



HAL
open science

Étude et Analyse des besoins pour l'élaboration d'un outil de Suivi et d'Information après un AVC : ASI-AVC - Volet Médecins

Julie Broussard

► **To cite this version:**

Julie Broussard. Étude et Analyse des besoins pour l'élaboration d'un outil de Suivi et d'Information après un AVC : ASI-AVC - Volet Médecins. Médecine humaine et pathologie. 2011. dumas-00648709

HAL Id: dumas-00648709

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00648709>

Submitted on 6 Dec 2011

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE JOSEPH FOURIER
FACULTE DE MEDECINE DE GRENOBLE

Année 2011

N°

**Etude et Analyse des besoins pour l'élaboration d'un outil
de Suivi et d'Information après un AVC :
EASI-AVC - Volet MEDECINS**

THESE

présentée pour l'obtention du doctorat en médecine diplôme d'état

Par **Julie BROUSSARD**

Née le 02 juin 1982 à Niort

Thèse soutenue publiquement à la faculté de médecine de Grenoble
le 29 novembre 2011

Devant le jury composé de

Monsieur le Professeur Gilles PERNOD, président du jury

Monsieur le Professeur Marc HOMMEL

Monsieur le Professeur Patrick IMBERT

Madame le Docteur Jacqueline YVER

Monsieur le Docteur Olivier DETANTE, directeur de thèse

Résumé :

Introduction : L'accident vasculaire cérébral (AVC) est une pathologie dont le nombre de patients est en constante augmentation. Selon les études, la prise en charge de la prévention secondaire reste sous-optimale.

Objectifs : Identifier les difficultés que peuvent rencontrer les médecins généralistes dans le suivi de patients victimes d'AVC et recueillir leur avis sur l'intérêt d'un outil pédagogique.

Méthodologie : Vingt entretiens individuels semi-structurés ont été réalisés auprès de médecins généralistes exerçant dans l'agglomération grenobloise.

Résultats : Les médecins ont estimé avoir une bonne connaissance des recommandations sur ce sujet. Ils ont souligné des barrières dans l'adhésion des mesures hygiéno-diététiques par les patients, source de frustration et de résignation. D'autres barrières ont été mentionnées sur l'éducation thérapeutique du patient. Rare ont été les médecins évoquant les séquelles neuropsychologiques dans cette prise en charge, pouvant être responsable d'une mauvaise communication avec leurs patients. Dans la coordination des soins, des difficultés de communication avec le spécialiste neurologue ont été retrouvées.

Conclusion : Nous avons montré qu'un outil pédagogique est intéressant s'il est destiné aux patients victimes d'AVC. Déléguer le travail grâce à des missions d'éducation dans ce domaine est aussi une solution d'amélioration des pratiques.

Mots clés : **accident vasculaire cérébral, infarctus ischémique, prévention secondaire, recherche qualitative, outil pédagogique, éducation**

Abstract :

Background : The number of Stroke patients is increasing. According to the studies, secondary prevention in this pathology remains sub-optimal. The aim of this study is to identify the difficulties that the general practitioners can meet in Stroke patients' follow-up and collect their opinion on the interest of an educational tool.

Methods : Twenty semi-structured individuals interviews were realized with general practitioners practicing in the town from Grenoble.

Results : The doctors estimated to have a good knowledge of guidelines on this subject. They attributed barriers to adherence of the lifestyle measures by patients, source of frustration and resignation. Others barriers were mentioned on the therapeutic education of the patient. Few general practitioners evoked the neuro-psychological troubles in this care, which could be responsible for bad relationship with their patients. In the coordination of the care, difficulties of communication with the specialist neurologist were found.

Conclusions : We showed that an educational tool is interesting if it is intended for Stroke patients. To delegate the work thanks to educational missions in this domain is also a solution to improve the practices.

Keywords : stroke, ischemic infarct, secondary prevention, qualitative research, educational tool, education



Professeur des Universités - Praticien Hospitalier
2011-2012

Nom	Prénom	Intitulé de la discipline universitaire
ALBALADEJO	Pierre	Anesthésiologie-réanimation
ARVIEUX-BARTHELEMY	Catherine	Chirurgie générale
BACONNIER	Pierre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
BAGUET	Jean-Philippe	Cardiologie
BALOSSO	Jacques	Radiothérapie
BARRET	Luc	Médecine légale et droit de la santé
BAUDAIN	Philippe	Radiologie et imagerie médicale
BEANI	Jean-Claude	Dermato-vénérologie
BENHAMOU	Pierre Yves	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
BERGER	François	Biologie cellulaire
BLIN	Dominique	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
BOLLA	Michel	Cancérologie; radiothérapie
BONAZ	Bruno	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
BOSSON	Jean-Luc	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
BOUGEROL	Thierry	Psychiatrie d'adultes
BRAMBILLA	Elisabeth	Anatomie et cytologie pathologiques
BRAMBILLA	Christian	Pneumologie
BRICAULT	Ivan	Radiologie et imagerie médicale
BRICHON	Pierre-Yves	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
BRIX	Muriel	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
CAHN	Jean-Yves	Hématologie
CARPENTIER	Françoise	Thérapeutique; médecine d'urgence
CARPENTIER	Patrick	Chirurgie vasculaire; médecine vasculaire
CESBRON	Jean-Yves	Immunologie
CHABARDES	Stephan	Neurochirurgie
CHABRE	Olivier	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
CHAPFANJON	Philippe	Anatomie
CHAVANON	Olivier	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
CHIQUET	Christophe	Ophthalmologie
CHIROSSSEL	Jean-Paul	Anatomie
CINQUIN	Philippe	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
COHEN	Olivier	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
COUTURIER	Pascal	Gériatrie et biologie du vieillissement
CRACOWSKI	Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique

DE GAUDEMARIS	Régis	Médecine et santé au travail
DEBILLON	Thierry	Pédiatrie
DEMATTEIS	Maurice	Addictologie
DEMONGROT	Jacques	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
DESCOTES	Jean-Luc	Urologie
ESTEVE	François	Biophysique et médecine nucléaire
FAGRET	Daniel	Biophysique et médecine nucléaire
FAUCHERON	Jean-Luc	Chirurgie générale
FERRETTI	Gilbert	Radiologie et imagerie médicale
FEUERSTEIN	Claude	Physiologie
FONTAINE	Eric	Nutrition
FRANCOIS	Patrice	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GARBAN	Frédéric	Hématologie; transfusion
GAUDIN	Philippe	Rhumatologie
GAVAZZI	Gaetan	Gériatrie et biologie du vieillissement
GAY	Emmanuel	Neurochirurgie
GRIFFET	Jacques	Chirurgie infantile
HALIMI	Serge	Nutrition
HOMMEL	Marc	Neurologie
JOUK	Pierre-Simon	Génétique
JUVIN	Robert	Rhumatologie
KAHANE	Philippe	Physiologie
KRACK	Paul	Neurologie
KRAINIK	Alexandre	Radiologie et imagerie médicale
LANTUEJOUL	Sylvie	Anatomie et cytologie pathologiques
LEBAS	Jean-François	Biophysique et médecine nucléaire
LEBEAU	Jacques	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LECCIA	Marie-Thérèse	Dermato-vénérologie
LEROUX	Dominique	Génétique
LEROY	Vincent	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
LETOUBLON	Christian	Chirurgie générale
LEVY	Patrick	Physiologie
LUNARDI	Joël	Biochimie et biologie moléculaire
MACHECOURT	Jacques	Cardiologie
MACNE	Jean-Luc	Chirurgie vasculaire
MAITRE	Anne	Médecine et santé au travail
MAURIN	Max	Bactériologie-virologie
MERLOZ	Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique

MORAND	Patrice	Bactériologie-virologie
MORO-SIBILOT	Denis	Pneumologie
MOUSSRAU	Mireille	Cancérologie
MOUTET	François	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique; brûlogie
PALOMBI	Olivier	Anatomie
PASSAGIA	Jean-Guy	Anatomie
PAYEN DE LA GARANDERIE	Jean-François	Anesthésiologie-réanimation
PELLOUX	Hervé	Parasitologie et mycologie
PEPIN	Jean-Louis	Physiologie
PERENNOU	Dominique	Médecine physique et de réadaptation
VERNOD	Gilles	Médecine vasculaire
PIOLAT	Christian	Chirurgie infantile
PISON	Christophe	Pneumologie
PLANTAZ	Dominique	Pédiatrie
POLACK	Benoît	Hématologie
PONS	Jean-Claude	Gynécologie-obstétrique
RAMBEAUD	Jean-Jacques	Urologie
REYT	Emile	Oto-rhino-laryngologie
RIGHINI	Christian	Oto-rhino-laryngologie
ROMANET	Jean-Paul	Ophthalmologie
SARACAGLIA	Dominique	Chirurgie orthopédique et traumatologique
SCHMERBER	Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
SELE	Bernard	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
SERGENT	Fabrice	Gynécologie-obstétrique
SESSA	Carmine	Chirurgie vasculaire
STAHL	Jean-Paul	Maladies infectieuses; maladies tropicales
STANKE	Françoise	Pharmacologie fondamentale
TIMSIT	Jean-François	Réanimation
TONETTI	Jérôme	Chirurgie orthopédique et traumatologique
TOUSSAINT	Bertrand	Biochimie et biologie moléculaire
VANZETTO	Gérald	Cardiologie
VUILLEZ	Jean-Philippe	Biophysique et médecine nucléaire
WEIL	Georges	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
ZAOUI	Philippe	Néphrologie
ZARSKI	Jean-Pierre	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie

**Maître de Conférence des Universités - Praticien Hospitalier
2011-2012**

NOM	Prénom	Intitulé de la discipline universitaire
BONNETERRE	Vincent	Médecine et santé au travail
BOTTARI	Serge	Biologie cellulaire
BOUTONNAT	Jean	Cytologie et histologie
BRENIER-PINCHART	Marie-Pierre	Parasitologie et mycologie
BRIOT	Raphaël	Thérapeutique; médecine d'urgence
CALLANAN-WILSON	Mary	Hématologie; transfusion
CROIZE	Jacques	Bactériologie-virologie
DERANSART	Colin	Physiologie
DETANTE	Olivier	Neurologie
DUMESTRE-PERARD	Chantal	Immunologie
EYSSERIC	Hélène	Médecine légale et droit de la santé
FAURE	Julien	Biochimie et biologie moléculaire
GILLOIS	Pierre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
GRAND	Sylvie	Radiologie et imagerie médicale
HENNEBICQ	Sylviane	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
HOFFMANN	Pascale	Gynécologie-obstétrique
LABARERE	José	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
LAPORTE	François	Biochimie et biologie moléculaire
LARDY	Bernard	Biochimie et biologie moléculaire
LARRAT	Sylvie	Bactériologie-virologie
LAUNOIS-ROLLINAT	Sandrine	Physiologie
MALLARET	Marie-Reine	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MAUBON	Danièle	Parasitologie et mycologie
MC LEER (FLORIN)	Anne	Cytologie et histologie
MOREAU-GAUDRY	Alexandre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MOUCHET	Patrick	Physiologie

PACLET	Marie-Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
PASQUIER	Dominique	Anatomie et cytologie pathologiques
PAYSANT	François	Médecine légale et droit de la santé
PELLETIER	Laurent	Biologie cellulaire
RAY	Pierre	Génétique
RIALLE	Vincent	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
SATRE	Véronique	Génétique
STASIA	Marie-Josée	Biochimie et biologie moléculaire
TAMISIER	Renaud	Physiologie

REMERCIEMENTS

A Messieurs et Madame les membres du jury.

A Monsieur le professeur PERNOD d'accepter de présider ma thèse,
A Madame le docteur Jacqueline YVER, de participer au jury de thèse, pour son accueil et son aide,
A Monsieur le professeur HOMMEL, et Monsieur le professeur IMBERT,
D'accepter d'être membres du jury.

A Monsieur le docteur Olivier DETANTE,
D'avoir accepté d'être mon directeur de thèse,
Pour son encadrement, sa disponibilité et ses nombreux conseils.

A Caroline CLEMENT, ma co-thésarde et principalement mon amie,
Pour son soutien et son aide tout le long de ce travail ensemble,
Pour sa gentillesse, son hospitalité et son amitié dès le premier jour de notre rencontre.

Aux médecins généralistes de Grenoble qui ont accepté de participer à cette étude,
Pour leur temps consacré et leur participation active.

A tous mes enseignants, professeurs et maîtres de stages durant ces années, particulièrement
Les Docteurs Bruno DE GOER et Catherine PENAS,
Les Docteurs Jean-Yves ROUSSET, Philippe DUMOULIN et Olivier JOUET-PASTRE,
Qui m'ont transmis leurs connaissances et leur passion du métier de médecin généraliste.

A mes co-internes,
Claire, Joëlle, Camille, Danielle, Marine et Sébastien,
Pour tout ce que nous avons partagé et tout ce qui nous reste encore à partager.

A ma famille,
Mes parents, pour leur Amour et leur confiance,
Ma sœur Anne qui m'a toujours encouragée et dont les connaissances partagées ont enrichi ma pratique.

A mes amis, ici ou là-bas
A mes colocataires, Maylis et Tom,
A Aurore, pour sa relecture,
Pour votre présence et votre Amitié.

TABLE DES MATIERES

1	INTRODUCTION	11
1.1	ACCIDENT VASCULAIRE CEREBRAL	11
1.2	PREVENTION SECONDAIRE DE L'AVC	15
1.3	LES ETUDES SUR LA PREVENTION SECONDAIRE DE L'ACCIDENT VASCULAIRE CEREBRAL	17
2	METHODOLOGIE.....	20
2.1	OBJECTIFS PRINCIPAUX ET SECONDAIRES	20
2.2	TECHNIQUE QUALITATIVE	20
2.3	REALISATION DE L'ENQUETE.....	21
2.4	METHODE D'ANALYSE.....	22
3	RESULTATS	24
3.1	DESCRIPTION DE L'ECHANTILLON DES MEDECINS INTERROGES	24
3.2	LES RECOMMANDATIONS SUR LA PREVENTION VASCULAIRE DE L'ACCIDENT VASCULAIRE CEREBRAL VUES PAR LES MEDECINS GENERALISTES	25
3.3	LES POINTS DE VUE DES MEDECINS GENERALISTES CONCERNANT LA PRISE EN CHARGE SECONDAIRE DES PATIENTS VICTIME D'AVC OU D'AIT	29
3.4	LES AXES D'AMELIORATION A LA PREVENTION SECONDAIRE DE L'ACCIDENT VASCULAIRE CEREBRAL	35
4	DISCUSSION.....	38
4.1	A PROPOS DE LA METHODE	38
4.2	A PROPOS DES RESULTATS.....	39
5	CONCLUSION	47
6	BIBLIOGRAPHIE	50
7	LES ANNEXES	56
7.1	ANNEXE 1 : LA SYNTHESE DES RECOMMANDATIONS DE L'HAS / MARS 2008	56
7.2	ANNEXE 2 : 1ERE GRILLE D'ENTRETIEN	59
7.3	ANNEXE 3 : 2EME GRILLE D'ENTRETIEN	60
7.4	ANNEXE 4 : GRILLE D'ENTRETIEN DEFINITIVE	61
7.5	ANNEXE 5 : PRINCIPALES CARACTERISTIQUES DES MEDECINS INTERROGES	62
7.6	ANNEXE 6 : TABLEAU RECAPITULATIF DE L'OPINION DES MEDECINS SUR UN OUTIL PEDAGOGIQUE.....	63
7.7	ANNEXE 7 : LES ENTRETIENS	65
8	SERMENT D'HIPPOCRATE.....	148

1 INTRODUCTION

Afin de faciliter la compréhension de l'étude, nous tenons à préciser qu'elle a été réalisée simultanément avec une étude abordant la population Patients-AVC. Présentant des objectifs différents, nous avons préféré séparer l'écriture de ces deux études. Les parties Méthodologie et Résultats en lien avec les objectifs de chacune des thèses sont différentes. La question de recherche centrée sur l'utilité d'un outil pédagogique est commune aux deux études. Ainsi, l'Introduction et une partie de la Conclusion ont été écrites conjointement.

1.1 ACCIDENT VASCULAIRE CEREBRAL

1.1.1 Définitions

Les accidents vasculaires cérébraux (AVC) recouvrent un ensemble de pathologies se manifestant par l'apparition brusque d'un déficit neurologique lié à des lésions cérébrales d'origine vasculaire. Il existe deux types d'AVC : les AVC hémorragiques et les AVC ischémiques ou infarctus cérébral (IC) représentant 80% des AVC et secondaire à l'occlusion partielle ou totale d'une artère à destination cérébrale. On distingue différents sous-types d'IC selon leur mécanismes physiopathologiques (classification TOAST)¹ dont la principale cause est l'athérosclérose (30 – 50% des cas).

L'accident ischémique transitoire (AIT) a des caractéristiques cliniques communes à l'IC, mais avec la résolution rapide des symptômes. Il est défini comme « un épisode bref de dysfonction neurologique dû à une ischémie focale cérébrale ou rétinienne, dont les symptômes durent typiquement moins d'une heure, sans preuve d'IC aigu à l'imagerie cérébrale ». ² Un AIT n'est pas un événement bénin. C'est souvent un marqueur de l'athérombose cérébro-vasculaire pouvant mener à un nouvel événement ischémique.

1.1.2 Epidémiologie

En France, les AVC sont la 1ère cause de handicap acquis chez l'adulte, la 2ème cause de démence (après la maladie d'Alzheimer) et la 3ème cause de mortalité.³ En France, on retrouve environ 130 000 nouveaux cas par an et selon le registre français de Dijon,⁴ l'incidence des AVC est restée stable entre 1985 et 2004. On observe une incidence également stable du nombre d'AVC au CHU de Grenoble entre 1998 et 2009 (1040 AVC en 1998 et 1232 AVC en 2009). Le registre dijonnais a permis aussi d'observer une diminution de la mortalité à 28 jours d'environ 40% sur cette même période.

L'association d'une incidence stable et de la diminution de la mortalité a pour conséquence une augmentation de la prévalence des IC (de 11% sur la période d'analyse du registre de Dijon). La prévention des événements vasculaires après un IC concerne donc un nombre croissant de patients.

Compte-tenu de leur fréquence et de la gravité de leurs séquelles, les AVC sont parmi les affections les plus coûteuses pour la société. Selon le rapport sur la prévention et la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux en France⁵, son poids financier est considérable : les dépenses sanitaires et médico-sociales annuelles sont estimées à 8,4 milliards d'euros. Les AVC sont actuellement une priorité nationale de santé publique avec la mise en œuvre d'« un plan national d'action AVC 2010-2014 »⁶ pour, entre autre, développer la prévention et l'information. Par exemple, il est proposé de remplacer les termes « cardio-vasculaire » par « cardio-neuro-vasculaire » dans toutes les actions de santé publique relevant de ce domaine.

1.1.3 Risque à court et long terme après un AVC

Les survivants d'un AVC ou d'un AIT ont un risque élevé de subir un autre événement vasculaire dans les années à venir.

Après un premier épisode d'accident ischémique, le risque de récurrence est d'environ 10 % à un an, 14 % à 2 ans et 20% à 5 ans, avec une influence du sexe (plus élevé chez les hommes), de l'âge (augmentation avec l'âge) et de l'existence d'antécédents d'hypertension artérielle ou de diabète.^{7,8} L'étude Framingham a montré que les AVC ischémiques d'étiologie athérombotique étaient ceux à plus haut risque de récurrence.⁷

La majorité des décès ont lieu pendant les trois premiers mois et le taux de mortalité reste supérieur à celui de la population générale 2 ans, voire 10 ans après l'AVC (figure 1).⁹ Cette survie est encore amputée après un deuxième AVC puisque la survie globale à 24 mois n'est que de 48,3% versus 56,7% après un premier AVC.¹⁰

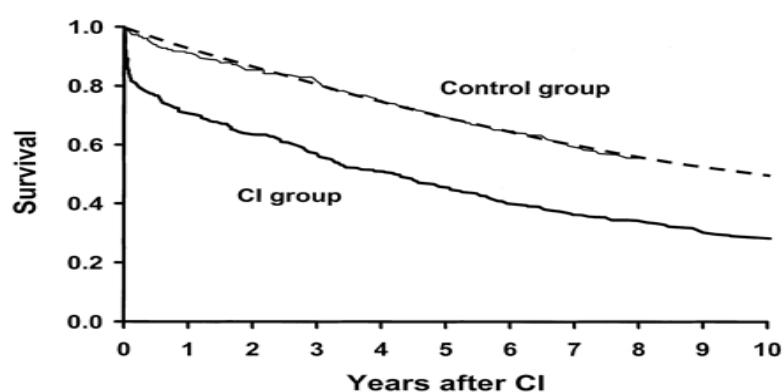
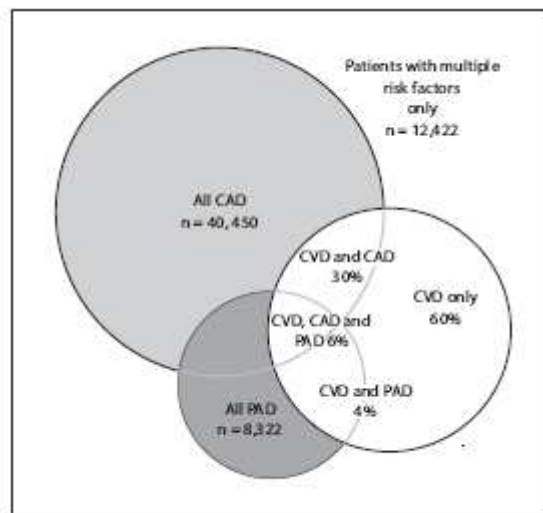


Figure 1 : Survivants sur 10 ans entre un groupe témoin (control group) et un groupe de patients cérébrolésés (CI group = cerebral infarction)⁹

L'Athérombose, définie comme la formation d'un thrombus sur une lésion athérosclérotique, est considérée comme le mécanisme à la base de la progression de la maladie athéroscléreuse d'un événement ischémique aigu. L'Athérombose est le processus physiopathologique commun à la plupart des maladies vasculaires comme les coronaropathies, les artériopathies périphériques (membres inférieurs, rénales...) et les maladies cérébro-vasculaires. Ce mécanisme systémique commun explique pourquoi les patients ayant fait un IC ne sont pas juste à risque élevé pour des événements cérébro-vasculaires récurrents, mais aussi pour des événements dans d'autres lits vasculaires.¹¹

Des données récentes de l'enregistrement REACH¹¹ ont indiqué que 40% des patients ayant eu un AVC avaient au moins une maladie athérombotique symptomatique dans d'autres lits vasculaires (figure 2).

Figure 2 : Coexistence de l'atteinte de différents secteurs vasculaires¹¹



CAD : (coronary artery disease) coronaropathie; CVD : (cerebrovascular disease) maladie cérébro-vasculaire; PAD : (peripheral artery) artériopathie périphérique

1.1.4 Facteurs de risques cardio-neuro-vasculaire

Pourtant, l'AVC n'est pas une fatalité et l'on connaît le rôle central des facteurs de risque cardio-neuro-vasculaire (FDRCNV) dans la survenue des IC.^{12,13} On distingue les facteurs de risque non modifiables :

- L'âge (risque doublé à chaque décade après 55 ans),
- Le sexe (homme : 174/100 000, femme : 122/100 000),
- L'origine (noirs : 233/100, blancs : 92/100 000),
- Les antécédents personnels,
- Les antécédents familiaux,
- La migraine (particulièrement la migraine avec aura).^{13, 14}

Les FDRCNV modifiables sont :

- L'hypertension artérielle (HTA) . La corrélation entre une réduction du risque d'AVC ischémique concerne aussi bien une réduction de la pression systolique que diastolique puisque le risque d'AVC est diminué de 14% avec une diminution de 5 mm Hg de la pression diastolique,
- L'hypercholestérolémie ,
- Le diabète et ses complications macro-angiopathiques ,
- Le tabac'.

Les autres facteurs comme l'obésité, la sédentarité, la consommation excessive d'alcool sont des facteurs prédisposants.

Facteurs de risque	Facteurs de risque relatif
Nicotine	1.5-3
Sédentarité	2.7
Excès de poids	3
Alcool > 5 verres par jour	1.6
Hypertension artérielle	1.4-4
Hypercholestérolémie	2
Diabète	1.8-6
Migraine chez les femmes < 45 ans	2.1
Contraception orale	2.8
Substitution hormonale post-ménopausique	1.4

Tableau 1. Principaux facteurs de risque d'AVC (modifié d'après Goldstein et al.)¹³

Concernant le risque d'AVC après un AIT, le score ABCD2 (score prédictif de la probabilité de survenue d'un IC 48h après un AIT prenant en compte l'âge du patient, sa pression artérielle, la durée et la nature des symptômes déficitaires lors de l'AIT et l'existence de diabète) est le plus représentatif ¹⁵. Cet outil diagnostique simple peut permettre aux praticiens d'identifier lequel de leurs patients doit être orienté vers des soins d'urgence.

1.2 PREVENTION SECONDAIRE DE L'AVC

Comme pour les autres risques vasculaires, les possibilités de prévention se sont développées au cours de ces dernières années avec un impact majeur sur la survie mais aussi sur le coût de la santé. Les études sur le sujet sont nombreuses et notre travail n'est pas de réaliser une littérature exhaustive sur la prise en charge secondaire suite à un IC ou un AIT. Nous avons tenu à indiquer les études fortes sur le sujet.

1.2.1 Les traitements

La prévention secondaire repose au niveau des traitements sur un trépied : les anti-thrombotiques, les traitements antihypertenseurs et les statines.

- Anti-thrombotiques :

Plusieurs études ont tenté de démontrer l'anti-thrombotique le plus efficace et ont comparé l'effet de certaines associations d'antiagrégants après un AVC ischémique :

L'antiagrégant le plus étudié est l'*Aspirine* : l'étude ATTC¹⁶ (Antithrombotic trialists' collaboration) a mis en évidence une diminution relative de 22% du risque d'AVC ($p < 0,001$). Pour 1000 patients traités pendant 29 mois, l'*Aspirine* évite 25 AVC non fatals, 6 infarctus du myocarde non fatals et 7 décès d'origine vasculaire.

L'efficacité du *Clopidogrel* (75 mg) a été comparée à celle de l'*Aspirine* (325mg) dans l'étude CAPRIE¹⁷ (étude chez 19 185 patients présentant un risque cardio-neuro-vasculaire élevé suivis sur environ 2 ans). Elle a montré une réduction du risque combiné d'IC, d'infarctus du myocarde et de mortalité d'origine vasculaire de 9,4% en faveur du *Clopidogrel*. Cependant, dans le sous-groupe de cette étude portant sur 6 431 patients ayant présenté un AVC, aucune différence statistiquement significative n'a été retrouvée entre ces deux traitements en ce qui concerne l'incidence d'AVC et de mortalité.

L'étude ESPRIT¹⁸ a montré une supériorité de l'association *Aspirine + Dipyridamole* versus *Aspirine seule* (30-325mg) (RR : 1%) après un suivi moyen de 3.5 ans mais au prix de céphalées plus importantes.

L'étude ProFESS¹⁹ a montré plus de récurrence d'IC dans le groupe *Aspirine + Dipyridamole* que dans la cohorte *Clopidogrel seul* (HR : 1.01 ; 95%CI : 0.92-1.07) après un suivi moyen de 2.4 ans.

L'étude CHARISMA²⁰ ne met pas en évidence de supériorité de l'association *Aspirine (75mg à 160mg) + Clopidogrel (75mg)* par rapport à l'*Aspirine seule (75mg)* (durée médiane de traitement de 28 mois).

Dans l'essai MATCH²¹, cette même association n'a pas été plus efficace que le *Clopidogrel seul (75mg)* pour prévenir le risque de récurrence d'IC et des autres accidents cardio-vasculaires, mais a provoqué plus d'hémorragies sévères (durée du traitement et suivi de 18 mois).

Après un AVC ischémique associé à une fibrillation auriculaire ou autre cardiopathie emboligène, un traitement par anticoagulant est alors recommandé. Dans le cadre de la maladie athéromateuse, ce traitement ne présente aucun bénéfice par rapport aux antiagrégants.

- Antihypertenseurs :

Plusieurs essais *versus* placebo ont étudié des traitements antihypertenseurs après la phase aigüe d'un AVC ischémique. Un effet préventif a été observé avec des diurétiques thiazidiques ou apparentés, utilisés seuls ou en association avec un inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IEC). L'étude PROGRESS²² a montré une réduction du risque de récurrence d'AVC de 43% grâce à l'association *Périndopril (4mg)+ Indapamide (2.5mg)*.

- Hypocholestérolémiants :

Les statines représentent un autre pilier de cette prévention secondaire. L'étude récente SPARCL²³ a montré que l'utilisation d'une statine à forte dose (*Atorvastatine 80mg*) après les AVC ischémiques non cardio-emboliques récents réduit le risque de complications cérébro-vasculaires *versus* placebo. Par contre, il n'existe pas d'étude comparant les statines fortes doses *versus* doses standards après un AVC.

1.2.2 Les règles hygiéno-diététiques

Il existe un manque d'essais d'un bon niveau de preuve dans ce domaine. Le tabac et les mesures hygiéno-diététiques jouant une part importante dans la survenue des récurrences cardio-neuro-vasculaires, ils nécessitent une prise en charge précoce, au même titre que l'HTA, l'hypercholestérolémie ou le diabète. Il est donc primordial d'insister sur les conseils non médicamenteux concernant la prévention cardio-neuro-vasculaire. Ceux-ci comportent l'arrêt du tabac, l'arrêt ou la modération d'une consommation d'alcool jugée à risque, une activité physique régulière et la lutte contre l'obésité.^{12, 24, 25}

1.2.3 Les recommandations actuelles françaises

En rapport avec les avancées thérapeutiques mises en évidence par les essais, les sociétés savantes de santé de tous pays rédigent des recommandations pour l'amélioration et une harmonisation des pratiques professionnelles. En France, l'HAS (Haute autorité de santé) a réalisé une synthèse des recommandations professionnelles pour la prise en charge des AVC : Prévention vasculaire après un infarctus cérébral ou un accident ischémique transitoire AIT / mars 2008.²⁶

Elle est reportée en annexe 1 et a été utilisée dans la suite de l'étude.

1.3 LES ETUDES SUR LA PREVENTION SECONDAIRE DE L'ACCIDENT VASCULAIRE CEREBRAL

1.3.1 Une prise en charge sous-optimale

De nombreuses études^{27, 28, 29, 30} ont étudié la persistance des traitements en prévention secondaire chez les patients victimes d'AVC/AIT. Les résultats sont variables selon les études mais la majorité conclut à une prise en charge sous-optimale.

Une étude suédoise²⁷ réalisée sur 17 902 patients ayant subi un IC ou un AIT montre que la poursuite des antiagrégants plaquettaires varie entre 80 et 90%, celle des antihypertenseurs entre 75 et 80%, et la persistance des statines est de seulement 40%.

En France, une étude publiée en 2008 a suivi sur un an les facteurs de risque de 240 patients au décours d'un AVC. Les résultats ont montré qu'à 6 mois, seulement 41% des patients avaient une pression artérielle systolique inférieure à 140 mm Hg et que 55% avaient un LDL-cholestérol inférieur à 1g/l (taux recommandé). Cinquante-neuf pourcent des patients tabagiques n'étaient pas sevrés.²⁸

Au niveau des règles hygiéno-diététiques, on retrouve qu'à 3 mois, 4,9% avaient toujours une consommation excessive d'alcool. Au suivi à 1 an, il y avait peu de changement et 36% des patients obèses n'avaient pas réduit leur poids.²⁵

1.3.2 Les facteurs de cette prise en charge inadaptée

- Au niveau du médecin

L'insuffisance de prescription optimale des médicaments par les médecins contribue à expliquer ses résultats. Une thèse de N. Hourt³¹ a montré que les FDR CNV sont encore insuffisamment contrôlés par les médecins généralistes, même en prévention secondaire de l'AVC. Une étude récente évaluant la persistance et l'adhérence des médicaments un an après l'événement aigu, a montré que l'arrêt des médicaments par les médecins était une des raisons à la non persistance des médicaments.³²

La méconnaissance des protocoles de soins, les traitements considérés comme inefficaces alors que les posologies ne sont pas optimales sont source d'un défaut de prise en charge expliquant cette inertie thérapeutique.³³

On sait que les recommandations de bonnes pratiques ne garantissent pas une bonne prescription des médecins du fait de nombreux obstacles dans leur pratique quotidienne^{34, 35} mais une rapidité et une simplicité d'accès à l'information scientifique médicale pourrait faciliter leur travail de suivi.

On peut penser qu'un rappel synthétique des dernières recommandations sur l'AVC permettrait d'améliorer ce paramètre.

- Au niveau des patients

D'autre part, même si le respect des référentiels est indispensable, une part importante de l'efficacité de la prévention secondaire demeure dans l'observance du patient. La compréhension à la fois des objectifs et de l'importance du traitement médicamenteux est indispensable à une observance à long terme. Cependant, il existe un manque de connaissance sur la pathologie de l'AVC et ses facteurs de risque dans la population générale, incluant les patients eux-mêmes.³⁶ Les patients ont une connaissance minimale de l'AVC et sont inconscients des avantages des changements de style de vie et des médicaments. L'importance de délivrer des informations de bonne qualité est hautement reconnue.⁵ Un véritable besoin d'information semble nécessaire pour les patients et leur famille, commençant dès le séjour hospitalier et évoluant dans le temps.³⁷

Même si les facteurs influençant l'observance aux traitements sont nombreux, un moyen semble être une amélioration de la connaissance des patients sur leur pathologie et leur traitement grâce à un support explicatif et de rappel vis à vis des traitements et de leur importance en prévention secondaire.

1.3.3 Les études sur l'efficacité d'un outil pédagogique

Un patient mal informé est un patient moins satisfait et moins observant sur ces soins médicaux. Des inadéquations existent dans la délivrance des informations chez les patients AVC.³⁷ Ainsi, il n'est pas surprenant de constater que les patients apprécient de recevoir des informations écrites sur leur pathologie et leurs médicaments.³⁸

En exemple d'outil éducatif, nous pouvons citer le classeur « i-care » Insuffisance cardiaque : EduCation théRapeutique³⁹ (outil d'éducation parrainé par la Société française de cardiologie et la Fédération française de cardiologie avec l'appui logistique et financier des Laboratoires AstraZeneca) réalisé pour les patients atteints d'insuffisance cardiaque et qui se compose de fiches explicatives à la fois sur leur maladie, sur les traitements et sur des sujets divers comme l'alimentation, l'exercice physique, la sexualité...

Une équipe du CHU de Rouen a réalisé une enquête de satisfaction montrant que « 100% des personnes soignées interrogées avaient lu les fiches concernant l'alimentation pauvre en sel » et les mettent en application au quotidien. « Cinquante six pourcent des patients affirment avoir lu et compris le fonctionnement du cœur ».

Une autre étude a montré qu'un outil d'éducation simple destiné aux patients victimes d'AVC, en forme de livret d'information individualisé, aboutit à une amélioration significative de la connaissance de l'AVC et de la reconnaissance des facteurs de risque cardio-neuro-vasculaire.⁴⁰

Ainsi, devant l'enjeu de santé publique que représente l'AVC, tous les moyens disponibles doivent être mis en œuvre pour améliorer la prise en charge des patients et limiter la survenue des récurrences. Un outil pédagogique destiné à une amélioration de la connaissance des patients, à un meilleur suivi par les médecins et à une meilleure communication entre patients et médecins semble être un moyen d'amélioration. Avant la délivrance d'un tel outil, il semble nécessaire d'évaluer les besoins des patients et des médecins généralistes dans ce domaine.

Pour répondre à ces questions, deux études ont été réalisées conjointement, comme précisé au début de l'introduction. Cette étude s'intéresse à la partie des médecins généralistes.

2 METHODOLOGIE

2.1 OBJECTIFS PRINCIPAUX ET SECONDAIRES

L'objectif principal de cette étude est d'identifier les difficultés que peuvent rencontrer les médecins généralistes dans la prise en charge secondaire d'un patient ayant eu un IC ou un AIT.

L'objectif secondaire est de recueillir leur avis sur l'élaboration d'un outil pédagogique, à la fois informatif pour le patient et de suivi pour le médecin généraliste.

2.2 TECHNIQUE QUALITATIVE

2.2.2 Le choix de l'approche qualitative

Dans le domaine de la santé se développent depuis les années 90 des études avec une approche qualitative. Complémentaire de la recherche quantitative, la recherche qualitative ne cherche pas à quantifier ou à mesurer mais à recueillir des données verbales permettant une démarche interprétative.⁴¹ Elle débute par un travail d'observation et se termine par une hypothèse explicative.

D'abord utilisée dans les sciences sociales et humaines, l'approche qualitative s'adapte bien au domaine de la santé par la compréhension des comportements des acteurs du système de santé.

De nombreuses études quantitatives menées sur le sujet ont montré un défaut de prise en charge des facteurs de risques cardio-neuro-vasculaire après un AVC en lien avec une mauvaise prise de conscience de ces risques par les patients et un défaut de prise en charge des médecins. C'est pourquoi, nous avons choisi de réaliser une étude qualitative capable d'appréhender les difficultés des praticiens dans leur suivi chronique.

2.2.2 Le choix de la technique de l'entretien semi-structuré

Il existe plusieurs méthodes de recueil de données possible en recherche qualitative.⁴² La technique par entretien permet le recueil d'informations détaillées sur des thèmes définis à l'avance sur une grille d'entretien. Cependant, comme le souligne Blanchet⁴³, « l'entretien, comme technique d'enquête, est né de la nécessité d'établir un rapport suffisamment égalitaire entre l'enquêteur et l'enquêté pour que ce dernier ne se sente pas, comme dans un interrogatoire, contraint de donner des informations ».

