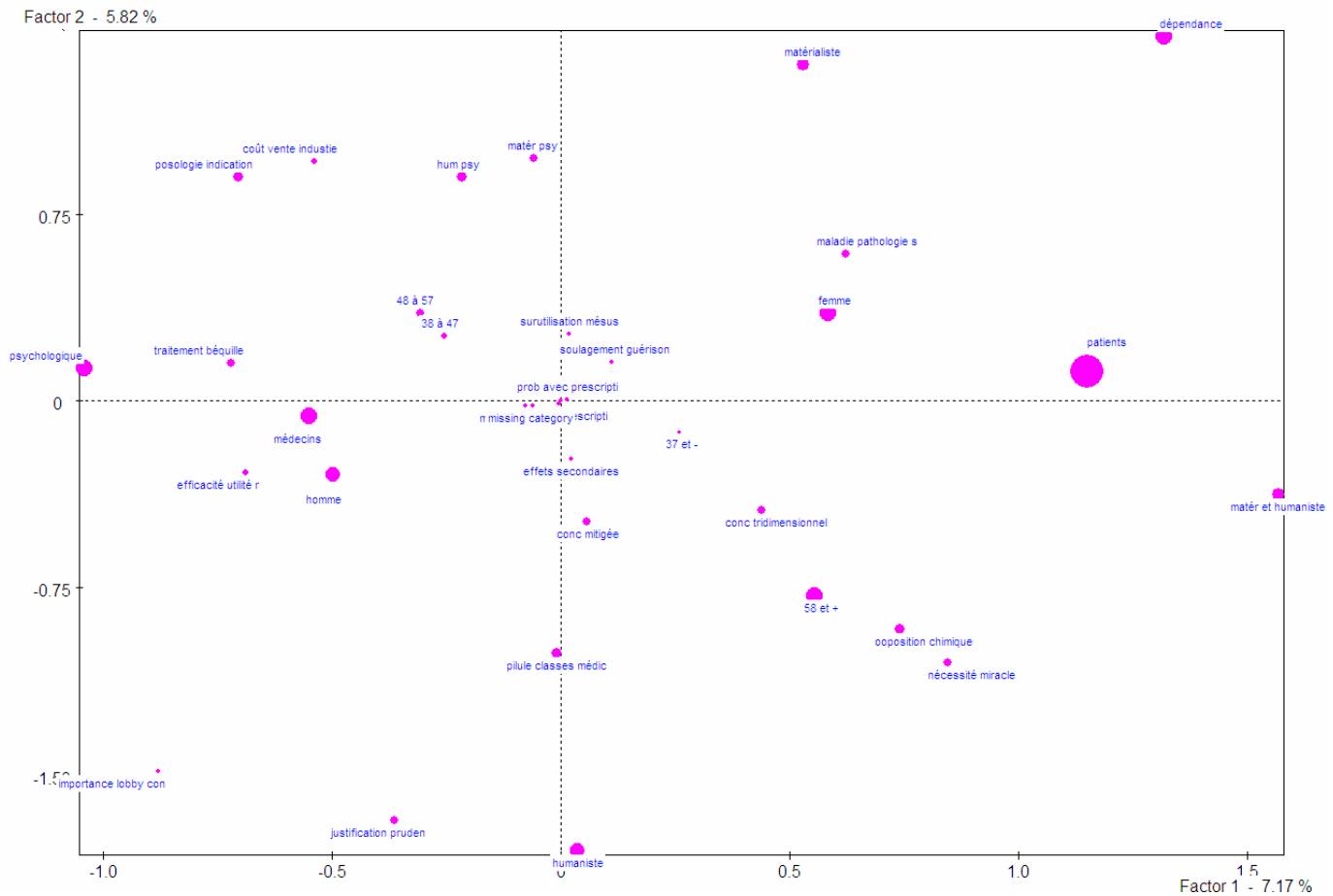
Afin de pouvoir cerner l'univers sémantique des représentations sociales liées au médicaments ciblées dans la présente étude, rappelons que des associations de mots induits par des mots inducteurs (médicament, antibiotique, anti-inflammatoire, antidépresseur et souffrance) ont été produits par 104 patients et 221 médecins. Les principaux résultats des analyses factorielles des correspondances multiples effectuées sur ces mots induits sont présentés dans les prochaines sous-sections.

7.3.1 Le médicament

Les résultats des analyses factorielles des correspondances multiples (à l'avenir AFC) des trois mots associés par les patients et les médecins au mot inducteur « médicament » font l'objet de la présente section. Le prochain graphique permet de situer les patients et les médecins selon leurs conceptions du médicament, la présence ou l'absence de problèmes concernant la

prescription ainsi que leurs représentations établies en fonction du premier mot qu'ils ont associé au mot (inducteur) « médicament ». Les résultats des analyses des second et troisième mots associés par les patients et les médecins au mot médicament sont présentés plus brièvement et les graphiques accompagnés des tableaux identifiant les coordonnées des modalités et les contributions sur le plan factoriel ont été placés en annexe.

Graphique 7.3.1
Afc médicament 1^{er} inducteur



L'AFC réalisée sur le premier mot induit par l'inducteur « médicament » a permis de relever un premier facteur contribuant à 7,17 % de l'inertie totale et un second facteur y contribuant à 6,4 %. Seules les modalités actives retenues qui sont supérieures au seuil de signification établi à 3.2 seront discutées pour les AFC réalisées sur les trois mots associés au médicament. Les modalités actives inférieures à ce seuil, bien que figurant sur les graphiques, ne sont pas prises en compte dans l'interprétation des axes factoriels.

Le premier facteur oppose d'une part les patients, les femmes et la classe d'âge de 58 ans et plus aux médecins et aux hommes. Ainsi, dans la portion négative de l'axe 1, on constate que la

modalité « médecins » (-0.55, -0.06; c : 11.5)³, qui a été projetée à proximité de la modalité « homme » (0.50; -0.30; c : 7.6), se distinguent des patients (1.15; 0.12; c : 23.9) dont la modalité a aussi été projetée à proximité de la modalité « femmes » (0.58; 0.35 c : 8.7). Contribuant à la fois aux facteurs 1 et 2, la modalité 58 ans et plus (0.55, -0.78; cF1 : 3.6, cF2 : 8.9) a été projetée dans la même portion du plan factoriel que celle où figure les patients et les femmes mais à plus grande distance. Compte tenu de ce qui précède, les médecins et les hommes partagent une vision psychologique du médicament (-1.04, 0.13 ; c : 10.6) et une représentation dans laquelle le médicament est perçu comme un traitement ou un soutien (-.72, 0.15; c : 3.8). À l'opposé, les patients, les femmes et les sujets âgés ont en commun une vision mixte, à la fois matérialiste et humaniste du médicament (1.57, -0.38; c : 7.3) et une représentation axée sur la maladie (1.32, 1.46; c : 5.2) et la dépendance (1.32, 1.46; cF1 : 5.2, F2 : 7.9).

À l'examen du second facteur, on note que les hommes (-0.50, -0.30; c : 3.3) et les femmes (0.58, 0.35; c : 3.9) s'opposent également sur ce facteur mais de façon moindre telles que l'indiquent les contributions à ce deuxième facteur. Dans la portion négative du deuxième axe factoriel, les hommes et plus fortement les sujets âgés (0.55, -0.78; c : 8.9) se caractérisent par une vision plus humaniste du médicament (-0.22, 0.90; c : 6.5) et partagent une représentation dans laquelle prédominent certaines classes de médicaments (antibiotiques, antidépresseurs, analgésiques : -0.01, -1.01; c : 6.4) accolées à des notions de justification et de prudence (-0.36, -1.68; c : 6.1) ainsi que d'opposition et de crainte en raison du caractère chimique du médicament (0.74, -0.91; c : 5.0). Dans la portion positive du deuxième axe, les femmes semblent plus préoccupées par les questions de posologie (-0.70, 0.90; c : 4.9) et de dépendance (1.32, 1.46; cF1: 5.2; cF2 : 7.9). Contrairement aux hommes, les femmes ne

³ Afin de pouvoir repérer les modalités, nous présentons les coordonnées de chaque modalité sur le plan factoriel, soit les deux premiers chiffres de la parenthèse, suivies de la contribution de la modalité au facteur cité.

possèdent pas une conception unifiée du médicament car elles se partagent entre une vision matérialiste (0.53, 1.35; c : 8.9) qui apparaît plus fortement associée, sur le plan factoriel, à la dépendance et des visions composites (humaniste et psychologique -0.22, 0.90; c : 6.5); matérialiste et psychologique -0.06, 0.97; c : 6.1) qui semblent plus fortement associées aux préoccupations de posologie et d'indication.

Ces résultats sur le premier mot associé au médicament permettent de croire que de façon globale, la représentation du médicament diffère selon le statut et encore de façon plus marquée par le sexe étant donné que cette variable départage les modalités sur les deux premiers facteurs. Cette représentation apparaît fortement marquée par la dimension opérationnelle du médicament exprimée par le premier facteur formé des pôles « traitement/pathologies », qui départage les médecins et les patients tout autant que les hommes et les femmes. La représentation du médicament se colore, sur le deuxième facteur, d'une dimension plus litigieuse opposant deux types d'effets négatifs qui rejoignent les hommes et les femmes. Chez ces dernières, la dépendance est plus associée à la posologie (portion positive de l'axe 2) et elle constitue un aspect déterminant de la représentation féminine du médicament car elle est associée aux femmes sur les deux facteurs. La représentation masculine (portion négative de l'axe 2) se teinte aussi de justification, de prudence et d'opposition en lien avec le caractère chimique du médicament⁴, ce qui s'accorde avec la vision humaniste partagée par les hommes. Cette représentation ne semble toutefois pas soumise à un effet générationnel marqué, comme nous le verrons dans la prochaine analyse de la représentation de l'antibiotique. Il est aussi intéressant de noter que contrairement à ce dernier médicament, aucune des modalités liées aux problèmes de prescription n'est significative.

⁴ Il est à noter que la contribution de ces deux dernières modalités sont voisines, cumulant respectivement une contribution à l'inertie de 6.4 dans le premier cas et de 5.0 dans le second cas.

Les résultats de l'AFC effectuée sur le second mot associé au médicament placés en annexe⁵ montrent toujours une segmentation représentationnelle en fonction du statut et du sexe mais elle s'inverse sur le premier facteur. La représentation du médicament se déplace très modérément en second choix vers l'opposition et le caractère chimique du médicament (3.2 = seuil de signification) pour les patients (c : 26.3) et les femmes (9.7) alors que les médecins (12.8) et les hommes (8.5) se représentent collectivement le médicament par la dimension technique de la posologie et de l'indication (4.6). Sur le premier facteur, les patients présentent le double de la contribution à l'inertie des médecins, soit 26.3 pour les patients et 12.8 pour les médecins. Par contre, l'effet générationnel est observable sur le deuxième facteur, les 47 ans et moins se répartissant en deux groupes bien distincts. D'une part, sur la portion positive de l'axe 2, les moins âgés (37 ans et moins : c : 16.4) qui n'éprouvent pas de problèmes avec la prescription (c : 10.2) et qui ont une position plus mitigée concernant les assertions matérialiste, psychologiques et humanistes sur le médicament (c : 10.1) ont une représentation commune, davantage axée sur des classes de médicaments tels les antibiotiques, les antidépresseurs et les analgésiques (c : 5.6) et sur le phénomène de surutilisation et de mésusage du médicament (c : 3.4). Sur la portion négative de l'axe 2, figurent les 38 à 47 ans (c : 10.1) qui éprouvent des problèmes avec la prescription et qui ont une conception matérialiste et psychologique du médicament (c : 9.5). La représentation de ces sujets apparaît multimodale car elle fait intervenir à la fois des notions d'efficacité et utilité du médicament (6.2), de justification et de prudence (5,7) et d'effets secondaires (3.3).

À ce stade des analyses, la dimension litigieuse du médicament apparaît fondamentale étant donné qu'elle divise patients et médecins, hommes et les femmes sur les deux mots associés au médicament. Il semble que la nocivité du médicament apparaît plus tôt (1^{er} mot) chez les femmes dans l'épreuve de l'association de mots qu'elle n'apparaît chez les hommes (2^e mot).

⁵ Afin de ne pas alourdir le texte, seules les contributions à l'inertie seront mentionnées dans les commentaires sur les AFC réalisées sur les 2^e et 3^e mots des cinq mots inducteurs médicament, antibiotique, anti-inflammatoire, antidépresseur et souffrance. Les résultats de ces AFC étant placés en annexe, le lecteur pourra y repérer les coordonnées des modalités significativement contributives à la formation des axes factoriels.

Par contre, un effet générationnel lié à l'aisance de la pratique de prescription et à la dimension de surconsommation opposée à une pratique de prescription difficile liée à une dimension de retenue (efficacité, justification, effets secondaires) se fait sentir à l'analyse du 2^e mot associé au médicament.

