



UNIVERSITE LILLE 2 DROIT ET SANTE
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2016

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Prescrire des médicaments en médecine générale :
que nous suggèrent les patients de Polynésie française ?**

Présentée et soutenue publiquement le 25 février 2016 à 18h au Pôle Recherche

Par Nanethida NOUANESY

JURY

Président :

Monsieur le Professeur François PUISIEUX

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Eric WIEL

Monsieur le Professeur Patrick LEROUGE

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Maurice PONCHANT

Avertissement

La faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Liste des abréviations

AFSSAPS : Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé

AMM : Autorisation de mise sur le marché

ATSEM : Agent territorial spécialisé des écoles maternelles

CNAMTS : Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés

CNGE : Collège national des Généralistes Enseignants

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CPS : Caisse de Prévoyance Sociale (équivalent de la CPAM en métropole)

EVASAN : EVAcuation SANitaire : transfert de la Polynésie française vers la métropole pour raisons médicales

HAS : Haute Autorité de Santé

Ipsos : Institut politique de sondages et d'opinions sociales

ISPF : Institut des Statistiques de la Polynésie française

OMS : Organisation mondiale de la santé

RST : Régime de solidarité territoriale (NB : toute personne qui réside plus de 6 mois en Polynésie est affiliée obligatoirement au régime de solidarité de la CPS si ses revenus sont inférieurs à 87.346 FCFP soit 727 euros/mois)

SDRMG : Société de documentation et de recherche en médecine générale

SFMG : Société française de médecine générale

SFTG : Société française de thérapeutique générale

SMIG : Salaire minimum interprofessionnel garanti

SMR : Service Médical Rendu

WONCA Europe (World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners) : Société Européenne de Médecine générale-Médecine de famille

DICTIONNAIRE FRANCO-TAHITIEN

Dans cette étude, les mots employés en langue tahitienne sont marqués d'un astérisque, qui renvoie à ce lexique classifié par ordre alphabétique :

Api : neuf, nouveau

Affaires : menstruations

Boire : avaler

Féfé : furoncle

Fiu : fatigant, pénible, lassant (être fiu : être lassé, démotivé)

Graines : médicaments

la Orana : bonjour

Ma'a : repas, nourriture

Mauruuru : merci

Mea : mot annexe rajouté devant un nom commun

Motua : petit-enfant

Nana : Au revoir

Pei : mot annexe rajouté dans les fins de phrases

Pirae : commune de l'île de Tahiti située sur la côte Est

Popa'a : sujet originaire de métropole, métropolitain

Ra'au : médicament, plante, végétal, drogue, ou plante médicinale

Ra'au Tahiti : médicaments tahitiens

Ra'au Popa'a : médicaments occidentaux

Taote : médecin, docteur

Tane : homme, mari

Vahiné : femme, épouse

Ville : Tahiti

« La langue française vit à Tahiti, comme elle vit à Marseille, à Québec, à Genève, à Antananarivo, à Abidjan, ou Namur ! Toujours ressemblante, mais toujours différente. » Olivier Bauer, professeur à la faculté de théologie et de sciences des religions de l'Université de Lausanne (Suisse)

« Le véritable réalisme consiste à tenir compte de la présence de la culture dans le vécu d'un mal. » Dr Jean Benoist, médecin et anthropologue

« Le médicament le plus utilisé en médecine générale est le médecin lui-même »

Dr Michael Balint (« Le médecin, son malade et la maladie » ; 1957)

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission.

Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

TABLE DES MATIERES

RESUME	18
INTRODUCTION	19
I. Objectif du travail de thèse	19
II. Rappels autour de la prescription.....	20
A. Médicament.....	20
B. Prescription.....	21
C. Ordonnance.....	22
D. Observance	22
E. Automédication	23
F. Médecine préventive.....	23
III. Contexte socio-culturel de l'étude	23
A. Situation géographique de la Polynésie française	23
B. Données générales : démographie, langue, économie, religions, climat, fuseau horaire.....	26
C. L'accès aux soins primaires en Polynésie française : caractéristiques et particularités	28
METHODES ET POPULATION.....	30
I. Type d'étude et population	30
II. Méthode de recrutement	30
III. Méthode de recueil des données	31
IV. Méthodes d'analyse des données	31
V. Stratégie de recherche documentaire.....	32

RESULTATS	33
I. Le patient : représentations et pratiques	33
A. Caractéristiques des patients et des consultations médicales	33
B. Avis général sur les médicaments	37
C. Comportements des patients	39
1. Discussion sur la santé	39
2. L'automédication	39
a) Ra'au Tahiti (médicaments polynésiens)	39
b) Ra'au Popa'a (médicaments occidentaux)	41
c) Raisons de l'automédication	42
d) Limites de l'automédication	42
D. Influences sur la santé	43
1. Les proches familiaux	43
2. Les médias	43
3. Argent et santé	44
II. Ressenti des patients sur la prescription écrite : l'ordonnance	45
A. Devenir de l'ordonnance à domicile	45
B. Les causes de son mésusage	46
C. Les comportements de l'observance	46
D. Implication d'autres intervenants dans la chaîne de soins	47
E. Qualité et quantité d'une ordonnance	48
III. Ressenti des patients sur la prescription orale	49
A. Le langage médical : une langue à part	49
1. Appréhension du langage médical	49
2. Compréhension du diagnostic	50
3. Compréhension du traitement	51
B. La consultation médicale : en quelle langue ?	51
1. Communiquer en français, en tahitien	51
2. Avis des patients sur une consultation médicale en langue tahitienne	52
C. Au sujet de la non-prescription	53
D. La médecine préventive individuelle	55

DISCUSSION	57
I. Discussion sur la méthodologie.....	57
A. Biais du type d'étude : avantages et inconvénients	57
1. Méthode	57
a) Choix de la méthode qualitative	57
b) Saturation et codage des idées	58
c) Limites de la méthode qualitative.....	58
d) Intérêts de la méthode qualitative	59
2. Population étudiée.....	60
B. Biais de sélection.....	60
C. Biais des entretiens	61
1. Limites liées à l'organisation des entretiens	61
2. Absence de relation médecin-malade	61
3. La communication en français et tahitien	61
4. Un entretien enregistré.....	62
5. Limites liées au thème.....	62
D. Biais dans l'analyse	62
II. Discussion sur les résultats	63
A. Caractéristiques des patients et de leurs consultations	64
1. Le patient.....	64
2. Les motifs de consultation	64
3. Les médicaments prescrits	65
B. Contexte socio-culturel et comportements des patients.....	65
1. Avis général sur les médicaments	65
2. Discussion sur la santé.....	66
3. L'automédication	66
4. Influences sur la santé.....	67
a) Les proches familiaux et l'automédication.....	67
b) Les médias.....	67
c) Argent et santé.....	67
C. La prescription médicamenteuse	68
1. La prescription écrite : l'ordonnance.....	68

2. Communication et prescription orale	69
3. Langage médical et compréhension	70
4. Avis des patients sur une consultation en langue tahitienne	71
5. La non-prescription	71
6. La médecine préventive individuelle	72
III. Propositions de suggestions	74
A. Pistes de réflexion pour l'exercice de la médecine générale	74
B. Propositions de nouvelles études qualitatives ou quantitatives	75
CONCLUSION	76
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	77
ANNEXES	81
I. Evolution du guide d'entretien	81
II. Interviews des patients : cf cd-rom ci-joint	83
III. Schéma : anatomie du corps humain	84
IV. Formulations et mots-clés pour une consultation en langue tahitienne	85
V. Les ra'au Tahiti : les médicaments traditionnels de Tahiti	87

RESUME

Contexte : Notre étude qualitative s'intéresse au ressenti des patients à propos de la prescription de médicaments en médecine générale, dans le contexte socio-culturel spécifique de la Polynésie française.

Méthode : Des patients ont été recrutés dans le dispensaire de Moorea, et dans un cabinet médical privé de Tahiti, sur la période de mars à mai 2015. Les quinze patients volontaires ayant participé à l'étude ont consulté initialement pour un motif de pathologie aiguë. Nous les avons questionnés 48h après la consultation médicale, à leur domicile. L'analyse et le codage des données ont été réalisés à l'aide du logiciel QSR N Vivo 10 ®.

Résultats : Dans notre étude, il apparaît que les patients, bien que confiants dans la prise des médicaments, restent néanmoins conscients des risques de surconsommation, de pharmacodépendance, et d'iatrogénie. Il a été constaté que l'automédication est une pratique courante, surtout dans le contexte des pathologies bénignes. La principale alternative est alors le recours à la médecine traditionnelle polynésienne (ra'au Tahiti) ou aux antalgiques classiques. L'aspect économique de la santé est souvent évoqué par les patients : pour certains d'entre eux, l'accès aux soins primaires s'avère difficile pour des raisons à la fois logistiques et financières. Un autre fait marquant est le peu d'importance accordée à l'ordonnance. L'utilité en est toutefois reconnue lors de la délivrance des médicaments à la pharmacie. Une fois au domicile, le respect des consignes se résume à l'inscription des posologies sur les boîtes de médicaments. Les patients étaient favorables à l'idée d'une consultation médicale en langue tahitienne, surtout pour les patients âgés ne communiquant qu'en tahitien. Enfin, les patients sont très réceptifs au dialogue avec le médecin et sont sensibles à l'éducation à la santé. L'échange verbal dans la relation médecin-patient apparaît ainsi comme un élément critique car il contribue à l'observance et à la compréhension des prescriptions par le patient.

Conclusion : A l'issue de cette enquête, il en résulte que la prescription orale dans l'exercice de la médecine générale devrait être privilégiée particulièrement dans ce contexte spécifique. Il s'agira donc de consacrer plus de temps à un échange verbal trop souvent négligé ou sous-estimé. Cet échange toujours nécessaire et bénéfique devra tout mettre en œuvre pour s'assurer d'une bonne compréhension. Il encouragera ainsi une réelle adhésion et une meilleure observance. Dans ce dialogue singulier, le rappel de l'importance des règles hygiéno-diététiques, quel que soit le motif de consultation, apparaît comme un message toujours bien perçu par le patient.

INTRODUCTION

I. Objectif du travail de thèse

La rédaction d'une ordonnance de médicaments est un acte quotidien pour le médecin généraliste, qu'il s'agisse d'un cas de pathologie aiguë, ou d'un renouvellement d'ordonnance. Les études réalisées en France montrent qu'environ 80% des consultations se concluent par une ordonnance de médicaments (1) (2).

Par convenance et dans le langage courant, ordonnance et prescription sont devenues synonymes, aussi bien pour les patients que pour les médecins. Or, la prescription ne se limite pas à l'écriture d'une ordonnance mais comporte également le travail oral de conseils et d'éducation thérapeutique. Dans le cadre d'une consultation médicale, cette prescription orale peut parfois être inadaptée, incompréhensible, voire même omise car confondue avec l'ordonnance.

Ces étapes cruciales de compréhension et d'adhésion à une prescription sont en fait très dépendantes des caractéristiques sociales et culturelles du patient. A titre d'exemple, en 2001, l'anthropologue Sylvie Fainzang a réalisé une étude française, portant sur l'analyse des comportements de patients vis-à-vis du médicament, du médecin, et de l'ordonnance. Son travail a révélé des différences de comportements, en lien avec les sphères culturelles et religieuses auxquelles étaient rattachés les patients (3).

Cet aspect de la médecine est particulièrement important en Polynésie française, où les praticiens sont confrontés à une culture qu'ils ne savent pas toujours bien appréhender. A ce jour, aucune étude ne s'est encore penchée sur les prescriptions des patients de médecine générale résidant en Polynésie française. Etudier la dimension culturelle dans les soins primaires est déterminant pour mieux comprendre les patients, et ainsi faire accepter nos prescriptions.

C'est ce thème qui a été retenu pour ce travail de thèse. L'étude a été réalisée sur les îles de Tahiti et Moorea, en Polynésie française. Elle avait pour but de recueillir l'avis

des patients au sujet de leurs prescriptions médicales, fournies lors d'une consultation de médecine générale. Nos préoccupations étaient centrées à la fois sur le rôle que joue l'ordonnance dans la chaîne de soins, mais aussi sur l'importance accordée à la prescription orale par les patients. Les résultats de l'étude nous ont permis de révéler les attentes réelles des patients concernant leurs prescriptions de médicaments.

L'objectif est ambitieux, mais nous allons tenter de proposer ici quelques pistes de réflexion qui pourraient optimiser la qualité de la prescription de médicaments du praticien généraliste en Polynésie française, et en conséquence améliorer l'observance des patients.

II. Rappels autour de la prescription

Nous nous proposons de rappeler ici quelques définitions simples de termes habituellement associés à différentes conduites qui accompagnent la prise de médicaments ainsi que les principaux articles du code de la santé publique qui réglementent la prescription médicale.

A. Médicament

Selon l'article L511 du code de santé publique (4) : « On entend par médicament toute substance ou composition présentée comme possédant des propriétés curatives ou préventives à l'égard des maladies humaines ou animales, ainsi que tout produit pouvant être administré à l'homme ou à l'animal, en vue d'établir un diagnostic médical ou de restaurer, corriger ou modifier leurs fonctions organiques». Pour le travail de thèse, nous nous sommes uniquement intéressés au traitement *per os* ou soins locaux pouvant être gérés par le patient lui-même.

Plusieurs études se sont penchées sur la représentation qu'ont les patients du médicament. Ce dernier a une image symbolique positive : pouvoir de guérison, soulagement, sécurité (5). La prescription d'un médicament permet aussi de reconnaître la plainte, de légitimer le statut de malade et le recours au médecin traitant (6).

Afin de s'informer au sujet des médicaments (indications, effets indésirables, interactions médicamenteuses...) le médecin généraliste dispose de plusieurs sources (7) :

- L'industrie pharmaceutique (visiteurs médicaux) ;
- La presse médicale ;
- Les logiciels d'aide à la prescription ;
- L'évaluation des pratiques professionnelles (groupes de pairs) ;
- L'action des professionnels de santé que sont les sociétés savantes de médecine générale : le CNGE, la SFMG, la SFTG, et la SDMG ;
- Les pouvoirs publics : HAS, Afssaps, CNAMTS.

La prescription du médecin généraliste est ainsi influencée par ces différentes sources, notamment par les délégués pharmaceutiques (8).

B. Prescription

Selon le dictionnaire Larousse, une « prescription » se définit comme un « ordre formel et détaillé énumérant ce qu'il faut faire ; exemple: les prescriptions de la loi. Elle est aussi définie comme une recommandation thérapeutique, éventuellement consignée sur ordonnance, faite par le médecin. Il s'agit aussi du document écrit dans lequel est consigné ce qui est prescrit par le médecin. Elle traduit l'action d'un prescripteur».

D'après l'article R 4127-8 du Code de la Santé publique (4): « Dans les limites fixées par la loi, le médecin est libre de ses prescriptions qui seront celles qu'il estime les plus appropriées en la circonstance. Il doit, sans négliger son devoir d'assistance morale, limiter ses prescriptions et ses actes à ce qui est nécessaire à la qualité, à la sécurité, et à l'efficacité des soins. Il doit tenir compte des avantages, des inconvénients et des conséquences des différentes investigations et thérapeutiques possibles. » .

Une étude de 2012 a révélé deux types de prescription chez les médecins généralistes : d'une part le modèle empirique, avec un médecin qui prescrit par expérience, et entretient la confiance et l'image de puissance ; d'autre part, le modèle

factuel qui utilise une méthode restrictive, avec des soins médicaux passant par la réassurance et les conseils (9).

En revanche, la « **non-prescription** » se traduirait par la « non-délivrance d'une ordonnance de médicaments ». Néanmoins elle n'exclut pas une prescription orale de consignes et de conseils thérapeutiques.

C. Ordonnance

Selon le dictionnaire Larousse, l' « ordonnance » traduit la prescription d'un médecin. Il s'agit d'un papier sur lequel cette prescription est portée. On dit ainsi : « délivrer un médicament sur ordonnance ».

Selon l'article R5132-3 du Code de la Santé publique (4), différentes règles doivent être suivies :

Éléments devant figurer sur une ordonnance selon le Code de la Santé publique Article R5132-3 (Décret n° 2007-596 du 24 avril 2007 art. 1 Journal Officiel du 26 avril 2007)		
La prescription de médicaments ou produits destinés à la médecine humaine mentionnés à la présente section est rédigée, après examen du malade, sur une ordonnance et indique lisiblement :	2° la dénomination du médicament ou du produit prescrit, ou le principe actif du médicament désigné par sa dénomination commune, la posologie et le mode d'emploi , et, s'il s'agit d'une préparation, la formule détaillée	à prescription initiale hospitalière, la date à laquelle un nouveau diagnostic est effectué lorsque l'autorisation de mise sur le marché ou l'autorisation temporaire d'utilisation le prévoit ;
1° le nom, la qualité et, le cas échéant, la qualification, le titre, ou la spécialité du prescripteur telle que définie à l'article R. 5121-91, son identifiant lorsqu'il existe, son adresse, sa signature, la date à laquelle l'ordonnance a été rédigée, et pour les médicaments à prescription hospitalière ou pour les médicaments à prescription initiale hospitalière, le nom de l'établissement ou du service de santé ;	3° la durée de traitement ou, lorsque la prescription comporte la dénomination du médicament au sens de l'article R. 5121-2, le nombre d'unités de conditionnement et, le cas échéant, le nombre de renouvellements de la prescription ;	5° les mentions prévues à l'article R. 5121-95 et au huitième alinéa de l'article R. 5121-77 lorsque l'autorisation de mise sur le marché ou l'autorisation temporaire d'utilisation les prévoit ;
	4° pour un médicament classé dans la catégorie des médicaments	6° le cas échéant, la mention prévue à l'article R. 5125-54 ;
		7° les nom et prénoms, le sexe et l'âge du malade et, si nécessaire, sa taille et son poids.