Le but de ce travail est d'identifier les difficultés des médecins généralistes dans le suivi de patients ayant eu un AVC ou un AIT. Il s'agit donc de caractériser les déterminants d'une pratique professionnelle, à savoir leurs comportements et les interactions entre les autres professionnels de santé et les patients. Leur avis personnel demandé pouvant être source de confidences se prêtait moins à la technique de groupe.

La technique par entretiens individuels semi-structurés permet ainsi d'explorer des thèmes définis par une série de questions ouvertes, à partir desquelles l'enquêteur et l'enquêté peuvent diverger afin d'approfondir certaines notions. Effectivement, il nous a été permis d'explorer certains champs non introduits initialement dans la grille.

2.3 REALISATION DE L'ENQUETE

2.3.1 L'élaboration de la grille d'entretien

Les *interviews* ont été menés à l'aide d'une grille d'entretien définitive. Elle a nécessité la réalisation d'entretiens tests, de lecture sur le sujet et d'une journée de formation sur une période de 4 mois.

La première grille d'entretien (annexe 2) a été « testée » auprès de deux médecins généralistes exerçant dans le centre de ville de Grenoble, non connus par l'enquêtrice. Ces entretiens se sont déroulés le 14 décembre et le 17 décembre 2010. Il n'y a pas eu d'enregistrement en raison d'un problème technique du matériel. Ils ont permis d'évaluer la pertinence des questions et de les modifier tant sur les formulations que sur le fond. Ils ont également permis d'évaluer la durée de chaque entretien.

Le 15 mars 2011, nous avons participé à une demie journée de formation sur la recherche qualitative. Cette séance a permis d'approfondir les techniques de la méthodologie qualitative, et de choisir un matériel Audio performant.

La deuxième grille d'entretien (annexe 3) a été étudiée par deux entretiens tests le 15 avril et le 18 avril 2011. Ils nous ont permis de se familiariser avec la technique d'entretien et de modifier l'ordre des questions pour une recherche de mise en confiance entre l'interviewer et l'interviewé.

La grille d'entretien définitive (annexe 4) a été ensuite élaborée contenant les thèmes suivants :

1. Le médecin et ses difficultés dans le suivi d'un patient ayant eu un AVC
2. Le médecin et la coordination des soins
3. Les connaissances et le manque d'information sur la prévention secondaire après un AVC
4. Les améliorations proposées en rapport avec les difficultés
5. La suggestion d'un outil pédagogique

2.3.2 Le matériel d'enregistrement

Tous les entretiens ont été enregistrés avec le matériel suivant : un ordinateur portable personnel muni d'un microphone. Le logiciel utilisé sur le PC a été « *Audacity* ».

2.3.3 Le recrutement des médecins généralistes

Ont été inclus initialement les médecins généralistes installés exerçant dans l'agglomération grenobloise et que nous ne connaissions pas à titre personnel.

Ils ont été choisis dans l'annuaire des pages jaunes avec une volonté de diversifier l'échantillonnage de la population étudiée, en particulier le genre et le lieu d'exercice.

2.3.4 La taille de l'échantillon

Il n'y a pas de règle pour la taille de l'échantillon en recherche qualitative. Le nombre d'entretiens est inconnu au départ de l'enquête. Une extension de l'échantillon a été jugée intéressante pour obtenir des données pouvant venir modifier l'analyse. Un recrutement en milieu rural a donc été réalisé pour les derniers entretiens. L'absence d'éléments nouveaux fût un motif d'arrêt du recrutement.

2.3.5 La réalisation des entretiens

Les médecins ont été initialement contactés par téléphone. Nous nous sommes présentés en tant que remplaçante de médecine générale désirant les interroger dans le cadre de notre thèse de médecine sur la prévention secondaire de l'AVC ischémique.

Les entretiens se sont déroulés sur une période de 5 semaines du 31 mai au 30 juin 2011. Dans la majorité des cas, ils ont eu lieu au cabinet du médecin interrogé, sur une plage horaire de consultation de 30 minutes. Un seul entretien s'est déroulé au domicile du médecin sur une journée de repos.

Au début de l'entretien, nous avons demandé au médecin généraliste de répondre à un questionnaire permettant d'établir des données générales. Pendant ce temps, nous préparions le matériel d'enregistrement. Nous précisions alors le sujet de la thèse et expliquions la méthode qualitative. Nous disposions de la grille d'entretien, et de la synthèse des recommandations professionnelles de l'HAS de 2008 sur la prévention vasculaire après un IC ou un AIT (annexe 1).

Tous les entretiens ont été anonymes.

2.4 METHODE D'ANALYSE

2.4.1 La transcription

L'intégralité des transcriptions est présentée en annexe 7, suivant les dates de réalisation des entretiens. Les entretiens retranscrits ont été annotés de la manière suivante : « E suivi d'un chiffre ». Par exemple, E1 indique que c'est le premier entretien.

Chaque entretien a été retranscrit *verbatim* à partir des enregistrements.

Nous avons également noté les passages non verbaux tels que les intonations, les rires ou bien encore les temps de réflexions. Certaines hésitations (heu, quoi, voilà...) ont été remplacées par des pointillés pour une meilleure lisibilité.

Le logiciel de traitement de texte a été « Word ».

2.4.2 L'analyse des données

Il existe plusieurs types d'analyses. Dans cette étude, nous avons choisi l'analyse thématique qui est davantage centrée sur les thèmes que sur les mots.

Plusieurs thèmes ont émergé lors de l'analyse des entretiens en rapport avec ceux de la grille d'entretien. L'analyse a été faite dans un premier temps par la lecture de chaque entretien afin de déterminer les éléments saillants. Plusieurs lectures de l'ensemble des entretiens ont été nécessaires : les thèmes émergents du discours et quelques mots-clés ont été mis en marge. Les phrases du texte ont été surlignées pour illustrer les idées.

Sur un autre fichier, les différents thèmes retrouvés ont été classés. Les informations d'un même thème ont été ainsi rassemblées puis classées en sous-thèmes.

3 RESULTATS

3.1 DESCRIPTION DE L'ECHANTILLON DES MEDECINS INTERROGES

Vingt entretiens ont été réalisés (annexe 7). Il y a eu un rendez-vous manqué par oubli du médecin qui n'a pas été recontacté par la suite. La moitié des médecins contactés a accepté la rencontre. Les raisons de refus ont été le manque de temps et des orientations d'exercice différentes de la médecine générale.

Les principales caractéristiques démographiques : sexe, âge, années d'installation, mode et zone d'exercice sont représentées dans le tableau ci-dessous et détaillées en annexe 4.

Tableau 2 : les caractéristiques des médecins interrogés

CARACTERISTIQUES	MEDECINS INTERROGES
	N=20
H/ F	14/ 6
âge	Moyenne de 51,2 ans +/- 8,3
Années d'installation	Moyenne de 18,7 années +/- 9,9
U/ SR/ R	15/ 3/ 2
S /A	12 /8
Nombre total de patients AVC/ AIT : 0 /entre 1-5 /entre 6-10 /entre 11-15 / >15	1/ 1/ 4/ 6 /8

H= homme ; F= femme ; U=urbain ; SR=semi-rural ; R=rural ; S=seul ; A=en association

Dans la population de médecins interrogés, on notait 70% d'hommes et 30% de femmes.

La moyenne d'âge était de 51,2 ans +/- 8,3, allant de 36 ans à 64 ans.

La moyenne d'années d'installation était de 18,7 ans +/- 9,9, allant de 1 an à 34 ans.

Soixante quinze pourcent exerçaient en zone urbaine, 15% en zone semi-rurale et 10% en zone rurale.

Soixante pourcent étaient installés seuls et 40% en association.

Soixante dix pourcent déclaraient avoir plus de 10 patients ayant eu un AVC ou un AIT dans leur patientèle et 30% moins de 10 patients au total.

3.2 LES RECOMMANDATIONS SUR LA PREVENTION VASCULAIRE DE L'ACCIDENT VASCULAIRE CEREBRAL VUES PAR LES MEDECINS GENERALISTES

3.2.1 La connaissance des recommandations

a) Les sentiments sur leurs connaissances

Tous les médecins semblaient bien connaître les recommandations et le contrôle des facteurs de risque cardio-neuro-vasculaire :

« je les connais par cœur » (E7), « que je les ai lues là ou ailleurs, je les ai lues 20, 30, 100 fois. (...) Tabac, alcool, obésité, on les connaît par cœur » (E14), « tension artérielle, oui. Lipides, oui bien sûr. Diabète, oui bien sûr. Tabac, alcool, obésité, ça paraît une évidence » (E2).

Un des médecins a même fait référence aux études faites sur le sujet :

« ils doivent faire référence à l'étude Progress » (E10).

Le suivi médical d'un patient ayant eu un AVC ou un AIT a paru soulever peu de difficultés :

« la base du traitement est standard » (E8), « Après, c'est un truc assez simple. Ce n'est pas très compliqué l'AVC » (E9), « c'est assez standardisé » (E15), « ce n'est pas très compliquée comme maladie, c'est plutôt simple » (E16), « Pour nous, le suivi médical est relativement simple pour les AVC » (E18).

Une majorité a expliqué le caractère ordinaire de la prise en charge des facteurs de risque vasculaire dans l'exercice de la médecine générale :

« le risque cardio-vasculaire, c'est central dans notre exercice d'une façon générale que ce soit en prévention primaire, secondaire, que ce soit de l'AVC ou de l'infarctus du myocarde. C'est vraiment central. Soixante dix pourcent de notre boulot, c'est le risque cardio-vasculaire. » (E14), « ça fait parti de mon quotidien » (E7), « le suivi médical, c'est le boulot de base » (E20).

Certains signalaient l'absence de nouveauté dans le domaine :

« il n'y a pas eu de choses révolutionnaires qui sont apparues depuis que je suis sortie de la fac » (E15), « il n'y a rien de nouveau » (E9, E17), « ce n'est pas nouveau » (E7).

b) Les sources de connaissances

Les médecins portent de manière générale un réel intérêt à la mise à jour de leurs connaissances. Les revues médicales et les formations médicales ont été les sources d'informations principalement citées (16 fois et 13 fois respectivement). Internet devient une source particulièrement utilisée au cours des consultations.

Les courriers des spécialistes ont été cités 5 fois comme étant un bon moyen de se tenir au courant :

« Et puis les comptes-rendus, parfois on découvre des trucs » (E9), « je lis beaucoup les courriers des spécialistes lorsqu'ils sont de qualité, ce qui est le cas des neurologues » (E17), « les courriers des spécialistes dans certains domaines. Quand je reçois une lettre du cardiologue, néphrologue ou neurologue qui me paraît très pertinente, j'en fais une photocopie et je la mets dans un dossier pour pouvoir m'en resservir pour quelqu'un d'autre » (E20).

Les recommandations professionnelles de l'HAS ont été citées une fois comme étant une source d'informations (E19). D'ailleurs, lorsque nous présentions la synthèse des recommandations, la plupart ne l'avait jamais lue sous cette forme. Les freins annoncés ont été le trop-plein d'informations et le manque de temps pour leur lecture :

« on est déjà noyé sous les publications diverses » (E14), « ça m'arrive de les lire quand j'ai un peu de temps » (E16).

Cinq médecins ont exprimé clairement leur refus de recevoir les délégués médicaux ou de participer aux « soirées labo » (E2, E4, E7, E10, E13).

3.2.2 Les critiques

A la lecture des recommandations, certains médecins ont critiqué les objectifs parfois trop restrictifs :

« on est de plus en plus exigeant sur les chiffres, donc je ne sais pas jusqu'où on peut aller » (E7).

Le mot « doute » est utilisé par trois médecins (E10, E11, E14).

« j'ai quand même des doutes concernant toutes ces prescriptions très savantes » (E11).

« je peux être en marge de certains médecins et des courants mais j'ai des gros doutes sur l'intérêt des statines, sur le bénéfice des statines » (E10).

« qu'elles (HAS et Afssaps) me disent des vraies choses que je peux croire et que je n'ai pas besoin de mettre en doute, qui soit vraiment des recommandations » (E14).

Ils ont parfois exposé franchement leur désaccord :

« ça fait déjà deux trucs où je n'adhère pas. J'aurais du mal à vendre le message à mes patients. » (E10),

« on suit les reco mais en pratique, c'est clair je ne suis pas croyant » (E5),

que ce soit au niveau des objectifs tensionnels :

« là où je ne suis pas d'accord, c'est sur les chiffres tensionnels à obtenir ...il y a même quelques études récentes qui viennent de sortir...Bon là ils mettent 130/80, ça va. Ils sont descendus plus bas et c'était très délétère aussi de descendre trop bas » (E8),

des objectifs lipidiques :

« LDL inférieur à 1g/l, je ne suis pas forcément d'accord » (E16),

et des objectifs glycémiques :

« par rapport à un objectif d'hémoglobine glyquée (...), je ne me reconnais pas dans l'objectif parce qu'il y a plus de risques et de complications sur une hémoglobine glyquée basse que sur une hémoglobine glyquée plus haute » (E10), « l'hémoglobine glyquée, maintenant les valeurs ce n'est plus trop ça » (E15).

3.2.3 L'applicabilité des recommandations

L'application des recommandations ne semble pas si facile :

« je pense qu'en tant que recommandations, elles sont logiques, en tant qu'application de terrain, elles sont complexes » (E5), « elles sont plus ou moins facile à mettre en œuvre » (E6), « ça, c'est pondu dans un bureau quelque part et je ne sais pas par qui, mais en pratique ce n'est pas évident à faire » (E10), « entre les connaitre et les appliquer, c'est deux mondes différents » (E12).

La moitié des médecins a séparé la facilité d'application entre les prescriptions médicamenteuses et non médicamenteuses. Nombreux ont mentionné la difficulté au niveau des mesures hygiéno-diététiques :

« en raccourci, tout ce qu'on peut traiter par des médicaments, on arrive à stabiliser, à améliorer. Tout ce qui est du ressort de la personne, on ne peut donner que des conseils » (E2), « tout ce qui est non médicamenteux, c'est déjà plus difficile » (E6), « les règles de base qui sont pas trop salé, activité physique, maitriser son poids, équilibre au niveau alimentaire, c'est déjà plus dur » (E7), « la partie hygiéno-diététique, c'est ce qu' il y a de plus dure » (E9).

L'arrêt du tabac semble être pour la moitié des médecins un combat difficile (E1, E4, E5, E8, E9, E11, E12, E13, E16, E17) :

« on a un rôle mais on a un taux d'échec quand même phénoménal dans ces histoires de tabac » (E9), « par contre, il y a un domaine où l'on est complètement nul dans les facteurs de risque, c'est le tabac. (...). Je me dis : c'est une catastrophe » (E17).

3.2.4 Les manques de connaissances

La majorité des médecins interrogés sur la question : « Y a-t-il eu des informations qui vous ont manquées ? » a répondu négativement.

Ils ont estimé n'avoir pas de manque d'information médicale concernant le suivi du patient victime d'AVC ou d'AIT. Dans le cas contraire, ils ont expliqué qu'ils arrivaient facilement à palier cette difficulté :

« on se pose des questions et on va chercher l'information.(...) Je n'ai pas le sentiment d'avoir loupé beaucoup de choses. » (E4, 43 ans), « après il y a des trous mais je n'ai pas l'impression d'être trop sur la touche » (E7, 51 ans), « je ne pense pas être encore périmée » (E15, 41ans), « les informations d'ordre médicales, on les a quelque part. On les a dans un tiroir » (E10, 40 ans), « comment fait-on quand on ne sait pas. Et bien, on peut ouvrir le Vidal, on peut ouvrir Wikipédia, on peut téléphoner à un confrère » (E14, 54 ans), « sur des questions qu'ils auraient pu me poser ? (...). Pas vraiment parce que maintenant, on a Internet » (E11, 63 ans).

Un jeune médecin a tout de même exprimé un manque de connaissance sur les nouveaux médicaments et leurs posologies :

«J'ai eu comme difficulté de la gestion des statines introduites par le CHU, le Tahor 80 notamment, où je ne savais pas trop jusqu'à quand il fallait que je le laisse à 80. J'ai posé la question. (...) Quand ils sortent sous Aspirine, au niveau du dosage j'ai souvent du mal, lesquels on met à 160, lesquels à 325. » (E19, 36ans).

Les médecins ont noté l'importance de certains facteurs de risque :

« *la tension, le cholestérol, le tabac, le diabète. Il y en a d'autres mais ce sont les quatre grands principaux* » (E14), « *le contrôle de la tension, c'est un des éléments les plus importants* » (E5).

Cependant, parmi les facteurs de risque cardio-neuro-vasculaire, l'alcool paraissait être oublié, parfois même non connu parmi les facteurs de risque. Trois médecins nous ont interrogé sur la réalité de ce risque :

« *par contre, l'alcool dans les facteurs de risque cardio-vasculaire, je n'avais pas la notion.(...) ça joue ?* » (E3, 43 ans), « *l'alcool, est-ce un facteur de risque ?* » (E5, 50 ans), « *l'alcool, est-ce qu'il le considère réellement comme un facteur de risque ?* » (E13, 52 ans).

Deux autres ont avoué leur oubli :

« *l'alcool, j'y pense moins* » (E4, 43 ans), « *je pense à l'alcool (..) que j'oublie tout le temps* » (E19, 36 ans).

3.2.5 Les manques de compétences

Les médecins, aussi bien les hommes que les femmes, ont avoué leurs manques de compétences pour conseiller efficacement les patients au niveau de la nutrition et de la diététique :

« *quand je suis sortie de la fac, je pense que je n'avais pas les bases* » (E3) ; Ce médecin a fait plusieurs formations sur la nutrition et se dit actuellement plus compétente dans ce domaine.

« *une bonne information diététique passe à mon avis par des spécialistes formés à la diététique et ça ce n'est pas le cas pour la plupart d'entre nous (les médecins généralistes)* » (E5),

« *ça va être des données larges que je vais donner (...) mais affiner la diététique pure, ce n'est pas possible* » (E8),

« *honnêtement, mes bases de nutrition sont très loin et j'en ai vraiment pas beaucoup* » (E15).

On a retrouvé ce défaut de compétence au niveau des recommandations avec la notion de sel qui parfois n'était pas évoquée auprès des patients:

« *dire aux gens de manger moins de 6g, je ne leur dis pas parce que j'en ai aucune idée* » (E15),

« *les apports en sel, je ne suis pas du tout bonne* » (E19).

3.3 LES POINTS DE VUE DES MEDECINS GENERALISTES CONCERNANT LA PRISE EN CHARGE SECONDAIRE DES PATIENTS VICTIME D'AVC OU D'AIT

3.3.1 Concernant les médicaments

a) Les croyances médicamenteuses : « la puissance » du médicament

La prescription des médicaments par les médecins et la prise des médicaments par les patients fait référence à la technique et à tous les avantages s'y attachant.

Dans le domaine de l'AVC, les médecins ont semblé satisfaits des progrès apportés.

Il existe une notion de rapidité : « *pour l'hypertension, c'est plus simple. Ils viennent, on modifie le traitement. Ils partent, le traitement est nouveau* » (E6, 61 ans).

Il existe une notion de facilité : « *avec les traitements, on arrive facilement à gérer* » (E12, 50 ans), « *on peut les (les médicaments) renforcer* » (E2, 63 ans).

Il existe une notion d'efficacité : « *le traitement pour les lipides est très efficace* » (E17, 57 ans), « *d'un point de vue thérapeutique, on est bien armé maintenant pour palier à des pathologies hypertensives ou autres* » (E18, 50ans).

Pour le patient, le médicament semble être une protection, lui permettant une certaine liberté parfois absurde :

« *les gens aiment bien prendre des médicaments* » (E2), « *les patients préfèrent prendre les médicaments* » (E3), « *ils ont plus confiance dans les médicaments* » (E4), « *le weekend quand ils font la fête, ils prennent deux comprimés au lieu d'un* » (E7), « *j'ai quelque chose pour le cholestérol, je peux manger plus librement* » (E8), « *vous savez les antidiabétiques oraux avec un grand verre de coca, ça part bien* » (E14).

b) Les craintes envers les médicaments

Cette prise médicamenteuse est fortement régulée par l'apparition des effets indésirables.

« *ils n'ont pas trop de mal à prendre sauf effets secondaires majeurs* » (E7),

« *il y a un traitement standard pour l'infarctus ou pour l'AIT. Et après, c'est un problème de tolérance* » (E8).

Parmi les classes médicamenteuses, les statines ont été citées comme celles présentant des effets secondaires fréquents (essentiellement les douleurs musculaires, notion de pancréatite aigüe évoquée une fois (E17)) en lien parfois avec les fortes posologies administrées. Un médecin a signalé que cela représente un tiers de ses patients :

« *Et il y a les effets de plus en plus fréquents des statines, notamment les effets musculaires. Sur dix patients, il y en a trois qu'on arrête soit tout de suite, soit au bout de deux mois* » (E20).

Les arrêts ou les posologies inadaptées de certains médicaments ont été signalés comme secondaires à ces effets indésirables :

« Après théoriquement, il faut un IEC. Si le patient se retrouve avec 80/50 de tension, il me dit : « je me traîne lamentablement, je ne peux plus rien faire ». Je ne vais pas le laisser avec son IEC ou alors, je vais diminuer tout doucement les doses pour voir jusqu'à quelle dose minimale il tolère. C'est le même problème avec les statines » (E8),

« Pas plus tard que la semaine dernière, un monsieur de 83 ans est sorti avec une statine, un Tahor à 80mg. Au bout de trois jours, il ne peut plus marcher, donc il faut savoir parfois réajuster les traitements » (E18).

c) L'observance du patient

Nous avons retrouvé dans la majorité des entretiens que l'observance médicamenteuse du patient semble correcte pour les médecins, surtout dans cette pathologie précise :

« Mais en règle générale, mes patients qui ont eu un AVC sont assez rigoureux dans leur suivi médical. Autant ils ne devaient pas l'être auparavant, autant l'AVC leur a fait suffisamment peur, plus que l'infarctus du myocarde ou le diabète » (E18).

Cependant, l'assiduité des prises du traitement sur le long terme n'apparaissait pas si évidente pour certains médecins :

« parfois j'ai l'impression qu'ils ne sont pas forcément convaincus. Donc, je ne sais pas s'ils sont vraiment observants sur le long terme » (E10),

« dans le suivi, c'est plutôt la compliance au traitement. La première année, ça va, puis après ça dépend des gens » (E9).

3.2.2 Concernant les règles hygiéno-diététiques

a) La frustration des médecins

Les règles hygiéno-diététiques sont connues et abordées par tous les médecins interrogés. Le terme « conseils » a été utilisé par 8 médecins. Les mots « rabâcher » (E2, E10, E12), « tara busquer » (E11), ainsi que les phrases « il faut revenir régulièrement » (E10), « une fois qu'on l'a dit 10 fois au patient, on continue » (E12) ont été utilisés pour montrer la nécessité de répéter le discours.

La majorité des médecins a signalé que ces règles n'étaient pas appliquées et suivies par les patients.

Ils ont exprimé un sentiment d'échec avec l'utilisation d'adjectifs négatifs à leur égard :

« c'est peut-être moi qui suis mauvais » (E2), « le poids, c'est probablement là où l'on est le plus inefficace » (E4), « on est très mauvais là-dedans » (E9), « j'ai l'impression de ne pas y arriver » (E10), « le rendement de ce type de discours est minime » (E17).

Motiver le patient à un changement de style de vie a été synonyme d'intrusion dans la vie privée des patients, ce qu'ils n'étaient pas forcément prêt à accepter. Les médecins ont un fort sentiment de « déranger » (E9 et E17), d'« emmerder » (E14), d'« embêter » (E14), et de « choquer » (E17) leurs patients.

Leurs propos ont fait souvent référence à une sorte de frustration ou à un état de résignation :

« *parfois personnellement, je ne me bats pas sur certains points parce que je sais que ce n'est pas la peine parce qu'il y a tout un contexte qui fait que de toute façon, ça ne servira à rien* » (E8), « *on ne sait pas trop bien à quoi on sert* » (E9), « *j'ai l'impression que ça n'importe pas* » (E19), « *c'est limite utopique que de vouloir changer leurs habitudes* » (E3), « *après il font ce qu'ils veulent* » (E12, E16), « *les règles hygiéno-diététiques, c'est une plaisanterie sur le long terme* » (E5).

b) La solitude des médecins

Les médecins se sentent seuls et non soutenus dans cette approche des règles hygiéno-diététiques :

« *on a du mal à être aidé pour les soutenir* » (E2), « *on est démuné, on n'a pas de répondant* » (E9), « *on se sent un peu seul* » (E20).

Une partie des médecins ont reproché le système de soin de ne pas faciliter l'accès aux prescriptions non médicamenteuses et de ne proposer aucun remboursement que ce soit au niveau du recours des diététiciens, psychologues, l'aide thérapeutique à l'arrêt du tabac et l'accès au sport (E2, E8, E9, E17, E19).

D'ailleurs, peu de médecins (3/20) ont mentionné leur recours à des diététiciens pour les aider dans la prise en charge de la surcharge pondérale.

3.2.3 Concernant l'éducation du patient

a) Une notion importante

Dans l'ensemble des entretiens réalisés, les médecins ont été soucieux de l'information qu'ils apportaient à leurs patients. Que ce soit pour la compréhension de la maladie, du traitement ou des règles hygiéno-diététiques, le terme « *expliquer* » a été repris par 16 médecins. Les autres termes employés ont été « *faire passer le message* » (E17 et E19), « *donner des messages* » (E10), « *nous, on est là pour les informer* » (E15), et « *sensibiliser* » le patient (E17 et E11).

Certains médecins ont insisté sur l'importance de développer une relation pédagogique avec leurs patients atteints de maladies chroniques :

« *quand vous aurez fini, vous saurez tout sur la médecine, (...) mais ce n'est pas ça qui est important, c'est le fait d'être un bon pédagogue c'est-à-dire de faire passer quelque chose avec un message clair* » (E17, 57 ans), « *il y a un aspect relationnel qui est très important* » (E11, 63 ans).

Ils ont fait la comparaison avec les enseignants : « *enseigner* » (E11) et « *c'est comme si vous étiez enseignant* » (E17).

Le terme « Eduquer » est ressorti spontanément dans 5 entretiens (5, 10,14,17,18). Lorsque nous les avons interrogés sur le sujet, les ressentis ont été clairs : l'éducation thérapeutique reste importante dans la prise en charge globale du patient chronique :

« *c'est un des élément de la prise en charge* » (E5,50 ans), « *c'est l'avenir de la médecine* » (E18, 50 ans), « *je pense que c'est important* » (E10, 40 ans).

b) Le langage médical : une source de confusion

Un autre point a été souligné par certains médecins : l'importance du langage utilisé et la quantité de l'information donnée :

« *Il faut faire attention à l'information qu'on donne, je trouve, parce qu'il y a beaucoup d'informations qu'on peut donner. Sur une consultation, on peut donner tellement de choses que le patient va sortir avec une idée et qui sera peut-être même pas celle qu'on aura voulu lui faire passer dans le message* » (E10), « *on a des termes particuliers qui font que quand on parle aux gens, pour eux les choses ne sont pas évidentes. (...) il faut se mettre à la hauteur des gens* » (E17, 57 ans).

D'ailleurs, pour une meilleure compréhension de l'information, certains ont mentionné qu'ils utilisaient des dessins et /ou des schémas :

« *ce que j'utilise ce sont des documents avec parfois des trucs à cocher* » (E11, 63 ans), « *j'aime bien faire des dessins* » (E12, 50 ans), « *je pense que si l'on peut leur montrer quelque chose d'objectif comme des rétrécissements au niveau des carotides ou des choses comme ça, ça leur parle* » (E13, 52 ans), « *moi je suis très schéma, je leur fais beaucoup de dessins, je leur parle un peu de plomberie* » (E15, 41 ans).

c) Les barrières à sa mise en œuvre

Les médecins ont signalé deux freins principaux quant à l'éducation du patient.

Cette pratique est insuffisamment enseignée et évaluée sur les bancs de la faculté :

« *leur (les médecins) apprendre à apprendre à éduquer les patients parce que c'est une vraie éducation qu'il faut faire. Ça ne se fait pas par hasard, il faut savoir faire* » (E18, 50 ans),

« *je pense qu'il y a un aspect de communication que les médecins n'ont pas parce qu'ils n'ont pas été formé ou alors on n'a pas le feeling pour ça* » (E11, 63 ans), « *c'est une notion délicate, on nous l'apprend pas en médecine et je veux dire c'est quelque chose auquel vous allez être confrontée* » (E17, 57 ans).

D'autres ont précisé la difficulté d'exercer « *cette éducation* » sur une simple consultation de médecine générale en rapport avec le manque de temps :

« *la plupart des généralistes sont débordés et c'est assez chronophage d'expliquer tout ça et ils n'ont pas toujours le temps* » (E3, 43 ans),

« *l'éducation thérapeutique en médecine générale, on a rigoureusement pas le temps de la faire* » (E5, 50 ans).

3.2.4 Concernant l'environnement du patient

a) La coordination des soins

⇒ La communication avec les spécialistes neurologues

La communication entre les médecins généralistes et les spécialistes se fait soit par courriers, soit par téléphone mais l'accès aux spécialistes hospitaliers a été jugé « moins direct », et source de perte de temps : « pour avoir quelqu'un, on perd un temps monstre » (E16).

Certains médecins ont évoqué le fait qu'ils n'étaient pas à l'initiative du traitement. Leurs prescriptions faisaient suite à celle du neurologue hospitalier :

« je suis souvent plutôt renouvelleur que primo-prescripteur » (E1), « ils (les patients) avaient déjà leur ordonnance de sortie » (E3), « ce n'est pas nous (les médecins généralistes) à l'initiative des traitements » (E4), « on repart entre l'ordonnance du cardiologue (...) la nôtre, celle de l'hôpital. Il faut faire un mixte de tout ça » (E17), « les patients ont une ordonnance bien établie qu'on réajuste de temps en temps » (E18).

Une difficulté principale a été énoncée. Les médecins ont été nombreux à penser que les courriers des spécialistes hospitaliers arrivaient tardivement (9/20) dans les suites de l'hospitalisation du patient. Face au patient et sans information valide, ils semblent contrariés de ce défaut de communication :

« les gens sortent et on n'a pas les comptes-rendus. Les gens viennent nous voir et disent : « il faut faire ça » mais on n'a jamais reçu la lettre. Et quand on veut appeler, ils (les médecins hospitaliers) sont soit en visite, soit ailleurs. Non, ce n'est pas top » (E15).

Dans la volonté d'améliorer la prise en charge aiguë des AVC, l'unité de neuro-vasculaire de Grenoble a mis en place un numéro d'urgence. Seulement un médecin a fait référence de ce lien avec l'hôpital (E13).

Trois médecins aimeraient d'ailleurs avoir un référent hospitalier avec un accès direct et rapide :

« j'aimerais toujours avoir un contact plus direct avec l'hôpital » (E4), « on aimerait avoir quelqu'un qui soit vraiment référent qu'on puisse appeler rapidement » (E17), « ce qui nous manque, c'est la facilité d'accès à un correspondant ou un avis spécialisé par téléphone » (E18).

⇒ La communication avec les paramédicaux

La prise en charge globale avec les autres professionnels de santé a été jugée correcte dans la région grenobloise, comme l'a spécifié un des médecins qui a travaillé en dehors du département (E14). Les kinésithérapeutes semblaient être disponibles et efficaces. Les relations avec les infirmières n'ont pas soulevé de difficultés. Tous ont été d'accord qu'il existait un bon réseau informel.

b) Les autres aspects médicaux

⇒ Les peurs

Les médecins sont conscients que l'AVC a été traumatisant pour le patient. Le mot « peur » a été repris dans 7 entretiens (E5, E6, E9, E15, E17, E18, E19). Les autres ont utilisé des termes expliquant l'impact brutal subi par le patient :

« ils ont quand même été assez marqués » (E1), « ça peut être tellement un chamboulement dans sa vie » (E10), « d'un seul coup, on a l'impression que l'on pose une bombe » (E17), « l'AVC a suffisamment ébranlé » (E18), « ils ont une épée de Damoclès sur la tête » (E18).

La notion que tout peut revenir semble être présente dans l'esprit du patient :

« une fois qu'ils ont fait ce genre de problème, ils se rendent compte que ça peut être plus grave » (E16), « quand ils l'ont fait, ils sont un peu plus prudents » (E17).

Deux praticiens ont expliqué d'ailleurs que l'accident vasculaire cérébral était un bon moyen pour sensibiliser le patient et l'entourage aux facteurs de risque cardio-neuro-vasculaire :

« Je pense qu'en même que l'accident vasculaire est un bon moyen d'entrer en communication sur les risques et les facteurs de risque » (E5),

« l'AVC est un bon moyen pour éduquer les patients » (E18).

⇒ Les troubles moteurs et psychiques

D'autres conditions médicales rivalisent avec les efforts des patients et des médecins à contrôler les facteurs de risque de cardio-neuro-vasculaire.

Certains praticiens (5/20) ont reconnu l'importance des aspects psychiques dans la prise en charge globale du patient. La dépression a été le plus souvent citée comme état secondaire des AVC :

« il a aussi un état anxio-dépressif, donc c'est assez difficile de faire la part des choses » (E14),

« souvent, il y a des syndromes dépressifs derrière les AVC et s'ils (les patients) se laissent glisser, ce n'est pas évident » (E15),

« lorsque vous avez fait un AVC, vous êtes tellement diminué et dépressif (...). Vraiment, ils ont l'impression que quelque chose leur tombe sur la tête. C'est comme si vous annonciez à quelqu'un qu'il a un cancer et qu'il ne lui reste plus que six mois à vivre. Les gens, ils sont sidérés » (E17).

Un médecin a fait la remarque de l'adaptation de la vie après un AVC :

« parce que je crois qu'il y a un avant et un après qui est physiologique. Je pense qu'il y a un après et il y a des gens qui ont du mal à récupérer quand même. Il y a des troubles de la concentration, des troubles amnésiques et un état un peu dépressif » (E20).

Peu de médecins ont évoqué leur difficulté face aux « handicaps », ou aux « séquelles » suite à l'AVC :
« *ce n'est pas évident de vivre avec un handicap comme ça. (...). Après une fois qu'ils ont récupéré ou pas, au bout d'un moment ça n'évolue plus et ils restent avec des séquelles. Ça peut être des séquelles douloureuses avec beaucoup de douleurs parfois* » (E14),

« *Ce qui est plus compliqué à prendre en compte, ce sont les petites complications liées aux séquelles, la spasticité, les troubles aphasiques, les troubles moteurs (...) ça pose de vrais problèmes dans la vie de tous les jours* » (E18).

Pour deux médecins (E17, E18), le côté socioprofessionnel a paru être une difficulté dans la prise en charge du patient. Un médecin (E18) a expliqué la difficulté de la réinsertion ou la réadaptation professionnelle chez les sujets encore actifs. Un autre (E17) a souligné la difficulté de mettre en place rapidement les dossiers sociaux.

3.4 LES AXES D'AMELIORATION A LA PREVENTION SECONDAIRE DE L'ACCIDENT VASCULAIRE CEREBRAL

Les résultats ont été regroupés en deux sous parties. La première partie va répondre à l'objectif secondaire de la thèse à savoir l'utilité d'un outil pédagogique, puis nous aborderons d'autres axes d'amélioration au niveau du médecin proposés spontanément lors des entretiens.

3.4.1 En réponse à l'outil pédagogique

a) Utilité : pour ou contre

La question de l'utilité d'un outil pédagogique de type informatif pour le patient et de suivi pour le médecin a été posée à tous les médecins. Les résultats ont été récapitulés dans le tableau mis en annexe 6. Pour 18 d'entre eux, l'outil informatif serait intéressant pour le patient. Deux mettent des retenues à ce genre d'outil.

En ce qui concerne son utilité auprès du médecin généraliste, les réponses sont beaucoup moins claires. Neuf répondent positivement et six négativement. Deux médecins ne se positionnent pas tant qu'ils n'ont pas vu l'outil (E5 et E12) et trois d'entre eux sont restés évasifs sur la question.

b) Les caractéristiques

Les principales qualités soulignées par les médecins ont été « simple » (7 fois), « court » et « concis » (7 /20), « pratique » (5/20). Trois d'entre eux ont signalé l'importance d'y retrouver des dessins et des schémas (E1, E12, E13). Pour d'autres, l'avenir de ce genre d'outil réside dans le format informatisé (E6 ,E15, E19) parce que la forme papier est à risque de perdre l'outil. L'exemple donné reste celui du patient diabétique qui ne remplit pas ou qui ne rapporte pas son carnet de suivi glycémique (E7, E15).

Un médecin juge le format « papier » inadapté en expliquant que c'est une forme de « rappel à l'ordre » pour le patient :

« c'est encore leur rappeler qu'ils sont malades et qu'ils n'ont pas forcément envie de l'entendre. Et du coup, ils n'ont pas forcément envie d'avoir un dossier à la maison en plus du dossier chez le médecin » (E19).

Une autre caractéristique a été précisée par certains médecins. L'option d'un outil « personnalisé » a été affirmée. Pour certains patients, l'outil ne pourra être suffisant à une amélioration de l'information :

« ça va marcher avec certains et ça ne va pas marcher avec d'autres. Ça sera utile, ça sera aussi inutile pour certains. Ça va être un outil, il faut savoir à qui on le donne, pourquoi on le donne. Je sais qu'avec certains patients ça sera un outil que je ne pourrais pas donner parce que ça ne marchera pas. » (E10).

L'âge, le degré d'invalidité, le degré de compréhension pourront être des critères à la délivrance de l'outil :

« à 80 ans, ce n'est pas très grave mais ce n'est pas ces patients qu'il faut ... » (E5),

« Ceux pour lesquels c'est intéressant, c'est ceux qui ont des risques, ceux qui ont eu un AIT ou un AVC régressif en grande partie avec peu de séquelles, c'est-à-dire ceux que l'on va essayer de maintenir dans une vie normale. C'est pour eux que le boulot est le plus important et ceux-là, ils vont se laisser déborder de la même manière à mon avis » (E5),

« peut-être que certains ils ne sauront même pas lire en français » (E10),

« on a des difficultés chez des gens d'origine étrangère qui ont du mal à comprendre ou qui ont un niveau intellectuel limité (...) et chez les sujets âgés » (E20).