Au troisième mot associé au médicament, l'AFC reproduit la division en fonction du statut et du sexe. Sur le premier facteur, les patients (c : 24.8) et les femmes (c : 8.1) et moindrement les sujets âgés (c : 3.8) partagent toujours une représentation marquée par l'opposition (c : 4.3) et la dépendance (c : 4.6) tandis qu'à l'opposé, les médecins (c : 12.2) et les hommes (c : 7.2), dans une conception axée sur l'aspect psychologique du médicament (c : 10.1), se regroupent autour de la dimension marchande du médicament (coût, vente, industrie : c : 4.9). Le second facteur oppose cette fois des sujets plus âgés. Les sujets âgés de 58 ans et plus (c : 9.60) sont projetés immédiatement à proximité des notions de nécessité et de miracle (c : 3.3) et à plus grande distance des notions d'efficacité et d'utilité (c : 7.6) qui résument leurs contenus représentationnels auxquels s'ajoutent des difficultés avec la prescription (c : 4.2) et une conception humaniste du médicament (c : 11.2). Les sujets âgés de 48 à 57 ans (c : 11.0), qui n'ont pas de problème avec la prescription (c : 6.6) et dont les conceptions humanistes et psychologiques du médicament s'imposent (c : 10.0) ont développé une représentation axée sur la notion de traitement et de béquille (c : 15.7).

La synthèse des AFC sur les trois mots associés au médicament permet de conclure à une différenciation représentationnelle en fonction, par ordre d'importance, du sexe, du statut et de l'âge. Il existe une analogie entre l'univers représentationnel des patients et des femmes ainsi que celui des médecins et des hommes sur les trois mots associés au médicament. Toutefois, sur les trois plans factoriels, la distance entre les patients et les femmes s'est avérée plus

grande que celle séparant les médecins des hommes. Les résultats ⁶ obtenus par chacune des modalités sur les trois mots associés au médicament montrent que les patients ont été plus souvent projetés à proximité de la modalité « opposition/chimique » (2^e et 3^e mot) alors que les femmes avoisinaient plus souvent la modalité « maladie/pathologie » (1^{er} et 2^e mot). Par ailleurs, les objets de représentations des médecins et des hommes diffèrent sur les trois plans factoriels mais ils se rapportent aux divers aspects du traitement (1^{er} mot), soit la posologie (2^e mot) et les coûts (3^e mot). La composante litigieuse (dépendance, opposition, effets secondaires surutilisation) apparaît aussi importante que la composante bénéfique (soulagement, guérison, miracle, efficacité, utilité) dans la représentation du médicament. Il existe également un effet expérientiel de prescription accompagné d'un effet générationnel qui modifie la représentation du médicament et qui est plus marqué dans les analyses des deuxième et troisième mots associés au médicament. À l'examen des objets de représentation⁴ les plus associés aux classes d'âges par leur proximité sur les plans factoriels, on note une dimension critique chez les plus jeunes (37 ans et - : surutilisation/mésusage; 38-47ans : effets secondaires) qui s'estompe progressivement chez les sujets plus âgés (48-57 ans : posologie, indication; 58 ans et + : nécessité, miracle).

7.3.2 L'antibiotique

Les résultats des analyses factorielles des correspondances multiples (à l'avenir AFCM) des trois mots associés par les patients et les médecins au mot inducteur « antibiotique » font l'objet de la présente section. Le prochain graphique permet de situer les patients et les médecins selon leurs conceptions du médicament, la présence ou l'absence de problèmes concernant la prescription ainsi que leurs représentations des antibiotiques établies en fonction du premier mot qu'ils ont associé au mot (inducteur) « antibiotique ». Les résultats des analyses des

⁶ Résultats supérieurs au seuil de signification $c : 3.2$

la portion positive de l'axe 1, on constate que les médecins (0.55, -0.04; c : 12.4)⁷, immédiatement voisins de la modalité « homme » (0.54;-0.15;c : 9.7), s'opposent aux patients (-1.15; 0.08; c : 25.6) dont la modalité a été projetée à une plus grande distance des femmes (-0.64; 0.18 c : 11.2). Les patients et les femmes partagent, en première instance, une représentation fonctionnelle de l'antibiotique axée sur la guérison et le soulagement (-0.94, -0.66; c : 3.0). Les médecins et les hommes ont plutôt développé une représentation de l'antibiotique axée sur sa dimension technique, soit la posologie et l'observance (0.89, 0.96; c : 2.5). Ces représentations de l'antibiotique se combinent, sur le premier facteur, à une conception matérialiste du médicament (-1.08, 0.02; c : 5.0) partagée par les patients et une conception multidimensionnelle (matérialiste, humaniste et psychologique : (-0.55, 0.04; c : 2.9) qui prévaut chez les femmes. Ces conceptions affichées par les patients et par les femmes s'opposent, sur la portion positive du premier axe factoriel, à une conception psychologique du médicament (0.96, -0.12; c : 9.5) qui rallie les hommes. En résumé, ce premier facteur se qualifie par la dimension thérapeutique de l'antibiotique dont le pôle fonctionnel (patients, femmes) s'oppose au pôle technique (médecins, hommes). Ce premier facteur permet donc de confirmer la présence d'univers représentationnels divergents selon le statut et le sexe. Il permet également de relever l'articulation des représentations spécifiques aux antibiotiques aux représentations plus globales du médicament.

Le second facteur (inertie totale = 6,4 %) oppose des représentations globales du médicament et des représentations spécifiques à l'antibiotique qui sont davantage caractéristiques de groupes d'âge et de la présence ou l'absence de problèmes concernant la prescription. Dans la portion positive du deuxième axe, on relève une conception humaniste du médicament (0.28,-0.80; c : 12.7) davantage partagée par les patients et les médecins qui ont des problèmes

⁷ Afin de pouvoir repérer les modalités, nous présentons les coordonnées de chaque modalité sur le plan factoriel, soit les deux premiers chiffres de la parenthèse, suivies de la contribution de la modalité au facteur cité.

avec la prescription (-0.08, -0.65; c : 11.5) et qui sont âgés (contribution la plus forte : 58 ans et plus : -0.37, 0.86 ; c : 11.2). Cette conception humaniste du médicament s'associe à une représentation utilitariste de l'antibiotique (efficacité, nécessité : 0.13, 0.61; c : 3.8). À l'autre extrémité de l'axe 2, on retrouve une conception du médicament moins prégnante car les contributions à l'inertie sont moins élevées. Il s'agit d'une conception combinant une vision humaniste et psychologique (0.28, -0.80; c : 5,3) et une autre conception qui combine une vision matérialiste et psychologique du médicament (0.02, 0.70; c : 3.3). Ces représentations globales du médicament sont donc moins précises et sont davantage caractéristiques des patients et médecins plus jeunes (37 ans et moins : -0.42, -0.80; c : 8.5) qui n'ont pas de problèmes avec les prescriptions et qui partagent une représentation de l'antibiotique axée sur le choix du traitement (-0.89, -1.53; c : 5.8). Un effet générationnel semble donc caractériser ce deuxième facteur, les plus âgés partageant une représentation plus humaniste du médicament et plus utilitariste de l'antibiotique et qui avouent avoir des problèmes avec les prescriptions alors que les jeunes n'en ont pas et partagent une vision centrée sur les alternatives de traitement.

On observe sensiblement les mêmes répartitions des variables relatives au statut et au sexe sur les plans factoriels dans les AFC effectuées sur les seconds et troisièmes mots associés aux antibiotiques (se référer aux graphiques et résultats placés en annexe). Toutefois, il faut noter que sur cette seconde association de mots à l'inducteur « antibiotique », les femmes et les patients semblent davantage influencés, au premier facteur, par les notions de maladie et de symptômes tels que la pneumonie, l'otite, la grippe, le rhume, la fièvre (-0.92, -0.53; c : 3.4) alors que les médecins demeurent fortement préoccupés par les phénomènes de résistance et des effets secondaires (0.59, -0.50; cF1 : 5.9 et cF2 : 5.5) lesquels contribuent aux deux premiers facteurs. De la même façon, on constate, comme dans l'analyse précédente, un effet générationnel. Dans le cas du second mot associé aux antibiotiques, on observe cependant une répartition différente des sujets selon l'âge sur le 2^e facteur. En effet, les sujets les plus jeunes

(-0.28, 0.76; c : 7.7) et les plus âgés (-0.54, 0.58 ; c : 5.0) partagent une représentation de l'antibiotique axée sur la posologie et l'observance (0.43, 1.15; c : 5.6) quand ils effectuent une seconde association au mot inducteur « antibiotique ». Ils s'opposent sur ce facteur à une classe d'âge intermédiaire (38 à 47 ans : 0.15, -0.61; c : 7.7) qui partage une représentation fondée sur la surutilisation et la surprescription (-0.82, -1.70; c : 10.3) et également sur les phénomènes de résistance et des effets secondaires cités dans le premier facteur.

Le troisième mot associé au mot inducteur antibiotique par les patients et les femmes se concentrent sur la notion de traitement (0.65, -1.11; c : 5.6) et « chimique et dangereux » (1.59, 2.49; c F1: 3.6, cF2 : 11.2) alors qu'aucune modalité significative ne rallie les médecins et les hommes. L'effet générationnel s'observe aussi dans cette troisième analyse. Les patients et les médecins de 37 ans et moins partagent, comme dans la première analyse, une vision centrée sur les alternatives de traitement (0.33, -1.17; c : 5.3). Par ailleurs, les classes d'âge intermédiaire et plus âgées rejoignent la représentation des femmes et des patients sur le deuxième facteur en ce qui concerne l'aspect chimique et dangereux des antibiotiques (contribution décrite avec les modalités du premier facteur).

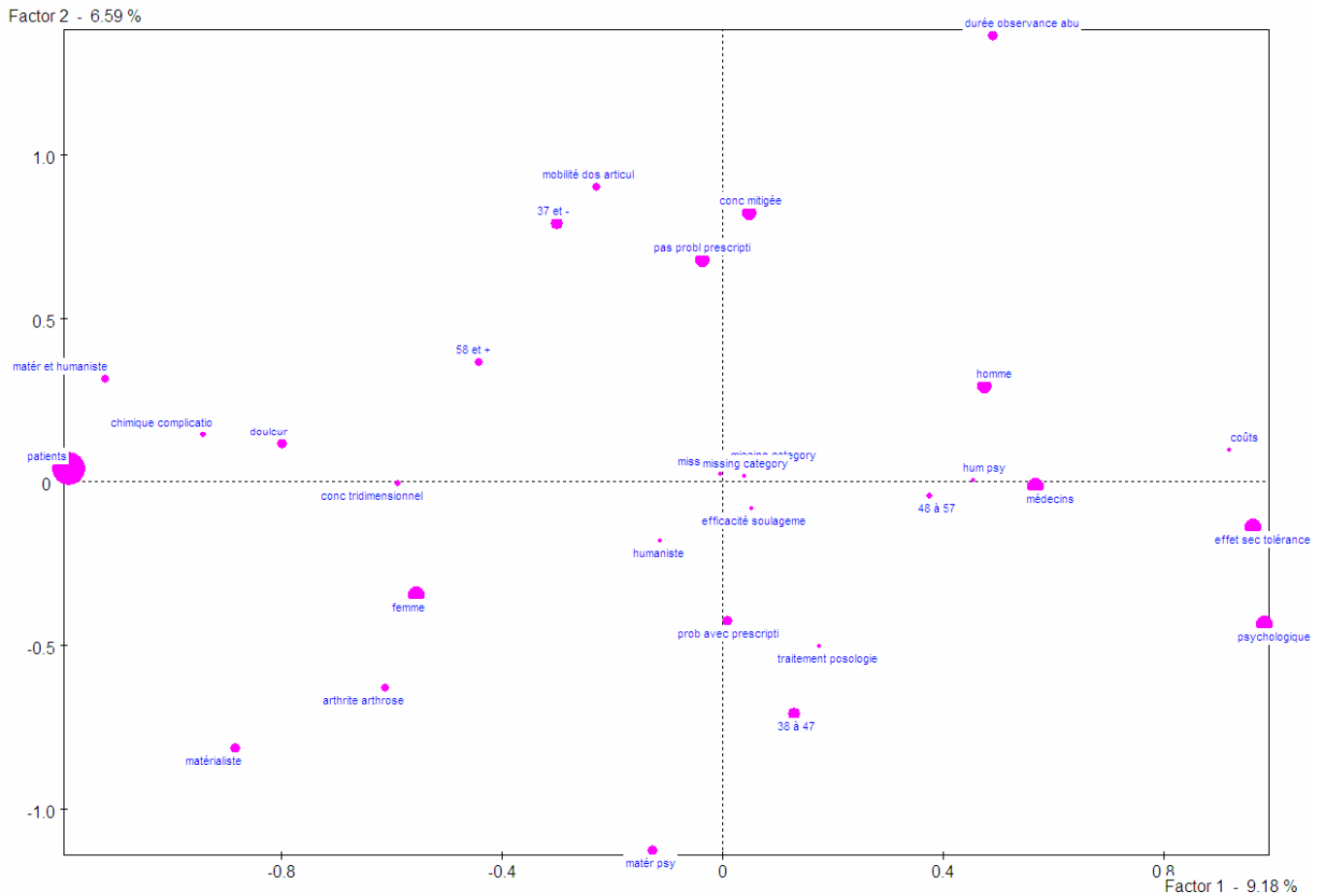
Les trois AFC effectuées sur les mots associés aux antibiotiques permettent de confirmer la présence d'univers représentationnels divergents selon qu'on soit un patient ou un médecin, un homme ou une femme ou un sujet jeune ou âgé. En effet, ces variables se sont opposées sur les deux premiers axes factoriels tout au long des trois analyses. La technique utilisée, soit l'analyse distincte des trois mots associés par les sujets à un même mot inducteur permet d'apprécier le degré de stabilité et la richesse des représentations des sujets. Il semble que les femmes et les patients possèdent un univers représentationnel un peu plus étendu que celui des hommes et des médecins concernant les antibiotiques car au troisième mot, aucune modalité significative n'est relevée pour les variables hommes et médecins. Dans l'ensemble,

des 14 modalités relatives à l'inducteur antibiotique, on ne relève que 6 modalités actives supérieures au seuil de signification, soit 2 modalités par analyse. L'univers représentationnel des antibiotiques s'exprime donc à l'aide d'un nombre limité d'objets de représentations.