D. Observance

Selon le dictionnaire Larousse, l' « observance » traduit l'action d'obéir à une habitude ; de se conformer à un modèle, une coutume. Dans le cadre d'une prescription de médicaments, l'observance correspond ainsi au respect des consignes écrites et orales fournies par le médecin.

E. Automédication

L'automédication se définit, selon le Conseil de l'Ordre National des Médecins (10), « par l'utilisation, hors prescription médicale, par des personnes pour elles-mêmes ou pour leurs proches et de leur propre initiative, de médicaments considérés comme tels et ayant reçu l'Autorisation de mise sur le marché (AMM), avec la possibilité d'assistance et de conseils de la part des pharmaciens. Par définition, comme le médicament est le produit ayant reçu une AMM, qu'elle soit française ou européenne, cette définition est celle retenue par le Comité Permanent des Médecins Européens».

F. Médecine préventive

Selon l'OMS (1948) (11), la santé doit se définir non seulement comme « l'absence de maladie ou d'infirmité, mais aussi comme un état de complet bien-être physique, mental, social ». Dans ce cadre, la prévention est « l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps », l'OMS distingue trois types de prévention, qu'elle qualifie de primaire, secondaire ou tertiaire et qui correspondent en fait à des états successifs de la maladie. Ainsi, cela va des moyens à mettre en œuvre pour empêcher l'apparition des pathologies jusqu'à leur thérapeutique, et éventuellement, la réinsertion sociale des malades.

Dans notre étude, nous nous sommes intéressés à la médecine préventive primaire.

III. Contexte socio-culturel de l'étude

A. Situation géographique de la Polynésie française

Notre étude s'est déroulée sur les îles de Tahiti et Moorea, en Polynésie française.

La Polynésie française est une communauté d'outre-mer. Elle fait partie des territoires français depuis le XIX^{ème} siècle (vers 1850).

Elle se situe à 17 000 km de la France métropolitaine. (12)

Figure 1 : Carte de la Polynésie française dans le monde

(Source : www.sea-see.com)

Elle comprend 118 îles parsemées dans l'Océan Pacifique, sur un territoire aussi vaste que l'Europe. Néanmoins, les terres émergées ne constituent réellement que 4 000km² de surface.

Ces îles sont regroupées en cinq archipels : archipel de la Société, des Tuamotu, des Gambier, des Marquises et des Australes. (12)

Figure 2 : Carte des cinq archipels de la Polynésie française



(Source : www.airtahiti.pf)

Tahiti, située dans l'archipel des îles de la Société, est l'île principale et la « capitale » de la Polynésie française. Dans les autres îles faisant partie des plus connues, on peut nommer Moorea et Bora-Bora. (12)

Figure 3 : Carte de l'Archipel de la Société



(Source : www.airtahiti.pf)

B. Données générales

Démographie

Selon les données de l'Institut des Statistiques de la Polynésie Française (ISPF) (13), au 31 décembre 2014, le recensement a compté 271 800 personnes résidant en Polynésie française. La densité est de 68 habitants/km². L'île de Tahiti regroupe à elle seule près de 70% de la population totale de la Polynésie.

En 2014, l'espérance de vie est de 73,8 ans pour les hommes, et 78 ans pour les femmes, soit une moyenne de 75,8 ans pour les habitants de Polynésie française.

Tableau 1 : Points forts de la Polynésie française, 2014, ISPF

CHIFFRES CLÉS POUR 2014		
	Polynésie française	France métropolitaine
Au 31 décembre 2014		
Population au 31 décembre 2014 (milliers)	271,8	64 204
Pour l'année 2014		
Croissance de la population (%)	0,5	0,4
Naissances	4 161	783 000
Indice conjoncturel de fécondité	1,96	1,98
Taux de mortalité infantile (‰)	6,7	3,6
Âge moyen des mères	27,5	30,3
Décès	1 424	544 000
Espérance de vie (en années)		
Homme	73,8	79,3
Femme	78,0	85,5
Mariages	1 480	223 000*
Taux de nuptialité (‰)	5,5	3,6
Age moyen au 1^{er} mariage		
Époux	35,9	32,3
Épouse	32,5	30,5

Tableau 1

* : donnée de 2013

Sources : ISPF, INSEE - Recensements de la population et Etat civil

Tableau 2 : Indicateurs de la population issus des recensements, ISPF

Les grands indicateurs de la population issus des recensements

	2012	2007	2002
Lieu de naissance			
Proportion de personnes nées en Polynésie française	88,7%	87,3%	87,2%
Proportion de personnes nées en métropole	8,3%	9,3%	9,5%
Proportion de personnes nées à l'étranger ou DOM/TOM	3,0%	3,4%	3,3%
Type de ménages			
Personnes vivant seules	14,5%	13,2%	
Familles monoparentales	8,1%	7,5%	
Couples avec ou sans enfants	52,9%	54,1%	
Autres (plusieurs familles, colocation, ...)	24,5%	25,3%	
Langue parlée en famille			
Le français	70,0%	68,5%	61,1%
Une langue polynésienne	28,2%	29,9%	31,4%

Langues

La loi organique n° 2004-192 du 27 février 2004 précise que : « Le français est la langue officielle de la Polynésie française ».

Son usage s'impose aux personnes morales de droit public et aux personnes de droit privé dans l'exercice d'une mission de service public ainsi qu'aux usagers dans leurs relations avec les administrations et services publics. La langue tahitienne est un élément fondamental de l'identité culturelle : ciment de cohésion sociale, moyen de communication quotidien, elle est reconnue et doit être préservée, de même que les autres langues polynésiennes, aux côtés de la langue de la République, afin de garantir la diversité culturelle qui fait la richesse de la Polynésie française.

Le français, le tahitien, le marquisien (dans l'archipel des Marquises), le paumotu (dans l'archipel des Tuamotu) et le mangarévien (dans l'archipel des Gambier) sont les langues de la Polynésie française. Les personnes physiques et morales de droit privé en usent librement dans leurs actes et conventions ; ceux-ci n'encourent aucune nullité au motif qu'ils ne sont pas rédigés dans la langue officielle ».

Economie (13)

La monnaie est le franc pacifique CFP. 1 euro équivaut à environ 120 francs CFP. Le développement économique de la Polynésie française repose sur différents secteurs, à savoir le tourisme, l'exportation des produits perliers, de la vanille, de la pêche, ou encore l'exploitation du coprah.

Les salaires moyens, médians, et minimum s'établissaient en 2013 en Polynésie à :

Salaire moyen : 308 174 FCFP (+29,5% en 10 ans) soit 2567 euros

- Dans le privé : 290 391 FCFP (+35%)

- Dans le public : 362 782 FCFP (+21%)

Salaire médian (la moitié de la population gagne moins) : 219 894 FCFP (+22%) soit 1832 euros

- Dans le privé : 201 000 FCFP (+28%)

- Dans le public : 318 243 FCFP (+14%)

Salaire minimum interprofessionnel garanti (SMIG) en 2013 : 149 491 FCFP

(+41% en 10 ans) : soit 1245 euros.

Religions (12)

Les Polynésiens se déclarent en majorité chrétiens. La proportion des religions se présente ainsi : protestants (45%), catholiques (35%), mormons (6%), adventistes du 7^{ème} jour (2%), sanito (Communauté du Christ) (3.8%), témoins de Jéhovah (2%), autres courants religieux (judaïsme, bouddhisme...) (5%).

Climat (12)

Le climat est de type tropical océanique, avec alternance de saison sèche (mai à octobre) et saison humide (novembre à avril).

Fuseau horaire (12)

Le décalage horaire de Papeete (Tahiti) est de 11 à 12h en moins par rapport à la France métropolitaine (variations en fonction des changements d'heure faits en métropole).

Décalage du fuseau horaire : -10h00 UTC/GMT

C. L'accès aux soins primaires en Polynésie française : caractéristiques et particularités

Le système de santé de la Polynésie française est indépendant du système de santé français. Il présente cependant des similarités de fonctionnement, notamment pour l'accès aux soins primaires.

125 médecins généralistes ont été dénombrés officiellement par l'ISPF en 2012 dans l'ensemble de la Polynésie française. Pour une population estimée à environ 269 000 habitants en 2012, cela revenait donc à 2 150 patients par médecin généraliste. Or cette donnée est discutable et n'a que peu de sens, car la présence médicale, tout comme la population, est inégalement répartie sur les îles.

La conséquence est la disparité d'accès aux soins primaires. En effet, on observe que la présence de médecins est concentrée sur les îles principales (Tahiti, Moorea, Raiatea, Nuku Hiva...), tandis qu'un désert médical affecte le reste des îles de la Polynésie française.

Les consultations de médecine générale sont proposées dans deux types de structures : soit dans des cabinets libéraux privés, soit dans des dispensaires gérés par la Direction de la Santé Publique.

Les îles qui ne disposent pas de médecin généraliste bénéficient néanmoins d'un dispensaire avec la présence d'un infirmier ou d'un auxiliaire de soins. Afin d'éviter tout isolement, ce dernier peut faire appel au médecin de la régulation du Service d'Aide Médicale d'Urgence (SAMU) de l'hôpital de Tahiti en cas de nécessité.

La Caisse de Prévoyance Sociale, communément dénommée la CPS, est l'équivalent de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) de métropole.

Le prix d'une consultation de médecine générale s'élève à 3 600 francs (soit 30 euros). La CPS assure le remboursement de 70% de la consultation médicale.

Les 30% restants sont à la charge du patient. Peu de patients bénéficient d'une assurance complémentaire santé.

Le remboursement des médicaments varie entre 30 % et 70 % selon le Service Médical Rendu (SMR). Il existe cinq classes de SMR (de A majeur à E insuffisant) (13).

Certaines pathologies aiguës et chroniques rencontrées en consultation médicale font figure d'exception en métropole : rhumatisme articulaire aigu post-streptococcique, ciguatera, filariose, leptospirose, infections virales transmises par les moustiques (dengue, zika, chikungunya...).

Lorsque le cas d'un patient le nécessite, ce dernier peut bénéficier d'une EVASAN (EVAcuation SANitaire), c'est-à-dire un transfert pour raisons médicales, de son île d'origine vers l'île de Tahiti, ou bien de l'île de Tahiti vers la métropole.

METHODES ET POPULATION

I. Type d'étude et population

L'étude utilise la méthode qualitative. « Cette méthode a davantage vocation à comprendre, à détecter des comportements, des processus ou des modèles théoriques qu'à décrire systématiquement, à mesurer ou à comparer » (14).

La population cible de l'étude comprend des patients adultes âgés de 18 ans ou plus, autonomes dans la gestion de leurs traitements, à qui il sera délivré une prescription à la fin de la consultation médicale. Les traitements prescrits retenus sont uniquement des traitements *per os* ou des soins locaux faisables par le patient lui-même. Nous n'avons pas inclus les prescriptions de soins telles que des injections pouvant nécessiter une aide médicale (injections intra-musculaire, ou sous-cutanée liées par exemple à la prescription d'anticoagulants ou d'insuline), ni les soins para-médicaux (ex : séances de kinésithérapie...), ni les examens complémentaires (bilan biologique, imagerie...). Nous nous sommes uniquement intéressés ici aux patients ayant consulté pour une pathologie aiguë.

L'investigateur était l'interne de médecine générale réalisant la thèse. Ses connaissances sur la méthode qualitative reposent sur la lecture de revues de la littérature et la participation à des ateliers de formation universitaire à la recherche qualitative (14).

II. Méthode de recrutement

Les patients sont des sujets ayant consulté chez un médecin généraliste dans un cabinet médical privé de Tahiti, ou dans un centre de santé publique de Moorea, en Polynésie française, durant la période de mars à mai 2015. A la fin de la consultation, le médecin généraliste ou l'infirmière du dispensaire ont proposé au patient de participer à une étude qui traite de la prescription de médicaments.

Il a été demandé aux médecins de ne rien changer à leurs pratiques habituelles afin de ne pas influencer les résultats de l'étude. Les médecins ignoraient les questions

posées lors de l'interview, ils n'ont été informés que du sujet global du travail de thèse : la prescription.

III. Méthode de recueil des données

Les interviews des patients ont été réalisées à leur domicile au plus tard 48h après la consultation. Elles ont été enregistrées à l'aide d'un dictaphone.

Le consentement du patient a été recueilli avant de débiter l'interview, en lui assurant la confidentialité et l'anonymisation de ses propos. Le vouvoiement n'étant pas de mise en Polynésie, le tutoiement a été employé lors de toutes les interviews.

A l'aide d'un guide d'entretien avec questions semi-dirigées, l'investigateur a recueilli le ressenti et les suggestions du patient au sujet de la prescription de médicaments dont il a bénéficié lors de sa consultation.

Les questions posées lors des entretiens qualitatifs étaient orientées sur les comportements, les opinions, les sentiments, les connaissances, et les contextes de vie des patients, pouvant aider à répondre à la question de recherche (15).

IV. Méthode d'analyse des données

Les entretiens ont été retranscrits *ad integrum en verbatim* (annexe 2). Les données obtenues ont été codées à l'aide du logiciel informatique N vivo QSR 10 ®. Les interviews ont été arrêtées à saturation des données, c'est-à-dire à l'obtention de répétition de mêmes réponses de la part des patients.

Le codage des idées exprimées par les patients a été créé en répondant au mieux aux règles suivantes: homogénéité, exhaustivité, exclusivité, objectivité et pertinence (16).

Les entretiens ont d'abord été analysés les uns après les autres pour dégager la logique individuelle de chacun des patients vis-à-vis des questions posées (analyse verticale).

Les idées ont ensuite été analysées transversalement, autrement dit de manière thématique, en repérant la récurrence et la régularité des idées entre les différents entretiens (analyse horizontale).

La technique de triangulation a été utilisée pour éviter les biais d'interprétation et permettre une analyse croisée des données. Les entretiens ont été analysés individuellement par l'investigateur, ainsi que par une autre interne de médecine générale résidant et travaillant dans la région du Nord Pas-de-Calais.

En fin de compte, près de 70% des principaux thèmes élaborés étaient concordants entre les analyses des deux internes.

L'objectif du recueil des avis des patients est de proposer une réflexion sur nos pratiques et d'élaborer un certain nombre de recommandations permettant aux prescripteurs d'améliorer leurs pratiques dans le contexte culturel et social spécifique de la Polynésie française.

V. Stratégie de recherche documentaire

La recherche de références bibliographiques a été réalisée à partir de différentes bases de données :

- Pubmed Medline : base de données en sciences biologiques et biomédicales gérée par la bibliothèque nationale de médecine des États-Unis ;
- Cismef : catalogue et index des sites médicaux francophones ;
- SUDOC : catalogue du système universitaire de documentation ;
- Cairn : base de données en sciences humaines et sociales ;
- Pepite.univ-lille2.fr : Panorama des productions universitaires, l'archive institutionnelle de l'Université Lille 2 Droit et Santé ;
- HAS : site de la Haute Autorité de Santé ;
- ISPF : Institut des Statistiques de Polynésie Française.

Les mots-clés utilisés pour la recherche bibliographique étaient : prescription (prescription), ordonnance (prescription), médicaments (drugs), médecine générale (general practice) et médecin généraliste (general practitioner).

RESULTATS

I. Le patient : représentations et pratiques

A. Caractéristiques des patients et de leurs consultations médicales

Les quinze patients interrogés (P1 à P15) sont des résidents des îles de Tahiti et Moorea, principales îles de la Polynésie française.

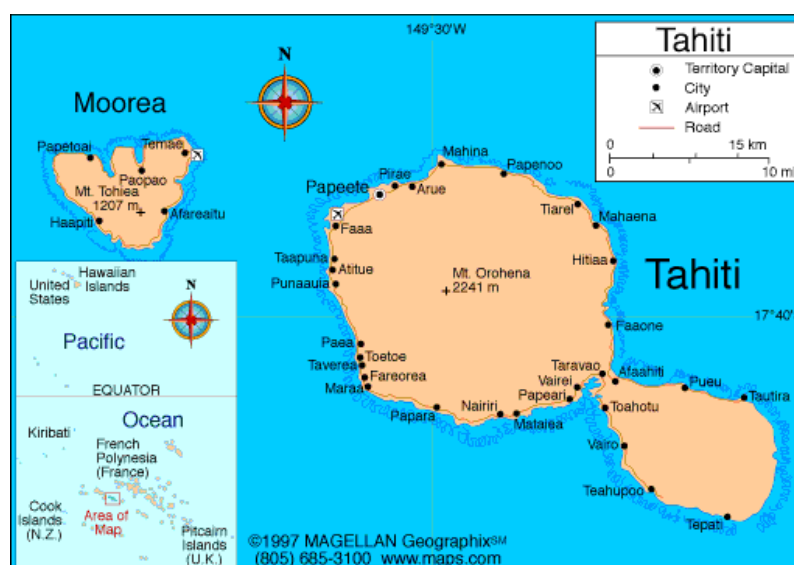
Les six patients de Tahiti vivent en milieu urbain. Ils résident au Nord-Ouest de l'île :

- quatre vivent dans la commune d'Arue ;
- deux dans la commune de Pirae.