3.4.2 Les autres propositions

Nombreux ont été d'accord qu'ils devaient être aidés et soutenus dans le rôle d'éducateur. La vision de certains médecins s'est posée sur l'apparition d'une structure avec une équipe multidisciplinaire constituée de personnes formées et qualifiées.

Il leur a semblé nécessaire d'être relayé dans le domaine de la nutrition :

« peut-être que d'organiser un suivi spécialisé par des diététiciens » (E4), « une bonne information diététique passe à mon avis par des spécialistes formés à la diététique » (E5), « je pense qu'il faut qu'il y ait un forfait diététicienne » (E8), « Il faut un discours répétitif de consultations spécialisées pratiquement là dedans » (E17).

Six médecins ont utilisé le mot « réseau » :

« ça commence avec les réseaux » (E2), « un petit peu comme un réseau » (E4), « c'est vrai que pour le diabète à Grenoble, on a la chance d'avoir un réseau, une structure » (E8), « à moins que vous ayez une sorte de réseau » (E9), « c'est super des idées, il y en a plein des réseaux » (E10), « Alors maintenant il y a des choses qui se créent. Par exemple le Pr H. il a créé une structure qui s'appelle Proxidiab qui permet au diabétique d'aller se former sur leur pathologie » (E11), « Et est-ce qu'un réseau ne serait pas utile en neurologie ? un réseau de suivi des patients » (E18).

Certains émettent des avantages au développement de ce style de structure avec des ateliers en groupe et la possibilité pour les patients de partager et d'échanger :

« ça ne serait pas mal de leur faire des mini stages de formations du genre une demie journée à l'hôpital en groupe avec que des gens qui ont eu des AVC, qu'ils puissent en discuter » (E15).

Le mot «réseau» a fait parfois mauvais écho à l'oreille des médecins et quelques uns ont été partagés sur leur utilité :

« je n'aime pas les réseaux » (E8) , « j'aime pas ça » (E9), « alors les réseaux, c'est bien et ce n'est pas bien » (E11).

Les médecins ont parfois l'impression d'une perte de liberté et d'autonomie :

« le médecin généraliste veut bien qu'on lui débarrasse des trucs qui l'emmerdent mais il veut pas qu'on lui perde son patient » (E5), « on a l'impression les généralistes en tout cas d'être pris dans un système, où on a des obligations et presque que des obligations. On se sent un peu coincé » (E11).

La notion de disponibilité est requise :

« Les structures comme (...) sur son plan de fonctionnement par rapport aux autres réseaux qui existent, elle me convient beaucoup mieux parce qu'elle est vraiment à ma disposition. Et ça c'est le plus important » (E8).

4 DISCUSSION

4.1 A PROPOS DE LA METHODE

Nous avons basé notre étude sur des entretiens semi-structurés de médecins généralistes, rapportant ainsi leur croyance, leur pratique et leur vécu, et non sur l'observation extérieure des pratiques actuelles et réelles.

4.1.1 Les faiblesses de l'étude

Tout d'abord, le recrutement des médecins via les pages jaunes a pu entraîner des biais de sélection. Il est possible que les médecins ayant accepté de participer à cette étude portent plus d'intérêt pour cette pathologie. Il en résulte alors une meilleure connaissance, des attitudes peut-être plus favorables dans ce domaine. Cinq médecins ont évoqué leur désir d'avoir les résultats de l'enquête dans l'amélioration de leur pratique.

L'enquête a été menée par une seule et même personne sans formation approfondie en ce qui concerne les techniques d'entretien et la réalisation d'étude qualitative. Malgré une certaine rigueur dans la préparation et l'enregistrement des entretiens, le recueil des données a souffert du manque d'expérience et d'habileté de l'enquêtrice. A la lecture de certains entretiens, des éléments du discours auraient pu être approfondis.

D'ailleurs, la durée des entretiens est variable allant de 11 à 55 minutes. Cette différence a été marquée entre les premiers et les derniers entretiens pour lesquels l'enquêtrice s'est sentie plus à l'aise avec la technique. Une autre raison à cette différence de durée entre les entretiens est que l'enquêtrice a parfois ressentie une réticence de la part du médecin interrogé et n'a pas voulu explorer davantage les questions. Un médecin a d'ailleurs indiqué à la fin de l'entretien une gêne d'avoir été enregistré (E12).

Enfin, en ce qui concerne l'analyse de ces entretiens, la triangulation permettant de définir les différents thèmes n'a pu être mise en place et n'a pu être appliquée par une personne extérieure à l'étude. Elle a été réalisée par la personne qui était celle réalisant les entretiens.

4.1.2 Les points forts de l'étude

L'échantillon des médecins interrogés n'est pas représentatif des médecins français et on ne saurait extrapoler les résultats de cette étude à l'ensemble des médecins généralistes. Cependant, la majorité des médecins interrogés ont une expérience relativement importante auprès de patients ayant eu un AVC ischémique puisque 70% d'entre eux déclarent avoir plus de 10 patients AVC et/ou AIT dans leur patientèle. De plus, la durée moyenne d'installation est de 18,7 ans montrant que la plupart des médecins interrogés ont pu voir une évolution des pratiques et un esprit critique sur les changements.

Le travail original de cette étude est qu'elle a été réalisée conjointement avec une enquête étudiant les besoins des patients ayant eu un AVC ou un AIT permettant ainsi de compléter les résultats.

4.2 A PROPOS DES RESULTATS

Ce travail n'avait pas comme but de juger la pratique des médecins généralistes. Nous voulions examiner les difficultés rencontrées et faire ressortir leurs besoins pour faciliter leur travail de suivi et améliorer la prise en charge de la prévention secondaire d'un patient ayant eu un AVC.

A notre connaissance, aucune étude similaire sur le sujet n'a été publiée. D'autres enquêtes sur les perceptions des médecins quant à l'application du contrôle des FDRCNV ont été retrouvées dans le cadre de la prévention primaire.^{44,45, 46}

4.2.1 En rapport avec l'objectif primaire

⇒ Les médicaments : source d'inertie thérapeutique

Beaucoup de médecins se sont définis comme « renouvelleur » d'ordonnance dans cette pathologie. Cette action donne l'impression d'une prescription un peu « automatisée » mais cela implique aussi des obligations de suivi, à savoir évaluer les objectifs atteints, s'inquiéter de l'observance et de la tolérance médicamenteuse.

La surveillance des objectifs atteints est un point important du suivi. A la lecture des recommandations, leur connaissance est jugée bonne et l'efficacité des médicaments permet d'atteindre les objectifs. Pourtant, l'étude récente française IMPACT²⁸ reflète une mauvaise prise en charge des facteurs de risque. Cette étude montre qu'approximativement 40 % des patients avec une tension artérielle élevée pendant le suivi n'ont reçu aucun traitement hypertenseur ou ne recevaient qu'une monothérapie hypertensive. De même, seulement 20 % des patients qui avaient un taux de LDL-cholestérol élevé à 6 mois ont reçu des statines. Ce phénomène s'appelle « *l'inertie thérapeutique* ». Il s'agit de l'échec du médecin à initier ou à augmenter un traitement lorsque cela est indiqué. Des études ont tenté d'expliquer ce phénomène surtout au niveau de la prise en charge de l'hypertension. Il pourrait résulter d'une surestimation de la qualité des soins donnés, de l'utilisation de raisons ("soft excuses") pour éviter l'intensification des traitements (perception de l'amélioration du contrôle, les effets secondaires potentiels, refus du patient) et le manque de formation et d'organisation dans le but d'atteindre les objectifs.³³

Dans cette étude, le manque de connaissance sur les traitements n'a pas été souligné par la plupart des médecins. Cette inertie s'explique principalement par l'apparition des effets indésirables, source d'arrêt de traitement. La classe la plus fréquemment citée est celle des statines. Les autres médicaments semblent moins sujets à ces difficultés d'effets indésirables et semblent être mieux acceptés par les patients. En lien avec ce constat, on retrouve des taux faibles du maintien des statines en post-AVC.^{27, 28, 29, 30}

Une autre raison semble liée à leur attitude face aux recommandations guidant leurs décisions individuelles. Si les médecins ont une bonne connaissance des recommandations, leur appropriation n'est cependant pas totale. Ils accordent plus d'importance à leurs expériences, leurs autres lectures et leurs

croyanances. Plus précisément, un des médecins interrogés déclarent avoir de gros doutes sur les bénéfices-risques des statines par ses autres lectures⁴⁷ et cela semble être une valeur supérieure dans sa prise de décision :

« il y a beaucoup de lectures qui ont remis en cause ce que j'ai pu apprendre durant mes années de CHU, ou ce qu'on peut nous apprendre notamment au niveau des laboratoires et des traitements qu'on nous dit bénéfiques. J'ai beaucoup de grosses, grosses remises en cause là-dessus (...).Je peux être en marge de certains médecins et des courants mais j'ai des gros doutes sur l'intérêt des statines » (E10).

Un autre médecin explique sa non croyance dans le bénéfice du LDL inférieur à 1g/l. D'autres travaux ont montré le pouvoir supérieur de l'expérience du médecin sur sa pratique.³⁴

Par ailleurs, il faut souligner que cette inertie thérapeutique diminue chez le patient ayant une maladie cardio-vasculaire avérée (antécédent d'AVC)⁴⁸ montrant que le praticien est plus exigeant dans la prise en charge thérapeutique des patients victimes d'AVC .

Au niveau de l'observance médicamenteuse, les praticiens l'ont jugée acceptable chez un patient victime d'AVC ou d'AIT. Cependant, le médecin généraliste n'a aucun moyen de contrôler la persistance des prises médicamenteuses, et c'est une constatation très subjective. Différentes études quantitatives étrangères montrent en effet le contraire : pendant un suivi moyen de 2 ans, 18% patients néerlandais ont prématurément arrêté leur traitement antiagrégant, et pour la moitié d'entre eux sans raison médicale claire.⁴⁹ Différentes raisons sont en cause. Les médicaments sont une source de préoccupations et de questionnement de plus en plus présents pour les patients dans cette étude et dans les études précédentes.^{35,}

⁴⁵ Les problèmes récents soulevés par le Médiator et la célèbre liste des « 70 médicaments dangereux » depuis l'achèvement de cette étude illustrent la base de ces craintes :

« maintenant qu'ils ont vu tous les trucs avec les Glitazones, ils reviennent en disant : « vos médicaments, j'en veux plus » (E11).

« mais le problème c'est que les gens maintenant lisent les effets indésirables. Et puis, depuis les problèmes avec le Médiator et tous les produits comme Actos qui ont été supprimés, les gens ils sont d'une méfiance extraordinaire.(...) C'est dingue parce que les gens ils épluchent tout maintenant. Ça va être la difficulté que vous aurez en étant médecin par rapport à la difficulté que j'ai eu jusqu'à présent.(...) C'est vraiment vrai depuis qu'on entend que tous les médicaments peuvent être dangereux, alors vous ne prescrivez plus rien. » (E17).

⇒ **Les règles hygiéno-diététiques : amélioration au niveau du système de soins**

Une autre partie importante dans le contrôle des facteurs de risque est l'information et l'application des mesures hygiéno-diététiques. Les médecins reprochent de ne pas être soutenus dans la mise en œuvre de ces mesures au niveau du système de soins, source d'un défaut d'adhésion des patients. En effet, de nombreux obstacles viennent interférer le bon usage de prescription de ces mesures par les médecins et de suivi par les patients.

Cette année, l'HAS a rédigé un rapport sur le « développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses ».⁵⁰ Il identifie les freins organisationnels, économiques, socioculturels et symboliques

qui existent et limitent le respect de ces recommandations de bonne pratique. Les conclusions de ce rapport sont les suivantes :

- Un contexte social et culturel peu favorable à la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses.
- Un mode de financement des soins de ville en France peu incitatif à la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses.
- Médecins et patients mal informés sur les thérapeutiques non médicamenteuses recommandées et sur les modalités de recours.
- Un manque d'adhésion des médecins et des patients sur les recommandations en matière de thérapeutiques non médicamenteuses.
- Impact des inégalités socio-économiques sur le suivi des thérapeutiques non médicamenteuses.

Nous avons retrouvé des freins communs. Notre étude révèle que ces règles sont abordées régulièrement et oralement par la majorité des médecins interrogés. Cette forme de délivrance d'informations peut comme le souligne le rapport provoquer une moindre importance de ces mesures vis-à-vis des médicaments (prescription écrite). Le mode de financement et l'organisation actuelle des soins de ville sont peu incitatifs à encourager le médecin à prendre du temps avec son patient et à le convaincre de l'intérêt de ces mesures (notamment le paiement à l'acte de la consultation). Ensuite, le non remboursement des professionnels de santé ou des structures spécialisées (comme les diététiciennes et les salles de sport) décourage le patient à s'investir totalement dans ces prises en charge pour lesquelles il doit fournir des efforts financiers. Suite à ce rapport, des pistes d'amélioration du système de santé français ont été proposées dans l'espoir que les thérapeutiques non médicamenteuses prennent enfin leur place en France dans la prescription des médecins et dans l'adhésion des patients, notamment dans le suivi de patients à risque cardio-vasculaire.

Les médecins généralistes évoquent des craintes à s'introduire dans la vie des patients. Ils mettent des limites dans leur action à proposer un changement de mode de vie. On retrouve dans la littérature⁵¹ que ces craintes sont naturelles et font appel à des questionnements divers : comment ne pas être trop intrusif dans la vie privée du patient ? Comment intervenir efficacement et ne pas renforcer les résistances ?

Une stratégie à cette difficulté a été énoncée par deux médecins (E5 et E8) : l'entretien motivationnel. Ils ont abordé spontanément le sujet de part leur activité secondaire (addictologue et thérapie comportementale) et sont convaincus de la nécessité de pratiquer l'entretien motivationnel pour arriver à des résultats corrects. L'entretien motivationnel est un outil permettant d'aider les praticiens à motiver les patients. Durant les années 80, cette méthode a été utilisée dans le domaine des addictions. Progressivement, elle s'est élargie dans le champ du contrôle des facteurs de risque et du changement du mode de vie. L'HAS mentionne que cette « approche motivationnelle propose des principes facilement applicables dans le cadre d'une consultation de médecine générale ». ⁵²

Les médecins sont en accord avec cette remarque. Cependant, le cadre de la consultation en médecine générale ne permet pas un développement suffisant de cette pratique.

« cela (l'entretien motivationnel) fait partie de la consultation, c'est un état d'esprit. » (E7).

« Donc l'entretien motivationnel, je connais bien. Honnêtement, je connais bien mais il n'empêche que nous sommes dans une consultation de médecine générale et que même en employant les techniques, on n'a pas la possibilité de faire la répétition suffisante pour que les gens arrivent et effectivement être conscient de la nécessité à changer ses habitudes » (E5).

Certains médecins ont montré une relation empathique et une écoute active avec leur patient. Pourtant, ils sont plus nombreux à être frustrés et résignés face à ces règles plutôt qu'à rester « *motivés pour motiver* » les patients. Beaucoup de médecins ont une faible connaissance ou sont peu formés à ce type d'approche. L'analyse de ces difficultés du patient à suivre les mesures hygiéno-diététiques paraît être une question centrale de la relation médecin-malade. Elle devrait avoir une place plus importante dans la formation des étudiants en médecine puisque chacun y sera confronté dans sa pratique quotidienne :

« bien souvent, on est coincé (...) par la méconnaissance de ce type d'entretien, et je le vois pour avoir encore fait une formation récente à des médecins généralistes sur le sujet. Ils ne sont pas du tout dans cette dynamique-là, car la formation telle qu'on la recevait et qu'on la reçoit encore au niveau des jeunes, elle est très claire. C'est une formation très scientifique et qui très tournée vers une réponse rapide et efficace » (E5).

⇒ **L'environnement : une coordination de soins à améliorer**

Dans cette étude, nous avons mis l'accent sur un manque de communication entre les médecins généralistes et le service de neuro-vasculaire. Des moyens sont à la disposition des praticiens, malheureusement, certains n'en ont pas connaissance. La connaissance de l'UNV a été notée comme inconnue par un médecin âgé de l'étude :

« C'est vrai, il y a peut-être des services de pointe comme celui à l'époque du Pr Hommel qui voulait mettre un service de vasculaire, je ne sais pas si ça s'est fait, c'était il y a 10-15 ans » (E17).

Un seul médecin fait référence au numéro d'urgence pour avoir un référent neuro-vasculaire.

La difficulté la plus souvent rencontrée à ce niveau est la réception tardive des courriers après l'hospitalisation du patient. Une consultation la première année avec le neurologue hospitalier permet d'assurer un suivi de l'évolution de la pathologie et de dépister les complications tardives, comme les troubles cognitifs. Cette consultation présente au CHU de Grenoble n'a pas été l'objet de discussion lors des entretiens. Les ressentis sont majoritairement négatifs à l'égard de la communication avec les Centres Hospitaliers. Cependant, des questions importantes restent en attente sur la coordination de soins : les médecins généralistes sont-ils au courant de cette visite avec le spécialiste ? Le suivi et les résultats des examens complémentaires de la première année sont-ils accessibles au spécialiste ?

Une étude⁵³ a montré que les patients recevaient des informations ou des conseils contradictoires de la part des différents professionnels de santé les prenant en charge, source de confusions et de résistances. Une prise en charge globale du patient s'effectue par des soins coordonnés et une communication « à double sens » entre les différents partenaires de santé. Nous mettons en évidence la nécessité d'améliorer cette communication entre le médecin généraliste et le service de neuro-vasculaire.

⇒ **l'éducation : un rôle à partager**

Dans la prise en charge des maladies chroniques, « informer ne suffit plus ». Ceci a été souligné par de nombreux médecins de l'enquête. Nous parlons maintenant d'éducation thérapeutique du patient (ETP).

Selon la définition du rapport OMS-Europe publié en 1996, elle « vise à aider les patients à acquérir ou à maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Elle fait partie intégrante de la prise en charge du patient. Elle comprend des activités organisées. Elle a pour but de les aider ainsi que leur famille à comprendre leur maladie et leur traitement, collaborer ensemble et assurer leur responsabilités dans leur propre prise en charge dans le but de les aider à maintenir et à améliorer leur qualité de vie ».

Depuis de nombreuses années, les études et les expériences conduites dans le domaine de l'éducation thérapeutique du patient des pathologies chroniques (diabète, asthme, insuffisance cardiaque...) ont permis d'affirmer son importance.

Elle est reconnue importante par les médecins interrogés dans la pathologie de l'AVC. S'ils ne l'ont pas abordée par ce terme précis, il existe une volonté d'expliquer au patient, d'adapter leur langage, et certains expliquent clairement la place de l'entourage dans cette prise en charge. Malgré la reconnaissance de leur rôle dans l'éducation de leur patientèle, le temps restreint de la consultation en médecine générale et les divers problèmes soulevés à ce moment (2-3 motifs par consultations) n'en permettent pas un développement optimal.

D'autres études arrivent à ce constat d'une éducation insuffisante auprès des patients victimes d'AVC et de leurs aidants.³⁷ Les missions d'éducation dans ce domaine sont donc à développer.

La problématique de notre enquête est un sujet d'actualité. En effet, les AVC sont une priorité nationale de santé publique avec la publication du plan national d'actions « AVC 2010-2014 » dont une des actions est centrée sur le développement de l'ETP.⁶

Nous allons voir dans le chapitre « les perspectives d'amélioration » ce qui est actuellement proposé à Grenoble.

⇒ **Le handicap : notion peu évoquée**

Le suivi du patient victime d'AVC est décrit comme commun pour une majorité des médecins interrogés. En précisant les points clés de ce suivi, on voit surgir des difficultés thérapeutiques avec des doutes sur l'observance des médicaments sur le long terme et une faible adhésion des mesures hygiéno-diététique par les patients. Dans cette pathologie, ce défaut d'observance peut être accentué par les troubles neuropsychologiques.

Peu de médecins ont évoqués des difficultés dans la prise en charge du handicap faisant suite à l'AVC, ce qui est surprenant au vu des données épidémiologiques.³ Les médecins mentionnent ces difficultés au décours d'AVC sévères faisant référence plutôt aux lourdes séquelles motrices et cognitives. Les patients victimes d'AIT sont exclus de ce groupe de patients. Les études récentes^{54, 55, 56} se sont intéressées à ce sujet

et montrent que les patients victimes d'AVC mineurs à modérés, ainsi que les AIT sont sujets à des troubles cognitifs (fatigabilité, trouble de la concentration, ...) détériorant leur qualité de vie.

Nous n'avons pas rassemblé de données détaillées sur la place de ces questions dans le cadre de la consultation de médecine générale. Pourtant, cela fait partie intégrante de l'évaluation du patient victime d'AVC.

« Je le laisse raconter. Si ensuite il me dit : « on ne m'a pas bien expliqué ou c'est quoi ce médicament ? », j'explique. Mais d'abord, j'écoute le maximum de choses angoissantes pour qu'il en parle » (E20).

Les syndromes dépressifs représentent environ 30% des patients atteints d'AVC et d'AIT.⁵⁶ On peut mettre l'hypothèse qu'en moyenne chaque médecin interrogé suivait au moins un patient victime d'AVC et présentant un trouble dépressif. Dans notre étude, ces troubles dépressifs ont été mentionnés comme difficultés dans la prise en charge chez 5 médecins (25% des interrogés). Les troubles de l'humeur, la dépression et la tristesse sont des séquelles fréquentes et méconnues de ces pathologies. Ces troubles influencent la récupération fonctionnelle cruciale pour l'avenir du patient et son observance thérapeutique. Ils doivent être recherchés chez tous les patients sans oublier ceux présentant peu voire pas de séquelles. Il est donc important de rappeler aux médecins généralistes l'importance de la détection du syndrome dépressif sans oublier les personnes atteintes d'AVC totalement régressifs ou d'AIT ainsi que chez les aidants, et par conséquent la connaissance du traitement de cette pathologie en termes de morbidité et d'amélioration de la qualité de vie.

4.2.2 En rapport avec l'objectif secondaire : les perspectives d'amélioration

Le premier constat de cette étude est que la moitié des médecins ne présente pas un réel besoin d'information supplémentaire dans la prise en charge du patient victime d'AVC. Un livret facilitant le suivi des FDRCNV est critiqué négativement. Aucune étude à ce sujet n'a été retrouvée. Le seul exemple pouvant être comparable est le classeur « i-care » Insuffisance cardiaque éduCAtion théRApeutiqueE. Dans notre étude, ce type d'outil n'a pas séduit les médecins généralistes en raison de la forme (classeur). On peut constater que les outils qui favorisent la connaissance des patients, et qui ne leur ajoutent pas significativement de travail sont ceux qui auront plus de valeur dans leur pratique quotidienne :

« Après pour nous au quotidien, il faut que ce soit court, il faut que ce soit faisable rapidement en consultation. » (E19)

A la question de l'utilité d'un outil pédagogique dans la pathologie de l'AVC : il semble intéressant s'il est orienté vers le patient. Un formulaire donné au patient semble être un moyen pour faciliter l'information et renforcer leur propos. En France, il existe déjà des brochures destinées aux patients victimes d'AVC.⁵⁷ Cet outil semble inadapté pour les patients et ne pas être remis par le médecin :

« Une brochure comme ce qu'on reçoit pour le 100%. On leur donne ça, il y a plein de trucs qui ne comprennent pas » (E20).

Effectivement, il n'est fait que de phrases en noir et blanc sans dessin, ni schéma. Le langage utilisé et la schématisation des explications sont des points importants de l'ETP qui ont été soulignés par certains

médecins. En rapport avec les séquelles neuropsychologiques (notamment aphasie, fatigabilité intellectuelle) occasionnées par la maladie, quelques études^{38, 53, 58} se sont intéressées aux besoins éducatifs des patients victimes d'AVC et de leurs aidants. Sally Eames et al. ont déterminé les caractéristiques d'un outil « idéal » pour ces patients.⁵³ Il conclut que l'outil doit utiliser un langage simple, une grande taille de caractère de police, de la couleur, et des diagrammes en complément du texte.

La réception des informations doit être adaptée à chaque individu : en terme de priorités, de capacité à recevoir les informations, et de compréhension des termes utilisés.⁵⁸ La variation des mots employés peut amener à la confusion dans l'esprit des patients et des aidants. Ce sont des points importants qui doivent être pris en compte dans la conception d'un outil pédagogique pour les patients victimes d'AVC qui pourront avoir par la suite des difficultés de concentration, de mémorisation et des problèmes à la lecture.

La forme papier de l'outil a été parfois rejetée en raison de l'oubli ou de la perte probable par les patients. Nous savons que l'acceptation de la maladie n'est pas un état immédiat après l'annonce du diagnostic. Le déroulement des différents états psychiques par lesquels passe le patient a été décrit par Elisabeth Kübler-Ross initialement pour les personnes en fin de vie. Puis, ils ont été repris pour les patients de maladies chroniques. Un outil de type « livret-patient-médecin » permet aussi au médecin d'apprécier dans quelle phase le patient se situe. Un patient proche du carnet cheminera progressivement vers l'acceptation de la maladie, alors qu'un patient oubliant ou perdant le carnet s'orientera plutôt vers le déni ou le refus de la maladie. En fonction de la situation, l'attitude du médecin sera alors différente.⁵¹

Une information écrite ne dispense pas d'une information orale complémentaire. Il est indispensable qu'il soit remis dans le cadre d'un accompagnement global c'est-à-dire en lien avec l'intervention d'une ou de personnes qualifiées à expliquer et à évaluer les connaissances du patient. Différentes études mesurant l'adhérence de la prévention secondaire après un AVC suite à des programmes d'éducation ont été retrouvées.^{59, 60, 61, 62} Certaines^{59, 60} ont montré l'intérêt de l'intervention d'une équipe multidisciplinaire ou d'un réseau. D'autres études^{61, 62} ne retrouvent pas d'amélioration significative montrant que la prise en charge des FDRCNV reste très complexe. On note pourtant un désir des médecins généralistes au développement d'« un réseau d'éducation » destiné aux patients victimes d'un AVC pour améliorer l'information et l'éducation :

« tant que les choses ne sont pas pris en charge par des gens vraiment spécialisés, des diététiciens hospitaliers, une prise en charge qui est une éducation faite sur place (...), les gens ne voient pas la gravité de tout ça. Ils ne voient pas l'intérêt de tout ça. » (E17).

A Grenoble, il existe le réseau GRANTED Ville-Hôpital des pathologies vasculaires Grenoble qui organise des ateliers d'éducation thérapeutique pour les personnes ayant présenté un AVC dans un contexte de maladie athéromateuse : « **Vivre après un AVC** ».

Le programme comprend des ateliers collectifs portant sur la maladie, les facteurs de risque, les signes d'alerte, les traitements et des consultations individuelles au besoin par une diététicienne ou un tabacologue. Il ne présente aucune contrainte pour le médecin traitant qui reste informé de l'avancement du

programme de son patient. L'adhésion du patient au réseau peut se faire dès la sortie de son hospitalisation ou après quelques mois au décours de l'AVC.

Il est nécessaire que ce lien soit diffusé auprès des professionnels de santé s'occupant des patients victimes d'AVC et d'AIT. Le livret pourrait être un moyen de diffusion parmi d'autres adresses utiles.

**Etude et Analyse des besoins pour l'élaboration d'un outil
de Suivi et d'Information après un AVC :
EASI-AVC - Volet MEDECINS**

5 CONCLUSION

Du fait de son retentissement fonctionnel et financier, l'accident vasculaire cérébral (AVC) est devenu une priorité nationale de santé publique dont un des objectifs est d'éviter les récurrences. Pour cela, une prise en charge optimale de la prévention secondaire est souhaitée dans laquelle le médecin généraliste se place en première ligne.

Cette étude qualitative a été menée auprès de 20 médecins généralistes exerçant dans l'agglomération grenobloise afin de comprendre leur prise en charge de patients victimes d'un AVC ou d'un accident ischémique transitoire (AIT) d'origine athéromateuse. Elle décrit et analyse le rôle du médecin généraliste, ses connaissances, et les difficultés ressenties dans sa prise en charge de l'AVC en prévention secondaire.

Les médecins généralistes reconnaissent jouer un rôle central dans la prise en charge de ces patients. Le suivi des facteurs de risque cardio-neuro-vasculaire du patient victime d'AVC est décrit comme simple et commun dans l'exercice de la médecine générale. La connaissance des recommandations est jugée suffisante et facilement accessible n'étant pas une cause d'une prise en charge inadaptée.

L'observance médicamenteuse est jugée acceptable chez ces patients en prévention secondaire, principalement en raison de l'impact brutal de la maladie. Les effets indésirables sont la barrière principale à la prise de certains médicaments notamment les statines.

Aborder les règles hygiéno-diététiques avec son patient leur demande beaucoup d'effort et reste souvent sans résultat, source de frustration et de résignation.

Les séquelles neuropsychologiques peuvent être une raison à cette faible observance du patient que peu de médecins ont souligné. La notion de temps est primordiale dans ces mécanismes d'acceptation de la maladie auxquels le soignant sera confronté et mal formé.

Le manque de communication avec l'hôpital pose des difficultés dans la prise en charge de soins coordonnés.

Certains restent optimistes et soulignent que la survenue de l'AVC ou de l'AIT est un point de départ pour éduquer et motiver les patients à changer leurs comportements. Ils expriment le souhait d'être aidé dans ce rôle éducatif.

En ce qui concerne les solutions envisageables pour améliorer la prise en charge et le suivi des patients atteints d'AVC et d'AIT, les médecins sont peu enthousiastes pour utiliser un outil de suivi sur leurs patients. Ils soulignent l'importance de renforcer l'information du patient et la connaissance sur sa pathologie et certains suggèrent la mise en place d'un « réseau d'éducation ».

Les premières actions d'éducation du patient ont débuté en 2011 à Grenoble avec l'ouverture des ateliers « **Vivre avec un AVC** ». Nous proposons la délivrance d'un document écrit individualisé pour les patients à leur sortie d'hospitalisation, en complément de cette intervention. Une étude complémentaire qualitative permettrait d'évaluer l'évolution du ressenti des médecins généralistes dans la prise en charge des AVC/AIT après l'utilisation d'un tel document. Une évaluation quantitative sera intéressante pour mesurer l'efficacité de ce réseau et de ce livret en termes de satisfaction des patients et d'amélioration dans leur suivi.

Projet EASI-AVC : la conclusion commune volet Patients⁶³ et volet Médecins

En conclusion des deux thèses, il apparaît que la création d'un outil d'information est une bonne initiative mais doit être orientée vers les patients. Les médecins généralistes présentent des difficultés de prise en charge des patients atteints d'AVC en prévention secondaire mais ils ne ressentent pas le besoin d'un carnet de suivi. Les recommandations officielles et la littérature médicale ainsi que leur dossier informatique leur semblent suffisants.

Cependant, ils reconnaissent l'intérêt d'un support écrit complémentaire de leurs conseils délivrés sur les règles hygiéno-diététiques et les traitements.

Du point de vue des patients, il est important de souligner l'existence de séquelles neuro-psychologiques, même minimales soient-elles et pouvant être responsables d'un handicap et d'une altération de la qualité de vie parfois importante. A ce niveau, il ressort un manque de communication entre le médecin généraliste et son patient. Les associations de patients (exemple : France AVC 38) peuvent jouer un rôle important dans la reconnaissance de ces problèmes. Notre outil d'information devra en tenir compte.

Un autre problème de communication se situe entre les médecins généralistes et l'hôpital, nous proposons donc une fiche de liaison reprenant les données essentielles concernant le patient lors de son hospitalisation, ceci permettant aussi d'individualiser l'outil.

Sur la forme, il ressort de nos études et de la littérature la nécessité d'un langage accessible mais validé par un professionnel de santé, avec des couleurs, des schémas expliquant le texte et une police de caractères adaptée.

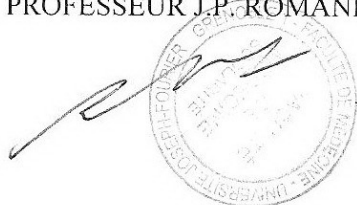
Il est important de rappeler que cet outil ne peut s'intégrer qu'en complément d'une information orale de qualité.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Grenoble, le 10/11/2011

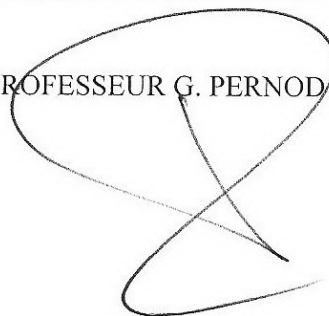
LE DOYEN

PROFESSEUR J.P. ROMANET



LE PRESIDENT DE LA THESE

PROFESSEUR G. PERNOD



6 BIBLIOGRAPHIE

1. Adams HP, Bendixen BH, Kappelle LJ, et al. Classification of subtype of acute ischemic stroke. Definitions for use in a multicenter clinical trial. TOAST. Trial of Org 10172 in Acute Stroke Treatment. *Stroke*. 1993;24(1):35-41.
2. Prise en charge diagnostique et traitement immédiat de l'accident ischémique transitoire de l'adulte. Anaes 2004. Available at: <http://www.fascicules.fr/data/consensus/neurologie-accident-ischemique-transitoire-ANAES-2004-complet.pdf>
3. Epidémio AVC. Available at: http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/objectif_72.pdf
4. Benatru I, Rouaud O, Durier J, et al. Stable stroke incidence rates but improved case-fatality in Dijon, France, from 1985 to 2004. *Stroke*. 2006;37(7):1674-1679.
5. La prévention et la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux en France : Rapport à Madame la ministre de la santé et des sports. Available at: http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/AVC_-_rapport_final_-_vf.pdf
6. Plan d'action national « accidents vasculaires cérébraux 2010-2014 ». Available at : <http://www.cofemer.fr/UserFiles/File/planAVC17avr2010.pdf>
7. Sacco RL, Wolf PA, Kannel WB, McNamara PM. Survival and recurrence following stroke. The Framingham study. *Stroke*. 1982;13(3):290-295.
8. Hier DB, Foulkes MA, Swiontoniowski M, et al. Stroke recurrence within 2 years after ischemic infarction. *Stroke*. 1991;22(2):155-161.
9. Vernino S, Brown RD, Sejvar JJ, et al. Cause-specific mortality after first cerebral infarction: a population-based study. *Stroke*. 2003;34(8):1828-1832.
10. Samsa GP, Bian J, Lipscomb J, Matchar DB. Epidemiology of Recurrent Cerebral Infarction : A Medicare Claims Based Comparison of First and Recurrent Strokes on 2-Year Survival and Cost. *Stroke*. 1999;30(2):338 -349.
11. Röther J, Alberts MJ, Touzé E, et al. Risk factor profile and management of cerebrovascular patients in the REACH Registry. *Cerebrovasc. Dis*. 2008;25(4):366-374.
12. Goldstein LB, Adams R, Becker K, et al. Primary prevention of ischemic stroke: A statement for healthcare professionals from the Stroke Council of the American Heart Association. *Stroke*. 2001;32(1):280-299.

13. Goldstein LB, Adams R, Alberts MJ, et al. Primary prevention of ischemic stroke: a guideline from the American Heart Association/American Stroke Association Stroke Council: cosponsored by the Atherosclerotic Peripheral Vascular Disease Interdisciplinary Working Group; Cardiovascular Nursing Council; Clinical Cardiology Council; Nutrition, Physical Activity, and Metabolism Council; and the Quality of Care and Outcomes Research Interdisciplinary Working Group. *Circulation*. 2006;113(24):e873-923.
14. Gudmundsson LS, Scher AI, Aspelund T, et al. Migraine with aura and risk of cardiovascular and all cause mortality in men and women: prospective cohort study. *BMJ*. 2010;341:c3966.
15. Wijnhoud AD, Maasland L, Lingsma HF, et al. Prediction of major vascular events in patients with transient ischemic attack or ischemic stroke: a comparison of 7 models. *Stroke*. 2010;41(10):2178-2185.
16. Antithrombotic Trialists' (ATT) Collaboration. Aspirin in the primary and secondary prevention of vascular disease: collaborative meta-analysis of individual participant data from randomised trials. *Lancet*. 2009;373(9678):1849-1860.
17. A randomised, blinded, trial of clopidogrel versus aspirin in patients at risk of ischaemic events (CAPRIE). CAPRIE Steering Committee. *Lancet*. 1996;348(9038):1329-1339.
18. Halkes PHA, van Gijn J, Kappelle LJ, Koudstaal PJ, Algra A. Aspirin plus dipyridamole versus aspirin alone after cerebral ischaemia of arterial origin (ESPRIT): randomised controlled trial. *Lancet*. 2006;367(9523):1665-1673.
19. Diener H, Sacco RL, Yusuf S, et al. Effects of aspirin plus extended-release dipyridamole versus clopidogrel and telmisartan on disability and cognitive function after recurrent stroke in patients with ischaemic stroke in the Prevention Regimen for Effectively Avoiding Second Strokes (PROFESS) trial: a double-blind, active and placebo-controlled study. *Lancet Neurol*. 2008;7(10):875-884.
20. Bhatt DL, Fox KAA, Hacke W, et al. Clopidogrel and aspirin versus aspirin alone for the prevention of atherothrombotic events. *N. Engl. J. Med*. 2006;354(16):1706-1717.
21. Diener HC, Bogousslavsky J, Brass LM, Cimminiello C, Csiba L, Kaste M, Leys D, Matias-Guiu J, Rupprecht HJ (2004) Management of atherothrombosis with clopidogrel in high-risk patients with recent transient ischaemic attack or ischaemic stroke (MATCH): study design and baseline data. *Cerebrovasc Dis* 17:253–261
22. Anon. Randomised trial of a perindopril-based blood-pressure-lowering regimen among 6,105 individuals with previous stroke or transient ischaemic attack. *Lancet*. 2001;358(9287):1033-1041.