7.3.3 L'anti-inflammatoire

Comme pour les analyses précédentes, les patients et les femmes se distinguent des médecins et des hommes sur le plan représentationnel. Par ailleurs, c'est sur ce médicament que les hommes et les femmes se distinguent sur les deux premiers facteurs (2^e AFC placée en annexe). Il départage également les 4 classes d'âge et à ce titre, ce médicament semble jouir d'un statut différent des autres médicaments qui ont été analysés jusqu'ici.

Graphique 7.3.3
Afc anti-inflammatoire 1^{er} inducteur



L'AFC réalisée sur le premier mot induit par l'inducteur « anti-inflammatoire » a établi un premier facteur contribuant à 9.18 % de l'inertie totale et un second facteur y contribuant à 6.59 %. Les modalités retenues pour l'interprétation sont supérieures au seuil de signification établi à des valeurs avoisinant 4.00 (1ere AFC : 3.8; 2^e AFC : 3.7 et 3^e AFC : 4.0).

Au premier facteur, on peut observer l'opposition patients/femmes (axe 1 : portion négative) aux médecins/hommes (axe 1 : portion positive). Les patients (-1.19, 0.04 ; c : 24.9) et les femmes (-0.56, -0.35 ; c : 7.8) se rallient à une représentation de l'anti-inflammatoire fondée sur la

douleur (-0.80, 0.12 ; c : 5.7) alors que celle des médecins (0.57, -0.02 ; c : 12.0) et des hommes (0.48, 0.29 ; c : 6.7) se forme sur l'aspect des effets secondaire et de la tolérance au médicament (0.96, -0.14 ; c : 10.9). Les AFC effectuées sur les 2^e et 3^e mots associés à l'anti-inflammatoire montrent aussi des résultats similaires avec les quelques différences suivantes : la représentation des femmes et des patients se modifie au 2^e mot (arthrite, arthrose) alors que celle des médecins se modifie au 3^e mot (efficacité et soulagement qui est contributif sur les 2 premiers facteurs). Il est à noter que c'est le premier médicament qui apparaît plus étroitement lié à la douleur et à une maladie particulière. Il faut également ajouter qu'une seule conception du médicament est significative, soit la conception psychologique qui est partagée par les médecins et par les hommes sur les trois AFC.

Exceptionnellement, le deuxième facteur départage toutes les modalités relatives à l'âge. Les deux premières AFC (induits évoqués en premier et en second lieu) concernent les sujets les plus jeunes (37 ans et moins, 38 à 47 ans) alors que la troisième AFC se réfère aux sujets plus âgés (48 à 57 ans, 58 ans et plus). La première AFC segmente les sujets plus jeunes. D'une part, les 37 ans et moins (-0.30, 0.79 ; c : 8.9) n'éprouvent pas de problème de prescription (-0.04, 0.68 ; c : 13.4), adoptent une conception mitigée du médicament (0.05, 0.82 ; c : 14.6) et se rassemblent autour des notions de mobilité des articulations (-0.23, 0.90 ; c : 5.4), de durée d'observance et d'abus (0.49, 1.36 ; c : 6.2). Sur le plan inverse, leurs aînés immédiats (38-47 ans : 0.13, -0.71 ; c : 11.3) et moindrement les femmes (-0.56, -0.35 ; c : 4.2), éprouvent des problèmes de prescription (0.01, -0.43 ; c : 8.5), optent pour une approche matérialiste et psychologique du médicament (-0.13, -1.13 ; c : 8.9) mais ils ne partagent pas de vision commune de l'anti-inflammatoire à la première association de mots (1^{ère} AFC placée ci-contre). Ce n'est qu'à la seconde évocation (2^e AFC placée en annexe) que les 38-47 ans (-0.24, -0.65 ; c : 9.2) et les femmes (0.58, -0.37 ; c : 4.8) souscrivent à une représentation commune fondée

sur l'efficacité et le soulagement (0.16, -0.89 ; c : 6.8) alors que la notion de douleur est déterminante dans la représentation des jeunes et des hommes⁸.

La troisième AFC (placée en annexe) oppose deux autres groupes d'âge, soit les sujets de 58 ans et plus ainsi que ceux âgés de 48 à 57 ans. Lorsqu'il est question d'un anti-inflammatoire, les plus âgés (0.58, 0.70 ; c : 7.3) qui partagent une vision très large du médicament (conception tridimensionnelle : 0.41, 0.59 ; c : 4.2) où prédomine la vision humaniste (0.03, 2.15 ; c : 16.6), se réfèrent aux notions de traitement et de posologie (-0.13, 1.49 ; c : 16.8) ainsi que d'effets secondaires et de tolérance (-0.70, 0.79 ; c : 6.0). Ceux qui les précèdent (48 à 57 ans : -0.37, -0.63 ; c : 9.0) ont une conception humaniste et psychologique du médicament (-0.47, -1.20 ; c : 12.5) et se rassemblent autour de la notion d'efficacité et de soulagement (-1.15, -1.24 ; c : 9.0).

Pour conclure sur la représentation de l'anti-inflammatoire, on retiendra qu'elle diffère beaucoup plus en fonction du sexe et de l'âge, cette dernière variable opérant une distinction sur deux facteurs alors que le statut patient/médecin n'est discriminatif que sur le premier facteur. L'expérience de prescription n'est pas aussi déterminante que pour la représentation de l'antidépresseur bien qu'elle s'associe encore ici aux deux classes de sujets plus jeunes. La modalité liée à la représentation de l'anti-inflammatoire qui s'est distinguée comme étant la plus contributive à la formation des deux axes demeurent l'efficacité et le soulagement.

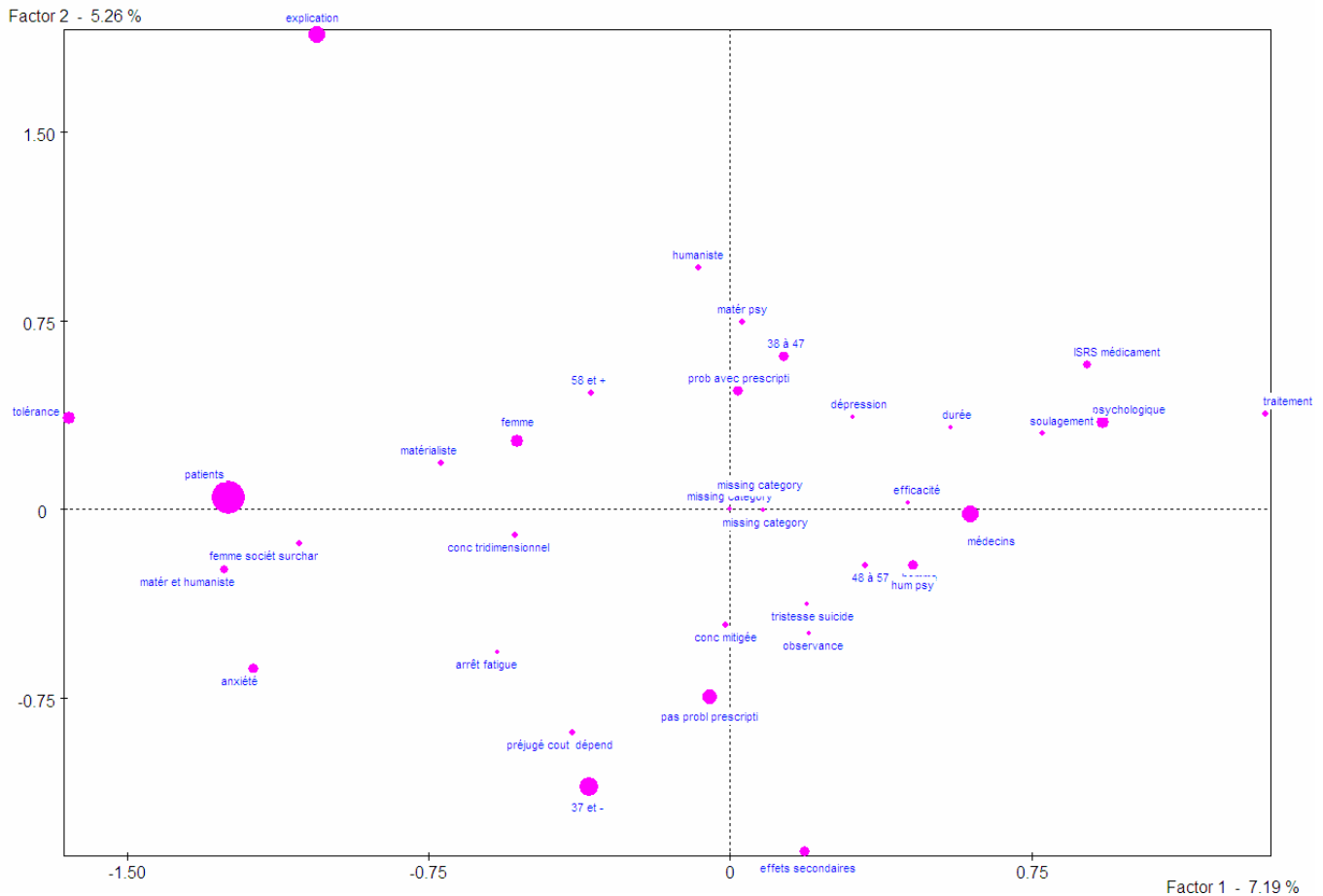
7.3.4 L'antidépresseur

Les trois AFC (celle présentée ci-dessous et celles placées en annexe) sur les trois mots associés par les patients et les médecins au mot inducteur « antidépresseur » ont produit des

⁸ La seconde AFC est la seule dans laquelle la modalité « homme » est supérieure au seuil de signification sur le second facteur et qui est associée aux sujets les plus jeunes (37 ans et moins).

résultats plutôt similaires. L'ordre associatif ne semble donc pas affecter les représentations de l'antidépresseur.

Graphique 7.3.4
Afc antidépresseur 1^{er} inducteur



L'AFC réalisée sur le premier mot induit par l'inducteur « antidépresseur » a permis de relever un premier facteur contribuant à 7,19 % de l'inertie totale et un second facteur y contribuant à 5.26 %. Les modalités retenues pour l'interprétation sont supérieures au seuil de signification établi à 3.00.

Le premier facteur départage à nouveau patients et femmes (axe 1 : portion négative) lesquels adoptent une conception matérialiste et humaniste du médicament (-1.26, -0.24 ; c : 4.2), des médecins et des hommes (axe 1 : portion positive) qui présentent une conception psychologique de médicament (0.93, 0.35 ; c : 7.4). Les patients (-1.25, 0.05 ; c : 25.1) et les « femmes » (-0.53, 0.27 ; c : 6.4) s'accordent sur une représentation de l'antidépresseur fondée sur la tolérance (-1.65, 0.36 : c : 8.4) et l'anxiété (-1.19, -0.64 ; c : 4.6) alors que celle des médecins (0.60, -0.02, : c : 12.1) et des hommes (0.45, -0.22 : c : 5.6) se constitue autour de notions liées à la molécule (sérotonine, Celexa, Effexor, chimique, etc. : 0.89, 0.57 ; c : 3.3). Les AFC effectuées sur les 2^e et 3^e mots associés à l'antidépresseur montrent des résultats similaires sauf pour les médecins et les hommes. Aucune modalité significative de la variable antidépresseur ne peut être associée aux hommes et aux médecins. La représentation des patients et des femmes demeure constante sauf à la troisième AFC où il s'ajoute la notion de motivation (explication, raison, interprétation).