Les neuf patients de Moorea vivent en milieu rural. Ils résident dans la partie Ouest, Sud, et Est de l'île :

- deux à Vaiare, district de la commune de Teavaro (Est) ;
- deux vivent dans la commune d'Afareaitu (Est) ;
- trois à Maatea, district de la commune d'Afareaitu (Sud) ;
- un dans la commune de Haapiti (Ouest) ;
- un à Atiha, district de la commune de Haapiti (Sud).

Figure 4 : Carte des îles de Tahiti et Moorea



(Source : Magellan Geographix, 1997)

Les six patients ayant consulté à Tahiti ont été recrutés à partir d'un cabinet médical privé de la commune d'Arue. Ils ont acheté leurs médicaments en pharmacie privée.

Les neuf patients ayant consulté à Moorea ont été recrutés à partir du dispensaire de l'île de Moorea. La consultation médicale dont ils ont bénéficié n'était pas payante.

Une des infirmières du dispensaire est affectée spécialement pour recevoir les patients venus pour une consultation de médecine générale. Elle s'occupe de les accueillir et gère les constantes hémodynamiques ainsi que les examens complémentaires utiles à la consultation (réalisation de dextro, de bandelette urinaire, d'électrocardiogramme...). Les patients ont ensuite rencontré un des médecins du dispensaire : ils n'ont donc pas « un » mais « des » médecins traitants.

Ils se sont fournis en médicaments à partir de la pharmacie du dispensaire (s'ils sont bénéficiaires du Régime de Solidarité Territorial (RST)), ou sinon en pharmacie privée.

Nous avons interviewé 11 femmes et 4 hommes.

Ils ont entre 19 et 68 ans (moyenne d'âge de 44,7 ans) et sont autonomes dans la gestion de leurs médicaments. Seulement quatre d'entre eux ont un traitement au long cours.

Le nombre moyen de médicaments qui leur a été prescrit est de 2,1 médicaments/patient.

Les interviews, qui ont eu lieu 48 heures après la consultation de médecine générale, ont une durée moyenne de 16 minutes. Elles ont été entièrement retranscrites en informatique en *verbatim* (V1 à V15).

Tableau 3 : Caractéristiques des patients

Patient	Année de naissance Age	Sexe	Profession	Domicile	Traitement au long cours
P1	1946 68 ans	F	retraîtée	Maatea, Moorea	0
P2	1971 43 ans	F	femme de ménage	Afareaitu, Moorea	efferalgan codéiné®
P3	1969 46 ans	F	mère au foyer	Afareaitu, Moorea	0
P4	1949 65 ans	F	retraîtée	Atiha, Moorea	0
P5	1970 45 ans	F	sans emploi	Maatea, Moorea	0
P6	1959 55 ans	F	artisan	Maatea, Moorea	metformine
P7	1977 37 ans	H	agriculteur	Haapiti, Moorea	0
P8	1995 19 ans	F	étudiante	Vaiare, Moorea	0
P9	1970 44 ans	F	mère au foyer	Vaiare, Moorea	lercan®
P10	1958 56 ans	F	retraîtée ancienne ATSEM	Arue, Tahiti	0
P11	1956 58 ans	H	ouvrier (équipement routier)	Arue, Tahiti	avodart®
P12	1971 43 ans	F	employée de supermarché	Arue, Tahiti	0
P13	1981 34 ans	H	ouvrier en peinture	Pirae, Tahiti	0
P14	1993 22 ans	H	employé de magasin	Arue, Tahiti	0
P15	1979 36 ans	F	transit import/export	Pirae, Tahiti	0

Caractéristiques des consultations médicales

Les motifs de consultation étaient divers et variés : douleurs viscérales, douleurs d'une articulation, infection cutanée, infection respiratoire... Les traitements prescrits sont principalement des antalgiques classiques, des anti-inflammatoires, des corticoïdes, des anti-histaminiques, des antibiotiques et des broncho-dilatateurs.

Tableau 4 : Caractéristiques des consultations médicales

Patient	Motif consultation	Traitements donnés	Médecin consulté (MT : médecin traitant)
P1	lombalgies	dafalgan codéiné®	MT dispensaire Moorea
P2	otalgie	dafalgan codéiné®	MT dispensaire Moorea
P3	gâle	apar®, spregal®, aérius®	MT dispensaire Moorea
P4	arthralgies post-chikungunya	brexin®, inexistum®	MT dispensaire Moorea
P5	contracture musculaire épaule	ibuprofène, dafalgan codéiné®, thiocolchicozide	MT dispensaire Moorea
P6	crise d'asthme post-virale	ventoline®, pulmicort® doliprane®	MT dispensaire Moorea
P7	surinfection plaie jambe	rovamycine®, doliprane®, pansements	MT dispensaire Moorea
P8	abcès mammaire	antiseptiques	MT dispensaire Moorea
P9	douleur abdominale	doliprane®	MT dispensaire Moorea
P10	gonalgie	brexin®	MT Arue, Tahiti
P11	goutte	colchimax®, solupred®	MT Arue, Tahiti
P12	gonalgies	brexin®, piasclédine®	MT Arue, Tahiti
P13	bronchite, sinusite	exomuc®, pivalone®, prednisolone, cefixime	MT Arue, Tahiti
P14	oedème du poignet	diprosone®, inorial®	MT Arue, Tahiti
P15	bronchite virale	sirop, pastilles, spiriva®	MT Arue, Tahiti

B. Avis général sur les médicaments

- Lorsque l'on demande aux patients leur avis général sur les médicaments, ces derniers expriment globalement leur confiance et leur satisfaction, mais ont besoin d'en comprendre l'indication. Voici quelques exemples d'échanges :

« Bah en général je suis toujours satisfaite quand on me prescrit un médicament ou un autre pour telle ou telle maladie, je suis satisfaite. » (V12)

« Les médicaments, moi je dis quand c'est bien pris, t'as pas de problème. » (V3)

« Faut vraiment pei* savoir c'est quoi la maladie avant de prendre les médicaments, tous ces trucs-là... »(V5)

- Pour certains la prise de médicaments est limitée et ne se fait que si nécessaire :

« Des médicaments en général ? Bah quand ils sont prescrits, je les prends, sinon j'évite, euuuh... » (V12)

« Bah en fait moi, j'essaie déjà de n'en prendre que quand j'ai besoin. Quand j'en ai pas besoin, j'évite, même des fois pour des petits maux de tête, j'évite par exemple de prendre le doliprane... J'évite. » (V13)

- D'autres recherchent avant tout l'efficacité rapide des médicaments sur leur état de santé :

« C'est euh... d'un côté ça m'aide ouais euh... à être vite guéri ! » (V14)

- Les médicaments sont d'autant consommés sans crainte qu'ils ont été prescrits par le médecin traitant en qui ils ont une réelle confiance :

« Pour l'instant euhhh... quand j'en ai besoin, bah je sais que... les médicaments sont assez euhhh...comment dirais-je... fiables ! Si je peux dire. En tout cas, on a un médecin de famille, taote G., et lui on a toute confiance, de toute la famille... » (V11).

- Des patients évoquent la surconsommation de médicaments, qui peuvent pousser à des impasses thérapeutiques:

« Bah je pense que les gens, ils se soignent trop par médicaments, résultat ils arrivent au bloc opératoire, les médicaments ne font plus effet. Et ça c'est le gros problème. » (V15)

- Une autre patiente explique son inquiétude quant au risque de pharmaco-dépendance :

« Mais sinon vaut mieux pas aller trop sur les médicaments, il faudrait être conscient que t'as une maladie, mais il faut pas être trop sur les médicaments, on dirait c'est les médicaments, c'est comme une drogue. » (V2)

« Bah j'espère qu'il y aura plein de patients qui sont comme moi, à comprendre, et pas être dépendant des médicaments, il faut être plus fort que les médicaments ! » (V2)

- Ils ont également abordé le risque d'iatrogénie en parlant des effets indésirables suite à la prise de médicaments :

« Y'a des médicaments qui est bien, mais si plus on prend des médicaments on dirait c'est le médicament qui nous tue plus rapide... que la maladie » (V2)

« On dirait que, avec les médicaments, soit tu prends beaucoup de poids, soit tu changes de comportement... Enfin y'a beaucoup de trucs un peu bizarres quand tu avales des médicaments. Et sans médicaments, bah tout va bien, ton corps est mieux. »(V2)

Une autre patiente, en parlant de la codéine : « Ça fait endormir !!! Et quand je dors, je dors des heures hein ! C'est pour ça après, j'ai décidé de prendre juste la moitié ! » (V8)

- La crainte d'un médicament non connu pousse les patients à se montrer prudent en s'informant à partir de la notice :

« Moi quand je comprends pas tellement ce médicament je dis « tiens c'est nouveau ça ! » Des fois, docteur il me dit toujours « tiens je te donne ça ». « iiiiii taote* mais j'en ai jamais entendu parler [...]. Là, par contre, je prends la notice, je lis, voilà. »(V10)

C. Comportements des patients

1. Discussion sur la santé

- Lorsque les patients discutent de leur santé, ils parlent en premier lieu avec leurs proches familiaux et le médecin.

« Hmm... avec mon taote*. Surtout avec mon tane*, sinon avec les belles-sœurs aussi » (V6)

« Euh... plutôt avec ma compagne, et spécialement avec le docteur, pas avec les autres. En fait juste eux deux. » (V13)

« Euh... avec maman ouais, avant d'aller au docteur ». (V14)

- La discussion se veut le plus souvent pragmatique : s'ils n'ont pas besoin de soins médicaux, ils n'en parlent pas. Si le sujet est évoqué, c'est pour parler de l'organisation logistique pour pouvoir se soigner. Voici ce que certains patients ont répondu à la question « avec qui discutes-tu de ta santé ? » :

« C'est rare que je sois malade (rire gêné) » (V5)

« Bon disons maladie... je suis très rarement malade. Depuis que je suis à la retraite, c'est encore pire ! » (V10)

« Des fois si j'ai pas de voiture, on appelle l'ambulance. Quand je tombe malade, je vais voir à l'hôpital. » (V1)

« Ah oui... avec le taote*. Mais... je vais rarement, je veux quelqu'un qui me soigne bien moi, comme j'ai pas de voiture pour aller... (au dispensaire) » (V7)

2. L'automédication

Nous avons précisé précédemment le cadre de définition de l'automédication (Conseil de l'Ordre National des médecins).

a) Ra'au Tahiti (médicaments polynésiens)

- Lors de la survenue d'une pathologie aiguë, nombre de patients interrogés utilisent en premier recours les « ra'au Tahiti *», soit les médicaments

traditionnels polynésiens, avant d'aller consulter un médecin généraliste. Cette pratique démontre le véritable ancrage de la culture polynésienne dans les mœurs.

Les ra'au Tahiti* sont définis par les patients comme des remèdes-maison, faits à partir de plantes de Polynésie, et transmis de génération en génération par les aïeux :

« Bah, d'abord le ra'au Tahiti* c'est que à base de plantes... à base de plantes de notre pays. »(V10)

« Oh... Je pense qu'en France, on dirait plutôt « les remèdes grand-mère » (rires)

« Oui c'est les petits trucs de la vie de tous les jours, que les anciens connaissent vis-à-vis de leur culture. C'est comme ça que je définirais le ra'au tahiti. » (V13)

« Tu vois les... c'est des médicaments tahitiens, ça vient de ma grand-mère quoi. » (V5)

« Mais sinon quand j'étais jeune j'étais traitée au ra'au Tahiti* avec ma grand-mère, c'est pour te dire que c'est peut-être grâce à ça que je suis là maintenant » (V3).

Un patient avoue sa crainte de perdre toutes ces traditions médicinales du fait de l'urbanisation de son île : « En fait, le ra'au* me vient... de mon grand-père hein... Mais mes parents... font plus tout ce qui est les ra'au* simples hein, comme le Hea. Mais maintenant c'est faute de... comment dirais-je... de plantes ! Y'en a plus maintenant ! Parce qu'à l'époque on allait carrément au fond de la vallée ! Maintenant tout est découpé, tous les terrains sont... sont habités ! Voilà le véritable problème en ce moment aussi en Polynésie ! ». (V11)

- Plusieurs patients ont confié leurs recettes personnelles de ra'au Tahiti* :

« Pour le mal au ventre, y'a le citron, de l'eau et un peu du sucre roux. Mais y'a des façons de faire. Pour l'eau, y'a deux pouces d'eau tiède et le citron c'est la moitié du citron, tu prends le derrière du citron et une petite cuillère à thé de sucre roux. Tu mélanges, après tu bois ». (V4)

« Pour la tête aussi. C'est ... le... le miro. On ramasse les graines, une trentaine de graines, après on enlève les petites graines dedans et on écrase avec un saladier d'eau, on mélange, après filtrer, et tu mets ta tête dedans... Mieux la tête. »(V4)

« Y'a le ra'au* fati hein, pour boire par dedans...je tousse par exemple, je bois du ra'au fati » (V5)

En parlant d'une recette pour soulager des douleurs suite au chikungunya :

« J'ai fait avec les feuilles de papaye. Bien api* ! Et...deux cuillères à soupe de sucre roux, et mets l'eau...Et un bout de citron, pas en haut, pas derrière, tu coupes un, tu mets dedans, tu écrases les feuilles de papaye, tu mets dans le chiffon, tu presses, tu bois seulement le jus, et après moins d'une heure, ça commence à aller mieux... » (V7)

« Comment dire ... « taehé ».Pour évacuer tout ce qu'on a dedans... quand on... les affaires* ! Quand on a des règles ! » (V9)

b) Ra'au Popa'a (médicaments occidentaux)

- Les patients reconnaissent par ailleurs une automédication par des médicaments « classiques » tels que des antalgiques comme le doliprane® (cité par 11 patients sur les 15 interviewés), ainsi que l'ibuprofène ou le spafon® :

« Mais nous on prend quand même des médicaments à la maison : le doliprane®. » (V1)

« Du doliprane®, sinon la codéine. » (V8)

« Bon déjà j'aime pas prendre des médicaments, mais en général c'est spafon® pour le mal de ventre, doliprane®, et c'est tout, sinon je prends rien. » (V15)

« Bah souvent des fois je prends les machins, surtout les... les machins là, comment on dit, ohhhh ...Vraiment les médicaments qui est risqué quoi, tu vois, comment on dit...J'ai tendance à aller chiper ça, ou soit prendre de l'ibuprofène »... (V2)

c) Raisons de l'automédication

- L'automédication est reconnue comme une solution permettant d'éviter un déplacement vers les centres de soins.

« Au lieu d'aller tout à fait à l'hôpital tu vois. C'est comme ça que je fais à la maison, que ça, doliprane® hein. » (V1)

« Parce que...mon fils... Il a deux ans dans dix jours. Dans dix jours il a ses deux ans, et sur certaines maladies, ou ... pas des maladies, on va dire des gênes plutôt... C'est-à-dire qu'à un moment, il avait des douleurs au niveau du dos, et le ra'au Tahiti* avec un massage, c'est passé. Donc là on n'a pas eu l'intérêt de l'amener au docteur. Voilà. Juste des trucs comme ça. » (V13)

- L'autre principale raison est culturelle : les patients restent encore très attachés aux traditions polynésiennes transmises par leurs ancêtres.

d) Limites de l'automédication

- Les patients reconnaissent néanmoins les limites de l'automédication par les ra'au Tahiti* et sont conscients qu'ils ne peuvent pas soigner toutes les maladies:

« si tu veux, tu peux traiter avant avec les ra'au Tahiti*, mais après pour aider un peu, faut quand même le ra'au Popa'a*... » (V3)

« Oh non, j'ai plus confiance en ça... depuis que ma mère est morte avec. Enfin, je dis que ma mère est morte avec, parce qu'elle avait le cancer, elle était soignée, et y'en avait eu un monsieur qui a proposé ça (les ra'au Tahiti*) mais c'est avec ça que pfiuuuuut (geste de la main qui montre que sa mère est décédée)» (V2)

- Ils admettent également que l'automédication « classique » n'est pas suffisante non plus :

« Oui bah comme je peux pas me soigner, j'ai l'arthrose cervicale, je souffre beaucoup, là je vais au taote*. » (V4)

« Voilà. Après si ça dure un peu plus longtemps, bon c'est sûr que là il faut y aller. » (V12)

D. Influences sur la santé

1. Les proches familiaux

- En dehors du contexte d'une consultation médicale, les patients font régulièrement allusion à l'influence exercée par leurs proches sur leur santé :

« Ma grand-mère m'a dit de mettre du monoï ... la grand-mère de mon tane* ! » (V8)

« Je prends de temps en temps quand c'est les parents qui me font revenir un peu sur ce sujet-là de reprendre du ra'au Tahiti*. Mais bon c'est pas vraiment un besoin, c'est seulement quand on me le propose. » (V11)

« Mais, nous on vient d'une famille où on n'a pas été élevé aux médicaments. Y'a pas le réflexe. Et y'a une pub en France qui est passée, et c'est pas pour rien : « les antibiotiques, c'est pas automatique ! » » (V15)

2. Les médias

- Les patients restent sensibles aux messages délivrés par les médias, qu'il s'agisse d'affiches de campagne de prévention, ou bien des informations et publicités transmises à la télévision :

« On en parle toujours à la pharmacie, sur les pancartes, on lit toujours sur les pancartes, on en voit partout. » (en parlant des campagnes de médecine préventive sur l'alimentation et l'activité physique) (V14)

- Certains patients mettent en évidence l'effet notoire de certaines publicités, qui ne véhiculent pas les messages de médecine préventive mais incitent à consommer des produits néfastes pour la santé :

« au lieu de mettre des pubs sur la mayonnaise Kraft, bah tu mets des pubs sur le bienfait du sport, sur ton enfant... » (V15)

- Les médias peuvent également faire perdre confiance aux patients :

« A la télé on parle des maladies, ils ont pris des médicaments depuis plusieurs années, après c'est empoisonné... c'est là que j'ai commencé à réfléchir à lire la notice...tu te rends compte un peu, on donne une ordonnance, le taote* donne une

ordonnance, et après certaines...plusieurs années, ce n'est pas bon ! » (la patiente faisant référence au dantalvic®) (V4)

3. Argent et santé

- Lors des interviews, les patients ont régulièrement fait référence à l'aspect financier de la santé, en expliquant leurs difficultés économiques pour l'accès à des consultations ou pour l'achat de médicaments. Certains expliquent même devoir sacrifier leur santé pour prioriser leurs achats vers des besoins élémentaires (alimentation du foyer). On réalise ainsi que la réalité économique du patient influe sur son observance.