23. Goldstein LB, Amarenco P, Zivin J, et al. Statin treatment and stroke outcome in the Stroke Prevention by Aggressive Reduction in Cholesterol Levels (SPARCL) trial. *Stroke*. 2009;40(11):3526-3531.
24. He FJ, Nowson CA, MacGregor GA. Fruit and vegetable consumption and stroke: meta-analysis of cohort studies. *Lancet*. 2006;367(9507):320-326.
25. Redfern J, McKeivitt C, Dundas R, Rudd AG, Wolfe CD. Behavioral risk factor prevalence and lifestyle change after stroke: a prospective study. *Stroke*. 2000;31(8):1877-1881.
26. *Prevention vasculaire apres infarctus cerebral ou ait_-synthese.pdf*. Available at: <http://www.has-sante.fr/portail/>.
27. Wettermark B, Persson A, von Euler M. Secondary Prevention in a Large Stroke Population: A Study of Patients' Purchase of Recommended Drugs. *Stroke*. 2008;39(10):2880-2885.
28. Touzé E, Coste J, Voicu M, et al. Importance of In-Hospital Initiation of Therapies and Therapeutic Inertia in Secondary Stroke Prevention. *Stroke*. 2008;39(6):1834 -1843.
29. Lummis HL, Sketris IS, Gubitz GJ, Joffres MR, Flowerdew GJ. Medication Persistence Rates and Factors Associated with Persistence in Patients Following Stroke: A Cohort Study. *BMC Neurology*. 2008;8:25.
30. Colivicchi F, Bassi A, Santini M, Caltagirone C. Discontinuation of statin therapy and clinical outcome after ischemic stroke. *Stroke*. 2007;38(10):2652-2657.
31. Hourt N. Analyse rétrospective de la prise en charge par le médecin traitant des facteurs de risques cardiovasculaires concernant une cohorte de patients cérébro-lésés vasculaires. Thèse de médecine, 2007.
32. Bushnell CD, Olson DM, Zhao X, et al. Secondary preventive medication persistence and adherence 1 year after stroke. *Neurology*. 2011;77(12):1182-1190.
33. Phillips LS, Branch WT, Cook CB, et al. Clinical inertia. *Ann. Intern. Med.* 2001;135(9):825-834.
34. Cabana MD, Rand CS, Powe NR, et al. Why Don't Physicians Follow Clinical Practice Guidelines? A Framework for Improvement. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*. 1999;282(15):1458 -1465.
35. Cranney M, Warren E, Barton S, Gardner K, Walley T. Why do GPs not implement evidence-based guidelines? A descriptive study. *Fam Pract*. 2001;18(4):359-363.

36. Travis LH, Flemming KD, Brown RD, et al. Awareness of stroke risk factors, symptoms, and treatment is poor in people at highest risk. *J Stroke Cerebrovasc Dis.* 2003;12(5):221-227.
37. Hafsteinsdóttir TB, Vergunst M, Lindeman E, Schuurmans M. Educational needs of patients with a stroke and their caregivers: A systematic review of the literature. *Patient Educ Couns.* 2010.
38. Weinman J. Providing written information for patients: psychological considerations. *Journal of the Royal Society of Medicine.* 83(5):303.
39. Juillièrè Y, Trochu JN, Jourdain P, et al. Creation of standardized tools for therapeutic education specifically dedicated to chronic heart failure patients: the French I-CARE project. *Int. J. Cardiol.* 2006;113(3):355-363.
40. Lowe DB, Sharma AK, Leathley MJ. The CareFile Project: a feasibility study to examine the effects of an individualised information booklet on patients after stroke. *Age and Ageing.* 2007;36(1):83 -89.
41. Borgès Da Silva G, La Recherche Qualitative : un autre principe d'action et de communication, Revue Médicale de l'Assurance Maladie 2001; 32 : 2,
42. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz AM, Imbert P, Letrilliart L. Introduction à la recherche qualitative. *exercer* 2008;84:142-5.
43. Blanchet A, Gotmann A.: L'enquête de ses méthodes. L'entretien, Armand Colin, 2007
44. Crosson JC, Heisler M, Subramanian U, et al. Physicians' perceptions of barriers to cardiovascular disease risk factor control among patients with diabetes: results from the translating research into action for diabetes (TRIAD) study. *J Am Board Fam Med.* 2010;23(2):171-178.
45. Isabelle Durack-Bown PG. Patients' and physicians' perceptions and experience of hypercholesterolaemia: a qualitative study. *The British Journal of General Practice.* 53(496):851.
46. Wens J, Vermeire E, Royen PV, Sabbe B, Denekens J. GPs' perspectives of type 2 diabetes patients' adherence to treatment: A qualitative analysis of barriers and solutions. *BMC Fam Pract.* 2005;6(1):20.
47. Dr Michel de Lorgeril : Un crime sexuel presque parfait : statines contre cholestérol, Editions A4SET
48. Andrade SE, Gurwitz JH, Field TS, et al. Hypertension management: the care gap between clinical guidelines and clinical practice. *Am J Manag Care.* 2004;10(7 Pt 2):481-486.

49. De Schryver ELLM, van Gijn J, Kappelle LJ, Koudstaal PJ, Algra A. Non-adherence to aspirin or oral anticoagulants in secondary prevention after ischaemic stroke. *J. Neurol.* 2005;252(11):1316-1321
50. Développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses validées. HAS avril 2011. Available at : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-06/developpement_de_la_prescription_de_therapeutiques_non_medicamenteuses_rapport.pdf
51. Dominique Simon, Pierre-Yves Traynard, François Bourdillon, Rémi Gagnare : Education thérapeutique-Prévention et maladies chroniques. Masson 2009
52. Available at : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2008-10/memo_entretien_motivationnel.pdf
53. Eames S, McKenna K, Worrall L, Read S. The suitability of written education materials for stroke survivors and their carers. *Top Stroke Rehabil.* 2003;10(3):70-83.
54. Hommel M, Miguel ST, Naegele B, Gonnet N, Jaillard A. Cognitive determinants of social functioning after a first ever mild to moderate stroke at vocational age. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatr.* 2009;80(8):876-880.
55. Hommel M, Trabucco-Miguel S, Joray S, et al. Social dysfunctioning after mild to moderate first-ever stroke at vocational age. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatr.* 2009;80(4):371-375.
56. Caputo A. Etude de la qualité de vie des patients, et de leurs aidants naturels, après un accident vasculaire cérébral hospitalisés en unité neuro-vasculaire au centre hospitalier d'Annecy. Thèse de médecine générale 2011.
57. ALD n 1- guide patient : vivre après un accident vasculaire cérébral. Available at : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2008-06/08-097_gp_acv.pdf
58. Allison R, Evans PH, Kilbride C, Campbell JL. Secondary prevention of stroke: using the experiences of patients and carers to inform the development of an educational resource. *Family Practice.* 2008;25(5):355 -361.
59. Ovbiagele B, Saver JL, Fredieu A, et al. In-hospital initiation of secondary stroke prevention therapies yields high rates of adherence at follow-up. *Stroke.* 2004;35(12):2879-2883.
60. Raffe F, Jacquin A, Milleret O, et al. Evaluation of the possible impact of a care network for stroke and transient ischemic attack on rates of recurrence. *Eur. Neurol.* 2011;65(4):239-244.

61. Rodgers H, Atkinson C, Bond S, et al. Randomized Controlled Trial of a Comprehensive Stroke Education Program for Patients and Caregivers. *Stroke*. 1999;30(12):2585 -2591.
62. Wolfe CDA, Redfern J, Rudd AG, et al. Cluster Randomized Controlled Trial of a Patient and General Practitioner Intervention to Improve the Management of Multiple Risk Factors After Stroke. *Stroke*. 2010;41(11):2470 -2476.
63. CLEMENT C. Etude et Analyse des besoins pour l'élaboration d'un outil de Suivi et d'Information après un AVC : EASI-AVC-Volet PATIENTS. Thèse de médecine générale, 2011.

7 LES ANNEXES

7.1 ANNEXE 1 : LA SYNTHÈSE DES RECOMMANDATIONS DE L'HAS / MARS 2008



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

SYNTHÈSE DES RECOMMANDATIONS PROFESSIONNELLES

Prévention vasculaire après un infarctus cérébral (IC) ou un accident ischémique transitoire (AIT)

Mars 2008

Ces recommandations portent sur la prise en charge de la prévention de **l'ensemble des événements vasculaires** (accident vasculaire cérébral, infarctus du myocarde et décès vasculaire), parce que l'infarctus cérébral confère non seulement un risque élevé de récurrence, mais aussi un risque conséquent d'infarctus du myocarde et de décès d'origine vasculaire. **Ces recommandations s'appliquent aux AIT dès que le diagnostic est établi et aux infarctus cérébraux après la phase aiguë**, dont la durée varie en fonction de la sévérité et de la taille de l'infarctus. **La prévention vasculaire comprend une prévention globale par le contrôle des facteurs de risque et un traitement spécifique en fonction de l'étiologie de IC ou de l'AIT.**

Contrôle des facteurs de risque

Pression artérielle (PA)	<ul style="list-style-type: none">- Objectif de la PA : < 140/90 mmHg.<ul style="list-style-type: none">• Si insuffisance rénale : < 130/80 mmHg• À moduler si sténose $\geq 70\%$ ou occlusion d'artère cervicale ou intracrânienne- S'assurer du contrôle de la PA (auto-mesure ou MAPA)- Le traitement des sujets normotendus (pression artérielle < 140/90 mmHg) peut être envisagé- Traitement : diurétiques thiazidiques ou association diurétiques thiazidiques et inhibiteurs de l'enzyme de conversion. Les autres classes médicamenteuses peuvent être choisies en fonction des comorbidités ou du niveau tensionnel visé- Diminution des apports en sel : < 6 g/jour
Lipides	<ul style="list-style-type: none">- Traitement par statine chez les patients avec IC ou AIT non cardio-embolique et un LDL-cholestérol ≥ 1 g/l, avec cible de LDL-cholestérol à atteindre : < 1 g/l- Bénéfice des statines non spécifiquement étudié pour les IC ou AIT cardio-emboliques- Traitement par statine chez les patients ayant un antécédent coronarien, quel que soit le taux de LDL-cholestérol- Traitement par statine pouvant être envisagé chez les patients avec un LDL-cholestérol < 1 g/l et un IC ou un AIT associé à une maladie athéroscléreuse symptomatique- Utiliser une statine ayant démontré une réduction des événements vasculaires chez les patients avec un IC ou un AIT
Diabète	<ul style="list-style-type: none">- Objectif de la PA : < 130/80 mmHg- Choix de la classe médicamenteuse en cas de microalbuminurie : inhibiteur du système rénine-angiotensine car action complémentaire de néphroprotection- Traitement par statine quel que soit le niveau de LDL-cholestérol et obtention d'un taux de LDL-cholestérol < 1 g/l- Contrôle glycémique : objectif HbA1c < 6,5 %. Cet objectif devra être adapté au profil du patient (âge physiologique, ancienneté du diabète, comorbidités, espérance de vie et risque iatrogène)

Tabac	<ul style="list-style-type: none"> - Sevrage tabagique avec aides à l'arrêt du tabac en cas de dépendance tabagique - Éviction du tabagisme dans l'environnement du patient
Alcool	<ul style="list-style-type: none"> - Réduction ou arrêt de la consommation d'alcool chez les hommes consommant plus de 3 verres de boisson alcoolisée par jour (3 unités d'alcool par jour ou 30 g/j) et les femmes consommant plus de 2 verres par jour (2 unités d'alcool par jour ou 20 g/j) - Méthodes de sevrage appropriées et prise en charge spécifique pour patient alcoolodépendant
Obésité	<ul style="list-style-type: none"> - Réduction du poids corporel envisagée si tour de taille > 88 cm chez la femme ou 102 cm chez l'homme - La prévention de l'obésité chez les patients inactifs du fait du handicap occasionné par l'infarctus cérébral doit également être envisagée
Autres	<ul style="list-style-type: none"> - Activité physique : régulière d'au moins 30 minutes par jour, adaptée aux possibilités du patient - Traitement hormonal de la ménopause : à arrêter - Contraception hormonale : contre-indication formelle et définitive à une contraception œstroprogestative. Adopter une contraception non hormonale. Si une contraception hormonale est souhaitée, prescrire une contraception par progestatif seul

Traitement spécifique après IC ou AIT associé à une cardiopathie																
Le traitement de la cardiopathie n'est pas repris dans ces recommandations																
Fibrillation auriculaire non valvulaire permanente ou paroxystique	<ul style="list-style-type: none"> - Traitement anticoagulant avec un INR entre 2 et 3, à maintenir au long cours même en cas de retour en rythme sinusal - Si contre-indication avérée aux anticoagulants oraux : traitement par aspirine 															
Infarctus du myocarde	IC ou AIT compliquant un IDM, un anticoagulant est justifié en cas de fibrillation auriculaire associée ou de thrombus intracardiaque															
Anomalies du septum interauriculaire	<ul style="list-style-type: none"> - IC ou AIT associé à un foramen ovale perméable (FOP) isolé : traitement antiplaquettaire - IC ou AIT associé à un FOP et un anévrisme du septum interauriculaire (ASIA) > 10 mm, le rapport bénéfice/risque des différentes stratégies thérapeutiques n'est pas établi. Le choix du traitement antithrombotique (antiplaquettaire ou anticoagulant oral) est fonction du contexte clinique - Fermeture du FOP non recommandée chez les patients ayant un premier IC ou AIT associé à un FOP. Elle pourrait être envisagée après concertation neuro-cardiologique chez les patients ayant un IC ou un AIT sans cause, récidivant sous traitement antithrombotique bien conduit 															
Prothèse valvulaire	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">INR cible selon la thrombogénicité de la prothèse et la cardiopathie¹</th> <th colspan="3">Thrombogénicité de la prothèse</th> </tr> <tr> <th>Faible</th> <th>Moyen</th> <th>Élevée</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Cardiopathie sans facteurs de risque</td> <td>2,5</td> <td>3,0</td> <td>3,5</td> </tr> <tr> <td>Cardiopathie avec facteurs de risque</td> <td>3,0</td> <td>3,5</td> <td>4,0</td> </tr> </tbody> </table> <p>Thrombogénicité faible : Medtronic Hall, Saint-Jude Medical, Carbomedics en position aortique, bioprothèse Thrombogénicité moyenne : valves à double ailette avec données insuffisantes, Bjork-Shiley Thrombogénicité élevée : Lillehei Kaster, Omniscience, Starr-Edwards</p>	INR cible selon la thrombogénicité de la prothèse et la cardiopathie ¹	Thrombogénicité de la prothèse			Faible	Moyen	Élevée	Cardiopathie sans facteurs de risque	2,5	3,0	3,5	Cardiopathie avec facteurs de risque	3,0	3,5	4,0
INR cible selon la thrombogénicité de la prothèse et la cardiopathie ¹	Thrombogénicité de la prothèse															
	Faible	Moyen	Élevée													
Cardiopathie sans facteurs de risque	2,5	3,0	3,5													
Cardiopathie avec facteurs de risque	3,0	3,5	4,0													

1. D'après Butchart EG *et al.* Recommendations for the management of patients after valvular heart surgery. Eur Heart J 2005;26:2463-71.

Valvulopathies	<ul style="list-style-type: none"> - Anticoagulants oraux après un IC ou AIT compliquant un rétrécissement mitral rhumatismal - Antiagrégant plaquettaire en cas de prolapsus de la valve mitrale isolé ou de calcifications valvulaires en rythme sinusal
-----------------------	--

Traitement spécifique après IC ou AIT lié à l'athérosclérose, à une maladie des petites artères, ou d'origine indéterminée

Traitement antithrombotique	<ul style="list-style-type: none"> - Antiagrégant plaquettaire avec 3 options : aspirine (de 50 à 300 mg/j), association aspirine (25 mg x 2/j)-dipyridamole (200 mg LP x 2/j) ou clopidogrel (75 mg/j) - Chez les patients allergiques à l'aspirine, le clopidogrel est recommandé - Il n'y a pas d'indication à prescrire une association aspirine-clopidogrel après un premier IC ou AIT
Sténose athéroscléreuse symptomatique de la carotide interne extracrânienne	<ul style="list-style-type: none"> - Sténose comprise entre 70 et 99 % (critères NASCET) : endartériectomie carotidienne chez les patients avec un IC non invalidant ou AIT de moins de 6 mois - Sténose comprise entre 50 et 69 % : endartériectomie carotidienne envisageable avec prise en considération de certaines caractéristiques du patient et de l'accident ischémique cérébral. Le bénéfice est plus important chez les hommes, chez les patients ≥ 75 ans et, en cas d'AIT, chez les patients avec symptômes hémisphériques - Sténose pseudo-occlusive avec collapsus de la carotide interne : bénéfice de l'endartériectomie incertain - Sténose < 50 % : pas d'indication chirurgicale - La chirurgie carotidienne doit être réalisée par un chirurgien expérimenté. Le bénéfice de l'endartériectomie est d'autant plus important que le geste est réalisé précocement - L'angioplastie carotidienne avec stent ne peut être proposée qu'en consultation pluridisciplinaire aux patients à haut risque de récurrence sous traitement médical et en cas de comorbidité majeure contre-indiquant la chirurgie carotidienne ou de sténose cervicale haute non accessible à la chirurgie
Sténose athéroscléreuse de l'artère vertébrale extracrânienne	Un traitement endovasculaire ou chirurgical, après concertation pluridisciplinaire, peut être considéré chez les patients présentant des récurrences d'infarctus cérébral ou d'AIT imputables à une sténose sévère de l'artère vertébrale malgré un traitement médical maximal
Sténose athéroscléreuse intracrânienne	Un traitement endovasculaire, après concertation pluridisciplinaire, peut être considéré chez les patients présentant des récurrences d'AIT ou d'infarctus cérébral imputables à une sténose intracrânienne sévère malgré un traitement médical maximal
Athérosclérose de la crosse de l'aorte	<ul style="list-style-type: none"> - En cas d'athérosclérose ≥ 4 mm d'épaisseur de la crosse de l'aorte : traitement par antiagrégant plaquettaire - En cas d'athérosclérose sévère avec élément mobile et/ou thrombus : un traitement anticoagulant de plusieurs semaines peut être envisagé

Traitement spécifique après IC ou AIT associé à une dissection artérielle cervicale ou intracrânienne

Dissection artérielle cervicale	Traitement antithrombotique : antiagrégant ou anticoagulant. Il n'est pas recommandé de poursuivre un traitement anticoagulant au-delà de 3 à 6 mois. Un traitement par antiagrégant au long cours peut être envisagé en cas d'anomalies persistantes de la paroi artérielle
Dissection artérielle intracrânienne	Il convient de prendre en compte le risque d'hémorragie sous-arachnoïdienne liée à cette localisation

© Haute Autorité de Santé – 2008



Ce document présente les points essentiels des recommandations professionnelles :
 « Prévention vasculaire après un infarctus cérébral ou un accident ischémique transitoire » - Recommandation pour la
 pratique clinique – Mars 2008
 Ces recommandations et l'argumentaire scientifique sont consultables dans leur intégralité
 sur www.has-sante.fr

7.2 ANNEXE 2 : 1ERE GRILLE D'ENTRETIEN

- 1) Quelle est votre année de naissance ?
- 2) Quelle est votre année d'installation?
- 3) Comment qualifieriez-vous votre activité médicale ? Rurale /Semi Rurale / Urbaine /Seul / Association
- 4) Combien avez-vous ,au total de patient ayant eu un AVC ou un AIT dans votre patientèle ? 1-5/6-10/10-15/>15
- 5) Combien avez-vous de nouveaux cas d'AVC ou d'AIT par an (par exemple année 2009) ?
- 6) En général, ces patients ont-ils un suivi spécialisé ?
- 7) Quelles sont les particularités de votre suivi pour les patients cérébrolésés (clinique, examens complémentaires..)?
- 8) Connaissez-vous les objectifs de prise en charge des facteurs de risque vasculaire (FDRV) en post AVC non cardio-embolique (ex, poids, tabac, TA, LDLc) ? Oui /non

-si non : vous servez vous d'un aide mémoire : Oui / Non

-si oui lequel :

- 9) Pouvez-vous me donner l'objectif tensionnel en post AVC ?
- 10) Pouvez-vous me donner l'objectif de LDLc ?
- 11) Sur quelles recommandations vous basez-vous (HAS / FMC / site internet) dans votre pratique quotidienne ?
- 12) Quelles sont vos principales difficultés de suivi et de gestion de ces facteurs de risque cardio-neuro-vasculaires :

-Atteinte des objectifs fixés : Oui / Non

-Adhésion du patient à son traitement : Oui / Non

-Education thérapeutique par rapport aux FDRCV : Oui / Non

-Faire le point sur le dossier avec la multiplicité des résultats biologiques et des courriers des spécialistes : Oui / Non

-Gestion des traitements, effets indésirables ... Oui / Non

-Communication entre les différents acteurs de la prise en charge : Oui / Non

-Autres

- 13) Quelles sont les améliorations que vous pourriez proposer pour y remédier?
- 14) Que pensez-vous du concept d'un outil de suivi des FDR vasculaires en post AVC ? L'utiliserez vous ?
Jamais / Parfois/ Souvent/ fréquemment
- 15) Pensez-vous que ce type d'outil pourrait vous aider dans la prise en charge de vos patients cérébrolésés ?
Oui / Non

Si oui, en quoi pourrait-il vous aider :

- 16) Quelles est la qualité qui vous paraît être essentielle pour ce carnet ?

-Compact

-Répertoire de toutes les mesures des différents FDRCV dans le temps

-Rappel des objectifs de prise en charge

-Moyen de communication entre les différents intervenants dans la prise en charge du patient (substitut au courrier par exemple)

-Outil d'éducation thérapeutique pour le médecin et le patient

- 17) Pouvez-vous me citer d'autres éléments que vous aimeriez trouver dans ce carnet ?

7.3 ANNEXE 3 : 2EME GRILLE D'ENTRETIEN

Les modifications apportées à la première grille d'entretien sont **signalées en gras**. Une modification est que les questions ont été répertoriées par thèmes.

PRATIQUE du médecin :

- 1- Quelle est votre année de naissance ?
- 2- Quelle est votre année d'installation?
- 3- Comment qualifieriez-vous votre activité médicale ? Rurale /Semi Rurale / Urbaine /Seul / Association
- 4- Combien avez-vous ,au total de patients ayant eu un AVC ou un AIT dans votre patientèle ?
1.5 /6-10 / 10-15/ >15

CONCERNANT LES RECOMMANDATIONS DE MARS 2008

- 8- **Avez-vous le sentiment de bien les connaître ?**
 - a) Oui /non
 - b) si non : vous servez vous d'un aide mémoire : Oui / Non
- 9- **Pensez-vous les suivre correctement ?** (montrer la dernière synthèse des recommandations de 2008)
Si non, quelles sont leurs principaux défauts ? dans votre pratique quotidienne vous semble-t-elle utile, valable, applicable, claire, adaptée à votre pratique ?

PRISE EN CHARGE DES FDRV APRES UN AVC

- 10- Avez-vous des particularités dans le suivi de vos patients ayant eu un IC ou AIT ?
 - **Fréquence de suivi de consultation, des bilans sanguins**
 - **Info sur règles hygiéno-diététique : diététique/ sport/ arrêt du tabac/ réduction du poids**
 - **Evaluation de l'observance**
 - **Dépistage des autres territoires vasculaires**
- 11- Sur quelles informations vous basez-vous (HAS / FMC/ groupe de pairs / site internet/ revue) dans votre pratique quotidienne ?
- 12- Quelles sont vos principales difficultés de suivi et de gestion de ces facteurs de risque cardio-neuro-vasculaires :
 - a) Atteinte des objectifs fixés
 - b) Adhésion du patient à son traitement
 - c) Education/information thérapeutique par rapport aux FDRV
 - d) Faire le point sur le dossier avec la multiplicité des résultats biologiques et des courriers des spécialistes
 - e) Gestion/maniement des traitements, effets indésirables
 - f) Communications entre les différents acteurs de la prise en charge (infirmière, pharmacie, spécialiste)
 - g) Autres

COMMENT AMELIORER LA PEC/SUGGESTION D UN CARNET DE SUIVI ET INFO

- 13- Quelles sont les améliorations que vous pourriez proposer pour y remédier ?
- 14- Que pensez-vous du concept d'un outil de suivi des FDR vasculaires en post AVC ? Pensez-vous que ce type d'outil pourrait vous aider dans la prise en charge de vos patients ?
- 15- Quelles est la qualité qui vous paraît être essentielle pour ce carnet/outil ?
 - sous quelle forme le voudriez-vous ?
 - Pouvez-vous me citer des éléments que vous aimeriez trouver dans ce carnet
- 16- Avez-vous des choses à rajouter ?

7.4 ANNEXE 4 : GRILLE D'ENTRETIEN DEFINITIVE

Les modifications apportées à la deuxième grille d'entretien sont **signalées en gras**. L'ordre des questions a été modifié. Les questions sur la connaissance des recommandations, plus délicates en raison du sentiment de jugement que pouvait ressentir le médecin étaient plus appropriées au milieu de l'entretien pour favoriser le climat de confiance.

PRATIQUE du médecin :

- 1- Quelle est votre année de naissance ?
- 2- Quelle est votre année d'installation?
- 3- Comment qualifieriez-vous votre activité médicale ?
Rurale /Semi Rurale / Urbaine /Seul / Association
- 4- Combien avez vous ,au total de patients ayant eu un AVC ou un AIT ?
1.5 /6-10 /10-15 />15

LES DIFFICULTES DANS LE SUIVI D'UN PATIENT AVC

- 5- Quelles sont vos difficultés dans le suivi d'un patient ayant eu un AVC ou un AIT ?
 - a) La 1^{ère} consultation
 - b) Rencontrez-vous des problèmes lors des renouvellements d'ordonnance ?
 - c) Y a t-il souvent des difficultés d'observance ? comment arrivez-vous à y remédier ?
 - d) Comment abordez-vous la question des règles hygiéno-diététiques ? impact sur les patients ?

LA COORDINATION DE SOINS

- 6- **Comment trouvez-vous la communication avec les spécialistes neurologues ? hôpital ? les autres professionnels de santé (infirmières, kiné) ?**

CONCERNANT LES CONNAISSANCES ET INFORMATIONS MEDICALES

- 7- Pour vous aider, quelles sont vos sources d'informations ?
- 8- Savez-vous qu'il existe des recommandations de l'HAS sur la prévention secondaire de l'AVC ? (montrer la dernière synthèse des recommandations 2008).
Voulez-vous les commentez ?
- 9- **Qu'est ce qui vous a manqué en termes d'information pour la prise en charge du patient ?**

COMMENT AMELIORER LA PEC DE LA PREVENTION SECONDAIRE

- 10- Quelles sont les améliorations que vous pourriez proposer ?

SUGGESTION D'UN CARNET DE SUIVI ET INFORMATION : parler

- 11- Pensez-vous que ce type d'outil pourrait vous aider dans la prise en charge de vos patients/ utilité ?
- 12- Quelles est la qualité qui vous parait être essentielle pour ce carnet/outil ?
 - Sous quelle forme le voudriez-vous ?
 - Pouvez-vous me citer des éléments que vous aimeriez trouver dans ce carnet ?
- 13- Avez-vous des choses à rajouter ?

7.5 ANNEXE 5 : PRINCIPALES CARACTERISTIQUES DES MEDECINS INTERROGES

Médecins	Sexe	Age	Années d'Inst.	Lieu	Pratique d'exercice	Mode d'exercice	Nombre total de patients AVC/AIT	Durée Entretiens (minutes)
1	H	57	27	U	MG/ostéopathie	A.	Entre 6-10	14
2	H	63	32	U	MG	A.	Entre 11-15	15
3	F	43	1	SR	MG/homéopathie	Seul	0	15
4	H	43	11	U	MG	A.	>15	25
5	H	50	20	U	MG/TC	A.	Entre 6-10	55
6	H	61	24	U	MG	Seul	Entre 6-10	25
7	H	51	19	U	MG/addictologie	Seul	>15	20
8	H	54	21	U	MG	Seul	>15	33
9	F	53	24	U	MG	Seul	Entre 11-15	25
10	H	40	8	U	MG	Seul	Entre 1-5	40
11	H	63	34	U	MG	Seul	Entre 11-15	30
12	H	50	19	U	MG	A.	Entre 6-10	11
13	F	52	22	U	MG	Seul	Entre 11-15	20
14	F	54	14	U	MG	Seul	Entre 11-15	45
15	F	41	4	SR	MG	Seul	Entre 11-15	18
16	H	42	10	U	MG	A.	>15	15
17	H	57	30	U	MG	Seul	>15	45
18	H	50	18	R	MG	A.	>15	32
19	F	36	4	R	MG	A.	>15	30
20	H	64	32	U	MG	Seul	>15	25

H : homme, F : femme, U : urbain, SR : semi-rural, U : urbain, MG : médecine générale, TC : thérapie comportementale, Années d'Inst. : années d'installation, A : en association.

7.6 ANNEXE 6 : TABLEAU RECAPITULATIF DE L'OPINION DES MEDECINS SUR UN OUTIL PEDAGOGIQUE

	CARNET informatif pour le patient	CARNET de suivi pour le médecin	CARACTERISTIQUES
Dr 1	Oui	+/- : « si il y avait les avancées de la science et des thérapeutiques »	« pour expliquer des choses synthétiques visuelles et assez simples »
Dr 2	Oui : « ça ne résoudre pas tout »	/	« si on pouvait disposer(...) d'un réseau »
Dr 3	Oui	Oui	« hyper pratique, hyper synthétique, hyper concis »
Dr 4	Oui : « ça ne remplacerait pas l'intervention de quelqu'un »	Oui : « récapituler un peu comme le carnet du diabétique »	
Dr 5	Oui	A voir , « je crains que ce soit un carnet de plus »	« cette information doit être facile d'accès et par le médecin et par le patient »
Dr 6	Oui : « il faut qu'il y est aussi un changement d'état d'esprit »	Oui	« je le verrais plutôt informatique »
Dr 7	Oui : « si vous donnez les outils pour qu'il s'auto-évalue »	Non	« simple, pas trop de question, pas plus d'une page », « pratique, reproductible »
Dr 8	Oui	Non : « un carnet de suivi où dedans il marquerait ses résultats, je ne pense pas »	« quelque chose de concis et qui ne fait pas un livre »
Dr 9	Oui	Non	« il faut qu'il soit très simple »
Dr 10	+/- « il faut savoir à qui on le donne, pourquoi on le donne »	Non	« un truc court sur une page, une feuille », « le plus simple »
Dr 11	Oui	Oui	/
Dr 12	Oui	A voir	« il faut que ce soit simple, court, imagé »
Dr 13	oui	Non	« pas trop médical, des termes simples », « avec des dessins »
Dr 14	Oui	Non : « on est déjà dedans »,	« Clair, facile à comprendre »
Dr 15	Oui	Oui : « ça nous simplifie la vie et ça permet de ne pas oublier des choses »	« quelque chose qui serait intégrer dans les logiciels médicaux »

Dr 16	Oui	Oui :« c'est de marquer une partie où il y a les derniers rendez-vous »	« plutôt un petit format »
Dr 17	Oui	Oui :« quelque chose qui soit un suivi longitudinal sur 6 mois-lan »	« qui soit clair, simple, utilisable »
Dr 18	+/-	+/-	« un réseau de suivi des patients, peut être plus qu'une fiche de renseignement »
Dr 19	Oui	Oui : « Si on le garde dans l'informatique, pourquoi pas »	« pas trop long », « synthétique », « faisable rapidement en consultation »
Dr 20	Oui	Oui « pour établir un protocole, un arbre de décision de surveillance »	

7.7 ANNEXE 7 : LES ENTRETIENS

Entretien n°1.....	p.66
Entretien n°2.....	p.67
Entretien n°3.....	p.70
Entretien n°4.....	p.73
Entretien n°5.....	p.76
Entretien n°6.....	p.84
Entretien n°7.....	p.88
Entretien n°8.....	p.91
Entretien n°9.....	p.96
Entretien n°10.....	p.100
Entretien n°11.....	p.105
Entretien n°12.....	p.109
Entretien n°13.....	p.111
Entretien n°14.....	p.114
Entretien n°15.....	p.121
Entretien n°16.....	p.125
Entretien n°17.....	p.128
Entretien n°18.....	p.136
Entretien n°19.....	p.140
Entretien n°20.....	p.144

ENTRETIEN N° 1 (E1) du 15/04/2011

Interviewer : Je vais commencer par vous demander le nombre total de patients ayant eu un AVC ou un AIT dans votre patientèle ?

Dr 1 : Pendant quelle période ?

Interviewer : Actuellement ?

Dr 1 : Entre 5 et 10. Une petite dizaine.

Interviewer : Et avez-vous eu de nouveaux cas l'année dernière ?

Dr 1 : Oui.

Interviewer : Pouvez-vous me dire combien ?

Dr 1 : En 2010, j'en ai eu beaucoup. Je dirai au moins 4.

Interviewer : Il y a un plan national qui a été lancé entre 2010 et 2014 pour améliorer la prise en charge de l'AVC notamment la prise en charge aiguë, et aussi pour améliorer la prévention secondaire pour diminuer les récurrences.

Dr 1 : Non, je n'étais pas au courant de ce plan.

Interviewer : Il existe aussi des recommandations de l'HAS datant de 2008 pour aider à la prise en charge. Vous les connaissez ?

Dr 1 : Non. (il regarde) Je peux les garder ?

Interviewer : Oui, bien sûr. Par rapport à votre prise en charge des facteurs de risque, avez-vous des particularités de suivi ? (silence) Par exemple, dans la fréquence des examens ?

Dr 1 : Moi étant à Grenoble, comme on a un très large plateau de collègues spécialistes, j'adresse tous les gens dont je détecte de l'hypertension. Je demande toujours un bilan cardiaque et je vois selon les cas pour un bilan vasculaire. Et tous les gens qui sortent après hospitalisation, je recommande d'avoir un suivi à la fois cardiaque et angiologique. Donc je suis souvent plutôt reneweur d'ordonnance que primo-prescripteur puisque c'est soit à la sortie de l'hôpital, soit c'est le renouvellement du cardiologue ou de l'angiologue et du neurologue.

Interviewer : Et comment trouvez-vous la communication avec l'hôpital ?

Dr 1 : On voit souvent le patient avant. On est souvent obligé de téléphoner pour avoir des info. (silence) Le courrier papier est assez long, plus particulièrement avec la clinique mutualiste.

Interviewer : Sur quoi vous basez-vous pour vous remettre à jour ?

Dr 1 : La presse, la FMC et surtout l'avis des collègues spécialistes concernés.

Interviewer : Vous arrivez à bien communiquer avec eux ?

Dr 1 : Ceux avec qui je travaille sur Grenoble, oui, oui. Soit par écrit, soit par téléphone. Lorsqu'on se connaît, c'est plus facile de communiquer.

Interviewer : Vous m'avez dit que vous avez eu des nouveaux cas de patients ayant eu un AVC cette année, avez-vous des difficultés dans la prise en charge des facteurs de risque vasculaires ?

Dr 1 : On pourrait dire que les principales difficultés seraient le suivi des consignes par les patients, c'est-à-dire l'arrêt du tabac, enfin, pour ceux qui sont fumeurs. Mais sinon, en difficultés d'un point de vue purement médicale, non. Une fois que la personne a été bilantée sur les différents plans, après c'est l'application des consignes. C'est l'atteinte du suivi par le patient des règles tels que l'arrêt du tabac, bouger, bien manger.

Interviewer : Comment trouvez-vous l'observance des médicaments ?

Dr 1 : Habituellement, je n'ai pas connaissance des gens qui refusent. On peut avoir des ennuis d'effets secondaires mais dans les gens qui ont cette pathologie, je n'ai pas vu de refus de traitement, enfin de refus de prise de médicament. Après, c'est ce qu'ils me disent.

Interviewer : Comment agissez-vous face aux effets indésirables ?

Dr 1 : Dans ce domaine, je n'ai pas eu trop d'ennuis. C'est surtout le *Plavix* où les gens ont des hématomes un peu partout. Ils ont l'air de l'accepter parce qu'il y a cette notion de risque. En général, quand les personnes ont eu un AVC, ils ont quand même la plupart du temps été assez marqués et ça favorise beaucoup l'acceptabilité du traitement. En tout cas dans ceux que j'ai vu.

Interviewer : D'accord.

Dr 1 : Donc je n'ai pas eu d'abandon sauvage de traitement.

Interviewer : Pour vous, les patients acceptent bien quand ils sortent avec de nouveaux médicaments, les antiagrégants, les antihypertenseurs ou les statines ?

Dr 1 : Ou avec les AVK

Interviewer : Oui. C'est bien accepté ?

Dr 1 : Oui. Je n'ai pas de cas de personnes qui ayant eu ça.

Interviewer : D'accord. Si il existait un outil pédagogique qui aide les patients à l'information de l'AVC sur leur maladie, les règles hygiéno-diététiques et aussi un carnet de suivi pour le médecin, qu'est-ce que vous en pensez ?

Dr 1 : Je suis preneur.

Interviewer : Pour vous, cela vous permettrait de mieux prendre en charge le patient ?

Dr 1 : Oui, je suis assez, j'ai une tendance à être un petit peu pédagogue. J'aime bien expliquer aux gens et le fait que la personne comprenne ce qu'elle a, cela favorise beaucoup son autogestion. Donc, oui un outil pédagogique cela m'intéresserait.

Interviewer : Sous quelle forme ou quelle qualité préféreriez-vous ?

Dr 1 : Pour les gens, c'est surtout le visuel, donc soit en document visuel statique, ou pourquoi pas un document animé. Mais je pense que déjà des planches pour expliquer des choses synthétiques visuelles et assez simples. Je pense que ça permet aux gens de comprendre ce qu'il leur est arrivé.

Interviewer : Et pour vous, cela serait quelque chose de plus focalisé sur le patient et pas forcément pour vous aider ?