Les variations entre les trois AFC sont plus ostensibles sur le second facteur. Comme dans les analyses précédentes, la segmentation s'effectue en raison de l'âge et de la variable expérientielle dans les trois AFC. Deux classes d'âges sont principalement visées : les 37 ans et moins (-0.35, -1.10 ; c : 15.6) ainsi que les 38-47 ans (0.13, 0.61 ; c : 7.5). Les plus jeunes n'ont pas expérimenté de problème avec la prescription (-0.05, -0.75 ; c : 14.5) tandis que la situation s'inverse (0.02, 0.47 : c : 9.2) pour leurs aînés. Les modalités relatives à la conception du médicament de chacun des groupes se démarquent peu, étant très près du seuil de signification. La représentation de l'antidépresseur chez les plus jeunes semble s'ancrer autour de la notion d'effets secondaires (0.18, -1.36 ; c : 7.5) lors de la première évocation alors que celle de leurs aînés puise dans la notion d'explication et de soulagement (-1.03, 1.88 ; c : 12.1). À la seconde évocation des plus jeunes (résultats placés en annexe), la représentation se fixe autour de la pathologie et de la symptomatologie alors que celle de leurs aînés (38-47 ans) se

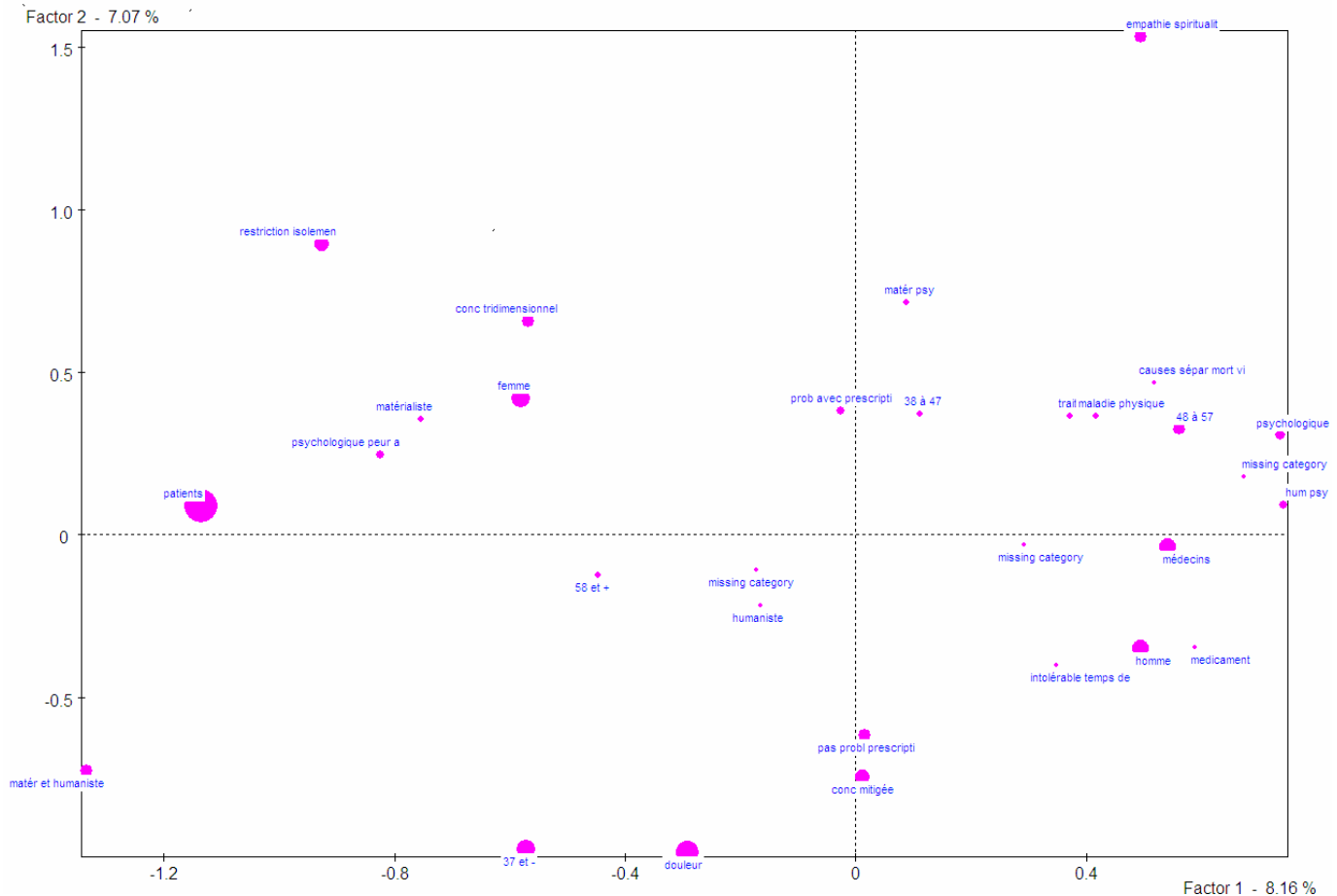
stabilise autour des notions d'efficacité, de populations à risque et de facteurs causaux (surcharge, femme, société). Le tableau représentationnel se complète, à la troisième évocation, par les notions d'observance et de durée chez les plus jeunes ainsi que par les notions préjugés, coûts et dépendance chez les 38-47 ans.

En résumé, la représentation de l'antidépresseur, comme pour les analyses précédentes, diffère selon le statut et le sexe mais elle est plus marquée en fonction de l'âge sur le second facteur. L'expérience de prescription semble beaucoup plus déterminante sur la représentation de l'antidépresseur que la conception générale du médicament. On peut retenir que de façon générale, les jeunes qui n'ont pas de problème avec la prescription se représentent d'abord l'antidépresseur à partir de sa dimension négative (effets secondaires) pour ensuite passer à une dimension technique plus neutre (symptômes de la dépression, observance et durée). Leurs aînés immédiats (38-47 ans) qui éprouvent des problèmes avec la prescription empruntent la trajectoire inverse dans laquelle la représentation semble formée d'antagonismes : les facteurs positifs émergent dans les premières évocations (facteurs explicatifs, soulagement, efficacité et facteurs causaux) pour se terminer par des évocations plus négatives (préjugés, coûts, dépendance). On peut aussi considérer que les représentations des classes d'âge supérieures (48-57 ans et 58 ans et plus), n'étant pas significatives, ne sont pas homogènes lorsqu'il est question d'antidépresseur. Quant au départage patients/femmes et médecins, hommes, il demeure constant jusqu'ici dans toutes les analyses. Il faut toutefois noter que la représentation des hommes et des médecins, laquelle se concentre sur la molécule, n'est communale que sur le premier facteur. Ainsi, les femmes et les patients éprouvent plus d'affinités sur la représentation de l'antidépresseur que les médecins et les hommes. La tolérance demeure la modalité la plus conjointe aux patients et aux femmes, sa contribution à l'inertie étant la plus fortement significative.

7.3.5 La souffrance

Le fractionnement observé précédemment sur le premier facteur, se répète à nouveau pour les trois mots associés à la souffrance. Les patients se situent toujours près des femmes et en opposition aux hommes et aux médecins. Par ailleurs, le fractionnement obtenu au second facteur, varie selon l'ordre associatif des induits. Le premier mot qui est associé distance hommes et femmes, alors que le deuxième mot dissocie les sujets selon qu'ils aient éprouvé ou non des problèmes avec la prescription, tandis que le troisième mot oppose nettement les sujets jeunes et âgés.

Graphique 7.3.5
Afc souffrance 1^{er} inducteur



L'AFC réalisée sur le premier mot induit par l'inducteur « souffrance » a établi un premier facteur contribuant à 8.16 % de l'inertie totale et un second facteur y contribuant à 7.07 %.

En ne retenant que les modalités ayant une contribution à l'inertie supérieure au seuil de signification (3.8), on observe au premier facteur que les patients (-1.13, 0.09; c : 24.3) et les femmes (-0.58, 0.42; c : 9.0) partagent une vision matérialiste et humaniste du médicament (-1.34, -0.73 ; c : 5.4) et une vision de la souffrance comme étant étroitement associée à la restriction et à l'isolement (-0.93, 0.89 ; c : 4.5). Il est à noter qu'aucune modalité ne peut être associée à ces derniers groupes à la seconde et à la troisième association de mots. Les

médecins (0.54, -0.04; c : 11.7), les hommes (0.49, -0.35 ; c : 7.8) et les sujets âgés de 48 à 57 ans (0.56, 0.32 ; c : 5.7) partagent une vision psychologue du médicament (0.74, 0.30 ; c : 5.5) mais aucune modalité de la souffrance n'est significative au premier mot. Ce n'est qu'au deuxième mot que ces derniers groupes associent la douleur aux aspects psychologiques (peur, anxiété : -0.70, 0.18 ; c : 5.0) et au troisième mot, ils se rallient à la notion de traitement (1.00, 0.09 ; 10.3).

Comme il a été déjà mentionné, les modalités significatives du 2^e facteur s'organisent autour de la variable liée au genre (1^{ère} association), expérientielle (2^e association) et à l'âge (3^e association). La représentation masculine (0.49, -0.35 ; c : 4.5) de la souffrance est axée sur le concept de douleur (-0.29, -0.98 ; c : 17.0) alors que la représentation féminine (-0.58, 0.42; c : 5.5) porte sur les notions de restriction et d'isolement (-0.93, 0.89 ; c : 4.8) ainsi que d'empathie et de spiritualité (0.50, 1.53 ; c : 7.8). La représentation des sujets sans expérience problématique de la prescription (-0.01, -0.57 ; c : 8.6) rejoint celle des femmes pour ce qui est de la restriction et de l'isolement (0.53, -0.74 ; c : 4.6) en ajoutant la notion de l'intolérable, de temps et de degré (-0.24, -1.01 ; c : 6.4). La représentation des sujets qui partagent une expérience problématique de la prescription (0.02, 0.37 ; c : 5.8) rejoint celle des femmes en ce qui a trait à l'empathie et à la spiritualité (0.68, 1.61 ; c : 15.0). Ce dernier thème (0.10, -0.72 ; c : 3.8) rejoint aussi les sujets âgés de 48 ans et plus (48 à 57 ans : 0.30, -0.67 ; c : 10.5 ; 58 ans et plus : -0.35, -0.63 ; c : 6.3) alors que celle des plus jeunes (37 ans et moins : -0.39, 0.71, c : 7.3 ; 38 à 47 ans : 0.21, 0.67 ; c : 10.1) se cristallise autour des notions de maladie physique (-0.43, 2.03 ; c : 22.7) et de douleur (-0.28, 1.38 ; c : 9.7).

À la lueur de ces résultats, il appert que la représentation de la souffrance est beaucoup moins stable que la représentation des médicaments. Par ailleurs, si on retient que les modalités actives de la souffrance cumulant les contributions à l'inertie les plus élevées, on obtiendra une

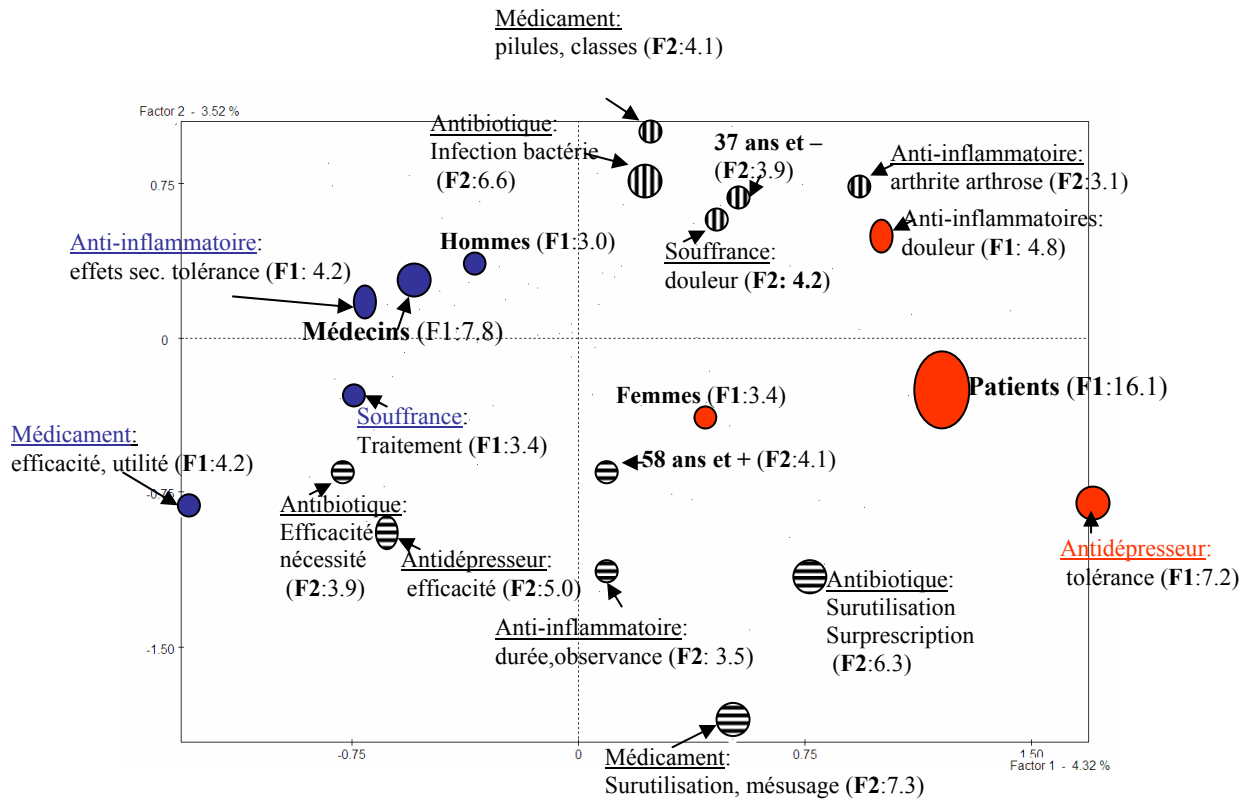
représentation axée sur la maladie physique pour les jeunes (c : 22.7), sur la douleur pour les hommes (c : 17.0) et sur l'empathie et la spiritualité pour ceux qui ont des problèmes avec la prescription (c : 15.0).