« Mais vis-à-vis des médicaments euh... Certains sont remboursés, enfin je comprends pas ce qu'ils font ! Pourquoi certains sont remboursés et pas d'autres ? [...] Si maintenant après on va en pharmacie, et celui-là n'est pas remboursé... Parce que ceux (les médicaments) qui ne sont pas remboursés ne sont pas généralement les moins chers ! Généralement ce sont ceux qui sont les plus chers qui ne sont pas remboursés ! Bon là mon fils, il était malade, parce qu'il a eu un staphylo... Donc on est parti tous les deux... Donc déjà là, rien que pour les consultations, ça fait sept mille deux-cents...sans parler des médicaments ! Donc les médicaments, j'en ai presque eu pour cinq mille et quelque... Donc déjà ça revient cher ! » (V13)

« Mais par contre, je vais pas mentir qu'il y a des fois où c'est dur... La santé, on peut pas en racheter une deuxième, donc si y'a un problème de santé, je suis obligé de tout mettre dedans, quitte après à nous deux avec madame, à ce qu'on se serre la ceinture. On n'a pas le choix, surtout en plus quand c'est sa santé à lui (son fils). »(V13)

« Une année j'ai pas pu aller chercher mes médicaments parce que ... mon mari avait eu des problèmes à sa société [...]... j'ai pas pu...parce qu'ils n'ont pas été payés pendant un an quand même...Et on leur donnait quoi ? Trente mille par mois ? C'est pas assez hé ! Je préférerais garder ces sous pour nous faire manger parce que j'ai mon motua* avec moi hein ! Ma petite-fille ! Que d'aller chercher mes médicaments ! » (V9)

« Normalement je devais aller chercher le ra'au* ce jour-là, comme j'ai pas de sous pour aller... Sinon y'a pas de sous hein... C'est le seul problème (rires) » (V6)

« Bah... d'aller chez le gynécologue...Pour voir si euhh... il peut retirer le kyste qui est à l'intérieur...(investigateur : Et tu comptes y aller ?) Silence, puis : bah oui mais...

Parce que c'est cher hein ! (rires). J'ai dit au taote* « c'est payant ? » il me fait « oui ! » (a voulu faire comprendre au taote* qu'elle n'avait pas les moyens) (V8)

II. Ressenti des patients sur la prescription écrite : l'ordonnance

A. Devenir de l'ordonnance à domicile

- Lors des interviews, nous avons demandé aux patients ce que devenait leur ordonnance une fois arrivés à domicile. Il en est ressorti que la plupart des patients accordent peu d'importance à l'ordonnance : certains n'en voient l'utilité uniquement qu'à la pharmacie pour obtenir les médicaments. On réalise qu'ils l'utilisent très peu à domicile : l'ordonnance est soit jetée, perdue ou conservée sans être consultée. Les patients ne semblent pas ressentir le besoin de la relire pour se soigner.

« c'est avec ça (l'ordonnance) que je suis parti chercher (il me montre ses boîtes de médicaments) » (V7)

« (investigateur: utilises-tu ton ordonnance ?) Bah non ! J'ai été chercher mes médicaments ! » (V9)

« llllllll !!!!! (exclamation)...hier j'ai jeté ! A la poubelle ! C'est fiu* de garder...c'est fiu*(V1)

« Jetée. Parce que c'était tout tâché ! Comme j'ai pas de sous, j'ai laissé seulement mon ordonnance dans mon sac, j'ai pas mis sous pochette. Après deux jours j'ai mis quelque chose dedans : bonbons ou chewing-gum, c'est tâché, j'ai jeté, c'est sale pei* c'est dégueulasse... » (V6)

« Qu'est-ce que je fais de mon ordonnance ? Je mets...j'ai toujours euh... j'ai toujours un grand classeur où je les mets dedans » (V10)

« L'ordonnance ? Bah le pharmacien il va écrire sur les boîtes, donc généralement l'ordonnance elle est dans le sachet, voilà, et après ... (investigateur : la relis-tu ?). Ah bah nan pour voir quoi ? (rires). Nan. Pour en faire un brouillon peut-être ! » (V15)

« Je la laisse dans mon sac. » (V2)

B. Les causes de son mésusage

- Lorsque l'on demande aux patients pourquoi ils n'utilisent pas leur ordonnance, plusieurs raisons sont invoquées : la lisibilité de l'ordonnance, le fait de savoir lire, et la recherche de l'optimisation de l'utilisation des médicaments par une méthode que nous explicitons par la suite (cf partie C : comportements de l'observance).

« Tu vois après mea*, tu vois plus l'écriture » (V1)

« Bah non, je comprends pas pei* quand les docteurs ...médecins ils écrivent ! Parce qu'ils sont à faire des traits dessus ! (rires)» (V8)

« Nan c'est pas ça... j'arrive pas à lire... » (V7) (« arriver » dans le sens « ne pas savoir »)

C. Les comportements de l'observance

- Cumuler ordonnance et médicaments ne semblent pas convenir aux patients. Pour remédier à la multiplicité des supports et soins, et pour parvenir à respecter les prescriptions de l'ordonnance, la méthode appliquée par la plupart des patients est d'inscrire les posologies des médicaments directement sur les boîtes. Les posologies sont inscrites soit par le patient lui-même, soit par le pharmacien :

« (investigateur: Qui écrit sur les boîtes, c'est toi ?) C'est moi, des fois c'est la pharmacienne. C'est plus efficace quoi. Tu prends la boîte de ra'au, c'est déjà inscrit avec euuuhh les doses » (V3)

« Comme ils ont prescrit le...enfin les doses hein quoi, par jour. Alors j'ai inscrit sur la boîte comment il faut.... Comment il faut prendre hein, telle heure hein, si par exemple matin midi soir, je pointe sur la boîte, je mets sur la boîte matin midi et soir et si l'autre y'a que le soir hein, je mets le soir (sur la boîte) » (V5)

« Bah pareil, j'écris sur la boîte. Sinon normalement la pharmacienne qui est juste derrière l'hôpital elle met ...Oui ! Les doses, tout, hein ! » (V6)

« C'est pour ça, je dis : sur les boîtes, je note toujours sur les boîtes de médicaments » (V10)

« C'est déjà écrit, par le pharmacien ! Ouais ! Il a déjà mis dessus. C'est plus facile pour moi, au lieu de sortir à chaque fois l'ordonnance. » (V11)

« Moi le pharmacien de Pirae* par exemple, il m'écrit « matin, midi, soir » sur les boîtes direct. » (V15)

D. Implication d'autres intervenants dans la chaîne de soins

Les patients ont régulièrement évoqué la présence d'autres intervenants les aidant à comprendre et bien respecter leurs prescriptions : il s'agit des *pharmaciens*, et de *l'infirmière du dispensaire*.

- Les *pharmaciens* sont décrits comme des soignants participant à l'éducation thérapeutique et répondant aux questions des patients. Ils contribuent souvent à l'inscription des posologies sur les boîtes de médicaments prescrits.

« Parce que la pharmacienne m'a expliqué comment il fallait avaler. » (V2)

« Après j'ai demandé à la pharmacienne si c'était dû aux puces de chiens, elle m'a dit non. Sinon la pharmacienne elle explique bien quoi, c'est ce qui est bien avec elle » (V3)

« parce que l'autre fois, quand on va à la pharmacie, la plupart, c'est les pharmaciens qui écrivent sur les boîtes. » (V14)

- De même, pour *l'infirmière du dispensaire*, A., elle est pour de nombreux patients indispensable à leurs yeux : elle joue le rôle d'interprète traduisant en tahitien les consignes du médecin et les rassure sur ce qu'ils pensent avoir compris :

« Des autres fois je comprends pas bien, donc il me déplace pour mea*... pour aller voir A. (l'infirmière) tu vois, pour mieux m'expliquer, comme A. elle sait bien en tahitien... » (V1)

« Nan parce que elle fait bien le tahitien, elle explique en tahitien » (V1)

« Non non non, taote a bien expliqué, et A. aussi » (V5)

« Je demande à l'autre, A. ! » (V7)

- Par ailleurs, on observe également la présence des proches familiaux dans la chaîne de soins, qui jouent aussi un rôle de traducteur en langue tahitienne :

« J'ai lu tout à l'heure, je lui ai expliqué ce qu'il y a à faire » (répond la tante du patient 7)

E. Qualité et quantité d'une ordonnance

- D'après l'un des patients, le mésusage de l'ordonnance s'explique en partie par le manque de lisibilité et constate que les moyens matériels ne sont pas les mêmes entre cabinet privé et consultation au dispensaire :

« Bah non, je comprends pas pei* quand les docteurs ...médecins ils écrivent ! Parce qu'ils sont à faire des traits dessus ! (rires) (investigateur : Donc tu voudrais quoi, que ce soit informatisé, fait à l'ordinateur ?) Oui hein ! Y'a que chez les... dans les cabinets qu'ont hein... que c'est bien marqué... » (V8)

La lisibilité d'une ordonnance, rédigée de façon manuscrite ou informatisée, est donc une qualité non négligeable qui peut impacter sur son utilisation à domicile par le patient.

- Par ailleurs, une réflexion a été faite sur la quantité de médicaments prescrits sur une ordonnance. Certains patients sont sensibles au gaspillage et à l'absence de système d'entraide et de partage de médicaments à Tahiti :

« Après la quantité de médicaments qui est prescrite, c'est trop quoi ! Parce que je vais pas me soigner quinze jours ! Je vais un peu trop loin peut-être... de médocs qui vont durer une semaine, c'est trop...Et c'est pour ça ici, ça me choque ici, on est une petite île, tout le monde se connaît et c'est là où y'a le plus de gaspillage. Dans tout, dans tout ! Tout le monde sait, et personne dit rien ! Moi c'est ce qui me choque le plus. » (V15)

« Alors en métropole ce qu'on faisait, on coupait la quantité de l'ordonnance et le reste c'était pour les femmes ou les enfants qui étaient en difficulté dans les dispensaires. On remettait les médicaments. Bah oui ça évite le gaspillage. » (V15)

III. Ressenti des patients sur la prescription orale

A. Le langage médical : une langue à part

1. Appréhension du langage médical

Lorsque l'on interroge les patients sur leur manière d'appréhender le langage médical, il a été observé plusieurs types de comportements.

- Certains patients ne comprennent pas ce qui leur est expliqué :

(investigateur : Et est-ce que c'est dur pour toi de comprendre le langage médical ?)

« Un peu oui, (rire gêné) » (V3)

« Oui (rires) c'est un peu compliqué (rires) » (V4)

« Je sais pas ... on comprend un peu, voilà... » (V8)

« Euh ça peut arriver que le terme médical peut être difficile à déchiffrer pour des personnes qui n'ont pas l'habitude. Qui n'ont pas l'habitude d'entendre des mots très scientifiques, c'est vrai... » (V10)

- D'autres questionnent le médecin pour améliorer leur compréhension de la maladie et des traitements :

« Y'a des autres fois, le taote* il parle trop vite. Je comprends rien, je dis au taote*. » (V1)

« Alors, il y a des fois où c'est compliqué... Mais euh... Je suis quelqu'un qui pose plein de questions, donc ça ne reste pas compliqué longtemps et après j'ai la réponse à mes questions. Mais des fois ce sont des termes qu'on ne comprend pas toujours hein... Mais bon, bah comme je vous l'ai dit, je suis curieuse, donc je vais poser des questions et puis on va me dire et puis voilà... » (V12)

« Ah non, quand je comprends pas, je demande ! (rires). C'est pour ça, c'est le fait d'avoir un médecin traitant habituel, c'est bien hein... Parce que, une histoire de confiance se crée sur le long terme. Et quand quelque chose qu'on... un doute, ou une question à poser, on n'hésite plus ! Un peu comme si c'était quelqu'un de la famille, à la longue ! » (V13)

- Enfin, pour certains patients le langage médical ne pose pas de difficultés de compréhension :

« Ça se passe bien, il prend le temps de nous expliquer oui. » (V11)

« Nan c'est facile à comprendre, la plupart des maladies quoi. » (V14)

« Nan, avec des médecins généralistes ça va, je pense que c'est plus sur des maladies plus compliquées, plus graves, où là il y a des diagnostics plus compliqués, où pour le patient ça doit être plus compliqué à comprendre. Mais tout ce qui concerne le généraliste, il me dit « t'as une bronchite », je me doute où c'est ! » (V15)

2. La compréhension du diagnostic

- Certains patients étaient capables de préciser leurs diagnostics :

« J'avais la gâle (rire gêné) » (V3)

« En fait c'est un début de goutte ! » (V11)

« Bah il m'a dit que j'avais une bronchite, et que c'était un virus. » (V15)

- D'autres patients présentaient plus de difficultés à exprimer clairement le diagnostic posé par le médecin :

« Euh là ils m'ont dit que mes muscles ça s'est déplacé, enfin...(me montre son épaule gauche)

Euh enfin... je comprends hein un peu le français, ce que le taote* m'a dit hein... » (V5)

« Le taote il m'a dit c'est bon pour mon pied, c'est pas grave.

(investigateur : Tu étais inquiet pour ton pied ?) Hmmm ... oui ! C'est pour soigner.

(investigateur : Qu'est-ce qu'il avait eu, ton pied ?) Hmmm... Ca a tombé de la moto »

(V7)

3. La compréhension du traitement

- Les patients savaient globalement expliquer l'indication de leurs traitements :

« Alors moi j'ai eu là : pour mon genou, j'ai eu du brexin® qui est un anti-inflammatoire, et inxium® pour mon estomac. Voilà. » (V10)

« Euh... euh... Pivalone je crois. Pour le nez, déboucher le nez. Pour faire couler les sécrétions nasales ! Et euh... il me semble y'a le ... prednisolone ! C'est le générique du solupred. Celui-là, en gros c'est pour arrêter l'inflammation des bronches, un truc comme ça si j'ai bien compris ! Et le dernier c'est... m'a donné le ... cefixime ! Qui remplace l'oroken® ! » (V13)

« Oui bah le sirop... J'ai pas les noms en tête hein... Mais le sirop : bah pour ma toux, forcément, mais qui doit jouer comme un excitant parce que je peux pas prendre le soir. Et euh... par contre bon ben les médicaments qui ont un peu de goût mentholé, pareil ça doit être pour la gorge, la toux. Et puis ben c'est tout ce que j'ai, j'ai pas grand-chose. Ah si j'ai le nouveau truc comme l'asthme, là... Un espèce de rond et tu ouvres comme ça, et tu prends une dose (me mime une inhalation)... Et tu te rinces la bouche... bon je sais pas si c'est efficace. » (V15)

B. La consultation médicale : en quelle langue ?

1. Communiquer en français, en tahitien

En interrogeant les patients sur les langues utilisées au cours de leur consultation médicale, il a été observé plusieurs cas de figure :

- le patient qui comprend le français et s'exprime en tahitien :

« Mal mal pour mon français... Parle mal mon français » (V1)

« Moi je peux pas parler en français, je parle en tahitien. Des autres fois je comprends pas bien, donc il me déplace pour mea*... pour aller voir A. (l'infirmière) tu vois, pour mieux m'expliquer, comme A. elle sait bien en tahitien... Mais le taote* comprend ce que je dis, je mélange tahitien et français (rires) ! » (V1)

« je sais pas pei* bien parler en français » (V5)

« Oui c'est ça... je comprends, mais pour répondre ... » (V5)

« Dernièrement, là. J'étais à la retraite, parce que je me suis occupée de ma mère qui était Alzheimer, maintenant elle est décédée, ça va faire un an bientôt. Bah elle comprenait le français, mais elle répondait toujours en tahitien. Faut toujours qu'il y ait quelqu'un pour traduire justement, faut pas laisser un malade dans l'ignorance, on va dire comme ça... voilà. » (V10)

- le cas du patient qui communique uniquement en français (compréhension du tahitien mais expression plus aisée en français)

« En ce qui me concerne, personnellement, non. Je ne parle pas hein vraiment. [...] Euh... Je le comprends, mais je ne vais pas m'exprimer, parce que j'ai pas trop l'accent et puis euh... bah je trouve que je le parle mal (rires) » (V12)

« Oulala... je saurais pas qui serait le plus perdu, le docteur ou moi ? (rires) Parce que j'ai quand même grandi onze ans en France et le tahitien j'ai appris à parler que vers les quinze ans... donc euh... Si euh... Si je devais parler pour moi, je dirais non. Je pense que le français serait plus approprié dans ce cas-là » (V13)