Dr 1 : Par exemple, pour modifier son alimentation, pour modifier sa prise de tabac, je pense qu'il faut comprendre, il faut en ressentir la motivation. Donc, il faut avoir conscience de la relation entre l'alimentation et le tabac avec le processus que la personne a subi. Donc, il faut pouvoir lui faire comprendre la relation de façon simple sans avoir fait une licence de biologie.

Interviewer : Et pour vous, pour améliorer votre pratique, est-ce que vous voudriez retrouver quelque chose dans cet outil ? Par exemple, noter les différents résultats, un récapitulatif des recommandations.

Dr 1 : Oui, si il y avait les avancées de la science et des thérapeutiques.

Interviewer : D'accord très bien. Avez-vous des choses à ajouter ?

Dr 1 : Non, non.

Interviewer : Merci.

ENTRETIEN N °2 (E2) du 18/04/2011

Interviewer : Je vais commencer par vous demander le nombre total de patients qui ont eu un AVC ou un AIT dans votre patientèle ?

Dr 2 : Non, je ne peux pas. Comment voulez-vous ? (il rit)

Interviewer : Et si on utilise des tranches. Par exemple, inférieur à 5, entre 5 et 10, entre 11 et 15 ou supérieur à 15 ?

Dr 2 : Au total ? Plus d'une dizaine.

Interviewer : Entre 10 et 15 ?

Dr 2 : oui, mais c'est vague. J'aurais pu reprendre avec les antécédents mais cela prend un certain temps de faire la recherche.

Interviewer : Avez-vous eu de nouveaux patients l'année dernière qui ont eu un AVC ou un AIT ?

Dr 2 : Oui, il y en eu. Je ne sais pas entre 2 et 5, peut être.

Interviewer : Savez-vous qu'il existe des recommandations sur la prévention secondaire suite à un AVC ? Je vais vous montrer la synthèse de ces recommandations.

Dr 2 : Oui, vous voulez savoir si j'en tiens compte ?

Interviewer : Oui. Si vous les connaissez et ce que vous en pensez ?

Dr 2 : Oui, on essaie d'en tenir compte. (il lit) Tension artérielle, oui. Lipides, oui bien sûr. Diabète, oui bien sûr. Le contrôle des facteurs de risque : tabac, alcool, obésité, ça paraît une évidence.

Interviewer : Avez-vous l'impression de pouvoir les suivre correctement ?

Dr 2 : Les premières relativement je dirais. On y arrive. Tout ce qui est personnel, tabac, obésité, moins facile. L'activité physique, c'est pareil. On conseille.

Interviewer : vous avez des difficultés ?

Dr 2 : En raccourci, tout ce qu'on peut traiter par des médicaments, on arrive à stabiliser ou à améliorer. Tout ce qui est du ressort de la personne, on ne peut donner que des conseils mais je ne dois pas arriver à les convaincre. C'est peut être moi qui suis mauvais.

Interviewer : Est-ce une difficulté dans la prise en charge ?

Dr 2 : oui. On s'oriente vers une assistance psychologique pour la prise en charge de ces facteurs qu'on ne peut absolument pas bénéficier au cabinet sauf peut-être, ça commence peut-être avec les réseaux qui s'organisent. Je pense au surpoids par exemple.

Interviewer : Comment s'organise votre suivi chez un patient ayant eu un AVC ?

Dr 2 : Avant ou après ?

Interviewer : Après un AVC.

Dr 2 : Donc on a le diagnostic ?

Interviewer : Oui, il a été hospitalisé...

Dr 2 : Il a été vu par le neurologue, il a eu son bilan, il a tout eu. Donc, c'est du préventif ?

Interviewer : Oui. Y a-t-il d'autres choses difficiles dans le contrôle des facteurs de risque ?

Dr 2 : Oui, oui, moi, je rabâche souvent qu'il faut perdre du poids et qu'il faut bouger. Mais bon, j'ai l'impression de prêcher dans le vide.

Interviewer : Vous avez l'impression de ne pas être efficace dans cette prise en charge.

Dr 2 : Contrairement, à tout ce qui peut être pris en charge par des médicaments où ça on peut adapter. Les médicaments, ce n'est pas trop un problème. J'arrive à bien stabiliser.

Interviewer : Vous parlez de l'observance médicamenteuse ?

Dr 2 : Oui. Les gens aiment bien prendre des médicaments. (Il sourit). C'est terrible mais on peut les renforcer, c'est facile même. Ils ont trop de tension, on renforce. Ils ont trop de diabète, on renforce. Ce n'est pas ça qui est difficile, on finit par y arriver. Mais l'idéal même si on rabâche, je pense que c'est pour tout le monde pareil, quelqu'un qui a fait un AVC, qui est diabétique, et qui est en surpoids, qui ne bouge pas, on a beau lui dire qu'il faut faire le régime et

qu'il faut bouger, je ne pense pas qu'il va le faire. Sa situation de vie est telle que les mêmes causes produisant les mêmes effets, je ne vois pas pourquoi il changerait à ce moment là. (Sonnerie de téléphone).

Il répond.

Interviewer : Quelles sont vos bases d'informations sur ce sujet ?

Dr 2 : (il cherche) J'ai les reco, le guide thérapeutique, il est un peu périmé et puis Internet. Les trucs de labo, je n'y vais pas beaucoup. Donc je n'ai pas beaucoup de contact. Et les revues un peu mais quand j'ai besoin, j'oublie ce que j'ai lu, donc je vais sur Internet pour rechercher. Les bouquins qui sont derrière ils sont trop vieux aussi. Ca fait le décor.

Interviewer : Si les patients ressortaient avec un outil pédagogique qui leur permettrait de renforcer l'information sur leur maladie, le mécanisme et de l'importance de ce qu'on disait sur les règles hygiéno-diététique, qu'en pensez vous ?

Dr 2 : Ca ne résoudre pas tout. Ca leur donnerait une information et ça répéterait ce qu'on leur dit ici mais ce n'est pas pour autant que ça déboucherait sur du positif. Je pense que les gens ont compris lorsqu'on leur dit qu'il faut faire une diététique, qu'il faut manger moins, etc. Et ils n'y arrivent pas. Ils le savent qu'il sont en surpoids . Quand ils ont un IMC à 35, ils le savent. Ils sont essouffés, ils ne peuvent monter un étage, ils le savent tout ça. Et donc ils n'y arrivent pas car on n'a pas les moyens de les aider. C'est pour ça que je parlais de réseaux tout à l'heure car si on pouvait disposer, comme c'est en train de se mettre en place en pédiatrie pour les surpoids, d'un réseau avec l'intervention de diététiciens. On a du mal, ce n'est pas remboursé, il y en a pas beaucoup, on ne les connaît pas ou des psychologues, ce n'est pas remboursé, on les connaît mais ils n'y vont pas parce que c'est mal remboursé. On a du mal à être aidé pour les soutenir.

Interviewer : Donc un réseau serait un moyen d'améliorer la prise en charge ?

Dr 2 : Oui, un réseau AVC ou surpoids ou un réseau activité physique. Ca peut être plus large parce qu'il y rentrerait pas forcément les gens qui ont eu un AVC, les gens qui ont un diabète aussi peuvent bénéficier de ça. Mais encore une fois, on a la chance avec le diabète d'avoir des médicaments.

Interviewer : Y a t-il d'autres difficultés ?

Dr 2 : Oui, la gestion de l'AVC en phase aigue ou de l'AIT. Je ne téléphone plus à l'hôpital parce qu'on n'arrive jamais à toucher personne.

Interviewer : Donc la communication avec l'hôpital ?

Dr 2 : Oui c'est autre chose mais c'est une problématique.

Interviewer : Vous signalez des problèmes en phase aigue mais qu'en est-il en post-AVC ? Comment trouvez vous la communication avec l'hôpital ?

Dr 2 : Elle n'existe pas. Il n'y en a pas. Ca va peut-être vous faire plaisir parce que vous être jeune. J'ai de plus en plus souvent un contact avec les jeunes internes et externes pour les dossiers des gens qui arrivent et qui sortent. C'est devenu fréquent alors qu'il y a 10 ans, il n'y avait rien. Et donc maintenant, il y a une espèce de communication mais c'est à sens unique parce que quand le patient rentre à l'hôpital, on a besoin d'info et on les a, souvent et quand le malade sort, on a besoin de transmettre le bâton relais. Voilà c'est tout. Ça nous flatte un peu mais je ne sais pas si c'est vraiment utile mais ce n'est pas mal. Je sais que lorsque l'on m'appelle, je me mets dans le dossier tout de suite, je n'évite pas le problème. On dit que quand il y a un AVC ou un AIT, c'est urgent de faire une prise en charge hospitalière et bien tintin. On a beau téléphoné à la mutualiste, ils ne sont jamais pris les gens. On téléphone, d'abord il faut attendre trois quart heure et ensuite, « et bien, on n'a pas de lit ». Alors je ne téléphone plus, j'envoie directement. Ca aussi, c'est important. Cela permettrait d'avoir moins de séquelles si on prenait bien en charge.

Interviewer : Vous avez parlé des réseaux, avez vous d'autres proposition pour améliorer la prise en charge d'un patient ayant eu un AVC ?

Dr 2 : les réseaux, c'est une solution. Ce n'est pas la panacée parce que les réseaux, ça bouffe du temps et ça nécessite de et que je ne sais pas qui est prêt à payer quoi. C'est tout. C'est pas mal dans l'idéal mais à mettre en place, ce n'est pas évident parce qu'on ne trouvera jamais un médecin en lui demandant du temps car en plus, il y a toujours des concertations, il y a toujours des communications partout, de partager les dossiers. Il y a toujours du travail en plus et ce travail, il faut qu'il soit rémunéré. C'est tout.

Interviewer : Très bien. Avez vous des choses à rajouter ?

Dr 2 : Non.

ENTRETIEN N°3 (E3) du 31/05/2011

Interviewer : Combien de patients AVC avez-vous au total ?

Dr 3 : J'en ai très peu vu que j'ai ouvert il n'y a pas longtemps. Je ne peux pas vraiment dire. A ma connaissance, j'en ai pas pour l'instant. J'ai exercé pendant 12 ans en tant que remplaçante, donc j'en ai vu des AVC et des AIT mais là au cabinet, non.

Interviewer : Lors de vos remplacement, avez-vous déjà reçu des patients qui venaient de sortir d'une hospitalisation pour un AVC ou un AIT ?

Dr 3 : Non, c'est moi qui les faisais rentrer en hospitalisation mais je ne les ai pas revu à la sortie.

Interviewer : Par la suite, comment se passe le suivi avec un patient AVC ? Comment organisez-vous une consultation de suivi ?

Dr 3 : Alors, suivi est un grand mot car en tant que remplaçante, je les voyais en pointillé. Ils avaient déjà leur ordonnance de sortie et tout ça. Ben disons, si c'était mes patients, je le vois à la sortie de l'hôpital, je regarderais tous les facteurs de risque cardio-vasculaires. Et je traiterais les facteurs un par un et je traiterais tous les facteurs de risque cardio-vasculaires pour éviter les récurrences derrière.

Interviewer : D'accord. Et avec les renouvellements d'ordonnance, avez-vous eu des difficultés ? (sonnerie de téléphone).

Elle répond.

Dr 3 : Je ne vais pas être super bien placée pour répondre à ces questions.

Interviewer : Non, vous avez déjà suivi des patients donc votre témoignage reste intéressant. Donc par rapport au renouvellement de traitement, avez-vous eu déjà des problèmes avec les effets indésirables ?

Dr 3 : Et bien le traitement pour le cholestérol surtout. Donc il y a pleins de gens qui trouvent que le traitement pour le cholestérol, ce n'est pas important et tintin...parce que bon comme ils n'ont pas de symptômes vraiment liés à cette hypercholestérolémie, ils s'en fichent un petit peu. Et il y a souvent des douleurs musculaires, et puis dès qu'il ya un truc qui ne va pas, ils lisent de suite la liste des effets indésirables. Et quand ils voient tout ce qu'il y a, ils disent « bon j'arrête ». Bon c'est vrai que pour les statines, au niveau de l'observance, c'est assez moyen.

Interviewer : Quelles sont les autres difficultés au niveau des médicaments ?

Dr 3 : Non. Il y en a toujours qui se plaignent parce qu'ils ont des pétéchies, des petites ecchymoses, des choses comme ça mais j'en ai pas qui m'ont dit « j'ai arrêté à cause des pétéchies », contrairement aux statines, « j'ai arrêté quand j'ai lu la liste des effets indésirables ou quand j'avais des douleurs musculaires ». Pour le *Kardégic*, j'ai

eu personne qu'il me l'a dit, peut-être qu'ils l'ont fait, qu'ils ont arrêté en douce mais je n'ai pas eu connaissance de ça.

Interviewer : Sur la question des règles hygiéno-diététiques, comment est perçue l'importance des règles hygiéno-diététiques ?

Dr 3 : En règle générale, les règles hygiéno-diététiques ne sont pas trop suivies. A la rigueur, les patients préfèrent prendre des médicaments plutôt que de se compliquer la vie à suivre des règles hygiéno-diététiques. Vu qu'ils ont déjà des habitudes plutôt ancrées, à mon avis, c'est limite utopique que de vouloir changer leurs habitudes alimentaires.

Interviewer : Pour vous, cela vient d'où ?

Dr 3 : En règle générale, les gens ont la flemme de faire des efforts. Après ceci dit, si ils ont eu un infarctus ou un AVC, cela va être le déclic, ça va être l'occasion de tendre la perche et ça va réaliser un déclic qui va faire qu'ils vont faire attention ça. Il y a certaines personnes à qui il faut ce genre d'accident pour réaliser l'importance des règles hygiéno-diététiques. Je pense que dans l'ensemble les gens n'ont pas envie de faire d'efforts, que ce soit pour l'exercice physique ou par rapport à l'alimentation.

Interviewer : Pensez-vous que si on arrive à bien leur expliquer la relation entre le processus de leur maladie et les règles hygiéno-diététiques, cela aura plus d'impact sur l'observance de ces règles ?

Dr 3 : Ben disons je pense que plus on donne d'explications et plus on est convaincu, plus on est convaincant quoi. C'est vrai que si soi-même, on s'en fiche et qu'on est persuadé que le patient ne le fera pas et bien le patient va ressentir qu'on s'en fiche et s'en foutra aussi. Je pense que plus on y accordera de l'importance, plus le patient y accordera de l'importance. Comme je disais, c'est un peu utopique mais il faut quand même tenter le coup. Il faut faire le maximum, et après adienne que pourra.

Interviewer : Pensez-vous que vous avez les bases d'informations pour leur donner ?

Dr 3 : quand je suis sortie de la fac, honnêtement je pense que je n'avais pas du tout les bases parce que de la nutrition on n'en fait pas trop. Par contre, maintenant que j'ai fait mon DU de nutrition-santé et micro nutrition, je pense que j'ai les bases maintenant. Ben bon ça été après un an de formation complémentaire.

Interviewer : D'accord.

Dr 3 : Je ne dis pas que je sais tout mais je pense avoir les bases.

Interviewer : La communication avec les autres professionnels de santé par exemple le pharmacien ou les infirmières, tous ceux qui s'entourent autour du patient qui a eu un AVC, est-elle facile ?

Dr 3 : je n'ai pas eu ce contact là dans mes remplacements.

Interviewer : Pour vos remises à jour de l'AVC ou AIT, quelles sont vos sources ?

Dr 3 : Pour les soirées, je vais plutôt en homéopathie, en micro nutrition et en phytothérapie car je me suis un peu spécialisée là dedans et donc les soirées, je vais surtout là. Et après, je ne peux pas aller à toutes les soirées malheureusement vu que j'ai des enfants en bas âge. Donc après ce que je fais, je lis pas mal la presse médicale qu'on reçoit dans nos boîtes aux lettres tous autant qu'on est. C'est surtout là-dedans que je vais mettre un peu mes connaissances à jour.

Interviewer : Avez-vous d'autres informations, autre que la nutrition, qui vous ont manquées dans le suivi de patients AVC ? Avez-vous eu des questions que les patients vous ont posées et dont vous n'arriviez pas à répondre ?

Dr 3 : Dans le suivi, je n'ai pas vraiment eu de soucis. C'était plutôt dans le diagnostic initial. Des fois je ne savais pas si les signes neurologiques étaient plutôt centraux ou périphériques. Parfois c'est évident quand c'est central mais parfois on ne sait pas trop si c'est périphérique ou central. Mais dans le suivi, je n'ai pas eu vraiment de difficultés.

Interviewer : Il existe des recommandations sur la prévention secondaire des patients ayant eu un AVC. Je ne sais si vous les avez reçues ou si vous en avez eu connaissance ? Elles datent de 2008, ces recommandations. Je les ai sorties. Je sors les recommandations. Elle regarde et lit rapidement.

Dr 3 : Non, non je n'ai pas connaissance de tout ça. Je me doutais qu'il fallait contrôler les facteurs de risques mais les traitements spécifiques.

Interviewer : Nous allons seulement s'attacher à la première partie des recommandations qui parlent des facteurs de risque vasculaires.

Dr 3 : Non. Je ne les connais pas par cœur les recommandations.

Interviewer : Vous connaissez ces objectifs ?

Dr 3 : Oui la tension à 130/80 dans le diabète, oui je connais... Par contre l'alcool dans les facteurs de risque cardio-vasculaires, je n'avais pas cette notion. J'avais le tabac, le cholestérol, l'obésité et tout ça mais l'alcool. Ca joue ?

Interviewer : Il fait partie des facteurs prédisposant.

Dr3 : Pour moi, ce n'était pas un facteur de risque cardio-vasculaire.

Interviewer : Ces objectifs sont-ils faciles à atteindre lors d'un suivi de patient ayant eu un AVC ou un AIT ?

Dr 3 : À court terme non mais à moyen terme oui parce qu'il faut déjà mettre les règles hygiéno-diététiques en place. Ensuite la plupart du temps, ça ne suffit pas ou elles ne sont pas suivies donc après, il faut mettre les statines, plus ou moins traiter le diabète et etc... Et donc après des fois, il faut encore augmenter les doses, ajuster les doses, les posologies jusqu'à ce qu'on entre dans les chiffres souhaitables. Donc ça prend du temps, ça ne se fait pas du jour au lendemain.

Interviewer : D'accord. Avez-vous des améliorations à proposer pour mieux prendre en charge un patient ayant eu un AVC ?

Dr 3 : Oui. Peut-être lui dire quels sont les symptômes des AVC parce qu'il a peut-être eu certains symptômes mais ça ne va pas forcément être les même la prochaine fois. Donc lui dire quels types de symptômes doivent l'alerter et doivent lui faire appeler son médecin ou le 15.

Interviewer : En rapport avec cette thèse, on voudrait faire un outil pédagogique qui puisse être un moyen d'information pour le patient et un outil de suivi pour le médecin. Pour vous, est-ce que ça serait utile ?

Dr 3 : C'est toujours pareil, les médecins généralistes sont pris par le temps. Il faut que ce soit hyper pratique, hyper synthétique, hyper concis, sinon ils ne le feront pas. Ca c'est clair.

Interviewer : Si il y a des choses à marquer dessus ?

Dr 3 : Oui mais il faut que ce soit vite fait car si c'est trop compliqué à faire, trop long, les généralistes ça va les rebuter. Ils ne le feront pas. Ils n'ont pas le temps. Il faut un truc hyper synthétique, hyper concis.

Interviewer : Pour finir, à Grenoble il existe un réseau (elle note sur un papier) qui propose aux patients qui sortent d'une hospitalisation des ateliers sur les AVC. Il y a des thèmes et ça va leur expliquer le mécanisme de la maladie par exemple. Ca peut-être utile pour les patients vasculaires notamment ceux ayant eu un AVC ?

Dr 3 : Oui je pense que ça peut être intéressant car ce n'est pas mon cas, mais la plupart des généralistes sont débordés et c'est assez chronophage d'expliquer tout ça et ils n'ont pas toujours le temps et ils ne sont pas forcément au courant de toutes les recommandations de l'HAS. Je pense que ça serait plus efficace d'avoir un centre qui s'occupe de ça de façon spécifique.

Interviewer : Très bien. Avez-vous des choses à rajouter ?

Dr 3 : ... Pour le suivi, je n'ai rien à rajouter mais c'est pour le diagnostic moi. Mais... c'est plus le diagnostic qui me pose problème. Mais ce n'est pas votre sujet.

ENTRETIEN N°4 (E4) du 31/05/2011

Interviewer : Combien au total avez-vous de patients qui ont eu un AVC ou un AIT ? (Silence) Si on fait des tranches de 5 en 5 : entre 1 et 5, entre 6 et 10, entre 11 et 15 ou supérieur à 15 ?

Dr 4 : (il réfléchit). J'ai l'impression plusieurs dizaines.

Interviewer : Entre 10 et 15 ?

Dr 4 : Même plus

Interviewer : Plus de 15 ?

Dr 4 : Si on tient compte des AIT, peut-être entre 30 et 40.

Interviewer : Toutes causes confondues ?

Dr 4 : Ils sont surtout ischémiques.

Interviewer : Avez-vous eu de nouveaux patients l'année passée ?

Dr 4 : Oui. Facilement 5. Probablement plus.

Interviewer : Est-ce de plus en plus fréquent ?

Dr 4 : Non, c'est régulier.

Interviewer : Souvenez-vous d'un patient que vous avez reçu juste après une hospitalisation. Comment s'est déroulée cette première consultation avec ce patient ayant eu un AVC ou un AIT ? (Silence). Avez-vous eu des difficultés lors de cette consultation ?

Dr 4 : Les difficultés qu'on a, pour la première, c'est surtout le manque d'information.

Interviewer : Avec l'hôpital ?

Dr 4 : Oui, parce qu'on a les courriers qui arrivent toujours après le patient

Interviewer : C'est-à-dire ?

Dr 4 : Il vient pour savoir où il en est et on a du mal à répondre puisqu'on n'a pas les informations précises. Donc la difficulté elle est là.

Interviewer : Et au niveau des médicaments, pour refaire l'ordonnance ?

Dr 4 : Non. Ca paraît assez clair.

Interviewer : Et par la suite, comment se déroule le suivi lors de la première année ?

Dr 4 : Je n'ai pas le sentiment d'avoir eu de difficultés majeures.

Interviewer : Tout se passe bien ? Y a-t-il des problèmes d'observance ?

Dr 4 : Assez peu

Interviewer : Assez peu mais il y en a.

Dr 4 : Y en a toujours

Interviewer : Plutôt quelles catégories de médicaments ?

Dr 4 : (Silence). Ca ne dépend pas tellement des médicaments. Ca dépend de la longueur de la liste, du nombre de prises par jour, des facilités de prises en fait. C'est pas très compliqué si on explique pourquoi ils prennent quoi, parce qu'une fois que c'est compris, après ils mettent dans l'ordre les priorités et je pense qu'ils prennent les plus nécessaires s'ils font un choix.

Interviewer : Et cette information pensez-vous qu'elle est correctement assimilée par les patients ?

Dr 4 : En tous cas, il faut souvent leur réexpliquer, pour que ce soit intégré et mieux compris.

Interviewer : Pour la question des règles hygiéno-diététiques, comment abordez-vous ce sujet ? Avez-vous l'impression que les patients accordent de l'importance à ces règles ?

Dr 4 : Non, ils n'en accordent pas beaucoup d'importance spontanément. Ils ont plus confiance dans les traitements sauf si on explique aussi par l'intermédiaire des facteurs de risque et en expliquant pourquoi c'est arrivé, et sur quoi on peut agir et comment on peut agir. C'est intégré, ce n'est pas forcément suivi mais c'est compris.

Interviewer : Si j'ai bien compris, la difficulté, c'est l'observance de mettre en pratique ces règles par les patients ?

Dr 4 : Oui.

Interviewer : Pensez-vous qu'il y a des moyens à apporter pour les stimuler à faire ces règles ? (Silence)

Dr 4 : Non, ce qui nous pose problème, c'est la diététique parce que les grands principes on les connaît. Les grands principes, les patients souvent les connaissent. Mais il y a un lien difficile à faire entre les principes et la pratique dans la cuisine et à la table. Et comme c'est souvent des habitudes bien ancrées et anciennes, ils ne reviennent pas dessus aussi facilement. Donc il nous faudrait, pour parler de ça, des moyens très concrets. Des stages diététiques comme chez les diabétiques, ça peut être une piste ou en tous cas, des documents mais qui ne soient pas des grandes lignes mais vraiment des choses très concrètes, des recettes à tous les sens.

(Silence)

Interviewer : D'accord

Dr 4 : Voilà pour la diététique. (Silence). L'activité physique, c'est assez facile de leur dire quoi. Après, c'est plus difficile mais les kiné sont là aussi. Donc, ils ont aussi un rôle de répétiteur et d'incitateur pendant un temps qui peut fonctionner.

Interviewer : Justement avec les autres professionnels de santé c'est-à-dire les infirmières, les kiné, pensez-vous qu'il y a une bonne coordination autour du patient ?

Dr 4 : Pour moi, oui.

Interviewer : Tout à l'heure, vous avez dit qu'à la première consultation, le problème était la communication avec l'hôpital.

Dr 4 : Oui

Interviewer : Par la suite, le patient a un rendez-vous avec le neurologue dans l'année qui suit l'accident. Avez-vous un contact facile avec l'hôpital ou aimeriez-vous un contact plus facile avec l'hôpital ?

Dr 4 : J'aimerais toujours avoir un contact plus facile avec l'hôpital. Spontanément, je n'ai pas l'impression qu'ils retournent beaucoup à l'hôpital mais qui ont un suivi plutôt en ville après, donc en général cela ne pose pas de soucis car nous avons des interlocuteurs assez directs. C'est plus facile.

Interviewer : D'accord, c'est plus facile. Pour vous remettre à jour de vos connaissances, quelles sont vos sources ?

Dr 4 : Il y a beaucoup les correspondants spécialistes parce qu'on peut avoir des informations directes et il suffit de leur demander. Et il y en a qui sont très pédagogues donc en général, on a des petits commentaires avec les courriers. Il y a les soirées de formations mais ce n'est pas toujours sur le même sujet (il sourit). Sinon moi je vais plutôt à la pêche sur internet. Je ne reçois ni les visiteurs médicaux et je lis très peu la presse médicale. Et en fait, on est interpellé surtout par les ordonnances et du coup on se pose des questions et on va chercher l'information.

Interviewer : Sur les médicaments vous voulez dire.

Dr 4 : Oui.

Interviewer : Sur les nouveaux médicaments ?

Dr 4 : Oui.

Interviewer : D'accord. Y a t-il des informations qui vous ont manquées ?

Dr 4 : Vous me parlez de la formation initiale ou par la suite ? Lors de la formation initiale, je n'ai pas le sentiment d'avoir loupé beaucoup de choses. (Silence) Sur l'évolution des prises en charge ça c'est vrai, c'est peut-être pas très facile de suivre. Je viens d'y penser mais vous me soufflez l'idée. On pourrait imaginer des lettres d'informations. Je ne sais comment cela pourrait s'organiser et par quel biais cela pourrait circuler. On se sert plus d'internet maintenant,

on se sert beaucoup plus des mails. On peut très bien imaginer qu'on puisse avoir une pièce jointe sur l'actualité en matière de prise en charge de ceci ou de cela en même temps qu'un courrier. Par exemple, on a des retours de sécurité sociale qui ne sont pas inintéressants sur notre activité, cela pourrait être aussi un biais de communication. Il faut que je détaille ? Je vais détailler. Par exemple, nous avons des relevés d'activité qui viennent de la sécu et c'est quand même assez intéressant de savoir où on se place dans les prescriptions, par exemple dans certains domaines. On l'a pour les diabétiques hypertendus, etc. Et du coup, on a les chiffres qui nous montrent si on prescrit correctement l'antiagrégant ou pas, l'IEC ou pas, etc. Sur le nombre de patients, c'est un bon moyen de rectifier son activité, sauf que dans la prise en charge des accidents neurologiques, ce n'est pas nous qui sommes à l'initiative des traitements donc, c'est d'une importance relative mais pour suivre pourquoi pas une lettre d'information associée aux courriers. Euh, je pense même si cela ne fait pas partie de votre thèse, je pense aux anticoagulants maintenant dans la Fibrillation Auriculaire par exemple, c'est en train de changer. Ce n'est pas toujours très simple de s'y retrouver si on n'a pas des informations un peu synthétiques. Ça pourrait se faire oui.

Interviewer : Il existe des recommandations de l'HAS dans la prévention vasculaire de l'AVC. Je ne sais pas si vous les connaissez ?

Dr 4 : Je ne les connais pas toutes. (il sourit)

Interviewer : Je vais vous montrer la synthèse datant de 2008 qui parlent de la prévention globale et spécifique. Nous allons plutôt nous intéresser à la première partie.

Dr 4 : Sur les facteurs de risques, c'est ça ?

Interviewer : Oui

Il lit.

Interviewer : Vous voulez commenter ?

Dr 4 : Oui. Pour la pression artérielle je savais. C'est pas marqué mais ils doivent faire référence à l'étude PROGRESS. (Il me regarde et souffle. J'acquiesce de la tête).

Vous verrez après comme ça fait peur à quelle vitesse, non seulement on oublie, mais à quelle vitesse les choses évoluent et parfois de façon contradictoire. Donc pression artérielle oui. Cholestérol, c'est assez simple. Le diabète c'est peut-être pas l'endroit où l'on est le plus efficace mais je pense, pour ce qui me concerne, c'est peut-être le domaine où les objectifs sont clairement définis même si ils ne sont pas si facile à atteindre. Le tabac, on y pense tout le temps mais ça c'est une bataille difficile. L'alcool, j'y pense moins. Le poids, c'est probablement là que l'on est le plus inefficace. L'activité physique est fonction de la récupération. En général, c'est assez facile de leur conseiller de marcher un petit peu tous les jours. Ceux qu'ils le peuvent, souvent ils le font. Le traitement hormonal, ça paraît évident, la contraception aussi.

Interviewer : D'accord. Et pour atteindre ces chiffres, est-ce évident ?

Dr 4 : Non, ce n'est pas évident du tout. Les objectifs sont assez clairs, c'est clairement défini mais c'est beaucoup plus difficile d'y arriver. La pression artérielle, on se trouve parfois quand même devant des difficultés thérapeutiques. Le cholestérol, en général, ce n'est pas trop mal à ce qui me semble. Le diabète, c'est la même chose. C'est difficile à cause des comportements alimentaires surtout, c'est probablement le frein. Le tabac, c'est très difficile. (Silence). L'alcool, on ne sait jamais où on en est. Le poids aussi, c'est difficile. Donc, les objectifs sont assez clairs mais les résultats sont probablement beaucoup moins satisfaisants.

Interviewer : Et justement pour arriver à des résultats satisfaisants, avez-vous d'autres propositions qui pourraient s'articuler autour du patient ?

Dr 4 : (Silence) J'en reviens à la diététique. Peut-être que d'organiser un suivi spécialisé par des diététiciens et pour expliquer, et pour montrer et régulièrement s'assurer que c'est assimilé, un petit peu comme un réseau. Et en faisant participer les conjoints, celui qui fait la cuisine et les courses, ça pourrait avoir un petit plus d'impact. On pourrait y

associe la lutte contre le tabac et puis, pour l'activité physique, sur la durée ce n'est peut-être pas très intéressant de faire comme ça, mais peut-être que dans la suite proche des accidents, avec une rééducation à l'effort, on pourrait leur refaire prendre confiance déjà. Et puis, les remettre sur les rails, leur montrer ce qu'ils peuvent faire et les remettre à un niveau minimal d'activité qu'ils pourraient entretenir tout seul. Les progrès sont souvent difficiles à faire derrière. Si ils étaient soutenus au départ, peut-être qu'ils y arriveraient mieux.

Interviewer : D'accord. La thèse a aussi le but d'interroger les médecins pour savoir si un carnet qui servirait d'informations pour le patient et de suivi pour le médecin traitant pourrait aider les médecins. Pensez-vous que ce carnet vous serait utile ?

Dr 4 : De manière isolée, si il y a que des informations dedans, il risque de ne pas être bien lu. Il faudra qu'il soit expliqué, traduit. Pour que ce soit un outil d'information, ça pourrait être un support mais ça ne remplacerait pas de toute façon l'intervention de quelqu'un. Mais on pourrait imaginer une espèce de carnet de santé à remplir avec effectivement le suivi du poids, de la tension, des chiffres glycémiques et la durée de marche hebdomadaire pour visualiser les objectifs, les progrès ou les insuffisances.

Interviewer : Ca ne risque pas d'être trop fastidieux pour le médecin traitant qui a déjà beaucoup de choses à remplir ?

Dr 4 : Cela pourrait être un moyen de faire participer le patient aussi parce qu'il peut lui aussi se peser tous les 15 jours et le noter. Il peut noter aussi ce qu'il a marché autour du pâté de maisons pour voir justement s'il l'a fait ou pas. Voilà. On n'est peut-être pas obligé de tout noter dedans. Enfin noter un cholestérol tous les 6 mois, ce n'est pas le bout du monde non plus. Pour nous, oui, s'il fallait noter tout, tout le temps. Je pensais à un carnet un peu comme un carnet de grossesse. Ce n'est pas très difficile de cocher oui/non. Il ne faut pas multiplier les documents mais cela pourrait être le document du patient. Son carnet de santé quoi !

Interviewer : Y a t-il quelque chose que vous aimeriez retrouver dedans ?

Dr 4 : En plus des objectifs de traitement, je ne vois pas bien.

Interviewer : Récapituler les... ?

Dr 4 : Récapituler un petit peu, un peu comme le carnet du diabétique. Tous ne l'utilisent pas mais pas mal le font et c'est intéressant de voir les variations de poids, la tension une fois de temps en temps... Et du coup tout le monde aura accès mais surtout le patient. Je ne vois pas autres choses.

Interviewer : Avez vous des choses à rajouter ?

Dr 4 : (il réfléchit) Non, je ne vois pas.

ENTRETIEN N°5 (E5) du 6/06/2011

Interviewer : Combien avez-vous de patients au total ayant eu un AVC ou un AIT ? Entre 1 et 5, entre 6 et 10, entre 11 et 15 ?

Dr 5 : on va dire 10.

Interviewer : Moins ou plus de 10 ?

Dr 5 : Entre 6 et 10.

Interviewer : Avez-vous eu des patients qui ont eu un AVC ou un AIT l'année dernière ?

Dr 5 : Ischémique ?

Interviewer : Oui

Dr 5 : Deux ... deux ou trois

Interviewer : Suite à leur sortie d'hospitalisation, quand ils reviennent vous voir, quelles ont été les difficultés rencontrées lors de cette première consultation?

Dr 5 : des problèmes, je ne pense pas, puisque les patients qui me disent j'ai été hospitalisé pour un AVC ou un AIT, je ne sais pas non plus, donc en règle générale... le problème, c'est l'hospitalisation dans votre question. Si vous me dites, qu'est-ce que vous faites lorsqu'un patient a eu un AIT, ça je pourrais vous répondre. Mais « j'ai été hospitalisé », et bien, c'est très rare, parce qu'on le voit surtout chez les patients âgés et que la plupart du temps lorsque l'on voit faire leur AVC, quand on appelle, ils ne sont pas hospitalisés.

Interviewer : Pour les AIT ?

Dr 5 : Même pour les AVC. Parce que l'an dernier, il y a eu un AVC cérébelleux, j'ai appelé le docteur D. en lui expliquant que c'était un patient de 80 ans et il m'a dit qu'on n'allait pas faire grand chose de plus et ce n'est pas la peine que je le prenne, et il a ajouté qu'il n'avait pas de place.

Interviewer : Avez-vous eu des patients plus jeunes ayant nécessité un traitement d'urgence et que vous avez reçu après ?

Dr 5 : Je n'en ai pas eu depuis une éternité.

Interviewer : D'accord. C'était des personnes âgées qui...

Dr 5 : Ne justifiaient ni thrombolyse, et la plupart du temps, c'était sur des AC/FA, même traitées sur des anticoagulants. Les derniers ce sont essentiellement ça. Sinon, on voit beaucoup d'AVC hémorragiques mais ce n'est pas votre sujet.

Interviewer : Et par la suite, quelles sont les difficultés rencontrées dans le suivi de patients ayant eu un AVC ischémiques ?

Dr 5 : Là où j'ai dû mal à vous répondre, c'est que je n'ai pas eu récemment d'AVC ischémique ou AIT ayant eu des troubles très importants. Le dernier, je l'ai hospitalisé, pareil sur une AC/FA avec des troubles du langage et peut être une hémiparésie, je dis bien peut être. A l'entrée, il n'y avait plus d'hémiparésie, il y avait une régression du trouble du langage. Ils ont dit merci et au revoir. Ils l'ont renvoyée chez elle le soir même. Il y a aussi un problème au niveau de l'accueil des urgences. Vous allez me dire, il n'y avait pas d'indication de thrombolyse de toute façon mais quand je vous parle d'AVC massif ou hémiparésique, je n'en ai pas vu depuis longtemps.

Interviewer : Quand je vous parle d'AVC, cela peut être ceux qui régressent aussi ?

Dr 5 : Oui, l'AVC qui lui a été confirmé, un AVC cérébelleux sur un hémisphère cérébelleux, donc même chose, qui n'était pas une indication de grand chose, qui a régressé spontanément. On l'a surveillé et voilà. On a fait les troncs supra-aortiques pour montrer qu'il n'y a pas de thrombose majeure et on a arrêté là.

Interviewer : Et avec ce genre de patient qui s'adapte bien au sujet, chez lequel on va surveiller les facteurs de risque pour éviter les récurrences ?

Dr 5 : Pour ce monsieur, c'était une AC/FA.

Interviewer : Et les patients avec une cause athéromateuse ?

Dr 5 : Même sur les AIT auxquels je pense très peu, j'en vois assez peu ou je passe à côté. Je suis peut-être mal sensibilisé. (Il rit)

Interviewer : Même si ils sortent avec un anticoagulant en plus, peut-être qu'il y a d'autres facteurs de risque retrouvés lors de l'hospitalisation et qu'ils ont un antihypertenseur ?