7.3.6 Les médicaments

Les résultats de l'AFC qui a été réalisée sur tous les mots inducteurs à la fois (médicament, antibiotique antidépresseur, anti-inflammatoire et souffrance) sont présentés au prochain graphique en ce qui concerne le premier mot associé par les patients et les médecins.

Graphique 7.3.6

Afc tous les inducteurs 1^{er} mot



Le premier facteur (contribution à l'inertie : 4.32 %) opère toujours une distinction entre les médecins et les hommes situés à l'extrémité négative du premier axe et les patients et les femmes qui y sont projetés à l'extrémité positive. Par ailleurs, on constate que ce sont les patients qui contribuent le plus à la formation du premier axe mais que la distance projetée entre ces derniers et les femmes est plus grande que celle séparant les médecins des hommes. Quant aux inducteurs, on remarque que les antibiotiques sont absents du premier facteur. La représentation du médicament commune aux médecins et aux hommes porte sur son efficacité et son utilité (F1 : 4.2), celle de la souffrance se rattache au traitement (F1 : 3.4) et celle de l'anti-inflammatoire a trait aux effets secondaires et à la tolérance (F1 : 4.2). Par sa proximité sur

le plan factoriel, il est à noter que la modalité « effets secondaires, tolérance » aux anti-inflammatoires est la plus associée aux médecins. Les représentations communes aux patients et aux femmes ne portent que sur l'anti-inflammatoire qui est fortement associée à l'idée de douleur (F1 : 4.8) et sur l'antidépresseur qui se traduit par l'idée de tolérance (F1 : 7.2). Bien qu'il n'y ait pas de modalités projetées à proximité des patients et des femmes comme dans le cas des médecins, il faut toutefois souligner que ce sont ces deux groupes qui retiennent la modalité la plus contributive. Ainsi, la tolérance qui est étroitement associée à l'antidépresseur est la représentation que partagent le plus étroitement les patients et les femmes.

Le second facteur départage les représentations des sujets les plus jeunes (portion positive de l'axe 2 : 37 ans et moins) de ceux qui sont les plus âgés (portion négative de l'axe 2 : 58 ans et plus). La variable liée à l'âge semble jouer un rôle particulier dans la représentation de l'antibiotique et de l'anti-inflammatoire car trois modalités de ces deux inducteurs sont significatives dans l'analyse de l'ensemble des inducteurs. Les plus jeunes ne semblent pas concernés par les antidépresseurs car aucune modalité n'est significative sur la portion positive du second axe factoriel. En revanche, cette population semble particulièrement interpellée par la souffrance représentée par la notion très voisine de douleur et cette modalité est projetée à proximité des sujets jeunes. Les représentations communes aux sujets les plus jeunes concernant le médicament porte sur l'aspect physique ainsi que sur leur typologie alors que lorsqu'il est question d'un médicament spécifique, c'est la cible qui forme l'objet de représentation, soit l'infection et bactérie dans le cas de l'antibiotique ainsi que l'arthrite ou l'arthrose dans le cas de l'anti-inflammatoire.

Les sujets les plus âgés (58 ans et plus), projetés à l'extrémité du spectre factoriel (portion négative de l'axe 2), se caractérisent sur le plan représentationnel par une diversité plus grande d'inducteurs que les plus jeunes. Ils partagent ainsi une représentation commune du

médicament, de l'antibiotique, de l'antidépresseur et de l'anti-inflammatoire. Étonnamment, aucune modalité relative à la souffrance n'est significative chez les sujets âgés (58 ans et plus), ce qui surprend au premier abord. Mais comme il s'agit d'une analyse factorielle des correspondances multiples, un tel résultat signifie que tous les sujets âgés de 58 ans et plus ne sont pas interpellés par la souffrance aussi uniformément que les sujets âgés de 37 ans et moins. Il existe probablement trop de variations entre les sujets âgés qui empêchent que ceux-ci forment un groupe homogène sur le plan de la représentation de la souffrance. Lorsqu'on examine les modalités significatives de chacun des inducteurs, on relève deux composantes représentationnelles antagonistes qui agissent chez les sujets âgés. Le médicament en général fait intervenir l'idée de surutilisation et de mésusage, une des plus fortes contributions à l'inertie de l'ensemble des modalités des inducteurs, soit 7.3. Par ailleurs, cette idée est reprise avec l'antibiotique qui représente la seconde modalité la plus contributive (6.3) mais elle fait aussi intervenir de façon moindre (contribution de 3.9) l'idée de l'efficacité et de nécessité. La représentation de l'antibiotique chez le sujet âgé apparaît donc ambivalente. La notion d'efficacité est également attribuée en caractéristique principale de l'antidépresseur et il faut rappeler que cet inducteur n'est pas significatif chez les plus jeunes. La représentation de l'anti-inflammatoire du sujet âgé semble plus empreinte d'une neutralité technique avec les notions de durée et d'observance. En effet, il n'y a pas de composante évaluative ou critique comme dans le cas du médicament (surutilisation, mésusage), de l'antidépresseur (efficacité) ou de l'antibiotique (surutilisation, surprescription et efficacité, nécessité).

L'ensemble des résultats obtenus à la première association de mots induits par tous les inducteurs analysés dans leurs correspondances multiples, permettent de conclure à la stabilité de la segmentation occupationnelle (patient/médecin), sexuelle et générationnelle de la représentation du médicament. Trois composantes représentationnelles se distinguent dans l'analyse. Par ordre décroissant d'importance, on relève une première composante évaluative

ou critique (efficacité, surutilisation), une deuxième composante liée à la cible du médicament (infection, bactérie, arthrite, arthrose, douleur) et enfin, une troisième composante plus technique (pilules, classes de médicaments, durée, observance, tolérance). Chacune de ces trois composantes représentationnelles s'oppose dans une combinaison différente sur les deux premiers facteurs. La segmentation occupationnelle et sexuelle s'exprime au premier facteur par une représentation plutôt évaluative et technique des médecins et des hommes s'opposant à une représentation orientée sur la cible par les patients et les femmes. La segmentation générationnelle s'exprime sur le deuxième facteur par l'opposition d'une représentation technique et orientée sur la cible du médicament partagée par les jeunes à une représentation critique et évaluative ralliant leurs aînés. Les résultats des analyses des seconds et troisièmes mots associés à tous les inducteurs ont été placés en annexe. Ces résultats confirment le fractionnement occupationnel, sexuel et générationnel⁹ ainsi que la proximité des médecins et des hommes sur le plan représentationnel. Ils soutiennent également l'existence d'une représentation du médicament davantage orientée vers la cible pour ce qui est des patients et des femmes, plus technique pour les médecins, les hommes et les sujets les plus jeunes et une représentation plus critique et évaluative des sujets les plus âgés.

Peebles et Moore (1996) avaient montré qu'il n'existait pas une vision commune aux patients et aux médecins de la maladie et que la construction de cette vision commune était un facteur de succès dans le traitement. Ces derniers résultats montrent qu'il n'y a pas de vision commune aux médecins et aux patients du médicament comme il n'y a pas de vision commune à tous les patients ou tous les médecins dépendamment de l'âge ou du sexe de ceux-ci. Les implications de ces résultats concernant les stratégies éducatives des médecins seront discutées au prochain chapitre. La présente étude supporte également l'hypothèse d'une dynamique

⁹ Il est à noter que l'opposition des sujets les plus jeunes aux sujets les plus vieux se maintient à la deuxième association de mots mais seuls les plus jeunes ainsi que la modalité absence de problèmes de prescription ressortent de l'analyse du troisième mot de tous les inducteurs

interactionnelle multidimensionnelle sous-tendue par les rapports symboliques entre acteurs sociaux et qui ont fait l'objet de développements théoriques, et en particulier ceux concernant les systèmes représentationnels. Cette dynamique sera aussi discutée à la prochaine section portant sur l'interprétation des résultats et la conclusion de ce rapport.

SECTION 8
INTERPRÉTATION ET CONCLUSION

SECTION 8

INTERPRÉTATION ET CONCLUSION

Afin de pouvoir discuter en conclusion du propos central de l'étude, soit la compréhension des systèmes représentationnels des patients et des médecins concernant les antibiotiques, les anti-inflammatoires et les antidépresseurs, nous présentons dans les trois prochaines sous-sections une synthèse et une interprétation des principaux résultats obtenus.

8.1 Synthèse et interprétation des résultats obtenus par l'analyse des entrevues

L'analyse des entrevues avait permis de reconstituer l'organisation des discours des patients et des médecins autour du médicament et des pratiques qui y sont liées. Dans l'analyse des corpus de tous les patients et les médecins, les discours communs aux patients et aux médecins sur le médicament portaient sur les effets secondaires et les coûts ainsi que sur la prescription s'inscrivant dans le cadre de la relation médecin-patient. L'analyse globale réalisée séparément sur les corpus des deux populations a révélé que le médicament était peu abordé par les deux populations. L'analyse thématique effectuée séparément sur les corpus des deux populations a cependant permis de relever plusieurs éléments communs aux patients et aux médecins concernant le médicament : la prescription, la durée du traitement et le phénomène du vieillissement qui nécessite une prescription. La principale distinction qui s'opère dans les classes de discours relatif au médicament concerne les effets secondaires pour les patients et l'aspect économique ainsi que l'effet des médicaments pour les médecins. On observe également une distinction lorsqu'il s'agit des classes de médicaments, le discours sur les antibiotiques étant davantage associé aux médecins et celui sur les anti-inflammatoires étant principalement réservé aux patients. La médication concernant les antidépresseurs n'a pas formé une classe de discours significative car les préoccupations des patients et des médecins ont surtout porté sur la problématique de la dépression. Une analyse du discours global et

thématique de chacune des deux populations, soit les patients et les médecins, révélait aussi une préoccupation commune de la problématique relative à la dépression mais davantage axée sur les conséquences et la causalité (suicide, changement de valeurs, hormones) chez les médecins et sur le vécu relationnel et temporel dans le discours des patients. Rappelons aussi que le discours sur la santé mentale tenu par les médecins ne provient pas des mêmes thématiques que les patients bien que ces thématiques soient identiques pour les deux populations. Lorsqu'il est question des stéréotypes, des tabous et de l'éducation des patients, aucune classe liée à la santé mentale n'apparaît chez les médecins alors que deux classes sur trois provenaient de ce thème chez les patients. C'est à propos des pratiques et de la relation thérapeutique que le discours des médecins touche à la santé mentale (suicide, changement de valeurs, dépression) et de l'observance et de la consommation inappropriée (dépression et hormone).

Quant aux autres préoccupations communes des deux populations, elles ne concernent pas directement le médicament, mais principalement l'information, la souffrance, la douleur et la temporalité. Il faut toutefois rappeler que le discours sur la souffrance et la douleur apparaît aussi plus abondant chez les patients (3 classes) que chez les médecins (1 classe). Quant aux préoccupations temporelles, celles des patients concernent la durée de la maladie et du traitement alors que celles des médecins concernent le manque de temps pour l'établissement d'un diagnostic. Les autres classes de discours diffèrent passablement pour les deux populations : les patients traitent volontiers de l'aspect relationnel (partenaires dans la relation médecin-patient, relation de confiance, rapport au patient, personnes âgées et compréhension) tandis que les médecins s'attardent davantage à l'aspect diagnostique et à la pratique selon le type de clientèle ainsi qu'à l'éducation du patient.

8.2 Synthèse et interprétation des résultats obtenus par l'analyse des questionnaires

Les résultats obtenus au test du chi 2 sur les données du questionnaire adressé aux patients ont montré, tel que discuté dans la précédente section, des relations entre les variables relatives à la formation, au nombre d'enfants, à la scolarité, au revenu, au statut civil, à la conception et à la consommation d'antibiotiques, d'antidépresseurs et d'anti-inflammatoires. Pour ce qui est de la consommation d'antibiotiques, les hommes en consomment davantage que les femmes. Quant aux anti-inflammatoires, ce sont les patients qui ont poursuivi leurs études après l'obtention du dernier diplôme de formation professionnelle qui en consomment le plus et la durée du traitement augmente chez les personnes qui ont deux enfants ou plus. Les personnes qui n'ont pas d'enfants à charge consomment davantage d'antidépresseurs. Les patients dont la scolarité n'excède pas le niveau secondaire et ceux qui ont terminé leurs études depuis 25 ans perçoivent le médicament comme étant porteur de compassion et ceux ayant un faible revenu perçoivent plutôt le médicament comme étant un support psychologique. La conception identifiant le médicament à l'avenir de la pratique médicale semble davantage rejoindre les patients inactifs sur le marché du travail.

Le statut civil semble intervenir lorsqu'il est question du rôle de potion magique du médicament; les personnes qui ont subi un divorce ou une séparation étant majoritairement en accord avec cette affirmation. Ces dernières expliquent par ailleurs la croissance de la consommation médicamenteuse par les pratiques de prescription des médecins et par le rythme de vie de plus en plus rapide alors que les personnes qui vivent en couple soutiennent que le vieillissement de la population en est responsable. Par ailleurs, les patients ayant obtenu des ordonnances au cours de l'année ne se disent pas inquiets de la surconsommation médicamenteuse décrite par les médias, notamment pour les antibiotiques.