2. Avis des patients au sujet d'une consultation en langue tahitienne

- Les patients ont exprimé un avis favorable à l'idée d'une consultation en langue tahitienne. Les patients maîtrisant le tahitien y retrouveraient un confort dans l'expression de leurs plaintes et une meilleure compréhension des consignes médicales. Les autres patients ne maîtrisant pas le tahitien estiment que l'adaptation à la langue polynésienne ne leur serait pas forcément utile dans leur propre cas, mais qu'elle serait avantageuse pour les sujets âgés ne parlant que le tahitien:

« Ah mais ça serait bien ! Pas pour moi, moi je dis, moi le français le tahitien, les deux je comprends bien, mais c'est vrai pour les vieux tahitiens, ils en ont besoin ! Oh ils en ont besoin. Il faut qu'on les traduit de ce qu'ils ont, c'est important. » (V10)

« Ah bah écoutez, je crois que c'est pas à moi qu'il faut poser la question, parce que la réponse sera non, hein ! (rires). Mais oui effectivement, peut-être, pour les personnes, bah les personnes plus âgées... voilà qui éventuellement ne parlent pas

la langue française. En ce qui me concerne, personnellement, non. Je ne parle pas hein vraiment. Mais oui quand même, pour d'autres personnes qui ne parlent pas autrement qu'en langue tahitienne. »(V12)

« Mais bon je pense que pour les personnes âgées, je pense que le tahitien ça serait mieux. » (V13)

« Oui bah je pense si y'en a qui ont besoin, oui pourquoi pas hein, y'a pas de... de toute façon faut s'adapter au pays aussi ! La mama qui va expliquer à l'hôpital, c'est pareil, ma mère c'est ce qu'elle disait, ils apprennent des mots de base, « mauuiui », ça veut dire « avoir mal », bon ben voilà « mauuiui » et puis ils montrent l'endroit. Si demain t'as un médecin qui parle tahitien, bon bah je pense que oui, les mamas, qui parlent pas français, en tout cas, ils iront le voir. » (V15)

- Certains patients doivent parfois même jouer le *rôle de traducteur* lorsque des membres de leur famille n'ont pas compris les consignes médicales énoncées en langue française :

« Parce que... pour moi ça va, mais pas pour mon mari. Je suis toujours obligée de l'accompagner parce que quand on rentre à la maison, je lui réexplique ce que taote* lui a dit. (rires) » (investigateur : Il ne comprend pas, parce qu'il ne comprend pas bien le français ?) « Voilà ! Je suis obligée de réexpliquer encore. (...) Voilà ! (rires) C'est énervant aussi d'accompagner ! »(V9)

C. Au sujet de la non-prescription

La non-prescription se définit ici comme une « non-délivrance d'une ordonnance de médicaments », mais elle n'exclut pas une prescription orale de consignes et conseils thérapeutiques. La question de la non-prescription de médicaments a été abordée dans l'entretien. Ceci nous a permis d'étudier le rapport des patients avec les médicaments, et l'influence de la relation médecin-malade. On observe plusieurs types de réactions face à la question : « si tu es malade et si ton cas le permettait, serais-tu d'accord pour être soigné sans une ordonnance de médicaments ? »

Dans cette perspective, on distingue :

- Les patients qui accordent leur confiance au médecin traitant et acceptent sans hésitation une prise en charge non médicamenteuse :

« Ah oui oui oui je fais confiance si c'est le docteur ! Je suis d'accord avec ce qu'il dit. » (V1)

« Bah s'il me dit, bah j'ai confiance en lui ! J'ai toute ma confiance envers taote*, c'est tout ! » (V11)

« Si c'est mon médecin traitant qui le dit, moi je pense je l'écouterais. Ouais. » (V13)

« Oui si c'est le docteur qui dit qu'on peut rentrer sans médicaments... Comme ça va aller sans médicaments, bah je rentre à la maison sans. » (V14)

- Certains évoquent l'avantage économique à la non-prescription de médicaments :

« Oui je serais d'accord s'il n'y a pas de médicament ! Parce qu'il faut payer les médicaments maintenant ! (rires) Je suis pas RST*, y'a que les RST* qui ont gratuit, pas nous ! » (V9)

- Il y a par ailleurs les patients qui ne conçoivent le soin que par l'intermédiaire de médicaments :

« Hm... Je pense pas une maladie ça va guérir sans médicaments hein... Voilà, on est obligé de prendre un médicament... Ce que moi je pense hein ! Si tu es vraiment malade hein, tu vas à l'hôpital, tu y vas pour demander quelque chose, de l'aide, te soigner quoi hein ! » (V5)

« Ca me gêne. Non non (rires). Faut toujours le médicament ! Sinon faut toujours un ra'au* pour soigner. » (V6)

- Pour d'autres patients, la délivrance d'une ordonnance de médicaments justifie également le prix de la consultation médicale :

« Je sais pas si un jour il va me dire ça... Je sais pas si un docteur va me dire « On va pas te soigner... » Bon à moins que ce soit un cancer (rires). Bah écoute, si on va

d'abord chez un médecin, c'est bien parce qu'on est malade, hein ? Voilà ! Parce que moi je vais pas chez le médecin juste comme ça ! « Bonjour taote, j'ai envie de te voir et tout... » Taote va me dire « bonjour... » et tout, « je te fais une ordonnance, tu paies une consultation... » Surtout que maintenant, c'est cher, tu comprends ? Voilà. » (V10)

D. La médecine préventive individuelle

- Au cours des entretiens, il a été constaté que les patients se montraient réceptifs aux messages de médecine préventive individuelle. On réalise que leur parler d'activité physique, de perte de poids, de sevrage tabagique, avait autant d'importance pour eux que la prescription de médicaments. Certains patients ont même affirmé que le respect de règles hygiéno-diététiques était plus efficaces que les médicaments, notamment pour les douleurs articulaires types lombalgies ou gonalgies.

« (investigateur : Et tu penses que tes douleurs sont liées au travail ?) : Oui peut-être aussi avec la prise du poids ! Alors le patient va venir voir le médecin, redemander, mais il faut se mettre dans la tête que le médecin n'est pas là à prescrire tout le temps des médicaments, si toi-même tu peux le faire ! Pas être visé que sur le médicament ! C'est pour ça que j'essaie de perdre du poids, et je crois c'est mieux, parce que Docteur B, lui, il en a plus de (hernies) discales, hein, fini, que moi, moi j'en ai que un ou deux, parce que je lui ai confié que j'ai vraiment eu peur, alors il m'a tenu « ne t'inquiète pas, moi aussi je suis comme ça, on n'a vraiment pas besoin d'opération, je fais du sport, tu vois je bouge » Et c'est comme ça tu vois, là j'ai eu confiance avec lui, j'ai dit voilà, peut-être que c'est vrai, faudrait faire du sport, et tout ça, sans se mettre dans la tête que tu es malade, et depuis je suis mieux. Oui ! Faire la marche c'était super! » (V2)

« Ah bah j'étais suivie quoi, et comme j'ai arrêté de fumer il m'a dit « c'est dû à la cigarette, t'as pas besoin d'un traitement de tous les jours quoi.. » (V3)

« Arrête de manger ça, faut maigrir ! » Tout le temps ! Mais j'aime bien ! (rires) Comme ça, ça me fait penser aussi « Ahh, arrête de manger ça ! » (rires) (V6)

« (investigateur: Et tu penses qu'il n'y a que le lercan qui va faire baisser la tension ?) Ben non, il faut aussi perdre du poids ! (rires) C'est ça qu'il faut ! » (V9)

« Bah parce qu'il me pèse à chaque fois, et là il m'a dit : « ding ding ding ding ! » (rires). Il a sonné un peu (l'alarme) pour me dire qu'il fallait faire un peu d'activité, ce que j'ai fait, mais du coup, comme j'ai eu mal au genou, donc voilà ! En plus, moi il en faut peu pour m'arrêter donc ... (rires) Bah voilà ! Après ça dépendra de ce que ce sera... Si euh... Bah par exemple, s'il me dit que j'ai pas besoin de médicaments, pour mes douleurs qui continueraient après plusieurs ... après plusieurs médicaments donnés, et pris, bah je comprendrais que c'est le poids ! Y'a des moments je pense que... les douleurs articulaires, ça peut effectivement être dû au poids. En ce qui me concerne oui ! » (V12)

DISCUSSION

I. Discussion sur la méthodologie

A. Biais du type d'étude : avantages et inconvénients

1. Méthode

a) Choix de la méthode qualitative

L'évaluation du ressenti des patients de médecine générale en Polynésie française a été réalisée grâce à une étude qualitative. La méthode se caractérise par des entretiens semi-dirigés avec des questions (plus ou moins) ouvertes permettant le recueil des avis des patients. Le guide d'entretien servait de support aux interviews. Les questions étaient adaptées en fonction du déroulement de l'interview et des réponses des patients.

L'investigateur était une interne de médecine générale ayant réalisé deux stages de médecine (urgences à l'hôpital de Tahiti en 2013, SASPAS au dispensaire de Moorea en 2014) et résidant depuis deux ans sur le territoire géographique de l'étude. Ce critère a facilité la rencontre des patients et une meilleure appréhension du recueil de leur ressenti.

« Le but de la recherche qualitative est d'aider à comprendre les phénomènes sociaux dans leur contexte naturel. Elle essaye de définir un critère et d'en connaître les variations en fonction de différentes circonstances. » (17)

Dans notre cas, l'étude n'avait pas pour objectif de mesurer mais de comprendre et d'analyser le ressenti des patients. Nous avons récolté leurs suggestions à propos de la prescription de médicaments en médecine générale.

Nous avons donc volontairement choisi la méthode qualitative, plus adaptée et pertinente, avec l'émergence d'hypothèses proposées seulement par les patients et non par l'investigateur.

b) Saturation et codage des idées

Il n'y a pas de règle pour la taille de l'échantillon en recherche qualitative.

La saturation des données a été obtenue au bout de 15 entretiens. Il n'y avait plus d'émergence d'idées nouvelles et on retrouvait une similarité de suggestions entre chaque interview de patient.

L'analyse doit être reproductible et la validité interne est faite par la triangulation des résultats. Un double codage a été réalisé par une autre interne en médecine générale, séparément.

Le processus de codage des idées peut se traduire ainsi (18) :

Données brutes → description → interprétation → recommandations/pistes de réflexion

Les idées fournies par les patients (les données brutes) ont été classées dans des thèmes (description simple des données, thèmes créés de manière illimitée, de type « brainstorming »).

Exemple : manque de moyens financiers pour acheter des médicaments, prix et remboursement des médicaments, rupture de suivi thérapeutique par manque d'argent...

Ces thèmes ont eux-mêmes été regroupés dans des thèmes principaux plus larges. (exemple : thème de « l'argent et la santé »).

Par un travail d'analyse et d'interprétation, les thèmes principaux nous ont permis de faire émerger des recommandations.

(exemple : soigner le patient en prenant en compte ses moyens financiers).

Comme nous l'avons évoqué précédemment, cette méthode permet donc de proposer des pistes de réflexion, non pas à partir de réponses préconçues par l'investigateur, mais à partir des suggestions des patients seuls.

c) Limites de la méthode qualitative

Cette étude qualitative a bien sûr ses limites. Elle ne permet pas de fournir des statistiques significatives sur les résultats, ni de les extrapoler à la population générale des patients de Polynésie française ou de France métropolitaine. Ceci est dû au

nombre limité d'interviews et au questionnaire utilisé type « guide d'entretien », qui laisse une liberté d'expression infinie aux patients.

Néanmoins, l'objectif de notre travail n'est pas d'atteindre la représentativité.

d) Intérêts de la méthode qualitative

La recherche qualitative suscite en fait des interrogations de par la méconnaissance de la méthode (19). Pourtant c'est elle qui permet d'explorer des phénomènes, d'analyser des interactions, et de générer des hypothèses. Son objectif n'est pas de mesurer en fournissant des statistiques mais de comprendre des phénomènes.

Certes l'étude qualitative ne présente pas les avantages et la rigueur scientifique des travaux de thèse quantitative. Néanmoins, l'étude qualitative contribue à sa manière à la recherche scientifique : cette mise à jour de conduites quotidiennes inscrites dans un vécu réel peut être envisagée comme une première pierre à l'édifice. C'est ce type d'étude qui permet l'émergence d'idées nouvelles mieux adaptées à la réalité de terrain. Cette démarche est une première étape qui pourrait faciliter l'élaboration d'un travail quantitatif susceptible d'apporter des données statistiques significatives. Dans le cadre de notre analyse, nous nous sommes penchés sur le devenir de l'ordonnance. A la lumière des enseignements tirés de notre première expérience, nous pourrions par exemple réaliser une étude quantitative ciblée et mieux adaptée qui permettrait de définir le pourcentage de patients utilisant réellement leur ordonnance à domicile.

Nos propos concordent avec ceux de Borgès *et al.* :

« Les approches qualitatives et quantitatives ne sont pas en concurrence. Elles répondent à des problématiques différentes. L'approche quantitative vérifie une hypothèse à travers un décompte forcément réducteur. L'approche qualitative recherche une hypothèse ou aboutit à une classification qui pourra ensuite être explorée par l'approche quantitative (constructivisme). »(17)

Notre première approche qualitative fournit ainsi des informations utiles pour la mise en œuvre d'autres enquêtes plus approfondies.

2. Population étudiée

Les sujets interviewés étaient des patients ayant consulté un médecin généraliste, en cabinet privé à Tahiti ou dans un dispensaire à Moorea. Par l'intermédiaire d'un médecin généraliste ou d'une infirmière, il leur était proposé de contribuer à un travail de thèse au sujet des médicaments. Les patients étaient libres de décider de participer ou non au projet. Deux sites d'investigation ont été choisis afin d'obtenir une plus grande richesse des réponses : l'un à Tahiti, l'autre à Moorea. Ces deux îles appartiennent à l'archipel des îles de la Société de la Polynésie française, ce qui a permis de recueillir un échantillon socio-culturel élargi et harmonieux de patients.

B. Biais de sélection

Nous n'avons pas choisi les patients de l'étude. Leur participation au travail de thèse s'est basée sur le volontariat. Il existe donc un aspect aléatoire au recrutement : à une autre date, dans un autre cabinet médical, dans un autre dispensaire, nous n'aurions pas obtenu le même échantillon de patients et nous aurions certainement obtenu d'autres pistes de recherches. Cela rejoint l'idée que nos résultats ne peuvent être extrapolés à l'ensemble des patients de la Polynésie française.

De plus, le fait que les patients se soient portés volontaires peut aussi causer un biais de recrutement : on peut imaginer par exemple que les patients ayant des difficultés à comprendre leurs prescriptions aient refusé de participer à l'étude, par crainte d'exposer justement leurs difficultés.

Enfin, concernant les patients recrutés depuis le dispensaire de Moorea, le fait qu'ils n'aient pas un, mais des médecins traitants, peut fausser leur ressenti sur la prescription de médicaments. En effet, avoir plusieurs interlocuteurs médecins ne crée pas la même relation de confiance que lorsqu'on s'entretient toujours avec le même médecin généraliste.

L'ensemble de ces données souligne la valeur très relative de nos informations. Néanmoins, la méthode qualitative n'a pas pour objectif d'atteindre la représentativité.

C. Biais des entretiens

1. Limites liées à l'organisation des entretiens

Les patients étaient libres de participer ou non à l'étude. A l'issue de leur accord, un rendez-vous à leur domicile était programmé dans les 48 heures suivant la consultation de médecine générale. La difficulté était de trouver la distance temporelle adéquate pour que le patient ait le temps de gérer seul ses traitements à domicile, et qu'il ait encore assez de souvenirs de sa consultation afin de nous en exposer son ressenti *a posteriori*. C'est pour ces raisons que nous avons arbitrairement choisi le délai de 48 heures pour questionner les patients. Le fait que l'interview ait été réalisée à domicile est un avantage, mettant ainsi le patient plus à l'aise, car dans son environnement habituel.

2. L'absence de relation médecin-malade

Il n'y avait pas de relation de confiance installée, l'intervieweur ne connaissait pas les patients, ce qui a pu biaiser la qualité et la quantité des réponses fournies par les patients.

3. La communication en français et tahitien

Les réponses étaient parfois inadaptées ou inattendues. Le questionnaire n'était proposé qu'en français, ce qui pouvait entraîner des problèmes de compréhension pour certains patients ne maîtrisant pas la langue française. De même, leurs réponses pouvaient être inhibées par le fait de devoir s'exprimer en français et de ne pas oser répondre en tahitien. Les retranscriptions littérales de leurs propos traduisent leur « français local », avec l'insertion de mots tahitiens, des expressions et des onomatopées qui peuvent surprendre et laisser perplexe. C'est en fait le résultat de l'entretien en langue française qui ne permet pas aux patients de présenter une image positive d'eux-mêmes et d'exprimer plus finement et de manière plus développée leurs avis. Cet aspect linguistique a pu faire perdre de précieuses informations de la part des patients, et ce malgré la présence de proches familiaux qui se proposaient comme interprètes bénévoles.

4. Un entretien enregistré

Afin de réaliser une analyse détaillée des propos des patients, les interviews ont été enregistrées à l'aide d'un dictaphone. Cet enregistrement audio a pu faire perdre l'entretien en spontanéité et naturel, et a peut-être empêché certains patients de s'exprimer aisément.