Dr 5 : Et bien, normalement ils l'ont déjà car le contrôle de la tension, en terme de prévention, est un des éléments les plus importants. Je pense qu'on est sensibilisé à ça et on essaye de traiter nos patients. Les dyslipidémies, de la même manière, on les surveille. C'est une clientèle urbaine, entre guillemets aisés, c'est plutôt des cadres supérieurs, des gens informés, donc en règle générale, ils sont sensibilisés au cholestérol et à la tension. Ils sont plutôt actifs, ce qui

fait que normalement, il y a peut-être un biais sur le recrutement car ils sont sensibilisés, mais même la tension, je pense que les semi-ruraux sont assez bien sensibilisés. Les gens qui arrivent avec 25 de tension, j'en vois jamais. Les facteurs de risques cardio-vasculaires sont essentiellement liés au tabac et aux dyslipidémies. L'hypertension, c'est quand même quelque chose où les gens sont un peu sensibles. Quand la médecine du travail leur dit, ils viennent. Et en règle générale, je pense qu'ils prennent leur traitement. Donc les vrais hypertendus à facteurs de risque cardio-vasculaires, fumeurs, hypertendus et diabétiques, ça existe mais en règle générale, on essaye de les traiter et puis maintenant il y a des protocoles pour gérer d'emblée une dyslipidémie qui n'existe pas encore, pour gérer des facteurs de risques. Il y a les surveillances doppler, etc. Moi honnêtement, j'en vois assez peu.

Interviewer : Est-ce qu'il existe des problèmes au niveau de l'observance des traitements ?

Dr 5 : Oh sûrement, on ne sait pas tout.

Interviewer : Comment le savez vous ?

Dr 5 : En règle générale, les gens qui viennent renouveler leur ordonnance à dates fixes ou les gens qui viennent avec 3 mois de retard en disant « j'en ai plus depuis 2 jours », c'est l'élément un peu observable. Les gens qui supportent mal un traitement le disent assez facilement. Sorti de là, plus on multiplie les comprimés, plus ça complique l'observance du traitement.

Interviewer : Qu'est-ce qui complique encore l'observance du patient ? (Silence) L'ordonnance du spécialiste est-elle bien suivie ?

Dr 5 : il y a un spécialiste là-dedans ? (Il rit)

Interviewer : Normalement, ils ont vu un spécialiste initialement.

Dr 5 : Ca dépend de quoi vous me parlez. Si vous parlez de la tension, à part la surveillance cardio annuelle ou tous les 18 mois d'un hypertendu normal pour qu'il ait son écho, en général je les gère tout seul. Je peux faire la même cuisine de ce qu'ils peuvent faire.

Interviewer : Comment trouvez-vous la communication avec l'hôpital ?

Dr 5 : La communication avec l'hôpital.

Interviewer : Oui.

Dr 5 : Si on est en communication directe avec un médecin, et qu'on l'appelle, ça se passe très bien en général. La communication écrite, elle se passe pas mal, à part les urgences qui renvoient le patient avec une lettre type, qui n'est pas une lettre la plupart du temps. C'est un truc rempli, pas souvent très clair, style je vois votre patiente qui de toute évidence a fait un AIT pour une aggravation de sa maladie d'Alzheimer. Ce n'est pas vrai, elle en a pas. Donc voilà des petites choses comme ça qui arrivent fréquemment aux urgences. Le reste du temps quand ils passent dans un service, ça se passe plutôt bien. La seule chose, c'est le délai avec lequel on reçoit les courriers qui habituellement est un peu long.

Interviewer : Et avec les autres professionnels de santé qui s'articulent autour du patient qui a eu un AVC, je parle du pharmacien, de l'infirmière ou du kiné, y a-t-il une bonne coordination ?

Dr 5 : Non, il y a une bonne coordination. C'est pareil, c'est lié au fait qu'on se connaît tous bien dans le secteur. Ça aide.

Interviewer : Comment abordez-vous la question des règles hygiéno-diététiques ?

Dr 5 : Les règles hygiéno-diététiques, ça existe ?

Interviewer : oui.

Dr 5 : Non mais c'est du deuxième degré ! (Rire)

Interviewer : C'est ce que pensent les patients ?

Dr 5 : C'est off mais j'ai toujours le souvenir d'un ancien patron de cardio qui nous disait « dans les dyslipidémies, ce qui est le plus important, c'est le régime et les règles hygiéno-diététiques ». Il y avait 20 médecins dans la salle et il

y a un généraliste qui pose la question : « pourquoi ils les suivent vos patients les règles hygiéno-diététiques ? », « bien oui pourquoi pas les vôtres ? », « non moi jamais », et les autres disaient « jamais », « jamais »...(rire) Voilà. En gros, oui les patients gardent leurs habitudes et c'est très difficile la plupart du temps de leur faire suivre quelque chose. Sauf si ils ont eu très peur alors dans quel cas pendant quelques mois, ils sont hyper sérieux et petit à petit ça revient. Les règles hygiéno-diététiques, c'est comme les régimes, c'est une plaisanterie sur le long terme. On arrive à avoir des gens qui modifient leur habitudes mais il faut vraiment qu'ils aient de gros ..., il faut vraiment qu'il y ai eu un gros accident, même un AIT ne suffit pas. D'autant plus que la plupart des AIT arrivent, enfin moi je le vois, chez des gens âgés. Et au-delà de 70 ans, les changements d'habitudes sont complexes. L'AIT chez des gens jeunes, chez les 50-60 ans, je ne l'ai pas vu depuis longtemps, des infarctus oui, des AIT non.

Interviewer : Vous l'abordez cette question ?

Dr 5 : Bien sûr. On suit les reco mais en pratique, c'est clair je ne suis pas croyant.

Interviewer : Pensez-vous qu'il y a un défaut de prise en charge envers les patients ?

Dr 5 : Moi, je suis en plus d'une activité de médecine générale, j'ai une activité de thérapie comportementale et je travaille beaucoup avec le Dr A. dans les troubles de conduites alimentaires et en particulier, les mangeurs compulsifs et les obèses. Donc l'entretien motivationnel, je connais bien. Honnêtement, je connais bien mais il n'empêche que nous sommes dans une consultation de médecine générale et que même en employant les techniques, on n'a pas la possibilité de faire la répétition suffisante pour que les gens arrivent et effectivement être conscient de la nécessité à changer ses habitudes. Et là-dessus, il y a la nouvelle technique miracle d'éducation thérapeutique qui va révolutionner le monde médical à laquelle je crois de façon assez moyenne car l'éducation thérapeutique elle repose essentiellement sur de l'information ce qui est bien. Et elle repose deuxièmement sur le côté informatif des risques, c'est-à-dire qu'on présente essentiellement un renforçateur négatif et le renforçateur négatif marche mal et ne fonctionne pas dans le temps. Donc je pense que l'éducation thérapeutique est une chose intéressante et c'est un des éléments de la prise en charge. Je pense que cela fait partie de votre sujet.

Interviewer : On en parle oui.

Dr 5 : Et c'est très à la mode.

Interviewer : Et cette éducation thérapeutique, vous dites qu'elle n'est pas faisable en médecine générale.

Dr 5 : Je pense que l'éducation thérapeutique en médecine générale.

(Sonnerie de téléphone). Il répond.

Dr 5 : Donc, l'éducation thérapeutique, on n'a rigoureusement pas le temps de la faire. Il ne faut pas rigoler. On donne des informations, on donne des informations sur les complications...

(Sonnerie de téléphone). Il répond

Dr 5 : Donc le temps nécessaire est compliqué. C'est vrai qu'on leur donne des informations mais qu'on leur donne dans une durée qui est difficile avec une consultation et que la répétition des choses est difficile à faire, donc tant qu'il n'y aura pas une valorisation du temps passé. Tant que l'éducation thérapeutique, je pense que telle qu'elle est pratiquée aujourd'hui est un bon moyen de dire, vous allez voir, on va tout régler à faibles coûts parce que le patient va se gérer lui même et ça c'est un leurre complet parce que si vous n'avez pas de professionnels impliqués, si vous n'avez pas une chaîne cohérente, si vous n'avez pas une réalité dans la prise en charge. Il y a une cohérence, une répétitivité. Là pour le coup, il y a des entretiens motivationnels, là pour le coup, il y a une réévaluation régulière de la motivation du patient et après un travail sur la motivation. Il ne suffit pas que les gens sachent, il y a longtemps que les gens savent que quand ils mangent, ça fait grossir et c'est pas pour cela qu'ils arrêtent de manger. Donc il faut être réaliste sur le fait que les changements ne peuvent intervenir qu'à partir du moment où les patients observent les bienfaits du changements, et que dans un contexte du patient diabétique ou l'éducation thérapeutique chez le vasculaire, l'observation des bienfaits est quand même extrêmement compliquée à obtenir. Même les médecins ont du

mal à la voir, donc je ne vous dis même pas pour les patients. Par contre, ce qui est vrai, c'est qu'entre un patient qui est régulièrement vu en entretien, régulièrement suivi et un patient qui ne l'est pas, vous aurez de meilleurs résultats sur le patient suivi, tant qu'il est suivi. Les maintiens à long terme sont quelque chose de très discutables au jour d'aujourd'hui. De plus le recul, on ne l'a pas forcément, mais je crains que la manière dont c'est utilisé, notamment par les pouvoirs publics, c'est de dire on peut faire un minimum d'interventions de spécialistes ou de gens coûteux pouvoir obtenir que les patients puissent suivre tout seul leurs traitements, etc. Ce qui est vrai c'est que quelqu'un d'informé réagit toujours mieux à une proposition de traitement que quelqu'un qui n'est pas informé. Là-dessus, il y a des études et des études très intéressantes notamment chez le borderline, et ces études montrent que informer le patient avant de lui proposer une action thérapeutique est toujours plus efficace que proposer d'abord et de l'informer ensuite ou de ne pas informer du tout. Ca, c'est prouvé, chez des gens peu compliants. Si vous vous contentez de faire de l'information de façon un petit peu comme ça, sur un nombre de séances limité. Bon ben voilà, vous allez avoir 10 séances d'éducation thérapeutique, on va vous expliquer les lipides, les protéides, les glucides, votre maladie, les complications qu'on peut avoir. Les gens ressortent avec des informations clairement qu'ils vont oublier trois mois après et sur lesquels leurs habitudes de vie ont repris le dessus. Donc, le suivi est extrêmement important et en terme de mesures hygiéno-diététiques, je pense qu'il y a beaucoup d'éléments à prendre en compte et pas seulement l'éducation thérapeutique qui est un élément important à mon avis mais qui n'est pas un élément suffisant .

Interviewer : Et quels sont les autres éléments ?

Dr 5 : Je pense que l'analyse fonctionnelle dont parce que ...ce qu'on a tendance à oublier au niveau des gens qui proposent ça et des tutelles, parce que ce dont on parle, c'est de modifier ses habitudes alimentaires essentiellement, or la modifications des habitudes alimentaires implique la connaissance des facteurs de maintien alimentaire. Et ce qu'il ne faut pas oublier aujourd'hui, c'est que l'alimentation aujourd'hui a deux fonctions. On est au 21^{ème} siècle et on n'est plus au temps de l'homme des cavernes, donc elle a d'abord une fonction d'apport des nutriments donc elle sert à nourrir, mais elle a aussi une fonction hédonique et cette fonction hédonique est très importante. Et que vouloir gérer de façon complètement rationnelle ce qui est essentiellement un travail émotionnel est à mon avis quelque chose qui est un peu vouée à l'échec. Dire aux gens que quand on leur explique, ils vont comprendre, et quand ils vont comprendre, ils vont appliquer, c'est vrai sauf quand des facteurs émotionnels se mettent en travers. Parce que quand on travaille de façon émotionnelle, on n'est plus dans la rationalité, et que pour beaucoup les habitudes alimentaires sont couplées à des habitudes sociales, à des habitudes professionnelles, couplées à des significations qui sont des significations qui ne sont pas seulement liées au nutriment mais qui sont liées au plaisir, qui sont liées à des relations de convivialité et à des tas d'autres choses. Et que vouloir modifier en donnant des arguments objectifs, c'est à peu près la même chose que de vouloir vider une piscine avec une cuillère. On y arrive mais avec beaucoup de temps. Et je pense que le temps n'est pas accordé pour ça.

Interviewer : Quelles sont vos propositions pour aider les médecins généralistes à cette éducation thérapeutique ?

(Sonnerie de téléphone).

Dr 5 : Je pense que l'éducation thérapeutique n'est pas forcément... Le médecin généraliste n'est pas suffisant pour la faire, il faut d'autres professionnels...

Il répond

Dr 5 : Je ne sais plus où j'en étais. Oui, dans les facteurs je pense qu'une bonne information diététique passe à mon avis par des spécialistes formés à la diététique. Et ça ce n'est pas le cas pour la plupart d'entre nous. Et donc cela nécessite que l'intervention soit multifactorielle. Il y avait une proposition avec un labo pour faire des couples d'éducation thérapeutique avec un endocrinologue (sonnerie de téléphone) et un médecin généraliste sauf que je ne sais pas ce que c'est devenu, c'est probablement tombé à l'eau.

Il répond

Dr 5 : Donc je pense qu'il faut un système avec des gens qui soient véritablement spécialisés dans le système de la prise en charge diététique, qui puissent donner des réponses posées ou non posées mais en tout cas précises, car en terme de diététique, (sonnerie de téléphone), on est formé en dépit du bon sens, il faut être clair, enfin en tous cas ma génération, la vôtre peut être pas.

Il répond

Dr 5 : Donc voilà en gros. Je pense effectivement qu'il faut un diététicien. Je pense qu'il faut quelqu'un qui soit correctement formé aux entretiens motivationnels parce que ça aussi c'est un élément important, éviter de se mettre en miroir avec le patient, éviter d'apporter les résistances car il y en a toujours. Donc il y a beaucoup choses qui sont nécessaires dans la prise en charge de ce type. Et je pense que de mettre simplement des professionnels, voire des paramédicaux ce qui est souvent le cas pour faire de l'information, c'est une plaisanterie. Si ce sont des paramédicaux formés à ce type d'entretiens, ce n'est pas un problème mais bien souvent, on est coincé par deux choses : soit par la méconnaissance de ce type d'entretien, et je le vois pour avoir encore fait une formation récente à des médecins généralistes sur le sujet. Ils ne sont pas du tout dans cette dynamique-là, car la formation telle qu'on la recevait et qu'on reçoit encore au niveau des jeunes, elle est très claire. C'est une formation très scientifique et qui très tournée vers une réponse rapide et efficace. On vous amène une situation, ou vous analysez une situation, la situation amène à un diagnostic, le diagnostic amène à une proposition thérapeutique, la proposition thérapeutique appliquée amène à des résultats. On est formé à répondre comme ça en tant que médecin et ça ne fonctionne pas comme ça face aux maladies chroniques, ce n'est pas vrai. Or ce dont vous parlez, c'est une maladie chronique. Donc pour ça, il ne faut pas oublier que quand on prend en charge une maladie chronique, on est soumis à des stades dit de Kübler –Ross, et il ne faut pas non plus oublier que les stades de Kübler-Ross ne sont pas une progression rythmée, régulière et irréversible mais c'est quelque chose de dynamique. Et d'autre part, dans les maladies chroniques, ce qui est communément admis aujourd'hui, c'est d'utiliser le système de Proshaska et Di Clémente et cette utilisation là, c'est une utilisation de type addictive où la rechute fait partie du traitement. Donc déjà, on part sur un modèle où la rechute fait partie du traitement, c'est accepter l'idée qu'une intervention même sur un temps relativement prolongé risque de ne pas suffire à régler un problème. Donc il faut des gens qui soient formés à ce genre de prise en charge et les médecins se découragent très vite à ça car c'est une remise en cause de leur pouvoir médical. Donc soit on forme les médecins à l'entretien motivationnel ce qui prendrait un temps certain, soit on fait en sorte que les prises en charge soient des prises en charge de groupe parce que ce n'est pas une mauvaise solution, un peu au même titre de ce que l'on fait dans le tabac, mais à laquelle on rajoute un certain nombre de professionnels formés mais formés à l'entretien et à des réponses techniques face à la maladie, et je pense que l'absence de ce couple là ou qui peut être représenté par une seule personne ou deux, mais c'est comme les poissons volants, ce n'est pas la majorité (rire). C'est vraiment quelque chose qui me paraît indispensable si on veut faire de l'éducation thérapeutique correcte. Et je ne sais pas jusqu'à quel point c'est compatible avec la volonté d'utiliser l'éducation thérapeutique comme étant un moyen de restreindre les coûts et d'améliorer les résultats.

Interviewer : C'est une balance.

Dr 5 : Et oui, ici ce n'est pas bénéfices-risques mais bénéfices-coûts.

Interviewer : Quand vous parlez des prises en charge en groupe, vous pensez aux réseaux ?

Dr 5 : Les réseaux sont de moins en moins en vogue parce qu'ils coûtent chers pour des résultats limités et que la seule chance qu'on avait de pouvoir créer quelque chose, c'était de travailler en lien direct avec le réseau obésité-pédiatrie qui lui a été financé et existe. Mais en contre partie, si on veut créer quelque chose d'isolé, ça ne fonctionnera pas. Et tous ces problèmes liés aux maladies chroniques, et l'idée qu'en étant dans une structure, qui là pour le coup était multicentrique et multidisciplinaire entre guillemets, on allait pouvoir en limitant de la même manière tous les coûts des intervenants réunis. Et puis on s'est aperçu que cela ne fonctionnait pas ou pas toujours

bien, parce que le réseau coûte de l'argent, parce qu'il y a du personnel pour le faire tourner, parce c'est difficile d'intégrer un réseau de façon active parce que vous le voyez, en ce qui me concerne l'AVC, le réseau AVC, je vais avoir 3 patients à proposer donc mon niveau de motivation va être assez faible. Et par conséquent, ce qui m'intéresse, c'est que le réseau m'apporte des choses et ce qui intéresse le réseau, c'est que le médecin généraliste lui apporte des choses et je ne suis pas sûr que cette réciprocité fonctionne bien. Je pense que les freins ne sont pas scientifiques, les freins ne sont même pas organisationnels. Je pense que la plupart du temps, ils sont dans la différentielle philosophique de prise en charge entre un médecin généraliste et un médecin hospitalier. Et que le médecin généraliste veut bien qu'on lui débarrasse des trucs qui l'emmerdent mais il ne veut pas qu'on lui prenne son patient. (Rire)

Interviewer : C'est une phrase qui résume la situation. Pour continuer, il existe des recommandations de l'HAS datant de 2008 sur la prévention vasculaire après un IC ou un AIT. Je vous les montre. Les connaissez-vous ?

Dr 5 : Surement. (Il lit) Oui c'est ça. La pression artérielle, le diabète, les facteurs de risque. Le sevrage tabagique. L'éviction tabagique dans l'environnement du patient, ça j'aime bien. On va aller sur leur lieu de travail en expliquant à tous ces collègues qu'il faut qu'ils arrêtent de fumer. L'alcool est un facteur de risque ? Non sérieusement des facteurs vasculaires ?

Interviewer : (Je hoche de la tête) C'est un facteur prédisposant.

Dr 5 : Je serais vraiment curieux de savoir si il y a une relation prouvée. Donc après, il y a le syndrome métabolique de façon simplifiée. Bien sûr l'activité physique.

Interviewer : Après ce sont les traitements spécifiques, on sort du sujet. Que pensez-vous de ces recommandations ?

Dr 5 : Je pense qu'en tant que recommandations, elles sont logiques, en tant qu'application de terrain, elles sont complexes mais comme toutes recommandations, elles sont faites pour sensibiliser. J'avais complètement oublié l'histoire de l'alcool. Mais encore une fois ce sont des recommandations à mon avis de bon sens et de logique dont la mise en œuvre est une mise en œuvre compliquée. Je pense quand même que l'accident vasculaire est un bon moyen d'entrer en communication sur les risques et les facteurs de risque. Il faut être honnête, j'ai été un peu négatif tout à l'heure. L'accident vasculaire est un sujet commun dont on peut parler et qui donne corps aux risques liés aux complications. A partir de ce moment là, la complication a déjà existé, la trouille qui va avec aussi la plupart du temps, ce qui fait que les gens savent de quoi on parle, que ce ne sont plus des incarnés. Ce n'est plus « risque théorique pur » ce qui facilite énormément les entretiens motivationnels mais c'est vraiment très important que cette prise de conscience puisse perdurer parce qu'on a tous tendance à oublier les événements négatifs dans le temps, et justement à reprendre les mauvaises habitudes. Or, la notion de facteur de risque, c'est quelque chose qui est en partie intégrée dans la vie courante des patients mais qui n'est pas complètement encore perçue. Je pense qu'il faut vraiment là dessus aussi, il y a des choses qui l'amèneront. Je pense que la multiplicité des discours et l'ambiguïté des discours tel qu'ils sont véhiculés notamment dans les médias ne facilitent pas le travail.

Interviewer : Pour terminer, que pensez vous de l'utilité d'un outil pédagogique qui serait un outil informatif pour le patient et un outil de suivi pouvant aider le médecin ?

Dr 5 : Je n'en sais rien. Je crains que ce ne soit un carnet de plus, c'est ça le problème. Vous parliez des réseaux, je pense aux patients suivis par le réseau « insuffisance cardiaque ». Ils nous amènent tout contents leur classeur épais comme ça, que rien pour en faire le tour, il faut déjà y passer une demi-heure. On n'est pas averti du tout. Parce qu'en fait, ils intègrent le patient dans le réseau et ils expliquent qu'ils ne peuvent intégrer le patient sans l'accord du médecin, donc à posteriori ils nous demandent d'adhérer au réseau. Donc, on n'a aucune information, on ne sait pas à quoi il sert, on ne sait pas quels sont les outils, on ne sait pas qui ils vont voir. Enfin, en terme de racolage, c'est très efficace. Donc après, sur le principe, les outils sont toujours utiles, je pense que avoir des éléments d'aide, c'est toujours utile. Maintenant si les outils sont essentiellement des outils d'évaluation que le médecin va remplir, alors

qu'il n'est pas du tout convaincu de leur intérêt, c'est mort-né. Si ce sont des outils d'information pour les deux parties, ça peut être utile mais il faut un écueil. Il faut que cette information soit facile d'accès, et pour le médecin et pour le patient. Et ensuite les derniers éléments qui me paraissent intéressants, c'est « qu'est-ce que ça apporte au patient et qu'est-ce que ça apporte au médecin ? ». Je pense pour que ça fonctionne, il ne faut pas que le médecin ni se sente infantilisé, ni se sente, je dirais, dépossédé. Et cela vous fait naviguer à vue entre pleins d'écueils pour quelque chose qui va être difficile à mettre en œuvre. Donc sur le principe, oui c'est sûrement intéressant, c'est toujours intéressant sur le principe et c'est pour ça que j'ai un peu du mal à vous répondre car tant que je n'ai pas vu l'outil et comment il va être conçu. Le gros problème avec ces outils c'est que 9 fois sur 10, ils sont conçus entre les spécialistes, les tutelles car les tutelles ont toujours de grandes idées là dessus et puis, quelques représentants très investis. Et moyenne en quoi, quand ils arrivent sur l'utilisateur final, l'utilisateur final n'a absolument pas été consulté et 9 fois sur 10, il trouve ça chiant, long, sans intérêt et en plus comme on lui balance ça d'une manière qui l'agace un peu car c'est justement le moment où il n'a pas le temps et bien la plupart du temps, il se braque. Et c'est un des gros risques, je pense. Donc ce type d'outil sera d'autant plus intéressant qu'il sera réellement testé et mis en place avec des personnes de terrain. Et c'est le deuxième problème de l'éducation thérapeutique de tout à l'heure, c'est que les professionnels de terrain, pour des raisons partiellement de temps et des raisons financières, il faut être très clair ont peu de temps pour s'investir dans ce genre de choses. Ça prend du temps ou ça diminue des consultations et du coup les gens ont un peu de mal à s'investir et ça reste compliqué à gérer.

Interviewer : Très bien.

Dr 5 : Je pense que si vous voulez que ce genre de chose puisse fonctionner mais je pense que ça dépasse le cadre de votre thèse.

Interviewer : C'est quelque chose qu'on aurait aimé faire. Ma collègue s'entretient avec les patients et j'interroge les médecins. Suite à cela, on aurait voulu évaluer un outil en accord avec chacun.

Dr 5 : Mais dans dix ans vous y êtes encore. (Rire)

Interviewer : L'évaluation de l'outil peut être réalisée dans une autre thèse.

Dr 5 : Je pense que, c'est pour ça que je vous donnais cet exemple du patron de cardio, il y a des illusions très différentes en médecin hospitalier et le médecin généraliste. Je pense que les patients sont globalement des gens sympathiques et qui ont envie de faire plaisir à leur médecins la plupart du temps, mais en même temps ce sont des gens qui vivent dans une vie qui n'a rien à voir avec un milieu hospitalier, qui n'a rien à voir avec un milieu protégé. Ils sont soumis à du stress, qui ont du boulot, des pressions. Et du coup, ils ont beaucoup de mal à accorder énormément de temps à risque hypothétique par rapport à quelque chose dont le temps est accordé, je pense au travail et où le résultat est immédiatement observé. D'où l'intérêt quand on les voit en post-AVC, mais que sans un suivi suffisamment long et régulier, on va avoir du mal à les mettre en place. Donc évidemment si ils sont hémiparétiques, le problème est malheureusement réglé et ils ne vont pas bien rapidement l'oublier mais ceux-là de toute manière, c'est une réalité d'échec. Ceux pour lesquels c'est intéressant, c'est ceux qui ont des risques, ceux qui ont eu un AIT ou un AVC régressif en grande partie avec peu de séquelles c'est-à-dire des gens que l'on va essayer de maintenir dans une vie normale. C'est pour eux que le boulot est le plus important et ceux là ils vont se relâcher déborder de la même manière à mon avis 7 fois ou 8 fois sur 10. Et donc c'est comment faire pour que ces gens-là ne perdent pas de vue le fait qu'ils sont dans un danger réel et il ne suffit pas de les informer. Je pense que l'information n'est pas suffisante parce que l'information on l'a bien vu avec DSK, on ne veut croire que ce que l'on veut croire et que les premiers jours on était dans la phase de sidération et la plupart des gens qui étaient prêts à voter pour lui ont dit « c'est pas possible ». Et que maintenant, ils sont plutôt dans la phase de colère et donc c'est « comment il a pu nous faire ça ». (Rire). Donc du coup, il faut faire en sorte qu'on puisse avoir un suivi suffisant pour qu'ils soient dans un maintien à la fois dynamique tournée sur la vie active et à la fois... et ce sont les gros écueils, il faut que les gens restent en vie

active puisque c'est le but et soient les plus normaux possible mais il faut en même temps qu'ils sachent qu'il faut l'adapter pour ne pas prendre de risque justement d'avoir des accidents. C'est une balance compliquée. D'où l'intérêt de se servir de l'accident comme étant l'élément moteur pour la compréhension mais bon à 80 ans, ce n'est pas très grave mais ce n'est pas ces patients là que vise votre sujet.

Interviewer : Effectivement. Les patients interrogés seront des patients plus jeunes.

(Sonnerie). Il répond.

Fin de l'entretien.

Entretien N°6 (E6) du 6/06/2011

Interviewer : Savez-vous le nombre de nouveaux patients qui ont fait un AVC ou un AIT l'année passée dans votre patientèle ?

Dr 6 : Je dirais 3-4, peut être 2-3 d'ailleurs. A peu près ça en gros.

Interviewer : Comment évolue l'incidence ? C'est stable ou ça diminue ?

Dr 6 : Je dirais stable.

Interviewer : Avez-vous rencontrées des difficultés lors d'une première consultation chez un de ces patients ayant eu un AVC ou un AIT ?

Dr 6 : d'une façon globale, non. Pour les exemples que j'ai eu, non parce que ça n'a pas eu de nouvelles conséquences, c'est-à-dire soit c'était des gens qui avaient déjà des difficultés, qui avaient déjà une prise charge et ça c'est inclus dans la prise en charge, soit ils sont sortis sans nouvelles difficultés, donc non.

Interviewer : Par la suite, dans le suivi à long terme de ces patients vasculaires avez-vous noté des difficultés dans la prise en charge de la prévention secondaire ?

Dr 6 : Non

Interviewer : Est-ce que vous abordez la question des règles hygiéno-diététiques ?

Dr 6 : Oui

Interviewer : Comment se sentent impliqués les patients face à ces règles ?

Dr 6 : Ils sont plutôt bien impliqués, ou plutôt facilement implicables par rapport à la prévention stricte par exemple.

Interviewer : Dans les renouvellements d'ordonnance, notez-vous des problèmes d'observance au traitement ?

Dr 6 : Non, je ne crois pas

Interviewer : En général, tous vos patients suivent le traitement ?

Dr 6 : Enfin autant que je puisse le savoir

Interviewer : Y a-t-il des problèmes d'effets indésirables ?

Dr 6 : D'effets indésirables ? Non, pas spécialement.

Interviewer : Et la communication avec les spécialistes neurologues, vous paraît-elle facilement accessible ?

Dr 6 : C'est pareil, ça dépend où. Quand c'est sur l'hôpital, c'est un petit peu plus compliqué. Quand c'est en ville, c'est un petit peu plus simple car on a accès directement à la personne. Et à l'hôpital, on a toujours plus de mal à tomber sur la personne qu'on souhaiterait avoir au téléphone, donc c'est globalement un peu plus compliqué. Disons que ça demande un petit plus de patience.

Interviewer : Il existe des recommandations sur la prévention vasculaire du patient ayant eu un AVC datant de 2008. Les connaissez-vous et voulez-vous les commenter sachant qu'on ne s'intéresse qu'à la première partie des recommandations, c'est-à-dire le contrôle des facteurs de risque ?

Dr 6 : Non, je ne les pas connais pas celles-là. Je ne les ai pas vues sous forme de recommandations d'HAS. Non, je ne les ai pas lues.

Il lit

Interviewer : Y a t il des choses qui vous surprennent ? (Silence il lit)

Dr 6 : Non, jusque là qui me surprennent, non pas spécialement. Elles sont plus ou moins faciles à mettre en œuvre, oui. Trente minutes par jour, ça c'est pas simple.

Interviewer : Pour l'activité physique.

Dr 6 : Non, sinon rien de bien particulier. C'est quand ça, 2008 ?

Interviewer : Oui (silence). Pour vous, les objectifs sont clairement définis et les résultats sont-ils faciles à atteindre ?

Dr 6 : Non, c'est beaucoup plus compliqué. Je ne sais pas, au niveau d'arrivée des résultats sous un délai raisonnable, euh, difficile à dire comme ça mais moins de 1 sur 2, à peu près.

Interviewer : Est-ce que ça concerne que certains facteurs de risques ?

Dr 6 : Tout ce qui est non médicamenteux, c'est déjà plus difficile. Voilà ce sont sur les dernières, obésité, alcool, tabac. Après en deuxième groupe, ce sont le diabète et les lipides qui sont un peu moins difficiles à atteindre. Et le plus simple, c'est au niveau de la pression artérielle.

Interviewer : Qu'est-ce qui amène à ces difficultés de résultats ?

Dr 6 : (silence) Qu'est ce qui amène à ça ? (silence) Je crois d'abord que d'une manière très globale, que c'est la conception de la consultation médicale qui fait qu'une consultation actuellement, ça a la réputation d'être quelque chose qui est avant tout médicamenteuse et qui doit être de résultats immédiats et rapides. Et la difficulté qu'on a, nous, à mettre en œuvre des mesures de prévention globalement, la difficulté qu'on a parce que les gens ne s'attendent pas qu'on ait ce rôle, donc pour nous c'est difficile de le maintenir aussi. Oui, je crois que c'est surtout ça et c'est peut-être pour ça que pour l'hypertension, c'est plus simple. Ils viennent, on modifie le traitement. Ils partent, le traitement est modifié, ils prennent le nouveau. Habituellement, il n'y a pas de soucis actuellement au niveau de prises de ces médicaments. Les lipides c'est un peu la même chose, mais bon le régime intervient beaucoup plus. Le diabète, c'est déjà un peu plus compliqué parce qu'on arrive vite à la multiplication des médicaments et à l'insuline assez rapidement et ça passe difficilement quand même. Voilà, il y a une participation. Alors que dans l'hypertension, le patient est presque spectateur, on change le nom du produit mais c'est tout quoi, alors que l'obésité et l'exercice physique, ce n'est pas tout à fait la même chose. C'est plus difficile de les amener à faire une réflexion là-dessus. C'est beaucoup plus difficile de les faire consulter là-dessus, c'est-à-dire en autre, si on veut les revoir pour l'obésité, il faut éviter de renouveler le traitement de l'hypertension et là on s'assure de les revoir. Mais si on leur dit « passer dans un mois pour qu'on contrôle votre poids ». Il viendra que si on se sert d'autres choses en fait, d'un renouvellement de médicament, d'un contrôle biologique en faisant ramener les résultats, d'un truc comme ça mais c'est ce qui est le plus difficile. Mais, je crois aussi que c'est globalement l'image que tout le monde a de la consultation. Ça a toujours été comme ça, voilà.

Interviewer : Est-ce le rôle du médecin généraliste ?

Dr 6 : C'est totalement notre rôle mais il n'est pas du tout envisagé comme ça.

Interviewer : Vous dites « il n'est pas envisagé comme ça ». Qui ne l'envisage pas ?

Dr 6 : C'est globalement toute l'organisation, les patients suivent la façon qui se fait.

Interviewer : C'est-à-dire qu'on ne donne pas les moyens aux médecins d'organiser.

Dr 6 : Je n'aime pas trop « on ne donne pas les moyens » parce que ça veut toujours dire, enfin ça veut dire en solution la plus simple que si on amène des moyens financiers supplémentaires, ça sera fait, ce n'est pas ça. Ça c'est autre chose, c'est une autre question. C'est le fait d'envisager le rôle du généraliste, c'est-à-dire que, là c'est totalement personnel, tant qu'on aura une consultation réglée à la consultation sans prise en charge globale du patient, et bien ça n'aboutira à rien. Parce que les gens viennent pour un truc précis, c'est le renouvellement du traitement et l'image est faite comme ça parce que ce type d'acte ne favorise pas la prise en charge de prévention. Je n'ai aucun intérêt à aller discuter pendant une demi-heure d'un régime. Voilà si je le fais, c'est de la mauvaise gestion de cabinet. Ça ne veut pas dire que je ne le fais pas mais c'est de la mauvaise gestion, ce n'est pas logique quoi. Ça veut dire aussi quelque part qu'on va le faire pour certaines personnes mais on ne le fera pas de façon générale parce que voilà. De l'attitude des gens en salle d'attente, si la consultation dure un peu plus longtemps, ils ne comprennent pas bien, là. Ils ne comprennent pas bien pourquoi on excède les dix minutes et encore parce qu'ils savent que je travaille lentement (rire). Mais voilà je crois que c'est plus à ce niveau là.

Interviewer : Et comment l'améliorer ce rôle ?

Dr 6 : Je n'ai pas d'idées bien précises mais il me semble comme ça globalement que des paiements en forfaits ou des trucs comme ça serait plus amène, même si je n'ai pas d'idées du tout bien précises. C'est le fait du paiement à l'acte qui me paraît limiter ce type d'exercice. Et après autres choses, je ne sais pas.

Interviewer : D'accord. Et que pensez vous de l'éducation thérapeutique du patient ?

Dr 6 : C'est quelque chose qui se développe lentement au fur et mesure de la prise de conscience à la fois des patients, des médecins et du monde de la santé de ce type de prise en charge. Ce n'est pas encore quelque chose qui est dans notre exercice quotidien, il faut quand même qu'on fasse un effort relativement important, un effort en tout cas, pour effectivement avoir ce type de pratique. Ce n'est pas quelque chose, ce qui vient naturellement ce n'est pas du tout cette façon là, ce qui vient le plus simplement c'est la consultation typique traditionnelle. Ça, c'est un petit plus compliqué. Mais c'est ce que je disais tout à l'heure, c'est de la prise en charge globale de tout, il faut vraiment qu'il y est une modification de l'état d'esprit dans lequel est défini la consultation. Et à ce moment là, ça change petit à petit, il y a des trucs qui ont changé très rapidement. Voilà à partir du moment où l'on a dit que, je ne sais quels exemples mais y a certains trucs qui sont passés vite dans la pratique quotidienne, les antibiotiques par exemple, on parle toujours de ça mais c'est vrai que c'est relativement facile à partir du moment où il y a vraiment une conception globale de tout le monde qui est d'accord pour que...ça passe relativement facilement. On est passé assez vite de l'antibiotique systématique à justement ce type de discours totalement différent. Actuellement, on sent que ça accroche mais parce qu'il y a d'autres choses autour, mais c'est vrai, actuellement, on est plus dans une réponse, dans un souhait de réponse immédiate, on ne va pas tellement dans cette chose là, dans le sens où j'ai mal à l'articulation je vais chez un ostéopathe, j'ai mal à machin, je vais voir truc là, mais cette prise en charge globale des différents problèmes de santé, ce n'est pas tellement à la mode actuellement. Et je crois un petit peu de la même façon tant que tout le monde ne sera pas bien d'accord sur le fait que c'est d'une orientation dont il faudra tenir compte et bien ça sera un peu lettre morte quand même.

Interviewer : D'accord. En rapport à la thèse, on voulait savoir si un outil pédagogique qui serait à la fois un outil d'information pour le patient et aussi un outil de suivi pour le médecin généraliste serait utile ?

Dr 6 : Oui bien sûr. Forcément, c'est ce que je vous disais tout à l'heure, la difficulté actuellement, ça nous demande, à nous, un certain effort, tant que ça permet de faciliter un peu les choses. C'est-à-dire schématiquement, c'est à nous de fabriquer cet outil si on veut réellement le faire et c'est sûr si quelqu'un d'autre le fabrique à notre place c'est toujours très intéressant, mais il faut aussi qu'il soit conçu, qu'il y est aussi autour un changement d'état d'esprit. Que si l'outil arrive juste comme ça, il fera un peu gadget, il sera rigolo pendant quelques mois et puis on le mettra

aux oubliettes avec un autre outil. Mais il faut qu'il y est justement quelque chose autour qui fasse que ça relance régulièrement et qu'il y a une conception différente.