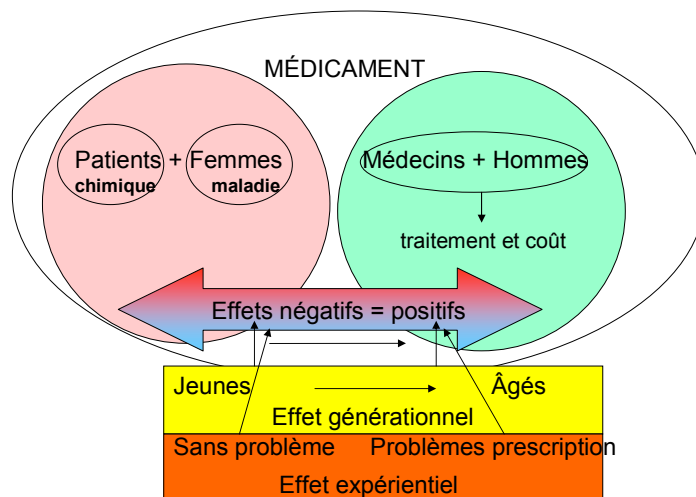
En ce qui a trait aux médecins, les principaux résultats obtenus au test du chi 2 montrent que les médecins généralistes sont majoritairement d'avis que la dépression constitue un motif croissant de consultation, avis qui est partagé par les psychiatres mais non par d'autres spécialistes. Les généralistes croient également que cette pathologie est de nos jours beaucoup plus fréquente qu'autrefois et que le dépistage s'avère beaucoup plus précoce aujourd'hui. Les médecins expérimentés (58 ans et plus) et les hommes croient à l'uniformité des symptômes de dépression chez les patients alors que leurs consœurs et les jeunes médecins adoptent une opinion plus nuancée. De la même façon, les médecins plus expérimentés sont favorables à un traitement uniquement médicamenteux de la dépression sévère.

Bien que la vaste majorité des médecins estiment que la durée de la consultation joue un rôle important dans leur pratique, ce sont les praticiennes qui adoptent le plus fortement cette opinion. L'intervention des médias semble jouer aussi un rôle sur la pratique des médecins en ce qui a trait au phénomène de résistance aux antibiotiques. Ce sont les jeunes médecins qui ont modifié leur pratique et les résultats indiquent que plus les médecins avancent en âge, moins cette influence se fait sentir. La représentation que se font les médecins du médicament diffère grandement de celle des patients car ils sont majoritairement en désaccord lorsqu'il s'agit d'associer le médicament à une potion magique. Toutefois, on note que les femmes sont légèrement plus enclines à attribuer une telle fonction psychologique au médicament. Par ailleurs, celles-ci avouent plus facilement que les hommes éprouver des problèmes face à la prescription d'anti-inflammatoires. Dans la mise en situation (douleurs, arthrose et légère déformation des genoux avec obésité et léger épanchement intra-articulaire bilatéral), la majorité des généralistes s'abstiendraient de prescrire des anti-inflammatoires en privilégiant plutôt l'acétaminophène alors que les spécialistes ne privilégient aucun de ces deux traitements. Néanmoins, le coxib constitue le deuxième choix le plus populaire chez les généralistes alors qu'un anti-inflammatoire classique est davantage prescrit par les spécialistes.

8.3 Synthèse et interprétation des résultats des analyses factorielles des correspondances multiples des associations de mots

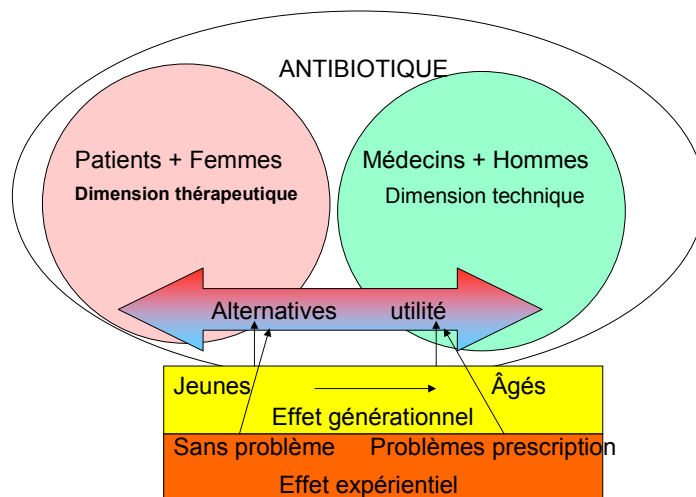
Concernant les représentations sociales du médicament, les principaux résultats des analyses factorielles des correspondances multiples (AFC) sur les mots associés aux antibiotiques, aux anti-inflammatoires, aux antidépresseurs et à la souffrance ont révélé, tel qu'on peut le constater au prochain schéma, une différenciation représentationnelle en fonction, par ordre d'importance, du sexe, du statut et de l'âge. Elles ont également mis en évidence la proximité des représentations des patients et des femmes ainsi que celles des médecins et des hommes sur les trois mots associés au médicament. De plus, la distance entre les patients et les femmes s'est avérée plus grande que celle séparant les médecins des hommes. Pour ce qui est de la représentation spécifique des patients liée au mot médicament, elle est liée à la notion d'opposition au médicament et à la nature chimique du produit alors que les femmes réfèrent davantage à la maladie. Les représentations des médecins et des hommes diffèrent sur les trois plans factoriels et ils se rapportent aux divers aspects du traitement, à la posologie et aux coûts. Les effets nuisibles (dépendance, opposition, effets secondaires surutilisation) sont apparus aussi importants que les effets bénéfiques (soulagement, guérison, miracle, efficacité, utilité) dans la représentation globale du médicament. Il existe également un effet expérientiel de prescription accompagné d'un effet générationnel qui modifie la représentation du médicament et qui est plus marqué dans les analyses des deuxième et troisième mots associés au médicament. À l'examen des objets de représentation les plus associés aux classes d'âges par leur proximité sur les plans factoriels, on note une dimension critique chez les plus jeunes sujets (37 ans et moins : surutilisation/mésusage; 38-47ans : effets secondaires) qui s'estompe progressivement chez les sujets plus âgés (48-57 ans : posologie, indication; 58 ans et + : nécessité, miracle).

SCHÉMA 1
Représentations sociales du médicament



Quant aux représentations des antibiotiques, les résultats des AFC ont surtout mis en évidence la divergence des représentations en fonction du statut médecin/patient, du sexe ou de l'âge. De plus, les femmes et les patients se caractérisent par un univers représentationnel plus étendu et davantage marqué par la dimension thérapeutique de l'antibiotique (guérison, soulagement, pneumonie, otite, résistance, chimique, dangereux) que celui des hommes et des médecins, plutôt axé sur la dimension technique de l'antibiotique (posologie, observance, effets secondaire). Ces représentations sont aussi caractérisées par un nombre plus limité d'objets de représentations que ceux associés aux autres médicaments. De plus, on relève un effet générationnel qui s'exprime plus fortement au second facteur et selon lequel les sujets plus âgés avouent éprouver des problèmes en matière de prescription alors que les jeunes indiquent n'avoir aucun problème en ce qui a trait aux prescriptions.

SCHÉMA 2
Représentations sociales de l'antibiotique

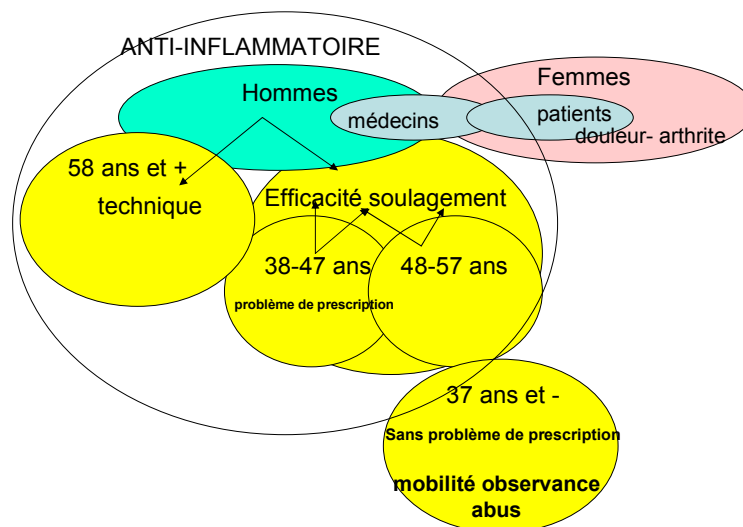


Les représentations de l'anti-inflammatoire diffèrent beaucoup plus selon le sexe et l'âge que le statut patient/médecin, lequel n'est discriminatif que sur le premier facteur. On observe toutefois la même proximité des patients et des femmes qui associent ce médicament à la douleur, l'arthrite, et l'arthrose) et qui se distinguent des médecins et des hommes. Ces deux derniers groupes partagent une conception axée, dans le cas des anti-inflammatoires, sur les effets secondaires, la tolérance, l'efficacité, et le soulagement. Il demeure toutefois que la modalité liée à la représentation de l'anti-inflammatoire qui s'est distinguée comme étant la plus contributive à la formation des axes factoriels demeurent l'efficacité et le soulagement.

De plus, les anti-inflammatoires jouissent, du point de vue générationnel, d'un statut différent des autres médicaments. De fait, le deuxième facteur des analyses de tous les induits départage exceptionnellement toutes les modalités relatives à l'âge. Les deux premiers mots associés par les sujets aux anti-inflammatoires concernent les sujets les plus jeunes (37 ans et

moins, 38 à 47 ans) alors que la troisième association de mots se réfère aux sujets plus âgés (48 à 57 ans, 58 ans et plus). Ainsi, les sujets âgés de 37 ans et moins n'éprouvent pas de problème de prescription et se rassemblent, lorsqu'il s'agit des anti-inflammatoires, autour des notions de mobilité des articulations, de durée d'observance et d'abus. Sur le plan inverse, leurs aînés immédiats (38 à 47 ans) éprouvent des problèmes de prescription mais ne partagent pas de vision commune de l'anti-inflammatoire à la première association de mots. Cette vision commune des 38-47 ans n'apparaît qu'à la seconde association de mots et elle se fonde sur l'efficacité et le soulagement. Les sujets les plus âgés se réfèrent aux notions de traitement et de posologie ainsi que d'effets secondaires et de tolérance lorsqu'il est question d'anti-inflammatoires. Ceux qui les précèdent (48 à 57 ans) se rassemblent autour de la notion d'efficacité et de soulagement. Par ailleurs, l'expérience de prescription n'apparaît pas aussi déterminante que pour la représentation de l'antidépresseur bien qu'elle s'associe encore ici aux deux classes de sujets plus jeunes.

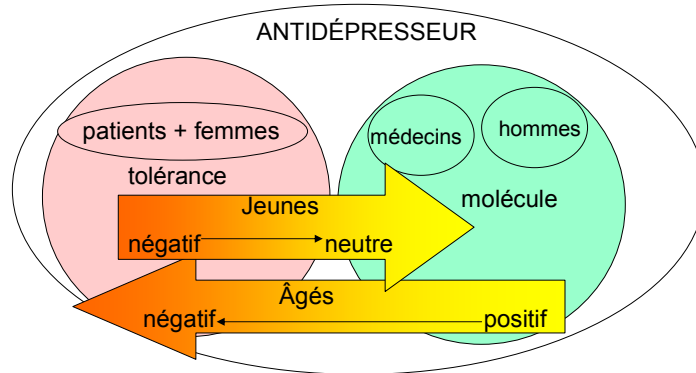
SCHÉMA 3
Représentations sociales de l'anti-inflammatoire



La représentation de l'antidépresseur, comme pour les analyses précédentes, diffère selon le statut et le sexe mais elle est plus marquée en fonction de l'âge sur le second facteur.

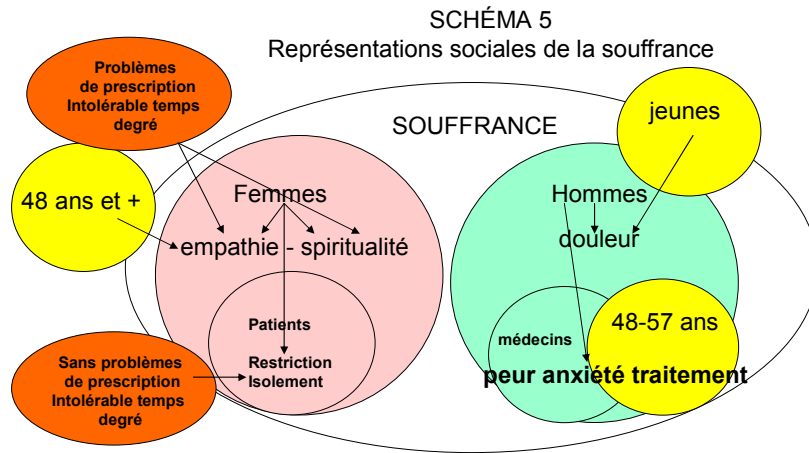
L'expérience de prescription semble aussi déterminante sur la représentation de l'antidépresseur. On peut retenir que de façon générale, les jeunes n'ont pas de problème avec la prescription et ils se représentent d'abord l'antidépresseur à partir de sa dimension négative (effets secondaires) pour ensuite passer à une dimension technique plus neutre (symptômes de la dépression, observance et durée). Leurs aînés immédiats (38-47 ans) éprouvent des problèmes avec la prescription et empruntent la trajectoire inverse dans laquelle la représentation semble formée d'antagonismes : les facteurs positifs émergent dans les premières évocations (facteurs explicatifs, soulagement, efficacité et facteurs causaux) pour se terminer par des évocations plus négatives (préjugés, coûts, dépendance). On peut aussi considérer que les représentations des classes d'âge supérieures (48-57 ans et 58 ans et plus), n'étant pas significatives, ne sont pas homogènes lorsqu'il est question d'antidépresseur. Quant au départage patients/femmes et médecins, hommes, il demeure constant jusqu'ici dans toutes les analyses. Il faut toutefois noter que la représentation des hommes et des médecins, laquelle se concentre sur la molécule, n'est communale que sur le premier facteur. Ainsi, les femmes et les patients éprouvent plus d'affinités sur la représentation de l'antidépresseur que les médecins et les hommes. La tolérance demeure la modalité la plus conjointe aux patients et aux femmes, sa contribution à l'inertie étant la plus fortement significative.