5. Limites liées au thème

Le thème de l'étude est lié au ressenti des participants. Les opinions étaient parfois difficiles à exprimer par les patients, d'une part par la barrière de la langue, et d'autre part parce qu'elles touchaient à leur vie familiale, leurs problèmes socio-économiques, ainsi qu'à leurs croyances culturelles.

D. Biais dans l'analyse

Le guide d'entretien servait de support aux interviews. Les thèmes abordés ont été élaborés en fonction du contexte socio-culturel spécifique de la Polynésie française, c'est pourquoi nous avons évoqué les questions de la langue française/tahitienne, de l'automédication traditionnelle par « ra'au Tahiti ». Notre guide d'entretien et nos résultats auraient été forcément différents si nous avions interrogé une autre population, par exemple une patientèle de métropole.

Dans les études qualitatives, il est recommandé que l'analyse des données soit faite au fur et à mesure de chacune des interviews, afin d'améliorer la qualité du guide d'entretien et de faire préciser ou faire développer de nouvelles pistes de recherche. Pour des difficultés d'ordre logistique, il a été décidé d'emblée que l'analyse des entretiens serait faite *a posteriori*, ce qui peut être un biais à l'étude.

Néanmoins, nous avons tout de même réussi à faire évoluer le guide d'entretien au fur et à mesure de chaque interview, en affinant la façon dont étaient posées les questions, et en proposant de nouvelles questions, suggérées par les propos des patients. C'est ainsi qu'ont été rajoutés les thèmes de la discussion sur la santé, l'automédication par ra'au Tahiti, la question de la langue utilisée (français/tahitien), et la médecine préventive (cf. annexe 1 : guides d'entretien initial et final).

Se posait également la difficulté de l'interprétation des propos des patients, qui fait appel à la propre sensibilité de l'investigateur, qui se devait de trouver la « juste » subjectivité, et ne pas tomber dans la surinterprétation.

Enfin, il nous a fallu choisir les idées à développer : il était compliqué d'intégrer tous les propos des patients dans l'analyse de l'étude, tant les ressentis et histoires de vies étaient divers et variés. Nous nous sommes focalisés sur les thèmes que nous avons jugés les plus pertinents.

II. Discussion sur les résultats

Notre étude qualitative avait pour objectif prioritaire de recueillir l'avis des patients à propos de la prescription de médicaments. Cette approche devait permettre de proposer des pistes d'amélioration dans la pratique de la médecine générale, dans le contexte socio-culturel spécifique de la Polynésie française.

Les résultats de notre étude ont été riches en informations, d'où la difficulté de choisir les thèmes à développer. Des études ont déjà été réalisées sur l'optimisation des ordonnances et sur leur qualité rédactionnelle. Seul le contenu de l'ordonnance était étudié, et non la prescription orale qui l'accompagnait (20) (21) (22).

Dans notre travail de recherche, nous avons volontairement choisi la démarche inverse : au lieu de se fonder sur les connaissances de la biomédecine, nous nous sommes tournés vers les principaux intéressés que sont les patients, en leur demandant d'exprimer leur ressenti et de proposer des suggestions au sujet de leurs ordonnances et plus globalement de leurs prescriptions.

La recherche de références bibliographiques a surtout permis de recueillir des études faites en métropole ou dans des pays occidentaux. Aucune thèse de médecine n'a été faite à ce jour sur la prescription de médicaments en Polynésie française. Nous discuterons donc nos données avec les résultats de ces études.

A. Caractéristiques des patients et de leurs consultations

1. Le patient

Les quinze patients interviewés ont une moyenne d'âge de 44,7 ans (11 femmes, 4 hommes).

Le hasard du recrutement a fait que seuls quatre d'entre eux ont un traitement au long cours. Les motifs de consultation de ces derniers n'avaient aucun lien avec leurs pathologies chroniques et traitements au long cours.

Les patients résidant à Moorea peuvent être considérés comme vivant en milieu rural. Les patients interrogés à partir du recrutement du cabinet libéral d'Arue résident en milieu urbain.

Il a été ressenti une plus grande difficulté d'expression en langue française pour les patients de milieu rural. Ce sont également ces derniers qui semblent les plus exposés aux problèmes d'accès aux soins par manque de moyens financiers.

Par ailleurs, les ra'au Tahiti semblent être restés plus ancrés dans les mœurs en milieu rural.

Les patients de milieu urbain ont plutôt soulevé des problèmes de santé d'ordre général : remboursement des médicaments, perte de la médecine polynésienne, gaspillage des médicaments...

Les patients les plus âgés (plus de 45 ans) exprimaient un fort attachement et des connaissances solides sur les ra'au Tahiti. Les patients plus jeunes (moins de 45 ans) semblaient moins bien maîtriser les ra'au Tahiti.

Il n'y avait pas de différence de réponses en fonction du sexe.

2. Les motifs de consultation

Les motifs de consultation étaient divers et variés, touchant à tous types de spécialités médicales : pneumologie, infectiologie, rhumatologie... Nous avons volontairement choisi des patients consultant pour une pathologie aigüe, souvent sans gravité immédiate. En effet, ce type de patients représente une grande partie des consultations du médecin généraliste mais ils ne sont finalement que très peu étudiés, au détriment d'innombrables études qui se focalisent sur la prise en charge des

patients avec des pathologies chroniques fréquentes (telles que l'hypertension artérielle, le diabète type 2...).

3. Les médicaments prescrits

Le nombre moyen de médicaments qui a été prescrit est de 2,1 médicaments/patient. Les traitements prescrits sont principalement des antalgiques classiques, des anti-inflammatoires, des corticoïdes, des anti-histaminiques, des antibiotiques, des broncho-dilatateurs, des pansements.

Globalement, il n'y avait pas de différence de classes de médicaments ni de quantités de médicaments prescrits, entre les prescriptions de milieu rural et urbain.

Les différents médicaments prescrits étaient généralement connus et acceptés par les patients. Ce n'est pas tant les types de médicaments qui nous intéressaient, mais plutôt la façon dont ces derniers ont été prescrits aux patients.

B. Contexte socio-culturel et comportements des patients

1. Avis général sur les médicaments

Dans l'ensemble, nous l'avons vu, les patients ont exprimé leur confiance et leur satisfaction dans la prise de médicaments. Certains recherchent avant tout l'efficacité des médicaments et souhaitent recouvrer la santé rapidement.

Les médicaments sont d'autant consommés mieux et sans crainte, qu'ils ont été prescrits par le médecin traitant avec qui ils ont développé une véritable relation de confiance.

Les patients restent néanmoins conscients des risques potentiels liés aux médicaments. Certains ont évoqué la surconsommation de médicaments, préjudiciable à leur santé en créant des impasses thérapeutiques (résistance, inefficacité...). D'autres patients ont discuté des risques de pharmacodépendance et d'iatrogénie. Ces réponses traduisent un certain niveau d'éducation dans la pratique thérapeutique.

Ainsi, la quantité de médicaments prescrits a aussi été discutée : une patiente a longuement abordé le sujet du gaspillage de médicaments et de l'absence de système de recyclage et d'entraide en Polynésie française. Il est intéressant de voir comment

est géré le problème du gaspillage médicamenteux dans d'autres pays. Aux Etats-Unis et au Royaume-Uni, il a été instauré une dispensation du médicament à l'unité : les pharmaciens remettent à l'usager le nombre exact d'unités dont il a besoin pour la durée de son traitement. Cette méthode réduit le gaspillage et permet une réduction des risques sanitaires liés à l'automédication. En outre, elle facilite une meilleure observance (23).

2. Discussion sur la santé

Une conduite pragmatique de nos patients accompagne leurs discussions concernant les problèmes de santé. Lorsque nous avons demandé aux patients avec qui ils abordaient les questions relatives à la santé, la plupart répondaient en parler peu quand ils ne sont pas malades. S'ils en parlent, c'est avec des membres de leurs familles, et ce, dans un souci d'ordre logistique lorsqu'ils ont besoin de soins: savoir comment être transporté au dispensaire, se demander s'ils peuvent se payer les médicaments...

La discussion sur la santé était une question ouverte pour débiter l'entretien sur les médicaments, mais cette question a finalement révélé une des réalités socio-économiques de nombre de patients : la précarité financière pour un accès aux soins et aux médicaments.

3. L'automédication

Tout comme en métropole où près de 2/3 des Français de 18 à 64 ans ont pratiqué l'automédication (23), il a été constaté dans notre étude en Polynésie française que l'automédication faisait partie intégrante des habitudes des patients. Ces derniers évoquent régulièrement l'utilisation des ra'au Tahiti* pour se soigner, c'est-à-dire la médecine traditionnelle par les plantes locales. L'automédication par les antalgiques (doliprane®, spafon®, anti-inflammatoire) est également reconnue par les patients.

Les raisons de l'automédication invoquées seraient d'ordre logistique, à savoir l'absence de moyens de transport pour aller consulter un médecin traitant. Les raisons sont également d'ordre culturel.

La pratique de l'automédication est discutable : « elle peut permettre parfois de répondre à des problèmes de santé bénins de façon autonome »(23) ; mais lors de

l'automédication, « un consommateur sur deux ne lirait pas les notices, ce qui peut donner lieu à des erreurs de posologie » (23).

Dans notre travail, les patients admettent les limites de l'automédication et reconnaissent la nécessité de consulter un médecin généraliste pour traiter une pathologie aiguë. Toutefois, cette attitude n'est pas rare. Ce phénomène culturel est à prendre en compte : en effet, lorsqu'un patient consulte pour une pathologie aiguë, le questionner systématiquement sur une possible automédication à domicile ne semble pas toujours être la conduite habituelle. Pourtant, savoir si une automédication a été réalisée au préalable de la consultation est riche d'informations : le tableau clinique n'aura pas la même évolution avec ou sans automédication. Il serait donc judicieux de l'évoquer à chaque interrogatoire.

4. Les influences sur la santé

a) Proches familiaux et automédication

Concernant leur santé, les patients restent sous l'influence de leurs proches familiaux. Ils sont principalement incités à l'automédication en suivant plus volontiers les préceptes du ra'au Tahiti et en utilisant aussi comme recours des médicaments « classiques ».

b) Les médias

Les patients sont également sensibles aux messages délivrés par tous types de médias : télévision, affiches publicitaires, journaux, radio... Malheureusement, le corps médical ne peut contrôler ces sources d'informations.

Une étude qualitative s'est penchée sur la question de l'impact des médias sur l'avis des patients au sujet des médicaments : il en ressort que « même si le patient utilise les médias comme sources d'informations médicales, il laisse au médecin le rôle de référent du savoir médical. Les médias peuvent être considérés comme un médiateur qui peut amener le patient « informé » et le médecin à discuter et développer des réflexions sur le/les médicament(s). » (24). Notre analyse confirme cette observation.

c) Argent et santé

L'aspect économique lié à la santé a souvent été évoqué par les patients. Pour certains d'entre eux, l'accès aux soins primaires s'avère difficile pour des raisons

logistiques et financières (absence de moyens de transport, manque de moyens financiers). Ils avouent devoir prioriser leurs dépenses (financer les courses alimentaires avant de se permettre l'achat de médicaments, ou à l'inverse investir dans les médicaments et se priver d'autres achats en parallèle...).

Le travail du médecin généraliste est de répondre à une souffrance, une plainte somatique ou morale. Mais il apparaît primordial de prendre en compte la réalité socio-économique du patient pour le soigner de façon optimale. On se doit par exemple, de proposer des traitements équivalents à moindre coût, si l'on a conscience des difficultés financières du patient.

C. La prescription médicamenteuse

Dans ce travail de thèse, nous avons ensuite interrogé les patients sur la prescription médicamenteuse. Nous avons distingué deux types de prescription : d'une part la prescription écrite, et d'autre part la prescription orale qui regroupe l'ensemble des consignes et conseils transmis verbalement par le médecin au patient.

1. La prescription écrite : l'ordonnance

Dans les études françaises, les représentations que se font les patients de l'ordonnance sont diverses, allant du simple « bout de papier » jusqu'à la matérialisation de l'acte médical et du médecin au domicile du patient, en passant par la reconnaissance du statut de malade (25).

Pour les médecins, ces représentations sont différentes: d'après l'étude de Farge *et al.*, l'ordonnance est un objet transitionnel permettant de faire une synthèse et de clore la consultation. Elle est prescrite sous la pression ressentie à agir et faire guérir au plus vite le patient (2).

De cette étude réalisée en Polynésie française, il en résulte que les patients accordent peu d'importance à l'ordonnance. L'utilité en est reconnue lors de la délivrance des médicaments à la pharmacie. Une fois au domicile, la majorité des patients gèrent leurs traitements sans même se servir de l'ordonnance. Le respect des consignes de l'ordonnance passe par l'inscription des posologies sur les boîtes de médicaments, par le pharmacien ou par le patient lui-même. Ainsi, le patient recherche avant tout l'aspect

pratique de l'utilisation des médicaments, en évitant la multiplication des supports d'informations.

Cette attitude peut conduire à certaines dérives. Elle nécessite une approche pédagogique. Bien que l'inscription des posologies sur les boîtes puisse sembler ergonomique pour les patients, il faut leur rappeler que l'ordonnance est là pour les guider. Un sac rempli de boîtes de médicaments peut porter à confusion : il persiste un risque d'oubli, de surdosage ou d'autres erreurs.

2. Communication et prescription orale

Plusieurs études se sont penchées sur l'intérêt de la communication entre médecin et patient. Entre autre, la communication a pour objectifs de renforcer la relation médecin-patient, de permettre des échanges d'informations et de réaliser des décisions partagées quant à la prise en charge du patient (26). Le docteur Michael Balint a évoqué à ce sujet « le remède médecin » et a affirmé : «Le médicament de beaucoup le plus fréquemment utilisé en médecine générale est le médecin lui-même. Autrement dit ce n'est pas uniquement la fiole de médicament ou la boîte de cachets qui importent, mais la manière dont le médecin les prescrit à son malade ; en fait l'ensemble de l'atmosphère dans laquelle le médicament est donné et pris. [...] il n'existe aucune pharmacologie de ce médicament essentiel. [...] Dans aucun manuel il n'existe la moindre indication sur la dose que le médecin doit prescrire de sa propre personne [...] » (27).

Ainsi, il s'agit d'un véritable atout que de savoir bien communiquer avec le patient afin que celui-ci adhère pleinement à notre prise en charge. Dans notre travail, on réalise que les patients se montrent très réceptifs aux messages délivrés lors de la prescription orale. Qu'on leur explique le diagnostic, le traitement ou bien qu'on leur rappelle l'intérêt des règles hygiéno-diététiques, les patients sont plus à même d'intégrer des informations lors de l'échange verbal avec le médecin généraliste. Consacrer du temps au dialogue et explications orales apporte un réel bénéfice au patient, d'autant plus si, comme nous l'observons souvent, l'ordonnance est négligée.

Néanmoins, il faut admettre que la réalité d'une consultation n'offre pas toujours les conditions les plus favorables à la prescription orale. Le facteur temps est souvent déterminant. Sur une consultation d'une durée moyenne de 15 minutes, le médecin se

doit de partager son temps entre l'interrogatoire, l'examen clinique, sa réflexion personnelle sur le diagnostic, les examens complémentaires et les traitements à prescrire... On mesure ici le peu de temps laissé à la prescription orale. L'organisation d'une consultation médicale est bien entendu propre à chaque médecin qui doit aussi prendre en compte d'autres contraintes comme celle ne pas faire attendre les autres patients en salle d'attente. Ainsi, le manque de temps peut expliquer que la prescription orale soit négligée.

C'est également ce qu'a révélé une étude sur les pratiques préventives en médecine générale en région Rhône-Alpes. Elle rend compte d'une insuffisance globale de la démarche préventive chez le médecin généraliste, causée entre autre par le manque de temps (28).

Par ailleurs, une autre étude a démontré que le fait de discuter avec le patient, de prendre en compte ses idées, ses craintes, ses attentes, entraînait une diminution de prescription de médicaments. Prendre le temps de communiquer avec le patient permettrait donc de limiter des prescriptions inutiles (29).

3. Langage médical et compréhension

Quand on interrogeait les patients sur leur consultation médicale, il en ressortait qu'ils étaient capables de comprendre leurs diagnostics et leurs traitements, malgré parfois des problèmes de compréhension du langage médical. A ce sujet, l'étude de Rousseau affirme que « la principale difficulté est la façon de communiquer avec le patient autour d'une prescription » (30). Si le langage médical peut sembler évident et compréhensible pour le médecin qui l'utilise, il n'en n'est pas toujours de même pour le patient qui l'entend. On observe que les patients ont des difficultés à avouer ne pas avoir compris ce qui leur a été expliqué par le médecin. Seuls les patients qui ont développé une véritable relation de confiance avec leur médecin traitant osent exprimer leur incompréhension et demander à ce que les termes médicaux soient reformulés. C'est entre autre dans ce genre de situation que la relation médecin-patient prend tout son sens : c'est grâce à elle que le patient osera exprimer sans gêne ses plaintes, ses craintes, ainsi que son manque de compréhension lorsque le langage médical lui fait défaut.

4. Avis des patients sur une consultation en langue tahitienne

L'anthropologue français Bruno Saura, professeur de civilisation polynésienne, s'est penché sur la question « de l'origine du non-apprentissage de la langue tahitienne par les Français vivant en Polynésie : la mémoire du passé colonial pourrait expliquer le sens d'une intégration linguistique et culturelle des Tahitiens à la France » (31). Néanmoins, au vu du contexte socio-culturel de la Polynésie, il était légitime de se poser la question de la langue employée lors de la consultation médicale. En effet, on a observé d'une part des patients communiquant uniquement en français, faute de maîtrise du tahitien, et d'autre part des patients comprenant difficilement le français et ayant d'autant plus de mal à s'exprimer dans cette langue.