Interviewer : Quand vous dites « qu'il y est quelque chose autour » ?

Dr 6 : C'est le fait de changer l'organisation des consultations par exemple. Cela me paraît sur la mauvaise voie actuellement. On ne va pas trop en parler (rire). On va plutôt passer de la consult de 23 à 25, ce n'est pas ça qui va faire avancer les choses.

Interviewer : Vous parlez de forfaits ?

Dr 6 : Je ne sais pas bien, je n'ai pas d'exemples. Je ne sais pas ce qui se fait ailleurs ou ce qui est possible mais je sais en tout cas que cette formule là ne marche pas.

Interviewer : Ou alors, aider le médecin à réaliser ce travail par d'autres intervenants ?

Dr 6 : Ça laisserait l'opposition entre deux types de médecine. Que ce soit quelqu'un d'autre qui le fasse oui, mais je crois que c'est important qu'il y ait quelqu'un qui regroupe à la fois le traitement, les différents chapitres si vous voulez. Si les deux chapitres partent sous un autre type de profession ou un autre type de prise en charge je trouve que c'est dommage. Voilà parce que c'est quand même une prise en charge globale.

Interviewer : Il faut que...

Dr 6 : Au moins de l'initiation. Après qu'en pratique, cela se fasse par quelqu'un d'autre, c'est tout à fait possible, mais il faut quelque part que ce soit unifié, parce que sinon, on revient à ce que je disais tout à l'heure « j'ai mal à l'articulation, je vais voir un ostéopathe » mais mon rhumato ne saura pas que je suis allé voir un ostéopathe parce que ça ne sera pas la même chose. Là ça sera pareil. En exagérant, le diabéto et le généraliste sauront qu'il y a un diabète mais ne sauront pas qu'il y a une prise en charge, et quel est le niveau de cette prise en charge et comment réagit le patient face à une éducation thérapeutique. L'important ce n'est pas la personne qui va le faire en pratique, c'est qu'il faut quelque part qu'il y est une unicité de cette prise en charge de la personne elle-même et pas un morcellement comme ça en mettant un nouveau professionnel de santé qui ne connaîtra que son aspect et qui ne connaîtra pas forcément les autres aspects.

Interviewer : Voulez-vous retrouver quelque chose dans cet outil ?

Dr 6 : Non je n'ai pas de choses bien précises.

Interviewer : Que pensez-vous de la forme d'un carnet ?

Dr 6 : D'un carnet ? Oui qu'il soit à la fois papier et informatique.

Interviewer : Informatique ?

Dr 6 : Je le verrais plus informatique. Mais après en informatique c'est difficile aussi. Par expérience, les trucs papiers je m'en sers quand même progressivement de moins en moins. J'essaie de regrouper les choses importantes là-dessus (ordinateur). Et c'est vrai que quand je fais appel à quelque chose, ce n'est pas à un papier. Si c'est sous forme de papier, c'est quand je vais chercher un truc à tête reposée mais ce n'est pas au cours d'une consultation. Je ne sais pas une échelle quelconque, une échelle de n'importe quoi, je ne vais pas aller la chercher sous la forme papier mais là-dessus (l'ordinateur) parce que je l'aurais beaucoup plus rapidement d'autant plus si je suis amené à m'en servir relativement souvent.

Interviewer : Et un carnet où l'on retrouverait les résultats biologiques, le poids, la tension ?

Dr 6 : Cela dépend du rôle du carnet. Le carnet du suivi du diabète, il est sous forme de carnet car on n'est pas encore à avoir un petit machin informatique si vous voulez. Ça dépend un peu du déroulement, si c'est quelque chose qui va passer par l'intermédiaire du patient, de professionnels en professionnels, bon c'est vrai que pour le moment pendant encore pour quelques années le carnet est la forme la plus adéquate. Ça dépend après quel est l'objectif pratique. Si il y a une part qui fait partie du dossier médical, à ce moment là c'est plus avoir une forme informatique. Effectivement,

je n'aime pas trop écrire mais cela ne me gêne pas d'écrire sur un carnet comme ça pour avoir un certain nombre d'éléments pour avoir un suivi qui soit régulièrement fait.

Interviewer : J'ai fini mes questions. Avez-vous des commentaires à rajouter ?

Dr 6 : Non.

ENTRETIEN N°7 (E7) du 07/06/2011

Interviewer : Je vais commencer l'entretien par vous demander le nombre total de patients ayant eu un AVC ou un AIT que vous suivez ?

Dr 7 : C'est une question toujours piège. Je dois en avoir actuellement une quinzaine.

Interviewer : Plus d'une quinzaine ?

Dr 7 : Oui.

Interviewer : Toutes causes confondues ?

Dr 7 : Ce n'est pas qu'ischémique. C'est tous les AVC dans le grand lot des AVC.

Interviewer : Quel est le nombre de patients qui ont eu un nouvel un AVC l'année passée ?

Dr 7 : 5.

(Sonnerie de téléphone). Il répond.

Interviewer : Dans le suivi de ces patients, quelles ont été les difficultés rencontrées ?

Dr 7 : En général, je n'ai pas de difficultés. C'est le lot du quotidien.

Interviewer : Comment se déroule une première consultation après son hospitalisation ?

Dr 7 : Le problème lorsqu'il sort de l'hôpital, c'est d'avoir les courriers précocement et la neurologie entre nous, c'est un des services les plus long. Ça m'arrive d'avoir le compte-rendu quatre mois après. Donc la difficulté avec l'hôpital en particulier, c'est toujours pareil, ce sont les courriers et être au courant parce qu'on voit le patient, il faut renouveler, on n'a rien. Voilà, donc la difficulté si il y en a une, c'est cette là, c'est plutôt d'ordre... ce n'est pas nouveau. Après, on s'adapte et on gère mais si il y a une difficulté c'est cette-là. Et l'autre difficulté aussi, c'est un patient, à 2 heures, j'ai été appelé, j'ai fait le protocole pour faire thrombolyse et etc. Elle rentrait dans le truc mais il n'y avait pas d'ambulance, voilà. Et il n'y avait pas de place et elle est passée par le parcours classique. Elle a eu son scan au bout de 48 heures, je l'aurais fait en ville... avec une de mes patientes en 12 heures, j'ai tout géré en ville. La difficulté, elle est là ! (Il rit).

Interviewer : Vous parlez de la prise en charge en aiguë ?

Dr 7 : Oui, je parle de deux cas aigus récents que j'ai eu, dont un que j'ai géré sans passer par l'hôpital car plus âgé. Et un autre, je suis passé par l'hôpital car il y a un protocole AVC et voilà.

Interviewer : D'accord.

Dr 7 : C'est un peu dommage car elle a une belle aphasie de Broca et on est bien embêté puisque l'autre, et bien, c'était résolu, enfin elle n'a pas de déficit, elle est autonome et l'autre, elle n'est plus autonome. Pourtant Grenoble, c'est un grand centre de l'AVC normalement reconnu au niveau national, je parle je m'en fous ! (Rire). Enfin, c'est-à-dire il y a la théorie et puis en pratique et ben c'est galère, c'est trouver un transport, une ambulance, un lit, éviter les urgences parce qu'on sait que... enfin quand le diagnostic est fait, on connaît la filière, après il faut trouver le lit terminal parce que voilà. Voilà la grosse difficulté est là.

Interviewer : Par la suite, dans le suivi vous avez parlé du renouvellement de traitement ?

Dr 7 : Ben le renouvellement de traitement, les antiagrégants enfin tout dépend de la thérapeutique, les facteurs de risques cardio-vasculaires que ce soit aussi au niveau du suivi neuro, angio, cardio. Et puis après c'est la rééducation, ou l'adaptation, le retour à domicile, l'entourage. Après au niveau de la prise en charge médicamenteuse, c'est classique.

Interviewer : Avez-vous relevé des défauts d'observance des traitements ?

Dr 7 : L'observance comme tout patient. Je pense qu'à ce niveau-là, ce n'est pas comme en prévention primaire où les gens n'ont pas encore quelque chose et résistent à prendre leur traitement et l'observance est un peu difficile. L'observance après, toujours il faut rappeler mais ce n'est pas ça qui me gêne le plus. Les patients acceptent plus la fatalité, ils sont un peu dans quelque chose de ... Je trouve qu'il y a moins d'arrêt, à la différence de la prévention primaire. Un patient que j'ai, a eu un AVC, il était sorti de neurologie, il a déménagé donc je l'ai pris en charge. Cela faisait 2 ans qu'il n'avait aucun suivi cardio ou neuro. Donc, il a fallu tout remettre en place par exemple mais parce qu'on ne l'avait pas trop sollicité. Il ne savait pas trop mais on ne l'avait pas trop sollicité non plus.

Interviewer : Comment abordez vous la question des règles hygiéno-diététiques ?

Dr 7 : Avec les facteurs de risques, c'est par rapport à ben si c'est sur le versant cardiaque, les lipides ou voir diabète, c'est en première ligne avant même les médicaments pour optimiser les traitements donc par rapport voilà à l'hygiène diététique. Si il y a besoin, je donne des conseils. Je ne fais pas de régime mais je donne des conseils d'éducation alimentaire et puis des fois, je propose aussi d'aller voir une diététicienne si il y a de grosses difficultés ou si il y a nécessité d'un suivi plus serré, on va dire ou si il y a des gros problèmes d'adhésion.

Interviewer : Pensez-vous que les patients accordent assez d'importance à ces règles ?

Dr 7 : Ils l'entendent bien, après c'est la difficulté à l'appliquer au quotidien à la maison. (Silence)

Interviewer : Quelles sont les raisons ?

Dr 7 : Oui... de résister aux sollicitations... culturelles, familiales, conviviales.

Interviewer : Ce sont les habitudes ?

Dr 7 : Oui, j'ai un exemple de patient qui revenait de Normandie. Le matin, des tartines de saindoux et de pain, il ne savait pas quoi manger d'autre le matin. Donc pour le cholestérol, c'était un peu dur.

Interviewer : Avez-vous l'impression d'avoir manqué d'informations dans votre formation ?

Dr 7 : Non parce que moi, je fais des FMC agréées.

Interviewer : C'est une méthode de vous remettre à jour ?

Dr 7 : Je fais partie d'un groupe de pair, je fais 10 journées par an de formation hors labo, voilà. J'ai refait le diabète cette année, tout le diabète de 0 à... Après il y a des trous mais bon je n'ai pas l'impression d'être trop sur la touche.

Interviewer : En parlant de ça, il existe des recommandations de l'HAS qui sont sorties en 2008 sur la prévention vasculaire après un IC et/ou un AIT. Je vais vous les montrer. Les connaissez vous ?

Dr 7 : En 2008 normalement je les connais ?

(Il lit). C'est par rapport à la tension, les lipides, le diabète, le poids, la sédentarité, l'obésité oui ceux-là, le tabac, je les connais par cœur. Ce n'est pas du nouveau. L'activité physique, cela fait partie de mon quotidien.

Interviewer : Avez-vous des commentaires sur ces recommandations ?

Dr 7 : On est de plus en plus exigeant sur les chiffres, donc je ne sais pas jusqu'où on va aller parce que des fois, dans le diabète avec l'HbA1C, c'était 7.5, après 7, maintenant, on est à 6.5 donc voilà. Je sais que pour la pression, plus elle est basse mieux c'est, voilà. Donc j'explique au patient. Qu'est-ce qu'il y a ? (Il lit toujours) Le poids, tour de taille, activité physique, moi, je dis 1 heure par jour pour avoir au moins 30 minutes par jour donc, voilà on a chacun nos petits trucs. Oui, c'est appliquer toutes ces règles (il souffle). Même, rien que pour les lipides, si vous regardez bien, on prescrit des statines. D'ailleurs, les patients le savent bien, le weekend quand ils font la fête, ils prennent 2 comprimés au lieu d'un. C'est plus facile.

Interviewer : Ils vous le disent ?

Dr 7 : Oui, oui

Interviewer : Est-ce que les patients prennent plus facilement les traitements qu'ils ne suivent les règles hygiéno-diététiques ?

Dr 7 : C'est plus facile. Je ne dis pas qu'il y a une bonne observance mais ils sont plus enclins, en particulier pour le cholestérol qui est vraiment le gros truc. Ca tout le monde veut son cholestérol, il faudrait le faire tous les 3 mois presque, donc il faut plutôt les freiner, sachant que, voilà, ils n'ont pas trop de mal à prendre sauf effets secondaires majeurs. Les règles de base qui sont pas trop salé, activité physique, maîtriser son poids, équilibre au niveau alimentaire, ça c'est plus dur mais bon, c'est sociétal je pense. Tabac, alcool je suis alcoologue alors je vois l'importance de tout ça.

Interviewer : Avez-vous des idées pour améliorer cette prise en charge ?

Dr 7 : Alors j'ai oublié de dire que je fais de l'entretien motivationnel, je suis formateur à ça. Et donc c'est par rapport au cycle de Prochaska et DiClemente, donc la phase de pré-comtemplation, contemplation, etc. Donc je maîtrise assez bien cela et j'utilise beaucoup l'entretien motivationnel.

Interviewer : Vous l'utilisez lors de vos consultations de ville ?

Dr 7 : Tout, lorsque je suis en difficulté, ou que ça accroche vis-à-vis du patient quelque soit le thème. Mais, je suis aussi addictologue, donc c'est par rapport à ça que je me suis intéressé à ça et je suis formateur et j'utilise beaucoup l'entretien motivationnel... pour l'observance, pour tout, tout ce qu'ils n'arrivent pas à mettre en place ou lorsqu'ils sont dans le déni ou quoi, pour les faire aller dans l'action, pour aller vers un objectif défini conjointement.

Interviewer : C'est une formation supplémentaire ?

Dr 7 : Ce n'est pas la fac du tout. Non la fac c'est très théorique, très scolaire mais après tout le reste, ça a été par d'autres. Les FMC mais l'entretien motivationnel c'est parce que je m'occupe de la toxicomanie, avec les difficultés, de lien en lien je me suis retrouvé, on m'a sollicité pour faire une formation et après je suis devenu formateur.

Interviewer : Cela s'encadre bien dans une consultation ?

Dr 7 : Cela fait partie de la consultation, c'est un état d'esprit. Donc ce sont des questions ouvertes, ne pas juger le patient, renforcer dans sa motivation intrinsèque donc c'est une attitude du médecin par rapport au patient parce que c'est nous qui créons aussi la résistance chez le patient en lui faisant peur.

Interviewer : Très bien. Pensez-vous qu'un outil pédagogique qui serait à la fois un outil d'informations pour le patient et un outil de suivi pour le médecin pourrait être utile ?

Dr 7 : Ca rebondit sur ce que j'ai dit juste avant puisque dans l'entretien motivationnel, nous faisons beaucoup d'auto-évaluation du patient. Si vous donnez les outils pour qu'il s'auto-évalue, pour qu'il sache où il se situe par rapport à sa pathologie et surtout l'application des règles qu'on lui conseille ou qu'on lui suscite de suivre. Donc voilà, c'est comme les test d'été de Elle (rire) « Est-ce que je suis X ou Y ? ». Il se situe, « est-ce-que je suis dépendant à l'alcool », par rapport à des questions comme ça, voilà. Donc par rapport à ça « qu'est-ce-que je suis capable de faire ». Donc ça se fait beaucoup dans l'auto-évaluation, c'est ce qui marche le mieux pratiquement. Donc je trouve que c'est intéressant, je l'utilise beaucoup par ce biais là. Après, on en trouve partout sur internet, des choses comme ça. Après, est-ce qu'il y a un outil plus performant qu'un autre, je ne sais pas.

Interviewer : Plutôt sous forme de questionnaire ?

Dr 7 : C'est comme les questionnaires (sonnerie de téléphone) pour le tabac de Fagerström, etc. C'est tout inspiré de ça.

(Il répond).

Dr 7 : Donc après on peut l'appliquer, je peux l'appliquer. L'auto-évaluation, elle peut se faire soit tout seul, le patient est dans la salle d'attente, il fait son propre questionnaire et après on évalue avec lui, soit on peut le faire aussi en posant des questions. On peut prendre l'exemple de Fagerström du tabac, soit la personne remplit, soit on pose les

questions et on remplit avec lui. C'est très anglo-saxon mais ça s'applique très bien. Les gens, ils voient où ils sont, vers quoi ils peuvent aller, qu'est-ce qui peuvent améliorer, et avancer par rapport à ça, soit seul, soit en auto-lecture, soit en lecture après avec le médecin. Et puis après, on peut réévaluer comme toutes ces échelles pour les questions de dépression, d'anxiété. Donc pour les classer dans les questions des facteurs de risque cardio-vasculaires évidemment, ils sont dans « peu de risque » ou « trop de risque ». Voilà, ils se voient, il se situent et je trouve ça intéressant. C'est un bon outil pour partir sur un accompagnement et un suivi.

Interviewer : Quelle qualité doit-il avoir cet outil ?

Dr 7 : Simple, pas trop de questions, pas plus d'une page

Interviewer : Et sous forme de carnet ?

Dr 7 : Les carnets, on voit les diabétiques, les carnets ils ne sont jamais remplis ou très peu, à moins de tomber sur un obsessionnel mais les carnets... par exemple pour le diabète, j'exige ou je propose (sonnerie de téléphone) que le patient ramène son lecteur pour visualiser la mémorisation des glycémies ; ça permet de voir un peu le suivi, et on voit tout de suite que des fois. Je crois qu'il faut rester simple, modeste.

(Il répond).

Interviewer : Il doit être simple ?

Dr 7 : Simple, pratique, facile à lire, reproductible, spontané.

Interviewer : Je n'ai rien d'autres à rajouter et vous ?

Dr 7 : Non.

ENTRETIEN N°8 (E8) du 08/06/2011

Interviewer : Quel est le nombre total de patients que vous suivez ayant eu un AVC ou un AIT ?

Dr 8 : À froid comme ça, ça va être difficile. Je dirais 1 ou 2 par an. Je dirais 15-20.

Interviewer : et 1 ou 2 nouveaux cas par an ?

Dr 8 : Oui, je dirais ça. En général, je les hospitalise tous quand je les vois passer. Ça doit être ça comme fourchette.

Interviewer : Quelles ont été vos difficultés dans le suivi de patients après un AVC ?

Dr 8 : Dans mes patients globalement, j'ai eu la difficulté pour un ou deux patients de les hospitaliser, je dirais de force parce que par rapport aux symptômes qu'ils avaient, c'est sûr et certain qu'ils avaient fait un AIT, donc les hospitaliser pour la période aiguë. La difficulté est plus à ce niveau là avant. Après, personnellement, je n'ai pas de difficultés majeures.

Interviewer : Lors de la première consultation c'est-à-dire juste après l'hospitalisation, souvenez-vous d'avoir rencontré des difficultés ?

Dr 8 : Non, ce n'est pas des difficultés. Ce sont des subtilités par rapport aux ordonnances de sortie.

Interviewer : C'est-à-dire ?

Dr 8 : Oui, des choses qui m'arrivent de changer.

Interviewer : Oui, c'est important.

Dr 8 : En particulier parce que je suis très ..., on va dire, j'ai surtout beaucoup de recul par rapport à la sécurité d'emploi des médicaments. Et je dirais que c'est mon créneau depuis plus de vingt et cela n'a rien à voir avec les affaires récentes et c'est vrai quand je vois, par exemple, la dernière statine prescrite de sortie, c'est vrai que je vais la changer pour une autre qui était prouvée en terme d'efficacité et de tolérance.

Interviewer : Parfois vous n'êtes pas d'accord sur les statines prescrites ?

Dr 8 : Ca peut être une statine, un IEC, ça peut être des petites choses comme ça. Ce sont des subtilités. De toute façon, la base du traitement est standard. De ce côté là, il n'y a pas de soucis majeurs de ce côté là. Après, c'est plus des subtilités et sur des pratiques régulières. Je préfère utiliser les molécules que je connais bien aussi, mais comme je le dis, quand je vois les dernières molécules qui sortent, oui je change systématiquement et sans aucun état d'âme, surtout.

Interviewer : En parlant du traitement, comment jugez-vous l'observance des médicaments ?

Dr 8 : Les patients disent toujours oui qu'ils prennent tout. Après, on peut toujours avoir des doutes un moment donné par rapport à certaines molécules. Globalement, je n'ai pas de difficultés majeures. La difficulté c'est plus quand ce sont des patients qui ont d'autres pathologies associées, qui sont diabétiques, qui ont des gros problèmes pneumologiques, donc on se retrouve avec des listes impressionnantes. Le problème, il est plus là, à moment donné mais ce n'est pas valable que pour l'AIT ou l'AVC, c'est valable pour les polyopathologies. Quand à un moment donné, j'ai une liste, j'en mets 10 là dessus, et que les 10 nous semble vitaux, on se dit « qu'est-ce que je peux enlever sur ces dix ? ». Et on se dit « rien ». Oui, la difficulté est à ce niveau là, même si la plupart des patients disent oui, oui je prends bien tout.

Interviewer : Y a-t-il une compréhension vis-à-vis du patient ?

Dr 8 : Ah oui totalement. Mettez-vous devant 10 médicaments, ça va vous faire entre 20 et 30 médicaments à prendre dans la journée. Vous les étalez sur une table, ça fait bizarre de les voir comme ça, indépendamment de voir toutes les boîtes dans la pharmacie. Mais il y a un traitement standard que ce soit pour l'infarctus ou pour l'AIT et après c'est un problème de tolérance. On sait qu'on a du recul et qu'on n'a pas de risques majeurs mais ça ne veut pas dire qu'on n'aura pas d'autres problèmes mais c'est un autre domaine. Après théoriquement, il faut un IEC. Si le patient se retrouve avec 80/50 de tension, il me dit « je me traîne lamentablement, je ne peux plus rien faire ». Je ne vais pas le laisser avec son IEC ou alors je vais diminuer tout doucement les doses pour voir jusqu'à la dose minimale qu'il tolère. C'est le même problème avec les statines, alors c'est vrai à la sortie de l'hôpital que ce soit en post-infarctus ou en post-AIT, ils sortent d'emblée avec des doses maximales et si il me dit « et bien là je ne peux plus rien faire parce que j'ai des crampes en permanence », pareil je vais essayer de diminuer, de changer mais quand on a utilisé les 4 statines et que les 4 ont les mêmes effets secondaires, qu'on essaye comme le Gemfibrozil et qu'on arrive au même résultat, non. J'ai un patient qui a fait deux infarctus, il ne supporte rien. Ce n'est pas la peine que je lui dise que c'est bon pour son cœur parce qu'il ne le prendra pas. Donc ce n'est pas la peine. Oui là, c'est plus un problème de tolérance. Je pense que vous le prendriez pas non plus, vous me diriez oui pour me faire plaisir et puis chez vous, vous empileriez les boîtes.

Interviewer : Comment abordez-vous la question des règles hygiéno-diététiques ?

Dr 8 : Rarement. C'est un fait, parce que les règles, ça va être bouger, essayer mais après c'est le contexte. Ca va être le problème de l'alimentation par le biais du cholestérol ou du diabète si il y a une tendance. Après, c'est le tabac, c'est le grand classique. Quand on a du recul, on connaît un peu plus les personnes, on connaît plus sa famille, on connaît plus certains contextes. Et c'est vrai que parfois personnellement, je ne me bats pas sur certains points parce que je sais que ce n'est pas la peine parce qu'il y a tout un contexte qui fait que de toute façon, ça ne servira à rien. Et puis sur les règles purement hygiéno-diététiques, il faut avoir du temps, beaucoup de temps. Il faut une consultation où il faut parler que de ça alors qu'en médecine générale, à l'heure actuelle, ce n'est plus possible ça. Ça m'arrive de temps en temps pour certains points particuliers de faire revenir le patient en disant : « la prochaine fois, on ne parle que de ça et de rien d'autres parce qu'il y a un problème particulier ». Ca arrive mais actuellement, c'est 4-5-6 problèmes, de toute façon, vous le voyez bien en remplacement.

Interviewer : Est-il conscient de ces règles et de leur importance ?

Dr 8 : Non, de ce côté là, la conscience, non. Qu'il faut qu'il arrête de fumer si il fume, oui parce qu'il va m'en reparler de ce genre de choses, ça oui. Le tabac dans ces règles là, c'est la principale chose dont il va me reparler ou que je vais aborder avec lui. Mais le reste, le côté purement bouger et manger, non ça passe à côté... peut être parce que c'est pas assez incité au niveau de son séjour hospitalier où c'est l'occasion peut-être d'avoir plus de temps, de parler de diététique avec le patient à ce moment là.

Interviewer : Il faut du temps.

Dr 8 : Il faut du temps pour intégrer, et puis, voir les erreurs. C'est vrai je fais des petites enquêtes alimentaires mais c'est plus pour certaines personnes qui aimeraient bien maigrir. Parfois, je le fais parce que ça rejoint ce domaine de l'hygiène diététique. Je leur dis de faire un calendrier pendant une semaine, de marquer tout ce qu'ils mangent du matin jusqu'au soir, ça permet d'avoir une approche plus qualitative que quantitative. Le quantitatif, c'est important, on a des erreurs monumentales. C'est plus ce biais là qu'il faudrait plus inciter par l'hôpital pour qu'après, derrière, on puisse le reprendre, c'est plus facile après.

Interviewer : Comment trouvez-vous la communication avec l'hôpital ?

Dr 8 : Cela dépend énormément des services.

Interviewer : Et pour un patient ayant eu un AVC ?

Dr 8 : Parfois, il me faut un mois et demi pour avoir un courrier et donc là j'ai le patient devant moi et je n'ai aucune information. Je ne sais pas pourquoi il est sous AVK, par exemple. J'ai un petit doute pourquoi il est sous AVK mais je n'ai pas d'éléments objectifs pour lui dire « bon attention il faut le prendre parce qu'il y a ça ». Et ça, c'est courant malheureusement dans le service de neurologie.

Interviewer : Et avec les autres professionnels de santé qui entourent le patient qui a eu un AVC par exemple les kinésithérapeutes, les infirmières, les pharmaciens?

Dr 8 : En ville, il n'y a de soucis de ce côté là parce que c'est de la proximité. On se connaît assez, donc c'est vrai parfois quand il y a un problème ponctuel, c'est vrai que ça leur arrive souvent qu'ils m'appellent ou même pour me signaler un problème d'observance. L'infirmière va me dire parce qu'elle passe pour faire la toilette et puis elle me dit « j'ai l'impression qu'il râle en permanence pour prendre son traitement » ou quelque chose comme ça.

Interviewer : Quelles ont été les informations qui vont ont manqué dans votre formation. Y a-t-il des données que vous n'avez pas eues ?

Dr 8 : Les choses ont évolué. Ce que je vais dire, ça fait 35 ans que j'ai commencé ma formation initiale. Donc indépendamment des choses, les études ont changé. Ce qu'on connaît, ça a changé en 35 ans parce qu'on arrive à avoir des données plus cadrées par rapport aux études qu'on avait il y a 35 ans même si c'était préliminaire dans certains domaines. Donc, après oui pour la formation, il faut lire, se tenir au courant et voilà, il y a des choses à faire. Mais le problème avec la diététique, c'est chronophage que ce soit pour l'AIT, c'est le même problème pour le diabétique, ce n'est pas réalisable. Ça va être des données larges que je vais donner sur ce qui faut faire et ne pas faire mais affiner sur la diététique pure, ce n'est pas possible. Et puis l'écueil qu'il y a de toute façon, même si on dit c'est un des piliers de la prise en charge, c'est que ce n'est toujours pas pris en charge, ce n'est toujours pas remboursé. C'est une aberration monumentale, alors que dans toutes les bases, l'HAS le dit, « la diététique fait partie intégrante de la prise en charge » et derrière, il n'y a rien, au moins pour des pathologies lourdes comme ça. Pour le patient, le sportif ou la femme, qui a envie de perdre 3-4 kilos ou 10 kilos même, ou le sportif qui veut avoir un équilibre alimentaire, bon ok, mais pour un diabétique ou un AIT, on pourrait envisager un forfait de 4 ou 6 séances chez la diététicienne. Bon, ça commence avec le podologue chez le diabétique sous conditions particulières, on progresse mais cela met beaucoup de temps.

Interviewer : Vous m'avez dit que les choses évoluent et qu'il faut lire. Quelles sont vos sources de connaissances médicales si on reste autour de la pathologie vasculaire ?

Dr 8 : J'ai des abonnements à certaines revues, La Revue du Praticien, et il y a Prescrire bien sûr, et puis j'ai deux ou trois sites où je suis abonné. Il y a des sites qui eux sont très axés sur la pathologie cardio-vasculaire, plus le cardiaque que le versant AVC mais il y a beaucoup d'informations qui sont données là dessus. Donc après, ils épluchent régulièrement les études et après si ça m'intéresse, je vais essayer de voir si l'étude est disponible quand elle est publiée. Parfois, elle est disponible dans le Lancet ou New England et je vais la prendre pour la lire tranquillement.

Interviewer : Très bien. Il existe des recommandations de l'HAS sur la prévention vasculaire après un infarctus cérébral ou un AIT. Les connaissez-vous ?

Je montre la synthèse des recommandations. Il lit.

Dr 8 : Sur le tabac, alcool, obésité, ça il n'y a rien à dire. Sur les lipides aussi et le diabète aussi parce que j'ai une très grosse population de diabétiques, donc là, le diabète je peux que c'est ma seconde...

Interviewer : Spécialité ?

Dr 8 : Oui, il y en a certains qui viennent me voir car je fais beaucoup de diabète. Là où je ne suis pas d'accord, c'est sur les chiffres tensionnels à obtenir. Donc le 140/90 pour le tout venant oui, sauf que concernant descendre la maximale en dessous de 130, il n'y a aucune étude clinique qui l'a démontré. Il y a qu'une seule étude qui a démontré qu'il valait mieux être à 80 de diastolique et c'est chez le diabétique, et chez les autres, aucune étude n'a démontré qu'il fallait atteindre ces chiffres tensionnels. Et il y a même quelques études récentes qui viennent de sortir où au contraire, bon là ils mettent 130/80, ça va. Ils sont descendus plus bas et c'était très délétère aussi de descendre trop bas. Non la seule remarque, c'est sur la PAS. Sinon, il n'y a rien à redire là-dessus.

Interviewer : Donc les objectifs sont clairs ?

Dr 8 : Oui

Interviewer : Et sont-ils faciles à atteindre ?

Dr 8 : Non. De toute façon, il y a les trois principaux ce sont la pression artérielle, les lipides, et le diabète. La tension artérielle, c'est le problème parfois de l'observance qui fait qu'à un moment donné, on n'y arrive pas parce qu'il y a des HTA résistantes, ça existe. Mais je pense, à un moment donné quand je commence avec certains, j'en ai quelques uns, j'augmente les traitements c'est parce qu'ils ne les prennent pas. Et puis c'est vrai, certains me disent au bout de 4-5 ans, « celui là je ne l'ai jamais pris ou je le prends un jour sur 3 parce qu'avec celui-là, c'est un diurétique et je passe toute ma matinée aux toilettes donc, ou parce que j'ai des maux de têtes ou n'importe quoi ». Les lipides quelque soit il y a toujours des résistances donc après c'est... je pense que le patient prend son traitement et même c'est « j'ai quelque chose pour le cholestérol, je peux manger plus librement ». Ça se voit souvent entre le moment où ils sont à l'hôpital où ils mangent très mal (ton ironique, suivi de rire) et donc ils ont parfois un cholestérol à la sortie magnifique avec le traitement et ils retournent chez eux avec le même traitement et ça ne va plus. Le diabète, c'est encore un point plus important parce que c'est le problème du traitement et de la diététique, c'est pareil. Alors c'est vrai avec certains c'est royal, on y arrive avec peu de choses, avec un médicament pour la tension, avec d'emblée la première statine à mini dose, le diabète ça roule et puis certains, c'est une vraie galère. Mais c'est vrai le problème, de toute façon diabète, lipides c'est le même thème : c'est l'alimentation, les règles hygiéno-diététiques, c'est parce qu'il y a des erreurs et en cuisinant les patients, ils reconnaissent qu'ils ne font pas attention. Par exemple, un patient diabétique, il était à plus de 9%, j'ai dit « ça ne va plus » et il est descendu à 7.2 en l'espace de deux mois parce qu'il a réellement fait attention et puis je l'ai revu et il est remonté à 8.5 (rire) et puis il est parti en cure donc je ne peux pas le revoir. Non, les recommandations, c'est à peu près les chiffres que j'ai. Les objectifs, on les a à peu près tous, ce sont les moyens et puis, intégrer chaque patient.

Interviewer : Si j'écoute bien, les objectifs vous les connaissez, la prise des médicaments est plutôt satisfaisante sauf en cas d'effets indésirables où les médecins restent impuissants. Ce sont les règles hygiéno-diététiques qui sont difficiles à mettre en pratique chez le patient. Avez-vous des améliorations à proposer ?

Dr 8 : Je pense qu'il faut qu'il y est un forfait diététicienne. C'est vrai que pour le diabète sur Grenoble, on a la chance d'avoir un réseau, une structure Proxidiab. Ça fait 20 ans que je l'attendais parce qu'avec le service d'endocrinologue, je savais qu'il bossait là-dessus. C'est extérieur en plus à l'hôpital, donc c'est ne pas aller à l'hôpital. Il y a une diététicienne, il y a une infirmière et une endocrinologue qui est juste là pour superviser. Ils ont 6 modules, 6 séances qu'ils peuvent étaler sur le temps, un entretien individuel et puis 5 modules derrière où ils vont parler de la diététique ou de leur maladie, la compréhension de leur maladie, c'est en petits groupes. Donc oui ça, c'est bien. Les règles hygiéno-diététiques, ça on peut faire simplement avec un forfait de prise en charge pour faire comprendre, pour voir comment le patient mange, pour changer 2-3 petites choses, attendez là vous mangez comme ça, on peut modifier 2-3 petites choses très facilement sans pour autant que vous ça vous frustre trop parce qu'on peut tous faire attention. Mais vivre dans la frustration permanente, on ne tient pas des années. Et c'est le principal problème de l'hygiène de vie au sens général. Après, je ne sais pas ce qui fait à l'hôpital.

Interviewer : Il existe un réseau Granted qui vient de mettre en place des ateliers.

Dr 8 : Après une autre chose, je n'aime pas les réseaux.

Interviewer : Oui.

Dr 8 : Alors Proxidiab, c'est au service du médecin et c'est au service du patient. C'est une structure indépendante même si c'est l'hôpital qui l'a mise en place mais c'est extérieur. Mais c'est le médecin qui inclut ses patients là dedans. Et cette structure est au service du patient en premier par le biais du médecin. Le réseau, je le vois avec le réseau Insuffisance Cardiaque, le patient, il sort avec son bouquin de 20 kilos, il rentre dans ce réseau là. Selon qu'on soit partie prenante, qu'on arrive à s'attacher ou pas, on voit le patient ou pas, sinon le patient il part dans le réseau parce qu'il y a des médecins dans le réseau qui le prennent en charge et ça je trouve que c'est dommage parce que le patient, il disparaît pendant 2-3 ans. Il y a encore pire que ça, c'est le réseau sur l'obésité de l'enfant, c'est encore plus lamentable. J'ai adressé une de mes ado, elle fait 110 kilos, je suis débordé. Ça fait des années (rire), oui c'est le cas de le dire. J'ai passé par tous les niveaux, je me bats avec la mère, avec la fille pendant des années et je l'ai adressée à l'hôpital en endocrino pour qu'ils la prennent en charge parce qu'ils ont une structure. Le médecin l'a vue 2-3 fois mais c'est tous les 4-6 mois, donc c'est déjà dur la prise en charge. Bon je sais bien c'est un réseau où il y a des diététiciennes, des psychologues, ça peut-être bien. Mais c'est pas du tout ça. Le réseau, il faut se former, c'est au médecin de se former c'est-à-dire que j'ai des séances de formation. Je suis allé 2 fois et puis après j'ai craqué. On va me former en 2 fois 2 heures à la diététique alors qu'il y a des professionnels qui mettent 5 ans à se former et après c'est moi qui vais gérer ma patiente. Je n'ai pas besoin d'eux pour faire ça. Si je fais ça, c'est parce que je suis démuni, débordé et je le redis. Donc ça, c'est le type de réseau, je ne vois vraiment pas l'utilité. Et c'est pour ça les réseaux d'un certain côté, c'est bien. Et on a tous notre réseau informel, pour un patient avec son cardio, son angio, son ophtalmologue, oui. Les structures comme Proxidiab sur son plan de fonctionnement par rapport aux autres réseaux qui existent, elle me convient beaucoup mieux parce qu'elle est vraiment à ma disposition. Et ça, c'est le plus important. Il y a des connections avec des services hospitaliers qui commencent un petit peu à savoir qu'en dehors de leur tour, il y a la ville aussi. Il y en a certains avec qui ça fonctionne très bien mais ça met du temps à fonctionner ça.

Interviewer : Que pensez-vous de l'utilité d'un outil pédagogique qui serait un outil informatif du patient qui explique leur maladie, les mécanismes, l'importance des traitements et aussi un outil de suivi pour le médecin généraliste ?

Dr 8 : Pour le patient, oui.

Interviewer : Et pour vous ?

Dr 8 : J'ai toujours à apprendre.

Interviewer : Et sous la forme d'un carnet, comme le carnet diabétique ?