SCHÉMA 4
Représentations sociales de l'antidépresseur



Quant à la représentation de la souffrance, elle apparaît beaucoup moins stable que la représentation des médicaments et particulièrement sur le second facteurs où les modalités significatives s'organisent autour de la variable liée au genre à la première association de mots, la variable expérientielle à la seconde association de mots et à l'âge à la troisième association de mots. La représentation masculine de la souffrance est axée sur le concept de douleur alors que la représentation féminine porte sur les notions de restriction, d'isolement, d'empathie et de spiritualité. Par ailleurs, les patients, tout comme les femmes, partagent une vision de la souffrance étroitement associée à la restriction et à l'isolement. Les médecins, les hommes et les sujets âgés de 48 à 57 ans associent la douleur aux aspects psychologiques (peur, anxiété) ainsi qu'à la notion de traitement. La représentation des sujets sans expérience problématique de la prescription rejoint celle des femmes pour ce qui est de la restriction et de l'isolement en ajoutant la notion d'intolérable, de temps et de degré. La représentation des sujets qui partagent une expérience problématique de la prescription rejoint celle des femmes en ce qui a trait à l'empathie et à la spiritualité. Ce dernier thème rejoint aussi les sujets âgés de 48 ans et plus

alors que celle des plus jeunes (37 ans et moins) se cristallise autour des notions de maladie physique et de douleur.



Les résultats des analyses (AFC) réalisées sur tous les mots inducteurs à la fois (médicament, antibiotique, antidépresseur, anti-inflammatoire et souffrance) permettent de conclure à la stabilité de la segmentation occupationnelle (patient/médecin), sexuelle et générationnelle de la représentation du médicament. Trois composantes représentationnelles se distinguent dans l'analyse. Par ordre décroissant d'importance, on relève une première composante évaluative ou critique (efficacité, surutilisation), une deuxième composante liée à la cible du médicament (infection, bactérie, arthrite, arthrose, douleur) et enfin, une troisième composante plus technique (pilules, classes de médicaments, durée, observance, tolérance). Chacune de ces trois composantes représentationnelles s'oppose dans une combinaison différente sur les deux premiers facteurs. La segmentation occupationnelle et sexuelle s'exprime au premier facteur par une représentation plutôt évaluative et technique des médecins et des hommes s'opposant à une représentation orientée sur la cible par les patients et les femmes. La segmentation générationnelle s'exprime sur le deuxième facteur par l'opposition d'une représentation

technique et orientée sur la cible du médicament partagée par les jeunes à une représentation critique et évaluative ralliant leurs aînés. Ces résultats confirment le fractionnement occupationnel, sexuel et générationnel ainsi que la proximité des médecins et des hommes sur le plan représentationnel. Ils soutiennent également l'existence d'une représentation du médicament davantage orientée vers la cible pour ce qui est des patients et des femmes, plus technique pour les médecins, les hommes et les sujets les plus jeunes et une représentation plus critique et évaluative des sujets les plus âgés.

8.4 Conclusion : les systèmes représentationnels

Il faut préciser au lecteur peu familier avec le concept de représentations sociales, qu'elles s'insèrent dans un vaste cadre théorique qui a été bonifié, au fil des 40 dernières années, par plus d'une centaine de chercheurs. Plusieurs écoles de pensée se sont ainsi constituées, ce qui fait dire à Doise (1986) que le concept de représentations sociales est difficile à saisir en raison de sa très grande polysémie, ce concept se situant « au carrefour d'une série de concepts sociologiques et d'une série de concepts psychologiques » (p. 82). Mais il s'agit d'un concept particulièrement riche car il permet « l'articulation de différents systèmes explicatifs » et dont les dynamiques d'ensemble aboutissent à ces réalités vivantes (p. 83) qui rendent compte « des dynamiques de rapports sociaux plus globaux » (p. 94). La compréhension de ces dynamiques est essentielle pour résoudre des problématiques sociales plus vastes tels les problèmes d'alimentation que connaît le monde occidental ou la surconsommation de médicaments. En fait ces problèmes prennent véritablement naissance dans l'articulation « de la vie abstraite du savoir et des croyances à la vie concrète **d'individus sociaux** » (Palmonari et Doise, 1986, p. 16) c'est-à-dire au cœur même des représentations sociales. En effet, elles sont objectivables ou figuratives en rendant concret ce qui est abstrait au moyen d'une image ou d'un symbole qui est incorporé, par un processus d'ancrage, à une catégorie familière tout en lui attribuant des usages et une efficacité (Palmonari et Doise, 1986, p. 21 à 23). Communicables et communes à

un groupe, les représentations sociales sont aussi essentiellement dynamiques car elles s'élaborent et se transforment « dans différentes modalités de communication » (Doise, p. 1986, 83).

Peebles et Moore (1996) avaient montré qu'il n'existait pas une vision commune aux patients et aux médecins de la maladie et que la construction de cette vision commune était un facteur de succès dans le traitement. Notre étude montre non seulement l'absence d'une construction commune du médicament mais, par l'analyse des processus de symbolisation et d'ancrage, nous avons relevé des disparités telles qu'il semble plus indiqué de parler de systèmes représentationnels qui diffèrent selon l'évocation des médicaments et le groupe d'appartenance. En effet, tel qu'on peut le visualiser aux schémas de la précédente section, la représentation sociale du médicament n'emprunte pas la même symbolique lorsqu'il est question du concept général que lorsqu'il est question de médicaments spécifiques chez les groupes de sorte qu'on ne peut parler d'un système général du médicament englobant des sous-systèmes spécifiques. De plus les liens contextuels telle l'expérience de prescription, ne s'expriment pas de la même façon entre les représentations des médicaments spécifiques et le concept général de médicament.

En comparant les systèmes représentationnels schématisés de la section précédente aux résultats des entrevues et des questionnaires, on peut confirmer la présence de deux systèmes représentationnels fondamentaux qui émergent des analyses, celui des patients et des femmes d'une part, lequel système varie d'un médicament à l'autre et d'autre part celui des médecins et des hommes, axé plus fréquemment sur la dimension technique du médicament. De tous, c'est le système représentationnel de l'anti-inflammatoire qui semble se distinguer de tous les autres systèmes par sa structure générationnelle ainsi que par une structure plus homogène du champ symbolique davantage axée sur l'efficacité et le soulagement. Le système représentationnel

relatif à l'antibiotique apparaît plus central chez le médecin tandis que celui sur l'anti-inflammatoire semble plus important pour les patients. L'importance de la notion de souffrance dans le discours des patients et moindrement des médecins suggérait une structure beaucoup plus complexe du système représentationnel de la souffrance. Bien que plus complexe, ce système ne diffère pas totalement des autres systèmes représentationnels du médicament sauf bien entendu pour ce qui est des anti-inflammatoires. Sur l'ensemble des systèmes représentationnels, on note que l'effet générationnel s'opère en fonction d'une dimension critique qui semble l'apanage des plus jeunes et qui ne va pas de pair avec une expérience problématique de la prescription. Ces derniers résultats indiquent qu'il ne faut pas généraliser mais plutôt adapter et diversifier les stratégies d'intervention relationnelle, informationnelle ou formative en fonction du système représentationnel type du médicament qui varie selon les clientèles visées.

RÉFÉRENCES

Abric, J.C. (1994). *Pratiques sociales et représentations*. Paris: Presses Universitaires de France, Psychologie sociale.

Anderson, N. (1998). Levels of Analysis in Health Science: A framework for integrating sociobehavioral and biomedical research. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 840, 563-576

Ankri J., Collin J., Perodeau G., & Beaufile B. (2002). Psychotropic Drugs and Elderly Subjects: A Similar Problem in France and Quebec [Review of the Literature]. *Sciences Sociales et Santé*, 20 (1) :35-61.

Apostolidis, T. (à paraître). « Représentations et usages des substances psychoactives chez des jeunes vivant dans des situations de précarité », dans Garnier, C., Doise, W. (Eds) Représentations sociales : constructions nouvelles : actes de la 5^e Conférence internationale sur les représentations sociales, Montréal, 29 août au 2 septembre 2000.

Aziz, A.M., Ibrahim, M.I. (1999). « Medication noncompliance – a thriving problem ». *Medical Journal of Malaysia*, 54(2), 192-9.

Bastien, R., Martel M. (à paraître). « Questionner et repenser l'usage de la dichotomie savoirs experts et savoirs de sens commun dans l'étude des représentations sociales du sida: est-ce possible, est-ce requis? », dans Garnier, C., Doise, W. (Eds) Représentations sociales : constructions nouvelles : actes de la 5^e Conférence internationale sur les représentations sociales, Montréal, 29 août au 2 septembre 2000.

Bastien, R., Martel M. (2000). « Représentations sociales entourant les nouvelles thérapies dans le domaine du sida : incursion dans la vie quotidienne d'homosexuels séropositifs », dans Garnier, C., Doise, W. (Eds) Représentations sociales : constructions nouvelles : actes de la 5^e Conférence internationale sur les représentations sociales, Montréal, 29 août au 2 septembre 2000.

Bellavance, M. (2000). « Les représentations sociales des soins palliatifs ou l'intégration d'une nouvelle conceptualisation de la santé, de la maladie et des soins », dans Garnier, C., Doise, W. (Eds) Représentations sociales : constructions nouvelles : actes de la 5^e Conférence internationale sur les représentations sociales, Montréal, 29 août au 2 septembre 2000.

Bensing, J. (2000). « Bridging the gap. The separate worlds of evidence-based medicine and patient-centered medicine ». *Patient Education Counselling*, Jan 39(1), 17-25.

Bernardez, M., Puche, E., Martinez, B., Garcia Morillas, M., Luna, J.D. (1997). « Estudio farmacoepidemiologico a largo plazo sobre dispensacion de farmacos por la oficina de farmacia en AP rural. Influencia de edad y sexo » (Along-term pharmacoepidemiological study on drug dispensing by the pharmacy office in rural primary care. The influence of age and sex). *Aten Primaria*, Jan,19(1), 7-11.

Betancourt, J.R., Carrillo J.E., Green, A.R. (1999). « Hypertension in multicultural and minority populations : linking communication to compliance ». *Current Hypertension Report*, Dec,1(6), 482-488.

Billups, S.J., Malone, D.C., Carter, B.L. (2000). « The relationship between drug therapy non compliance and patient characteristics, health-related quality of life, and health care costs ». *Pharmacotherapy*, Aug, 20(8), 941-949.

Bjerrum L., Larsen J., Sondergaard J. (2002). Drug prescription patterns in general practice. Extent, problems and possibilities of improvement. *Ugeskr Laeger*, 164(45):5273-7.

Campbell, C. (à paraître) « Social capital, social representations and health: social exclusion and representations of community », dans Garnier, C., Doise, W. (Eds) Représentations sociales : constructions nouvelles : actes de la 5^e Conférence internationale sur les représentations sociales, Montréal, 29 août au 2 septembre 2000.

Cameron C. (1996). « Patient compliance: recognition of factors involved and suggestions for promoting compliance with therapeutic regimens ». *Journal for Advanced Nursing*, Aug, 24(2), 244-250.

Cline, C.M., Bjorck-Linne, A.K., Israelsson, B.Y., Willenheimer, R.B., Erhardt, L.R.. (1999). « Non-compliance and knowledge of prescribed medication in elderly patients with heart failure ». *European Journal of Heart Failure*, Jun,1(2), 145-9.

Creswell, John W. (1992). *Research Design. Qualitative and Quantitative Approaches*. Thousand Oaks: Sage. 277 p.

Cruz M. & Pincus H.A. (2002). Research on the influence that communication in psychiatric encounters has on treatment. *Psychiatric Services*, 53(10):1253-65.

Delgado, P.L. (2000). « Approaches to the enhancement of patient adherence to antidepressant medication treatment ». *Journal of Clinical Psychiatry*, 61, suppl 2, 6-9.

Demyttenaere K. (2003). Risk factors and predictors of compliance in depression. *European Neuropsychopharmacology*, 13, Suppl 3:S69-75

Demyttenaere K., Mesters P., Boulanger B., Dewe W., Delsemme M. H., Gregoire J., & Van Ganse E. (2001). Adherence to treatment regimen in depressed patients treated with amitriptyline or fluoxetine. *Journal of Affective Disorders*, 65(3):243-52.