L'ensemble des patients a été unanime sur l'utilité d'une consultation médicale en langue tahitienne, surtout pour les patients âgés ne communiquant qu'en tahitien. La maîtrise de formulations et de termes médicaux en langue tahitienne pourrait donc être un avantage aussi bien pour le médecin que pour le patient préférant la communication en tahitien : cet aspect permettrait de réduire les incompréhensions et améliorerait la qualité de la prescription orale. Comme l'a évoqué une des patientes, « s'adapter au pays » impliquerait donc que le médecin apprenne aussi à se familiariser avec la langue tahitienne.

5. La non-prescription de médicaments

Les patients restent partagés au sujet de la non-prescription de médicaments pour une pathologie aiguë. Si certains n'acceptent pas l'idée de la non-prescription, c'est parce que les médicaments ont une valeur symbolique dans leur esprit, et représentent matériellement l'espoir de guérison. Dans l'étude Ipsos de 2005, « 46% des médecins français interrogés déclarent faire l'objet de pression de la part de leurs patients. Si cette pression concourt évidemment directement à des réflexes de prescriptions, elle rend également très difficile d'envisager l'idée de la non-prescription. Car prescrire un médicament est en quelque sorte une façon de reconnaître l'état pathologique du patient » (32).

Les résultats de cette étude Ipsos ne sont pas confirmés par les données d'une revue de la littérature de 2014, qui a décrypté les attentes de prescription des patients en France et en Europe entre 2005 et 2014. Cette revue en est arrivée à la conclusion

que « les attentes prioritaires des Français sont davantage des attentes d'explication et d'écoute, plutôt qu'une prescription de médicaments » (33).

Dans notre étude, les patients restent réceptifs aux consignes et conseils délivrés par leur médecin traitant. La non-prescription est donc potentiellement réalisable, mais il faut savoir la justifier tout autant qu'une prescription médicamenteuse. Limiter des prescriptions inutiles passe par tout un « processus d'argumentation et de réassurance, avec la proposition de consultation de contrôle » (34). Une autre étude confirme cette idée : elle affirme que le refus d'une prescription est rendu acceptable s'il est bien expliqué, ou du moins peut mener à un compromis après négociation avec le patient (35).

On a généralement tendance à sous-estimer la capacité des patients à pouvoir changer de comportement. En France par exemple, depuis 2002, la consommation d'antibiotiques a baissé de 16%. Cet exemple démontre que les Français peuvent modifier leurs comportements pour se soigner (32). Il pourrait très bien en être de même pour les patients de Polynésie française : ils sont capables d'accepter la non-prescription, si le médecin argumente le choix de sa prise en charge.

6. La médecine préventive individuelle

La médecine préventive individuelle est basée sur la proposition de thérapeutiques non médicamenteuses, entre autres les règles hygiéno-diététiques, telles que le régime diététique, l'activité physique, la perte pondérale et le sevrage tabagique (36). En Polynésie française, la médecine préventive est d'autant plus nécessaire qu'il est observé une augmentation dramatique de maladies telles que le diabète et l'hypertension artérielle secondaire, causés par les modifications et l'urbanisation des modes de vie (37).

L'intégration systématique d'un temps imparti à la médecine préventive individuelle apporterait un bénéfice non négligeable à la qualité d'une consultation médicale en Polynésie française. Comme nous l'avons explicité précédemment, l'impasse faite sur cet aspect de la médecine générale est principalement causée par le manque de temps lors d'une consultation médicale. L'étude de Genolini *et al* s'est penchée sur des consultations de médecine générale pour des patients avec facteurs de risque cardiovasculaires. L'étude a montré que le dialogue sur les modifications d'habitudes de vie

n'est pas l'intérêt principal du médecin généraliste, quel que soit le niveau de risque cardio-vasculaire du patient (38).

Pourtant, les patients sont conscients que l'éducation à la santé doit se faire en premier lieu avec le médecin généraliste, et ils restent toujours réceptifs aux messages de prévention. Ce travail peut et doit s'envisager à long terme, sur plusieurs consultations, et c'est ce qui fait la force de la médecine générale. Il faut rappeler ici que la promotion et l'éducation pour la santé fait partie des caractéristiques principales du rôle du médecin généraliste, selon la définition de la WONCA de 2002 (39).

Dans notre étude, les patients ont fait un lien intéressant et pertinent entre la non-prescription et la médecine préventive individuelle. Ils reconnaissent que les règles hygiéno-diététiques telles que la perte de poids, l'activité physique, et le sevrage tabagique, sont tout aussi, voire plus efficaces, que la prise de médicaments. Ils ont intégré l'idée que le respect d'une bonne hygiène de vie pouvait remplacer la prise de médicaments. Bien qu'il puisse y avoir « un fossé » entre le fait de « savoir » et celui de « pouvoir » (car l'on peut savoir qu'il faut arrêter de fumer mais ne pas réussir à s'y tenir), ceci ne peut qu'encourager les médecins généralistes à poursuivre le travail de médecine préventive individuelle.

A ce sujet, en métropole, il a été expérimenté dans la ville de Strasbourg depuis 2012 le remboursement de cours de sport, prescrits par un médecin à des patients ciblés (23). Encourager la prescription de prises en charge non médicamenteuses de façon concrète peut être une méthode convaincante pour améliorer l'adhésion des patients aux règles hygiéno-diététiques.

III. Propositions de suggestions

A. Pistes de réflexion pour l'exercice de la médecine générale

Notre étude a permis de mettre en évidence quelques règles simples de bon sens qui sont malheureusement trop souvent négligées et qui méritent d'être rappelées, dans un contexte où certains traits de dysfonctionnement dans la relation malade-médecin sont plus saillants.

1. En pratique, dans l'exercice de la médecine générale en Polynésie française, il nous apparaît pertinent de promouvoir des consultations axées sur la prescription orale. Le dialogue avec le patient doit primer sur la rédaction et la délivrance d'une ordonnance. Prescrire est un échange oral avant tout
2. Néanmoins, il est légitime de savoir rendre l'ordonnance lisible et compréhensible si le patient ressent le besoin de la consulter à domicile.
3. Il faut aussi se rappeler que le patient reste sensible aux conseils et règles hygiéno-diététiques, quel que soit le motif de consultation initial. La médecine préventive individuelle devrait faire partie intégrante de chaque consultation médicale.
4. Il faut reconnaître l'ancrage de la culture polynésienne dans les mœurs et s'en informer : il serait judicieux d'évoquer la question de l'automédication par ra'au Tahiti au cours de la consultation médicale.
5. Il faut également demander au patient s'il a eu recours à une automédication par traitements « classiques ».
6. Il serait intéressant de maîtriser les principaux termes médicaux et formulations courantes en tahitien, pour améliorer les échanges avec les patients ne s'exprimant qu'en langue tahitienne.
7. Il est important également de prendre en compte la réalité du patient, à savoir le soigner en intégrant son contexte socio-culturel et économique.

B. Propositions de nouvelles études qualitatives ou quantitatives

Cette étude, de type ethnologique, est une première approche qui a été riche en informations. Les suggestions apportées par les patients sont des pistes de réflexion permettant d'améliorer notre pratique de la médecine générale en Polynésie française.

Ce travail de thèse peut faire réfléchir à la réalisation d'études similaires, par exemple dans des contextes socio-culturels différents. Ainsi, on pourrait évaluer le ressenti des patients sur la prescription de médicaments, par exemple sur des populations de France métropolitaine, en ville et/ou en zone rurale. On obtiendrait probablement des pistes de réflexion très différentes selon la région ou le type de population (urbaine ou rurale).

Outre ce contexte propre à une population, nous pourrions aussi réaliser l'étude du ressenti sur la prescription de médicaments, chez des patients atteints de pathologies chroniques, ou sur la conduite qui fait suite à la prise de certains types de médicaments, par exemple des antibiotiques, ou des anticoagulants, *etc.*

Cette prise en compte précieuse du contexte dans lequel s'effectuent les différentes modalités d'une prescription médicale ouvre des perspectives pour des études qualitatives ou quantitatives, tout aussi enrichissantes pour la pratique de la médecine générale.

CONCLUSION

Notre étude qualitative s'est intéressée au ressenti des patients lors d'une étape essentielle de la relation malade-médecin en médecine générale : la prescription de médicaments. Ce travail trouve son originalité dans la dimension ethnologique de son approche. Elle permet de mettre en relief certains traits universels qui conditionnent l'écoute et l'adhésion du malade devant un avis médical.

L'idée principale ressortant de ce travail est de privilégier la prescription orale dans l'exercice de la médecine générale avant toute rédaction de consignes écrites. Consacrer plus de temps à l'échange verbal plutôt qu'à la rédaction et la délivrance de l'ordonnance apporterait un véritable bénéfice au patient, aussi bien en termes de compréhension qu'en termes d'observance. Ce travail évoque aussi l'importance du constant rappel des règles hygiéno-diététiques, quel que soit le motif de consultation. L'ensemble de ces messages sera d'autant plus accepté qu'il est souvent bien perçu par le patient.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Amar. E, Pereira C. : Les prescriptions des médecins généralistes et leurs déterminants. DREES : Etudes et résultats n°440, 2005
2. Farge T, Charra E, Hauvespre B : La non-prescription d'une ordonnance : représentations des médecins généralistes et des patients, deux thèses par méthode qualitative, treize médecins généralistes et quatre focus groupes de patients en région Rhône-Alpes [en ligne]
http://www.prescrire.org/Docu/PostersRencontres2014/Poster_FARGEthierry.pdf
3. Fainzang S: Médicaments et société. Le patient, le médecin, et l'ordonnance, 2001
4. Code de Santé publique : articles L511, R 4127-8, R 5132-3
5. Flouret-Guyot C : Prescription médicamenteuse en médecine générale : les attentes des Français en cas de pathologies bénignes, enquête d'opinion évaluant la demande de traitement médicamenteux des Français, étude qualitative évaluant les facteurs associés à l'attente de médicaments, thèse médecine générale, université de Nancy, septembre 2011
6. Salakroup M : La prescription de médicaments en médecine générale : attentes, représentations et perspectives. Etude qualitative à partir de 26 entretiens semi-dirigés, thèse médecine générale, université de Rennes, 2014.
7. Bras P-L, Ricordeau P, Roussille B, Saintoyant V : L'information des médecins généralistes sur le médicament, rapport n°RM 2007 [en ligne]
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/074000703.pdf>
8. Darmon D, Belhassen M, Quien S, Langlois C, Staccini P, Letrilliart L : Facteurs associés à la prescription médicamenteuse en médecine générale : une étude transversale multicentrique [en ligne] <http://www.cairn.info/revue-sante-publique-2015-3-page-353.htm>
9. Bedoin D, Charles R : La prise en charge des affections transitoires bénignes en médecine générale: avec ou sans médicaments ? Pratiques et Organisation des Soins 2012/2 (Vol. 43), p. 111-119.
10. Conseil national de l'Ordre des Médecins, définition de l'automédication

11. OMS, définition de la médecine préventive, 1948
12. Le petit futé de Tahiti, Polynésie française, 2014-2015
13. ISPF : Institut des Statistiques de Polynésie Française [en ligne]
<http://www.ispf.pf>
14. L'entretien compréhensif, Jean-Claude Kaufmann, éditions Armand Colin, 2007, 127p
15. Britten N. Qualitative Research: Qualitative interviews in medical research. *BMJ* 1995 ; 311 : 251-253.
16. L'analyse de contenu d'une thèse qualitative, [en ligne]
http://theses.univ-lyon2.fr/documents/getpart.php?id=lyon2.2000.congo_ia&part=19664
17. Borges Da Silva G. La recherche qualitative : un autre principe d'action et de communication. *Revue Médicale de l'assurance maladie*, avril-juin 2001, vol. 32, no.2, pp.117-21
18. Pope C. Mays N. Qualitative Research : reaching the parts other methods cannot reach. An introduction to qualitative methods in health and health services research. *BMJ*, 1 July 1995, 311, 6996, p 42-45
19. Aubin Auger I, Stalnikiewicz B, Mercier A, Lebeau JP, Baumann Coblentz L, Groum F. Diriger une thèse qualitative : difficultés et solutions possibles. *Revue Exercer*, 2010, vol 21, no. 93, pp. 111-114
20. Clerc P, Le Breton J, Mousques J, Hebbrecht G, de Pouvourville G : Etude polychrome : une méthode d'expertise pour optimiser des ordonnances de polyprescription en médecine générale, *Pratiques et Organisation des Soins* 2009;40(3):167-175
21. B. Sondo, V. Ouédraogo, T.F. Ouattara, P. Garane, Louis Savadogo, S. Kouanda, I.P. Guissou : Etude de la qualité rédactionnelle des ordonnances médicales à la caisse de sécurité sociale d'Ouagadougou, *Santé Publique* 2002/1 (Vol. 14), p. 31-36.
22. Charvet Cabaret M : Optimiser la prescription médicale du sujet âgé en soins primaires : impact de l'utilisation de l'outil STOPP (Screening Tool of Older Person's Prescription) sur les prescriptions médicamenteuses inappropriées. thèse de médecine générale, université de Grenoble 2012

23. Gimbert V, Chauffaut D : Les médicaments et leurs usages : comment favoriser une consommation adaptée ? Commission générale à la stratégie et à la prospective, Mars 2014 [en ligne] <http://www.strategie.gouv.fr/sites/strategie.gouv.fr/files/archives/2014-03-04-Medicaments-Usages2.pdf>
24. Gontard S. Les médias, les médicaments et les patients: étude qualitative à partir de 15 entretiens semi-dirigés, thèse de médecine générale, université Lyon I; 2013.
25. Devier Audoual M : Les patients et l'ordonnance : étude qualitative à partir de 15 entretiens, thèse médecine générale, université de Lyon, 2008.
26. Ong L M L, De Haes, J C J M, Hoos I, Lammes F B : Doctor-patient communication: a review of the literature, Soc. Sci. Med. Vol. 40, No. 7, pp. 903-918, 1995
27. Balint M. Le médecin, son malade et la maladie. Paris : Payot, 2009 : 419p.
28. Fantino B, Fantino F, Dumont C, Nitenberg C, Delolme H : Pratiques préventives en médecine générale en région Rhône-Alpes, Santé publique 2004, volume 16, no 3, pp. 551-562
29. Matthys J, Elwyn G, Van Nuland M, Van Maele G. Patients' ideas, concerns, and expectations (ICE) in general practice: impact on prescribing. Br J GenPract. 2009; 58: 29-36.
30. Rousseau R, Goronflot L : La prescription : je t'aime... moi non plus. La prescription chez les jeunes médecins généralistes : difficultés, stratégies et propositions. Enquête qualitative dans l'inter-région ouest. [en ligne] http://www.prescrire.org/Docu/PostersRencontres2014/Poster_ROUSSEAUrosalie.pdf
31. Saura B : Des Tahitiens, des Français, leurs représentations réciproques aujourd'hui, 2011, éditions Au vent des îles, 146p
32. Les Européens, les médicaments, et le rapport à l'ordonnance : synthèse générale, Ipsos Santé pour la Caisse Nationale d'Assurance Maladie, février 2005
33. Mouret-Bonzi M: L'ordonnance médicamenteuse en France et en Europe : les attentes de prescription des patients : une revue systématique de la littérature de 2005 à 2014, thèse de médecine générale, université Lille 2
34. Duffaud S, Liebart S : Comment les médecins généralistes limitent-ils leurs prescriptions ? Etude qualitative par entretiens collectifs, Santé publique volume 26 / N° 3 - mai-juin 2014

35. Lotfi M : Un aspect de la relation médecin-malade : les refus opposés aux demandes des patients : vécu de ces situations par le médecin généraliste installé et par le remplaçant, étude qualitative réalisée à partir d'entretiens individuels auprès de médecins généralistes installés depuis plus de 10 ans et de médecins généralistes remplaçants en Ile de France, thèse de médecine générale, université Pierre et Marie Curie, Paris
36. HAS Rapport d'orientation : Développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses validées, avril 2002 [en ligne]
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-06/developpement_de_la_prescription_de_therapeutiques_non_medicamenteuses_rapport.pdf
37. Barbiera N, Bauer O, Benoist J, Boissin J-L *et al* : Le Paradis : savoir médical et pouvoir de guérir à Tahiti, Nouvelle Revue d'Ethnopsychiatrie, mai 1996, 184p
38. Genolini J-P, Roca R, Rolland C, Membrado M : « L'éducation » du patient en médecine générale : une activité périphérique ou spécifique de la relation de soins ? Sciences Sociales et Santé, Vol. 29, n° 3, septembre 2011
39. Congres de la WONCA Europe. La définition européenne de la médecine générale - medecine de famille. In ; 2002. p.52 [en ligne]
<http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/WONCA%20definition%20French%20version.pdf>
40. Pétard P : Plantes utiles de Polynésie : Ra'au Tahiti, éditions Haere Po No Tahiti, 354p

ANNEXES

I. Evolution du guide d'entretien

Guide d'entretien initial

- Est-ce que tu prends des médicaments au quotidien ?
- Et en parlant de médicaments, qu'en penses-tu, de façon générale ?
- A quelle occasion prends-tu des médicaments sans avoir vu de médecin ?
- Tu as consulté un médecin récemment, est ce ton médecin traitant ?
- Quel diagnostic a été posé ? Etait-ce important de le connaître ?
- Que penses-tu des explications sur la maladie et les médicaments ?
- Tu es ressorti avec une ordonnance, les as-tu déjà achetées à la pharmacie ?
- Comment fais-tu pour respecter les doses prescrites ?
- Et à la maison, qu'as-tu fait de ton ordonnance ?
- Quels médicaments ont été prescrits, à quoi servent-ils ?
- Si tu es malade et que ton cas le permettait, serais-tu d'accord pour être soigné sans une ordonnance de médicaments ?
- As-tu d'autres remarques à rajouter ?

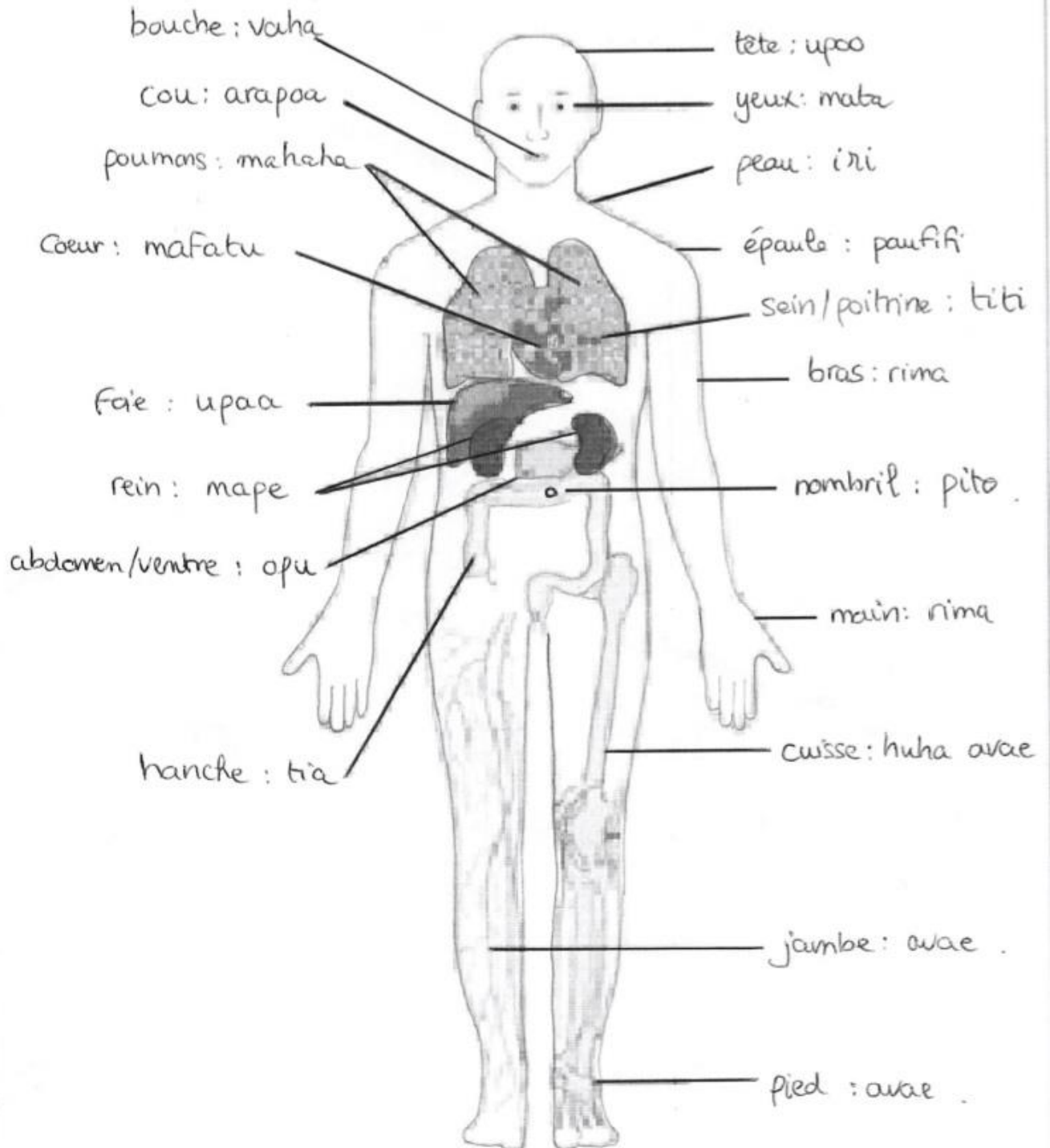
Guide d'entretien final

- Avec qui parles-tu de la santé, des maladies, des médicaments ?
Est-ce que tu prends des médicaments au quotidien ?
- Et en parlant de médicaments, qu'en penses-tu, de façon générale ?
- A quelle occasion prends-tu des médicaments sans avoir vu de médecin ?
- Peux-tu m'expliquer ce que sont les "ra'au Tahiti" et quand est-ce que tu les utilises?
- Tu as consulté un médecin récemment, est ce ton médecin traitant ?
- Quel diagnostic a été posé ? Etait-ce important de le connaître ?
- Que penses-tu des explications sur la maladie et les médicaments ?
- Que penses-tu d'une consultation en langue tahitienne ?
- Tu es ressorti avec une ordonnance, les as-tu déjà achetées à la pharmacie ?
- Comment fais-tu pour respecter les doses prescrites ?
- Et à la maison, qu'as-tu fait de ton ordonnance ?
- Quels médicaments ont été prescrits, à quoi servent-ils ?
- T'arrive-t-il de parler de poids, d'alimentation, de sport, de tabac, avec le médecin ?
- Si tu es malade et que ton cas le permettait, serais-tu d'accord pour être soigné sans une ordonnance de médicaments ?
- As-tu d'autres remarques à rajouter ?

II. Interviews des patients : cf cd-rom ci-joint

Patient	Verbatim	date et durée de l'interview	
P1	V1	Mars 2015,	16min30sec
P2	V2	Mars 2015,	15min30sec
P3	V3	Mars 2015,	15min 30sec
P4	V4	Mars 2015,	14min 25sec
P5	V5	Avril 2015,	23min 15sec
P6	V6	Avril 2015,	13min 00sec
P7	V7	Avril 2015,	14min 20sec
P8	V8	Avril 2015,	16min 00sec
P9	V9	Avril 2015,	17min 20sec
P10	V10	Mai 2015,	20min 55sec
P11	V11	Mai 2015,	11min 35sec
P12	V12	Mai 2015,	12min 20sec
P13	V13	Mai 2015,	14min 30 sec
P14	V14	Mai 2015	09min 05sec
P15	V15	Mai 2015	25min 00sec

III. Schéma : anatomie du corps humain



IV. Formulations et mots-clés pour une consultation en langue tahitienne

- Bonjour, comment vas-tu ? la Orana, e a ha to oe huru ?
- Quel âge as-tu ? E fea to oe matahiti ?
- Où habites-tu ? Hia roa oe faaea e ?
- Avec qui habites-tu ? Faaea oe ia vaira ?
- Où as-tu mal ? Te hia to oe vahi mauui ?
- Depuis combien de jours es-tu malade ? E fea mahana oe e mai e ?
- Es-tu fatigué ? Rohirohi oe ?
- As-tu mal àla tête/aux yeux/au ventre/au dos/ aux genoux/ aux pieds ?
Mauui to oe...upoo/ mata/ opu/ tua/ turi avae/ avae ?
- As-tu fait de la fièvre ? Ua fiva hia oe ?
- As-tu mal dans la poitrine/ au cœur ? Mauui to oe mafatu ?
- Est-ce que ton cœur bat trop lentement ou trop vite ? Tupai maru te mafatu aore ra vitiviti ?
- As-tu du mal à respirer ? Nehenehe ta oe huti te aho ?
- Est-ce que tu tousses ? E hota to oe ?
- As-tu envie de vomir ? E hinaaro oe e pihaae ?
- As-tu eu la diarrhée ? E hi to oe ?
- Comment t'es-tu blessé ? Mai nahea to oe tutua ?
- Est-ce que ça te gratte ? Mea maero ?
- Est-ce que tu continues à boire ? Te inu noa ra oe ?
- Est-ce que tu continues à manger ? Te tamaa noa ra oe ?
- Est-ce que tu as du mal à marcher ? Te taahi noa ra oe ?
- Est-ce que tu as du mal à bouger ton bras / ta jambe ?
Nehenehe oe e hauti to oe rima/ avae ?
- As-tu des maladies ? As-tu un carnet rouge ?
E mai to oe ? Puta ute ute to oe ?
- Est-ce que tu as pris des médicaments à la maison ? Lesquels ?
Ua rave oe te raau i te fare ? / Te hea ?
- As-tu des allergies aux médicaments/à certains aliments ?
Tomea to oe i te raau/ maa ?
- Est-ce que tu fumes la cigarette/paka (cannabis) ?
Pupuhi oe i te ava ava/ ava ava taero ?
- Est-ce que tu bois de l'alcool ? E inu oe i te pia ?
- Il faut maigrir ! Ha a pararai ia oe !
- Il faut manger moins... de sucre/ moins de sel :
Ha a iti ta oe... ti hota/ miti popaa
- Il faut boire beaucoup d'eau : Inu ha a rahi te pape
Il faut faire du sport ! Horo horo !
- Il faut arrêter de fumer : Aita ava ava
- Il faut arrêter de boire de l'alcool : Aita e inu
- Il faut faire une prise de sang. Haere iriti te toto
- Il faut faire une radio : Haere hiopua
- Il faut voir un médecin spécialiste : Haere e hio i te taote mafatu (cardiologue)
Haere e hio i te taote mape (néphrologue)

- Il faut aller rapidement à l'hôpital : Haere haa viti viti hôpital
- Oui : e /non : aita
- Gauche : aui / droite : atau
- Combien ? E fea

Jour : mahana

Semaine : Hepe toma

Mois : avae

Année : matahiti

- Jours de la semaine

Lundi : Monire

Mardi : mahana piti

Mercredi : mahana toru

Jeudi : mahana maha

Vendredi : mahana pae

Samedi : mahana maa

Dimanche : tapati

- Mois :

Janvier : tenuare

Février : feppure

Mars : mati

Avril : eprera

Mai : me

Juin : tiunu

Juillet : tiurai

Août : atete

Septembre : tetepa

Octobre : atopa

Novembre : novema

Décembre : titema

- Chiffres et nombres :

1 : hoe 11 : ahuru ma hoe

2 : piti 12 : ahuru ma piti

3 : toru 13 : ahuru ma toru

4 : maha 14 : ahuru ma maha

5 : pae 15 : ahuru ma pae

6 : ono 16 : ahuru ma ono

7 : hitu 17 : ahuru ma hitu

8 : vau 18 : ahuru ma vau

9 : iva 19 : ahuru ma iva

10 : ahuru 20 : piti ahuru

30 : piti ahuru 41 : maha ahuru ma hoe

V. Les ra'au Tahiti : les médicaments traditionnels de Tahiti (40)

Ra'au signifie en tahitien : médicament, plante, végétal, drogue, ou plante médicinale.

Les ra'au Tahiti désignent les médicaments traditionnels réalisés à partir de plantes de Polynésie française.

Il a fallu attendre les progrès scientifiques accomplis dès les années 1940 (découverte des antibiotiques, nouvelles techniques chirurgicales) pour que les Tahitiens reconnaissent la supériorité de la médecine européenne dans le domaine de l'hygiène, de la prophylaxie et du traitement des maladies infectieuses. La médecine européenne a permis de faire pratiquement disparaître les cinq fléaux de la Polynésie française : tuberculose, filariose, syphilis, gonococcie et lèpre.

L'origine de la médecine polynésienne reste floue mais elle est probablement antérieure aux grandes migrations européennes.

Les médecins « autochtones » ou guérisseurs, étaient appelés des « Tahua ». Ils ne soignaient que les cas relevant de leurs compétences. Ils guérissaient les malades de deux façons : soit en vertu de leurs pouvoirs magiques (patient supposé être ensorcelé), soit par l'emploi judicieux des ra'au Tahiti.

Les recettes des ra'au Tahiti étaient tenues secrètes par une croyance : il était supposé que dévoiler ces dernières leur enlèverait toute efficacité.

Les secrets étaient transmis par la famille, de père en fils. L'écriture était inconnue.

Beaucoup de familles polynésiennes connaissent par tradition orale des recettes courantes.

Généralement, les ra'au Tahiti comportent au minimum deux ingrédients végétaux, parfois beaucoup plus. D'après les guérisseurs, la suppression d'un seul composant enlève toute efficacité au traitement.

Les plantes sont toujours employées à l'état frais, les végétaux desséchés ne sont jamais utilisés. Les plantes sont cueillies, lavées et broyées longuement à l'aide d'un pengu (pilon en pierre basaltique).

Elles sont mélangées à un liquide (souvent celui de la noix de coco : eau, lait...) pour leur ingestion *per os*.

Les végétaux toxiques sont toujours utilisés en topiques et jamais *per os*.

Les vingt-quatre plantes les plus utilisées dans les recettes de ra'au Tahiti sont les suivantes :

A. Plantes herbacées

- Metuapuaa, Phymatosorus sp.
- Tiatiamoua, Davallia solida
- Tiapito, Ophioglossum reticulatum
- Mo'uupoo, Kyllingan emoralis
- Haehaa, Lindernia crustacea
- Taataahiara, Dicrocephala integrifolia
- PatoaPurahi, Rorippa nasturtium-aquaticum
- Niuroahiti, Leucas decemdentata
- Vaianu, Adenostemma viscosum
- Pipi Tatahi, Vigna marina
- Moemoe, Phyllanthus amarus
- Tamore, Polygonum dichotomum

B. ARBUSTES OU ARBRISSEAUX

- Tiare Tahiti, Gardenia taitensis
- Nono, Morinda citrifolia
- Aute, Hibiscus rosa-sinensis
- Auti, Cordyline fruticosa
- Tuvava, Psidium guajava (goyavier)
- Taporo, Citrus aurantiifolia (citronnier)

C. ARBRES

- Uru ou Maiore, Artocarpus altilis
- Miro ou Amae, Thespesia populnea
- Ora ou Oraa, Ficus prolixa (banian)
- Ahia, Eugenia malaccensis
- Tou, Cordia subcordata
- Tiairi, Aleurites moluccana (bancoulie)

AUTEUR : Nom : NOUANESSENGSY

Prénom : Nanethida

Date de Soutenance : Jeudi 25 février 2016 à 18h au Pôle Recherche, Lille

**Titre de la Thèse : Prescrire des médicaments en médecine générale :
que nous suggèrent les patients de Polynésie française ?**

Thèse - Médecine - Lille 2016

Cadre de classement : Médecine générale

DES + spécialité : Médecine générale

Mots-clés : prescription, médicaments, ordonnance, médecine générale, étude qualitative

Résumé :

Contexte : Notre étude qualitative s'intéresse au ressenti des patients à propos de la prescription de médicaments en médecine générale, dans le contexte socio-culturel spécifique de la Polynésie française.

Méthode : Des patients ont été recrutés dans le dispensaire de Moorea et dans un cabinet médical privé de Tahiti, sur la période de mars à mai 2015. Les quinze patients volontaires ayant participé à l'étude ont consulté initialement pour un motif de pathologie aiguë. Nous les avons questionnés 48h après la consultation médicale, à leur domicile. L'analyse et le codage des données ont été réalisés à l'aide du logiciel QSR N Vivo 10 ®.

Résultats : Dans notre étude, il apparaît que les patients, bien que confiants dans la prise des médicaments, restent néanmoins conscients des risques de surconsommation, de pharmacodépendance, et d'iatrogénie. Il a été constaté que l'automédication est une pratique courante surtout dans le contexte des pathologies bénignes. La principale alternative est alors le recours à la médecine traditionnelle polynésienne (ra'au Tahiti) ou aux antalgiques classiques. L'aspect économique de la santé est souvent évoqué par les patients : pour certains d'entre eux, l'accès aux soins primaires s'avère difficile pour des raisons à la fois logistiques et financières. Un autre fait marquant est le peu d'importance accordée à l'ordonnance. L'utilité en est toutefois reconnue lors de la délivrance des médicaments à la pharmacie. Une fois au domicile, le respect des consignes se résume à l'inscription des posologies sur les boîtes de médicaments. Les patients étaient favorables à l'idée d'une consultation médicale en langue tahitienne, surtout pour les patients âgés ne communiquant qu'en tahitien. Enfin, les patients sont très réceptifs au dialogue avec le médecin et sont sensibles à l'éducation à la santé. L'échange verbal dans la relation médecin-patient apparaît ainsi comme un élément critique car il contribue à l'observance et à la compréhension des prescriptions par le patient.

Conclusion : A l'issue de cette enquête, il en résulte que la prescription orale dans l'exercice de la médecine générale devrait être privilégiée particulièrement dans ce contexte spécifique. Il s'agira donc de consacrer plus de temps à un échange verbal trop souvent négligé ou sous-estimé. Cet échange toujours nécessaire et bénéfique devra tout mettre en œuvre pour s'assurer d'une bonne compréhension. Il encouragera ainsi une réelle adhésion et une meilleure observance. Dans ce dialogue singulier, le rappel de l'importance des règles hygiéno-diététiques, quel que soit le motif de consultation, apparaît comme un message toujours bien perçu par le patient.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur François PUISIEUX

Assesseurs : Monsieur le Professeur Eric WIEL

Monsieur le Professeur Patrick LEROUGE

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Maurice PONCHANT