Dube, C.E., O'Donnell, J.F., Novack, D.H. (2000). « Communication skills for preventive interventions ». *Acadian Medecine*, Jul, 75 (7 suppl), S45-54.

Dubyna, J., Quinn, C. (1996). « The self-management of psychiatric medications : a pilot study ». *Journal of Psychiatric Mental Health Nursing*, Oct, 3(5), 287-302.

Dibben, M.R ., Morris, S.E ., Lean, M.E. (2000). « Situational trust and co-operative partnership between physicians and their patients: a theoretical explanation transferable from business practice ». *Qualitative Journal of Medecine*, Jan, 93(1), 55-61.

Dranove, D. (1988). « Demand inducement and the physician/patient relationship ». *Economical Inquirer*, April, 26(2), 281-298.

Erhardt, L.R. (1999). « The essence of effective treatment and compliance is simplicity ». *American Journal of Hypertension*, Oct, 12(10Pt2), 105S-110S.

Fawcet, J. (1995). « Compliance: Definitions and Key Issues ». *Journal of Clinical Psychiatry*, 56, suppl 1, 4-8, discussion, 9-10.

Frank E. (1997). « Enhancing Patient Outcomes: Treatment Adherence ». *Journal of Clinical Psychiatry*, 58, suppl 1, 11-14.

Flick, U., (à paraître). « Studying social representations of health using qualitative research methods », dans Garnier, C., Doise, W. (Eds) Représentations sociales : constructions nouvelles : actes de la 5^e Conférence internationale sur les représentations sociales, Montréal, 29 août au 2 septembre 2000.

Freyssinet-Dominjon, J. (1997). *Méthodes de recherche en sciences sociales*. Paris : Montchrestien.

Garnier, C., Marinacci, L., Grandtner, A.M., Quesnel, M., Giroux, L., Lambert, I., Ouellet, C. Hall, V., Gigling, M. (2000). *Analyse des représentations sociales dans la prescription des médicaments psychotropes*. Rapport de recherche (CQRS RS-2951) Montréal : CIRADE (Centre de recherche interdisciplinaire de recherche sur l'apprentissage et le développement en éducation).

Gibbons, M. (1998, 5-9 octobre). *Higher education relevance in the 21th Century World Bank UNESCO*. Paper presented at the Conference on Higher Education, Paris, France.

Gomella, L.G., Albertsen, P.C., Benson, M.C., Forman, J.D., Soloway, M.S. (2000). « The use of video-based patient education for shared decision-making in the treatment of prostate cancer ». *Seminar in Urology and Oncology*, Aug, 18(3), 182-187.

Godoy, Alvares, M. L., (à paraître). « Représentations sociales d'adolescents sur le sida et sa prévention » dans Garnier, C., Doise, W. (Eds) Représentations sociales : constructions nouvelles : actes de la 5^e Conférence internationale sur les représentations sociales, Montréal, 29 août au 2 septembre 2000.

Hoerni, B., Soubeyran, P. (1995). « Education des patients cancéreux ». *Bulletin sur le Cancer*, Apr, 82(4), 286-291.

Kolbe, J. (1999). « Asthma education, action plans, psychosocial issues and adherence ». *Canadian Respiration Journal*, May-Jun, 6(3), 273-80.

Kowalski, I., Prado de Souza, C. (à paraître). « Social representations of relatives and patients with oral and oropharyngeal squamous carcinoma on the prevention and diagnosis of cancer », dans Garnier, C., Doise, W. (Eds) Représentations sociales : constructions nouvelles : actes de la 5^e Conférence internationale sur les représentations sociales, Montréal, 29 août au 2 septembre 2000.

Kreps, G.L. (1996). « Communicating to promote justice in the modern health care system ». *Journal of Health Communication*, Jan-Mar, 1(1), 99-109.

Kushner, T. (1981). « Doctor-patient relationships in general practice - a different model ». *Journal of Medical Ethics*, Sept, 7(3), 128-31.

Lacoste M. (1993) « Langage et interaction: le cas de la consultation médicale », dans Cosnier J, Grosjean M, Lacoste M, (eds). Soins et communication. Approches interactionnistes des relations de soins. Lyon: Presses Universitaires de Lyon, p.33-61.

Larrat, E.P., Taubman, A.H., Willey, C. (1990). « Compliance-related problems in the ambulatory population ». *American Pharmacist*, Feb, NS30(2), 18-23.

Leistevuo, T., Isoaho, R., Klaukka, T., Kivela, S.L., Huovinen, P. (1997). « Prescription of antimicrobial agents to elderly people in relation to the type of infection ». *Age and Aeging*, Sep, 26(5), 345-351.

Luknarova, N ., Slezakova, M ., Blahutova, A.(1992). « Antibiotic consumption in relation to sex and age ». *Cesk Farmacy*, Jul, 41(4-5), 162-165.

Majeed, A., Moser, K. (1999). « Age and sex-specific antibiotic prescribing patterns in general practice in England and Wales in 1996 ». *British Journal of General Practice*, Sep, 49(446), 735-736.

Mead, N. Bower, P. (2000). « Measuring patient-centeredness: a comparison of three observation-based instruments ». *Patient Education Counseling*, Jan, 39(1), 71-80.

Mead, N. Bower, P., (2000). « Patient-centeredness: A conceptual framework and review of the empirical literature ». *Social Science Medecine*, Oct, 51(7), 1087-1010.

Menard, G., Allain, H., Le Roho, S., Morel, G., Beneton, C. (1993). « Enquête d'un jour en officine sur la consommation d'antalgiques et d'antipyretiques ». *Thérapie*, May-Jun, 48(3), 263-267.

Mills, M.E., Sullivan, K. (1999). « The importance of information giving for patient newly diagnosed with cancer: a review of the literature ». *Journal of Clinical Nursing*, Nov, 8(6), 631-642.

Murray, M. (à paraître). « Social narratives and social representations of health and illness », dans Garnier, C., Doise, W. (Eds) Représentations sociales : constructions nouvelles : actes de la 5^e Conférence internationale sur les représentations sociales, Montréal, 29 août au 2 septembre 2000.

Murri R., Antinori A., Ammassari A., Nappa S., Orofino G., Abrescia N., Mussini C., D'Arminio Monforte A., Wu A.W. (2002). Physician estimates of adherence and the patient-physician relationship as a setting to improve adherence to antiretroviral therapy. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 15(31) Suppl 3:S158-62.

Ng, C. H.; Schweitzer, I.; Norman, T.; Easteal, S. (2004). The emerging role of pharmacogenetics: implications for clinical psychiatry. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. 38 (7), pp. 483-489.

Northhouse, Peter, G. Northhouse, Laurel L. (1992). *Health communication. Strategies for Health Professionals*. Norwalk, Connecticut: Appelton & Lange.

O'Neil, C.K., Poirer T.I. (1998). « Impact of patient knowledge, patient-pharmacist relationship and drug perception on adverse drug therapy outcomes ». *Pharmacotherapy*, Mar-Apr,18(2), 333-340.

Paille, F. (2004). La surconsommation médicamenteuse des personnes âgées. *Thérapie*. 59 (2), pp. 215-222(8).

Paredes M., Antonia S. (à paraître). « Epilepsia e AIDS: divergencias e consensos ». (Épilepsie et SIDA : divergences et consensus), dans Garnier, C., Doise, W. (Eds) Représentations sociales : constructions nouvelles : actes de la 5^e Conférence internationale sur les représentations sociales, Montréal, 29 août au 2 septembre 2000.

Pereira, Maria L., Maria S. Jorge et Terezinha of Andrade Guinaras, (à paraître). « Sense of life of the adolescent carrier of HIV/AIDS: discovering the social representations », dans Garnier, C., Doise, W. (Eds) Représentations sociales : constructions nouvelles : actes de la 5^e Conférence internationale sur les représentations sociales, Montréal, 29 août au 2 septembre 2000.

Perez Williams D., McPherson H.A. Jr. (2000). « Providing culturally sensitive care to Hispanic patients in Arkansas ». *Journal of Arkansas Medecine*, Jan, 96(8), 312-314.

Pierlott, R.A. (1983). « Different models in the approach to the doctor-patient relationship ». *Psychotherapy Psychosomatisation*, 39(4), 213-224.

Quesnel, M., Garnier, C., Marinacci, L., Ouellet, C. (2001). « La prescription de benzodiazépines : représentations et pratiques », dans Garnier, C., Doise, W. (Eds) Représentations sociales : constructions nouvelles : actes de la 5^e Conférence internationale sur les représentations sociales, Montréal, 29 août au 2 septembre 2000.

Quill, T.E. (1983). « Partnerships in patient care: a contractual approach ». *Annual Internal Medecine*, Feb, (98), 228-234.

Rangel Tura, M.D.L, Fernando, L., Gaze, R., Campos Madeira, M., (à paraître) « Les représentations sociales et les pratiques de prévention d'hépatite », dans Garnier, C., Doise, W. (Eds) Représentations sociales : constructions nouvelles : actes de la 5^e Conférence internationale sur les représentations sociales, Montréal, 29 août au 2 septembre 2000.

Rollnick, Stephen ; Kinnersley, Paul ; Butler, Chris. (2002). Context-bound communication skills training : development of a new method. *Medical Education*. 36, pp. 377-383.

Roose, S. P. (2003). Compliance: the impact of adverse events and tolerability on the physician's treatment decisions. *European Neuropsychopharmacology*, 13, Suppl 3:S85-92

Roter, D. (2000). « The enduring and evolving nature of the patient-physician relationship ». *Patient Education Counselling*, Jan,39(1), 5-15.

Rybak M.J. (2004). Resistance to antimicrobial agents: an update. *Pharmacotherapy*, 24(12 Pt 2):203S-15S.

Singh, N., Squier, C., Sivek, C. Wageener M ., Nguyen, M.H., Yu V.L. (1996). « Determinants of compliance with antiretroviral therapy in patients with human immunodeficiency virus: prospective assessment with implications for enhancing compliance ». *AIDS Care*, Jun, 8, 261-269.

Smith, R.C., Marshall-Dorsey, A.A., Osborn, G.G., Shebroe, V., Lyles, J.S., Stoffelmayr, B.E., Van Egeren, L.F., Mettler, J., Maduschke, K., Stanley, J.M., Gardiner, J.C. (2000). « Evidence-based guidelines for teaching patient-centered interviewing ». *Patient Education Counseling*, Jan, 39(1), 27-36.

Strain, James J. ; Chiu Niem Mu ; Sultana, Kaiser ; Karim, Anwarul ; Caliendo, Gina ; Mustafa, Shawkat, Mustafa, Strain, Jay J. (2004). Psychotropic drug versus psychotropic drug – update. *General hospital Psychiatry*. 26, pp. 87-105.

Tashakkori, A., Teddlie, C. (1998). Introduction to Mixed Method and Mixed Model Studies in the Social and Behavioral Sciences. In *Mixed methodology. Combining Qualitative and Quantitative Approaches* (pp. 3-19). Thousand Oaks, London, New Dehli: Sage Publications.

Tamblyn, R.M., McLeod, P.J., Abrahamowicz, M., Monette, J., Gayton, D.C., Berkson, L., Dauphinee, W.D. Grad, R.M., Huang, A.R., Isaac, L.M., et al. (1994). « Questionnaire prescribing for elderly patients in Québec ». *Canadian Medical Association Journal*, Jun, 150(11), 1801-1809.

Thomasma, D.C. (1983). « Beyond medical paternalism and patient autonomy: a model for physician conscience for the physician-patient relationship ». *Annual Internal Medicine*, Feb, 98(2), 243-248.

T.W.D.P. van OS et coll. (2002). Effects on depression pharmacotherapy of a Dutch general practitioner training program. *Journal of Affective Disorders*. 71, pp. 105-111.

T.W.D.P. van OS et coll. (2003). Are effects of depression management training for General Practitioners on patient outcomes mediated by improvements in the process of care ? *Journal of Affective Disorders*. 80, pp. 173-179.

Landa, U., Dario Paez, S., Dario Paez, R. (2000). « Aids' social representations : beliefs, attitudes and processes of memory », dans Garnier, C., Doise, W. (Eds) *Représentations sociales : constructions nouvelles : actes de la 5^e Conférence internationale sur les représentations sociales*, Montréal, 29 août au 2 septembre 2000.

Vermeire E., Hearnshaw H., Van Royen P., & Denekens J. (2001). Patient adherence to treatment: three decades of research. A comprehensive review. *Clinical Pharmacology and Therapeutics*, 26(5):331-42.

Wasner, C.K. (1987). « Unproven arthritis remedies. How to approach the problem ». *Potgraduate Medecin*, 82(5), 305-308, 310-312 passim.

Yasin, S. (1998). « Detecting and improving compliance. Is concordance the solution? » *Australian Family Physician*, 27(4), 255-260.

Zakriski A.L., Wheeler E., Burda J., & Shields A. (2005). Justifiable Psychopharmacology or Overzealous Prescription? Examining Parental Reports of Lifetime Prescription Histories of Psychiatrically Hospitalised Children. *Child and Adolescent Mental Health*, 10 (1) 16.