Dr 8 : Un carnet de suivi où dedans il marquerait ses résultats. Je ne pense pas. Un carnet où il a des informations sur le mécanisme de la maladie, pourquoi il faut contrôler sa tension, pourquoi il faut qu'il ne fume pas, pourquoi il faut qu'il modère sa consommation d'alcool, pourquoi il faut qu'il bouge, ce genre de choses, oui je pense que ces informations sont importantes. Quelque chose de concis et qui ne fait pas un livre. Mais marquer dedans ces résultats de cholestérol, de tension ou autre, à part quelques obsessionnels. Il y en a partout, je le suis pour certaines choses (rire). J'ai des patients, leur traitement, ils le prennent à 7h59, ils ne le prennent pas à 8h01. Il y avait une étude qui a été faite justement sur l'observance où on leur mettait tous leurs comprimés dans des petites boîtes électroniques qui notait la date et l'heure d'ouverture tous les jours du bouchon et pour certains, c'était impressionnant. Quand je dis 7h59, c'est vraiment 7h59 tous les jours et puis d'autres c'était entre 6h et 10h. C'est là qu'on se rend compte que l'observance, elle est très fluctuante. Mais c'est la même chose, j'ai beaucoup de diabétiques, je leur donne des conseils sur limiter la consommation de fruits. Vous savez la campagne qui est faite par exemple sur manger 5 fruits et légumes par jour. Il y a certains qui disent « j'ai fait comme ils ont dit, j'ai mangé 5 fruits tous les jours ». Personnellement, c'est ce que je me dis, quand je leur dis de limiter, c'est ce qui me fait sourire le plus, j'adore trop les fruits et je me dis si un jour il faudrait que je fasse attention, que je me limite à deux fruits par jour. Il faudra vraiment que je me fasse violence pour faire ça. Donc c'est essayer de se mettre à la place du patient. Je ne leur dis pas que je les autorise à fumer mais je préfère qu'ils arrêtent de boire, arrêter les deux, on va dire que c'est un dogme, ce n'est pas réalisable. Quelqu'un qui s'est intoxiqué les deux pendant longtemps, vous ne faites pas arrêter les deux. Il faudra peut être quinze ans plus tard pour arrêter de fumer mais en priorité, c'est arrêter l'alcool. C'est mon approche personnelle. J'en ai 2-3 qui ont fait des infarctus qui sont à 20-30 cigarettes par jour encore mais ce n'est pas possible autrement.

Interviewer : Et pour le carnet de suivi, serait-ce utile pour le médecin ?

Dr 8 : Non. Un carnet où il marquerait ces chiffres, non mais un carnet où il a une information, oui. Quitte à ce que quelque part vous puissiez le mettre sur l'internet. De plus en plus des patients même âgés vont sur internet donc on dit : « voilà sur telle plate forme vous avez une information sur l'AVC » parce que sur les AIT et AVC, on en trouve beaucoup mais après il faut que ce soit concis. Après dans un deuxième temps, si ils veulent approfondir ils peuvent aller où ils veulent. Mais au moins avoir une information de base. De ce côté, information, oui.

Interviewer : Très bien. Avez-vous des choses à rajouter ?

Dr 8 : Non.

ENTRETIEN N°9 (E9) du 08/06/2011

Interviewer : Pour commencer, je vais vous demander le nombre total de patients que vous suivez ayant eu un AVC ou un AIT ?

Dr 9 : 10-15, à peu près.

Interviewer : Et quel est le nombre de nouveaux patients ayant fait un AVC ou un AIT l'année dernière ?

Dr 9 : Deux à priori.

Interviewer : Avez-vous ressenti des difficultés dans le suivi d'un patient ayant eu un AVC ou un AIT et dans le contrôle des facteurs de risque ?

Dr 9 : Non, pas dans le suivi mais dans le diagnostic des fois. Des fois des gens ont des troubles mineurs, vous faites un scanner ou IRM, à priori, ils ont fait un AVC, c'est déjà ancien. Après, la conduite à tenir est assez commune.

Interviewer : Lors d'une première consultation d'un patient qui a eu un AVC c'est-à-dire il est sorti d'hospitalisation et il vient pour renouveler le traitement, souvenez-vous d'avoir rencontré des difficultés ?

Dr 9 : Non, à priori non.

Interviewer : Et ensuite dans le suivi ?

Dr 9 : Dans le suivi, c'est plutôt la compliance au traitement. La première année, ça va, puis après ça dépend des gens. Enfin l'AVC, les gens ont peur donc normalement, ça marche mieux que pour l'infarctus des fois.

Interviewer : Donc l'observance médicamenteuse est correcte initialement, puis les gens font moins attention. Qu'est ce qui vous fait dire cela ?

Dr 9 : Parce ce qu'au départ, ils ont peur d'en refaire un autre et au fil du temps si ils en n'ont pas fait, la peur s'estompe, surtout si ils ont tout récupéré ou à peu près tout récupéré. Donc voilà ça dépend des gens mais ça peut être comme ça. Et ça dépend de l'importance de l'AVC, il y en a des minimes, minimes.

Interviewer : Comment arrivez-vous à faire face à ces problèmes d'observance ?

Dr 9 : Ca s'appelle la motivation du patient, non c'est ça ? (Rire). Comment on arrive à faire face, je ne sais pas par la discussion, par chercher une motivation, par chercher ce qui pourrait les faire adhérer au traitement surtout. Des fois on trouve, des fois moins. C'est d'être assez clair et précis avec les patients sans faire partie de la police, loin de là sinon ils disent rien. Mais d'essayer d'arriver à les motiver pour prendre le traitement.

Interviewer : Y a-t-il des classes médicamenteuses mieux acceptées que d'autres ?

Dr 9 : Alors l'Aspirine, ça marche bien parce qu'ils pensent que ça a d'autres effets bénéfiques, je ne sais pas c'est une rumeur qui court. Maintenant il y a des gens qui prennent de l'Aspirine sans avoir rien eu. Et puis ça a beaucoup moins d'effets indésirables que par exemple les statines ou les choses comme ça. L'arrêt du tabac, c'est autre chose aussi, ce n'est pas simple.

Interviewer : D'ailleurs, comment abordez-vous la question des règles hygiéno-diététiques ?

Dr 9 : On est très mauvais là dedans je pense. Nous avons une « compliance » vraiment pas terrible, donc on fait tout ce qu'on peut mais je n'ai pas encore compris si il y avait une méthode particulière. Ça dépend des gens, ça dépend de ce qu'on peut leur proposer, ça dépend de leur niveau social. La motivation pour l'arrêt du tabac ou les choses comme ça, c'est difficile. Alors, ou ils ont eu peur et l'arrêt est très simple voilà, ou il y a eu un déclic et ils ont pas eu besoin de nous, ou alors on ne sait pas bien à quoi on sert. (Silence).

Interviewer : Quel est le rôle du médecin généraliste ?

Dr 9 : On a un rôle mais on a un taux d'échec qui est quand même phénoménal dans ces histoires de tabac ou de règles hygiéno-diététiques. On a un rôle mais les résultats ne sont pas bons. Il faut le faire parce que bon, c'est une obligation mais le résultat n'est pas terrible.

Interviewer : Avez-vous des propositions pour améliorer cette observance ?

Dr 9 : J'ai fait des séminaires là dessus (elle souffle) mais je ne sais pas (rire). On est un peu démuné mais il n'y a pas que nous, c'est une question de santé publique. On est un peu démuné parce qu'on n'a pas bien compris comment on pouvait faire, ça implique trop de choses. Pour l'instant, on n'a pas la solution. On a des médicaments qui ne sont pas terribles, à part les patches à la nicotine le reste, c'est difficile de maniement et avec des effets indésirables, des choses comme ça. D'ailleurs, je pense que maintenant les gens refusent. Voilà, c'est que c'est un problème de santé publique ça et donc il n'y a aucun remboursement. Enfin, je veux dire on rembourse des médicaments, on rembourse très mal les patch à la nicotine, voilà le sport est cher. Je crois que si on n'est pas aidé par une sorte de directive gouvernementale et d'appui, on est démuné, on n'a pas de répondant. On leur dit « allez faire du sport, montez à pied », d'accord mais il y a ni sport dans les entreprises, il n'y a pas grand chose qui soit fait ou en tout cas, c'est minime. C'est un problème de santé publique.

Interviewer : Comment trouvez-vous la communication avec l'hôpital ?

Dr 9 : Ce n'est pas mauvais. On a les lettres plus tard mais bon. Moi, je trouve que c'est correct. Se pose le problème de l'accès des urgences neurologiques, alors c'est un peu flou parce qu'il n'y a pas de service. Ils arrivent toujours au PU médecine, alors il n'y a pas de prise en charge, ce qui est un peu dommage. C'est plutôt ça, après le reste. C'est la prise charge immédiate qui n'est pas exceptionnelle.

Interviewer : Et les autres professionnels de santé autour du patient?

Dr 9 : Non ça va. La kiné, l'orthophoniste, ça va.

Interviewer : Y a-t-il une disponibilité ?

Dr 9 : Oui si on incite un peu.

Interviewer : Vous ne vous sentez pas seule dans la prise en charge ?

Dr 9 : Non, non. C'est assez bien codifié, en plus ils sortent de rééducation ou de l'hôpital Sud. Donc, ils ont déjà leurs marques, ils ont déjà leurs habitudes, on leur a déjà donné des adresses pour la prise en charge. C'est rare qu'ils sortent comme ça sans rien. Non ça, ça va.

Interviewer : Quelles sont vos sources pour remettre à jour vos connaissances ?

Dr 9 : Les sources, c'est plutôt les séminaires et les bouquins et internet de temps en temps. Et puis les comptes-rendus, parfois on découvre des trucs.

Interviewer : Savez-vous qu'il existe des recommandations de l'HAS datant de 2008 sur la prévention vasculaire après un infarctus cérébral ou un AIT ?

Dr 9 : Oui c'est bien...

Interviewer : Les avez-vous déjà vues ?

Dr 9 : Oui, je crois.

Interviewer : Vous pouvez les commentez ?

Elle lit

Dr 9 : Alors, je ne sais pas, « bénéfiques des statines non spécifiquement étudiés pour les IC ou AIT cardio-embolique » je ne sais pas si ça vous intéresse, bon je pensais que c'était bien aussi. Oui, c'est connu, c'est toujours la même chose. Je pense que ça n'a pas changé depuis. LDL à 1g/l et bien c'est difficile, des fois ça dépend mais des fois c'est difficile parce que vous avez quand même des gens qui ont fait des AIT sans facteurs de risque et là c'est plus difficile à motiver, voilà. C'est tout, après c'est connu. L'activité, oui ça aussi, c'est difficile. C'est ce qu'il y a de plus dur la partie hygiéno-diététique. Et en plus, l'activité physique dépend de la récupération. Non sinon, il n'y a rien de nouveau.

Interviewer : Y a-t-il des informations qui vous ont manqué dans votre formation sur la prise en charge de l'AVC ?

Dr 9 : Il y a eu un moment où quand même l'urgence de l'AVC n'était pas tellement reconnue et ça a été dramatique. Moi j'avais des copains qui étaient angiologues donc ça allait, mais je pense qu'il y a eu un manque d'information. On a laissé des gens avec des AVC quasiment chez eux, il n'y a pas si longtemps, une dizaine d'années. Après c'est un truc assez simple, ce n'est pas très compliqué l'AVC. Après savoir quelles artères, c'est autre chose. (Silence) Non, je n'ai pas de questions particulières.

Interviewer : Comment pensez-vous améliorer cette prise en charge des règles hygiéno-diététiques ?

Dr 9 : On peut toujours inciter mais je n'ai pas plus de solutions qu'il y a quelques années. Trop de choses ne dépendent pas de nous. L'activité à 30 minutes par jour, l'alcool, le tabac, on y arrive mais je ne sais pas si la participation du médecin augmente les chances pour les gens, je ne sais pas si il y a des études. Je pense que ça ne doit pas augmenter les chances de beaucoup. C'est dramatique mais... ah oui le traitement d'un AIT sans aucun facteur de risque reconnu, sans cardio-embolie, sans rien ? C'est *Kardégic* et machin (elle parle des statines) ? Non parce qu'à un moment il se posait la question de les mettre sous anticoagulant directement. Ça ne se fait plus ?

Interviewer : Ce sont donc des questions que vous vous posez ?

Dr 9 : Oui car moi j'ai un membre de ma famille ils voulaient le mettre sous anticoagulant et d'ailleurs ils auraient dû car elle a fait son AVC deux jours après mais je ne sais si ça aurait changé quelque chose, enfin bon...

Interviewer : Pensez-vous qu'un outil pédagogique qui serait un outil informatif pour le patient et de suivi pour le médecin pourrait être utile ?

Dr 9 : Je pense que c'est utile oui bien sûr. Ça dépend comment il est fait, il faut qu'il soit très simple, il me semble que ce soit pour le patient ou pour le médecin parce qu'on a trop d'informations.

Interviewer : Qu'entendez-vous par simple ?

Dr 9 : Quelques phrases suffisent. C'est un peu comme la pub, il faut que ça marque l'esprit. Enfin je ne sais pas...ou vous faites ça très simple qui tient sur une feuille, ou vous commencez à expliquer et c'est plus compliqué. Enfin, il me semble qu'il faut quand même des définitions correctes et des choses strictement médicales mais il faut quand même réduire. Mais il y a des pub comme ça, si vous avez mal au bras ou si vous êtes paralysé, appelez le 15. Je pense qu'il faut reprendre ça mais à moins que vous ayez une sorte de réseau pour empêcher le tabac, l'alcool, l'obésité. (Rire).

Interviewer : Que pensez-vous des réseaux ?

Dr 9 : J'aime pas ça, je trouve que c'est beaucoup d'argent dépensé et souvent pour un résultat qui est quand même...voilà...parce que se mêlent toujours des psychologues là dedans pour le tabac, l'alcool et tout ça. Je ne sais pas par qui ils sont formés les gens mais je trouve qu'il y a des approches. Moi j'ai surtout des réseaux pour les fins de vie bon je ne sais pas qui travaille exactement, sur quels critères ils sont recrutés mais les gens ils ne veulent plus des psychologues. Ça dépend du recrutement et de comment vous envisagez la réduction... Est-ce qu'il faut prendre une méthode qui se base sur des trucs psychologiques ou est-ce qu'il faut faciliter les gens au sport et à l'activité physique et à l'hygiène et je crois que faire tout en même temps, il me semble que ce n'est pas une bonne chose ou alors les séparer. Il y a des gens qui n'ont pas besoin de psychologie enfin je veux dire, surtout des hommes qui fument et qui boivent. Il faut qu'ils aient fait la démarche eux même, sinon ça les rebute. Et si vous leur proposez des trucs concrets, genre vous avez droit à une séance de sport gratos, je ne sais pas des choses avec une diététicienne, des choses qui sont mises à leur disposition pendant un certain temps pour voir si cela marche, des choses pratiques je pense qu'il y a des gens qui adhéreront beaucoup plus parce que les aides au tabac et les aides à l'alcool, vous les avez ailleurs. Il me semble ce qui manque c'est ce côté pratique. On leur dit « faites ci, faites ça », oui mais comment, ou alors vraiment séparer ces deux choses. Mais souvent dans ces réseaux, il y a un amalgame, soit disant tout est pris en charge du haut en bas et je pense que c'est une erreur car des gens n'ont pas besoin de ça et ils refuseront parce qu'il faut qu'ils prennent tous les aspects en même temps. Voilà. Il me semble que ça serait mieux d'être plus pratique. Si vous voulez aider les gens, il faut que ce soit un peu personnalisé, donc il faut voir quand ils peuvent faire ce qu'on leur dit. C'est du boulot (rire) mais il me semble que ça marcherait plus, parce que tous ces trucs psy et tout ça. C'est comme les diététiciennes, il faut qu'elles aillent chez les gens, il faut qu'elles prennent la liste des courses, voilà, il faut des gens vraiment motivés et ça c'est dur car il y a une intrusion dans la vie des gens. Si vous voulez vraiment que ça marche, on est intrusif, on est obligé. Et si vous êtes intrusif, il faut aussi montrer que vous avez envie que ça marche. On ne peut pas être intrusif et déranger les gens si on ne fait pas d'efforts aussi de notre côté, ça c'est important sinon on sait tout de leur vie et ils nous racontent tout, ils ont juste l'impression qu'on rentre chez eux. Donc, on peut faire des trucs mais il faut montrer qu'on peut lever certains leviers et dans ces cas là les gens coopèrent et sont d'accord pour que ça marche.

Interviewer : Il faut les informer et en même temps faciliter l'accès ?

Dr 9 : Oui il faut leur donner quelque chose encore. Ils ont déjà eu un AVC, ils sont déjà réduits, ils ont déjà eu peur et vous leur dites en plus vous allez faire des efforts pour enlever ce que vous aimez et ce à quoi vous êtes accro, il faut leur donner quelque chose d'autre à la place. Enfin, ils ne vont pas modifier leur comportement juste parce qu'ils

ont eu peur enfin ça ne va pas durer trop longtemps. Donc, si vous les accompagnez pas, si vous ne leur proposez pas des choses à la place, ça ne va pas tenir, ou alors ils sont très très motivés et ça a été la goutte d'eau qui a fait déborder le vase parce qu'ils y pensaient déjà et ils n'ont pas besoin de nous. On ne peut pas demander à quelqu'un qui boit 4 à 5 verres de vin par jour d'arrêter comme ça sans proposer autre chose ou sans lui dire ce qui est mieux de faire si il a envie de boire. Enfin c'est tous les trucs comportementaux. Si vous faites un réseau, il faut que ça s'accompagne de choses pratiques où les gens puissent avoir accès au sport. Voilà, donc oui ça demande de se bouger.

Interviewer : Très bien. Avez-vous des choses à rajouter ?

Dr 9 : Non, je ne vois rien de spécial.

ENTRETIEN n°10 (E10) du 09/06/2011

Interviewer : Je vais commencer l'entretien par vous demander si vous avez ressenti des difficultés dans le suivi d'un patient ayant eu un AVC et/ou un AIT ?

Dr 10 : De mémoire, sur le dernier que j'ai eu à traiter pas spécialement, enfin je ne sais ce qu'on entend par difficultés mais si c'est pour la prise en charge, pas spécialement. La prise en charge a été assez rapide via le CHU.

Interviewer : Pour la prise en charge aiguë ?

Dr 10 : Oui, pour la prise en charge aiguë.

Interviewer : Et par la suite une fois qu'il a été hospitalisé et que vous le revoyez en consultation pour la première fois après avoir fait son AVC ?

Dr 10 : Non, non. C'est vrai que j'ai aussi un réseau de ville donc quand les consultations sont trop loin, je peux passer par un réseau de neuro en libéral. De mémoire, les rendez-vous étaient fixés par le praticien hospitalier donc le patient avait des consultations de suivi.

Interviewer : Si vous avez des difficultés, avec quel interlocuteur passez-vous ?

Dr 10 : Disons que quand j'ai un souci à gérer ou un conseil à demander, c'est vrai que je m'adresse plus facilement à un collègue de ville que ceux du CHU. Si je dois demander un conseil sur un traitement. Mon premier réflexe est d'aller vers un confrère de ville. Le téléphone c'est facile, souvent ils sont vite joignables.

Interviewer : La communication est-elle plus facile en ville qu'avec l'hôpital ?

Dr 10 : C'est peut être qu'une impression mais c'est vrai que j'arrive à avoir plus facilement un médecin de ville qu'un médecin hospitalier. Mais c'est peut-être qu'une impression parce que ce sont des neurologues avec qui je travaille et chez qui j'envoie des patients pour d'autres raisons, donc c'est peut-être un réflexe que j'ai.

Interviewer : Comment arrivez-vous à faire face aux problèmes d'observance ?

Dr 10 : (silence). Je demande à la personne qui vit avec le patient ou la patiente de savoir comment ça se passe, la prise des traitements, qui c'est qui gère la prise médicamenteuse, si il y a une infirmière qui passe, qui gère le semainier, je vois par l'intermédiaire de l'infirmière. Maintenant, le problème de l'observance, ce n'est pas évident en ville. On ne sait pas ce que prennent les patients ou ce qu'ils ne prennent pas, ce qu'ils font, d'autant plus qu'avec les génériques, il y a des confusions avec les noms et les présentations qui sont différentes. Des fois, les patients me répondent des trucs, j'ai l'impression que c'est n'importe quoi. Enfin, ils prennent n'importe quoi des fois. L'observance est un gros problème mais pas que pour l'AVC. D'une manière générale, l'observance est très difficile à quantifier.

Interviewer : Avez-vous des patients AVC qui ont une mauvaise observance ?

Dr 10 : je pense que la majorité de mes patients sont « inobservants ». Il y a peut-être... Je trouve qu'il y a de plus en plus de patients et notamment des jeunes qui questionnent sur le pourquoi de la prise de tel médicament, l'intérêt, quels vont être les effets secondaires, en plus avec l'affaire Médiator, on a souvent des questions. Il faut vraiment avoir un argumentaire fort sur le bénéfice par rapport au risque encouru pour que le patient arrive à adhérer quand même à un minimum de prise médicamenteuse. C'est peut être un peu moins ça avec les personnes âgées, le rapport est un peu différent, il y a peut être une histoire générationnelle. Mais quand même, les enfants souvent des personnes âgées téléphonent et demandent pourquoi on a prescrit ça à leurs parents. Enfin, je trouve que maintenant il faut commencer à bien argumenter, à bien réfléchir pourquoi on veut donner tel traitement, quel va être son intérêt et comment on peut le faire passer auprès du patient pour qu'il adhère à ça. Et je pense que ce n'est pas toujours facile et du coup, les patients ne sont pas forcément...des fois j'ai l'impression qu'ils sont pas forcément convaincus. Donc, je ne sais pas si ils sont vraiment observant sur le long terme. Je pense qu'il y a des oublis. J'ai plein de jeunes femmes qui oublient leur contraception orale très régulièrement, qui la reprenne deux jours après. J'ai des patients quand je les revois après ils disent « oh j'ai oublié, ça fait une semaine là, je n'ai pas eu le temps de reprendre rendez-vous, je n'ai plus de traitement, je n'ai plus rien ». Ils ne sont pas plus malades pour autant. Ça permet de relativiser aussi.

Interviewer : Comment abordez-vous les règles hygiéno-diététiques par rapport aux patients AVC ?

Dr 10 : J'essaie de pas en faire un dicta. De pas leur dire il faut que ce soit comme ça et il faut éviter ça, il faut complètement ne plus prendre de tel ou tel truc, ou faire telle chose. Ça peut être une intrusion brutale, c'est vrai que la maladie est une intrusion brutale chez le patient. Il a besoin d'avoir de nouveaux repères, enfin j'essaie d'y aller par petites touches parce que ça peut être tellement un chamboulement dans sa vie de tous les jours, que si en plus, on en rajoute derrière en leur disant il faut tout supprimer, tout ce que vous faites là, ce n'est pas bon, c'est à cause de ça que vous avez eu l'AVC. Le patient, il va se suicider. Donc, j'essaie d'y aller tranquillement, de voir ses habitudes, de voir pourquoi il prend tel ou tel aliment, pourquoi il fume, quelle est la meilleure des cigarettes pour lui, si on peut commencer à diminuer. Et si on diminue le tabac, par quelle cigarette on va commencer, quelle est la moins importante, enfin voilà. J'essaie petit à petit avec le patient en corrélation avec ses habitudes d'essayer de changer certaines de ses habitudes et d'en amener d'autres. Voilà comment j'essaie d'aborder les choses. Pas en étant vraiment celui qui apporte la bonne parole, d'ailleurs je ne sais pas si c'est vraiment la bonne parole qu'on a, mais pas celui qui arrive avec une sorte de savoir comme ça qui va imposer en disant « vous avez eu l'AVC parce que c'est ça, donc maintenant il faut faire ça ». Après je crois que les patients, ils n'adhèrent plus, ils appellent d'autres médecins parce que ça peut être trop brutal. Je l'ai vécu avec certains patients où on arrive, on est intégré dans un contexte familial, dans un contexte avec des règles de vie et qui ne sont pas les nôtres. Si on veut pouvoir avoir l'adhésion de la famille et des patients, il faut quand même pas tout modifier comme ça sinon vraiment ils n'adhèrent pas. On le sent qu'il y a des réticences. Si ils nous regardent d'une façon bizarre, là il y a un message qui n'est pas passé. Voilà, j'essaie d'aller par petites touches.

Interviewer : Quel est l'impact de vos paroles sur le patient qui a eu un AVC ?

Dr 10 : Avec certains, ça passe comme une lettre à la poste. Avec d'autres, on sent qu'il y a beaucoup de résistance, qu'il faut y revenir régulièrement, il faut en remettre une petite touche, il faut en reparler à l'occasion d'une consult, d'une visite, d'un résultat de prise de sang, du suivi. On a besoin de redire alors « comment vous faites là maintenant ? », « vous en êtes où au niveau du tabac? ». On est obligé à chaque fois de revoir un peu où le patient se situe et des fois, avec certains, ça s'inscrit plus sur le long terme. Avec d'autres, c'est bizarre parce que des fois les patients nous disent sur le long terme « oh, bien j'aurais dû vous écouter docteur ». Donc finalement ils ont entendu quelque part mais ils ne l'ont pas fait et ils disent « oh j'aurais dû vous écouter » parce qu'il y a eu une récidive ou autre chose : « finalement j'ai été hospitalisé, le médecin m'a dit la même chose que vous, j'aurais dû vous écouter ». Enfin des fois on a l'impression d'être efficace, des fois, pas tout de suite, des fois c'est vraiment sur le suivi à long terme, alors

c'est fatigant parce qu'il faut toujours y revenir, on a l'impression de rabâcher les mêmes choses, de redire, on essaye de les redire de façon différente, de les amener d'une autre manière. Je pense aux patients diabétiques par exemple, il faut toujours revenir à la charge sur les repas, la façon dont il prépare, comment il gère l'insuline, comment ils prennent leurs médicaments. Donc on est obligé à chaque fois de revenir sur l'hémoglobine glyquée, par exemple pourquoi elle est un peu haute, qu'est ce qui s'est passé, il y a eu un repas de famille. C'est un travail de longue haleine. Et puis des fois, on n'y arrive pas. Des fois j'ai l'impression de ne pas y arriver. Il y a un épisode aigu, ils sont hospitalisés et puis voilà. C'est leur vie quelque part aussi. On peut gérer les problèmes aigus, on peut essayer de suivre dans le fond mais quelque part c'est la vie des patients. Ça leur appartient. Ce n'est pas évident, c'est vraiment pas évident. Je ne sais pas, à l'hôpital, le rapport est différent. Ils sont dans une chambre, ils sont alités pendant un certain temps. Boum, on leur apporte la nourriture, ils ont leur traitement, je ne sais pas si l'observance est bien faite à l'hôpital non plus. Enfin ils peuvent jeter je ne sais pas comment ça se passe. En ville c'est encore autre chose, ils sont chez eux, ils ont leur vie, ils ont leurs rapports familiaux, enfin, ce n'est pas évident. C'est un autre contexte à gérer, c'est vraiment différent.

Interviewer : Que pensez vous de l'éducation thérapeutique ?

Dr 10 : Si c'est dans le sens de faire en sorte que le patient se prenne en charge, investisse sa santé, sa ou ses pathologies, que ce soit un travail de partenariat avec le médecin, je trouve que c'est bien. Si c'est dans le sens lui imposer une culture qui n'est pas la sienne, qui de toute façon ira dans le mur parce qu'il n'y adhère pas, c'est des mots jetés en l'air. Il faut que le patient soit partie intégrante de la consultation et de sa santé pour arriver à un résultat. Je pense que c'est important. Si c'est dire que nous, on arrive parce qu'on sait ça, et que vous vous savez ça mais vous êtes ignare mais ça ne marchera pas. C'est peut être des trucs qui ont marché il y a pleins d'années. Le patient, il sort de l'hôpital, on va lui dire ça, on va lui apprendre certaines vérités, il va sortir, il va reprendre sa vie. Et puis il va refaire les mêmes choses, il n'est plus dans le contexte hospitalier. Les gens ils font des infarctus, on leur dit : « il faut arrêter de fumer », oui c'est bien beau de le dire. Il ressort, il retombe dans son milieu, il est conducteur de camion et allez hop je clope avec les collègues. C'est un fiasco, ce n'est pas comme ça que ça se passe en vrai. Quand un patient vient et qu'il a le désir d'arrêter de fumer, il faut prendre en compte le contexte et tout ce qui a autour et pourquoi il fume et pourquoi il y a du stress au niveau familial et comment ça se passe. Enfin si c'est pas une alliance thérapeutique, l'éducation thérapeutique ne marchera pas à mon avis. Et puis dans l'éducation thérapeutique, il faut aussi que le médecin soit convaincu des arguments qu'il avance et je vous avoue que pour certaines choses, il y a beaucoup de lecture qui ont remis en cause ce que j'ai pu apprendre durant mes années de CHU, ou ce qu'on peut nous apprendre notamment au niveau des laboratoires et des traitements qu'on nous dit bénéfiques. J'ai beaucoup de grosses, grosses remises en cause là dessus et du coup « vendre » entre guillemets ou proposer un traitement thérapeutique à un patient notamment sur le cholestérol. Je peux être en marge de certains médecins et des courants mais j'ai des gros doutes sur l'intérêt des statines, sur les bénéfices des statines. J'ai un gros doute et je me pose la question si ce n'est pas une grosse manœuvre des laboratoires pour vendre des statines et que l'intérêt finalement soit très minime en terme de diminution des infarctus ou des AVC. Vous êtes en plein dedans (il me montre un livre). Je vous conseille de le lire. (...) Ça remet beaucoup de choses en question sur les pratiques médicales et sur les firmes pharmaceutiques et sur tout ça, et sur ce qu'on peut dire aux patients. Et du coup vendre un médicament par statine ou *Fénofibrate*, je conseillerais avec des pincettes et ça m'étonnerait pas qu'avec les années futures ou je ne sais pas, il y aura peut-être un souci avec les statines comme avec le *Médiateur*. Non, ce n'est pas évident, vraiment pas évident à l'heure actuelle de soigner, de bien soigner.

Interviewer : Quelles ont été les informations qui vous ont manqué dans la prise en charge d'un patient ayant eu un AVC ? Au cours de vos études ou par la suite quand vous vous êtes installé, si le patient vous a posé des questions auxquelles vous n'avez pas su répondre ?

Dr 10 : Oui, je me rends compte, pas mal mais ce n'est même pas des informations d'ordre médical parce qu'en général les informations d'ordre médical, on les a quelque part, on les a dans un tiroir. Quand on sort d'une formation initiale, on les a dans le tiroir. Quand on fait de la formation médicale continue, on a quelques petites recettes, des informations comme ça. Les questions que posent parfois les patients, c'est tellement, je n'aurais même pas d'exemple comme ça à fournir. Nous, on peut connaître le processus physiopathologique de la survenue d'un infarctus ou de la survenue de l'AVC ischémique, la différence entre AVC ischémique et hémorragique, tout ça et tout. Ce que pose le patient, ça va être de l'ordre du truc : « est-ce que si je prends tant de beurre par jour ou de laitage par jour, je vais avoir ça ». C'est tellement des trucs de la vie de tous les jours, que même nous en tant qu'être humain on le fait, on mange telle ou telle quantité d'aliment et on ne se pose pas la question et eux, il leur arrive le problème et ils se posent cette question. « Est-ce que je fais bien de faire ça ? », « Est-ce que je dois remplacer tel aliment par tel aliment ? », « Est-ce que si je mange tant de glucides, j'aurais une hémoglobine glyquée comme ça ? ». C'est vraiment des questionnements quelque part tellement basiques que nous, on n'a pas. Enfin moi je ne me souviens pas d'avoir eu des formations ou des informations là dessus. Si, j'ai eu des informations sur la molécule de ce que vous voulez, le *Plavix*, les trucs comme ça mais « Est-ce que je fais bien de manger un peu de beurre avec ce que j'ai eu ». Et bien écoutez... (Rire). Après c'est comme tout, il faut prendre dans des proportions raisonnables les choses. Je n'ai vraiment pas de recettes miracles là dessus et c'est vraiment, c'est des questions comme ça : « Est-ce qu'il faut que je marche, combien de temps, si je marche une heure par jour est ce que ça suffit ». Oui c'est mieux que rien mais est-ce que c'est ça qui fera que vous ne ferez plus d'AVC, j'en sais rien. Est-ce que c'est ça qui fera que vous ne ferez jamais de diabète ou d'infarctus du myocarde, j'en sais rien. C'est mieux que d'être sédentaire complet. Voilà c'est ce genre de questions très pratiques, de l'ordre de la vie de tous les jours, du quotidien. « Je vais faire mes courses, j'ai lu ça. Est-ce que c'est bon ça docteur ? », « j'en ai jamais entendu parler de ce produit là, j'en sais rien ». Les oméga 3, les machins, « j'ai entendu aux info, aux dernières pub qu'il fallait prendre des oméga 3 ». Bon ok. C'est vrai que ça nous oblige à chercher ailleurs. Voilà c'est ce genre de questions. Dans ce sens là, il y a beaucoup de choses qui ont manqué mais est-ce c'est de l'ordre médical forcément, je ne sais pas. Est-ce que c'est les infos qu'on nous donne à longueur de journée, il faut faire comme ça, il faut faire comme ci, manger 5 fruits et légumes par jour. Je me souviens à une certaine époque, c'était la mode, on donnait un verre de lait aux enfants à l'école et maintenant on se rend compte que le lait peut entraîner des maladies auto-immunes, donc peut-être, ce n'est pas si bon que ça. On continue à dire qu'il faut manger au moins un laitage par jour. Et puis dans toutes ces questions là, il y a les générations. Après les grands parents, on leur donne du lait, du beurre et puis les petits enfants, c'est non. Ce n'est pas du tout la même culture. On s'adapte, on essaie de s'adapter et c'est ça aussi, la parole qu'on peut amener, c'est qu'elle ne sera pas forcément la même avec les enfants, les petits enfants et les grands parents parce qu'ils n'ont pas la même génération, pas la même approche. Certains on leur a fait un vaccin, d'autres on n'en fait plus, pourquoi ? Nous à notre époque, il y avait tel médicament, ça marchait bien, aujourd'hui il n'existe plus, il a été retiré du marché. Enfin voilà c'est des trucs.

Interviewer : Vous avez dit que vous été obligé de rechercher. Quelles sont vos sources d'informations ?

Dr 10 : (il me montre une revue médicale). Prescrire. Actuellement, ce n'est que ça. Je ne reçois plus de labo, je ne vais plus aux formations par les grands chefs de service parce que je ne sais pas par qui ils sont sponsorisés. Et puis c'est complètement en inadéquation je trouve avec ce que nous demande les patients. Je suis même des fois agacé par certains retours d'ordonnances, de certains spécialistes. Des fois il faut faire le ménage là dedans et ce n'est vraiment pas évident. Donc actuellement c'est Prescrire et c'est le plus de choses indépendantes. Je ne sais pas si c'est bon mais j'adhère plus à ça actuellement qu'à ce qu'on peut entendre ou à ce qu'on nous a balancé en ayant des croissants ou des pains au chocolat par des gens sympathiques qui vantaient le mérite d'un tel produit sur un autre. Après, je fais les formations continues qui sont autofinancées.

Interviewer : Il existe des recommandations de l'HAS datant de 2008 sur la prévention vasculaire après un infarctus cérébral et un AIT. Les avez-vous déjà vues, les connaissez-vous ?

Dr 10 : Je crois que la haute autorité de santé, elle est en train de faire un peu de ménage dans plein de ses recommandations actuellement. Prescrire nous parle des recommandations chaque fois qu'il y en a une qui sort et il nous dit si ça vaut le coup de la lire ou si ça ne vaut pas le coup. Donc quand je lis un truc qui me dit ça ne vaut pas le coup de la lire, franchement je ne vais pas chercher à la lire. Je ne les ai pas lues celles là. Bon déjà, tout ce qui concerne le cholestérol, j'ai des gros doutes et je commence à ne pas forcément adhérer mais je peux me tromper ! Vraiment je peux me tromper car la mode actuelle, c'est qu'on donne les statines, je peux être complètement dans le faux mais j'ai un doute sur les études faites par rapport aux statines et leur intérêt, par rapport à ce que j'ai pu lire et aussi Prescrire conseille de donner des statines, donc je peux aussi remettre en cause ce que peut dire Prescrire. Je vous avoue que la vérité dans tout ça j'ai du mal à la cerner et j'ai beaucoup de boulot et il y a certaines recommandations je passe complètement à l'as. J'ai pas le temps de les lire et pas forcément l'envie non plus. Quand je vois tout ce qu'on dit sur l'HAS, les conflits d'intérêt et tout ça, je me dis à quoi ça sert les recommandations qui peut être ne serviront à rien. Je ne me reconnaitrais pas en tant que prescripteur là dedans et j'aurais du mal à faire passer le message à un patient.

Interviewer : Si vous les lisez rapidement, qu'en pensez vous ?

Dr 10 : Déjà, traitement par statine, je mets un point d'interrogation. L'objectif tensionnel, il y a une étude qui a été analysée par Prescrire par rapport à un objectif d'hémoglobine glyquée qui fallait qui soit plutôt sur les 7.5/8 que plutôt sur les 6.5. Donc, déjà je ne me reconnais pas dans l'objectif parce qu'il y a plus de risque et de complications sur une hémoglobine glyquée basse que plutôt un petit peu plus haute. Donc là, ça fait déjà 2 trucs où j'adhère pas. J'aurais du mal à vendre le message à mes patients. Le tabac, ok. L'alcool. L'obésité, le problème bien compliqué à gérer. Ça, c'est un truc à part entière, c'est au moins des consultations et des consultations pour parler d'un problème de surcharge pondérale avec un patient. Ça, c'est pondu dans un bureau quelque part et je ne sais pas par qui mais en pratique ce n'est pas évident à faire. Pareil j'adhère plus à *Aspégic* qu'au *Plavix*. Donc quand je vois des spécialistes qui prescrivent du *Plavix* et qu'on doit modifier ça derrière, ce n'est pas évident parce qu'il faut discuter avec le patient. Quelque part c'est des petits trucs, des petits détails de la vie de tous les jours qui font que ce n'est pas toujours facile, de modifier rien que du *Plavix* par du *Kardégic*. C'est un autre débat peut être. Voilà des petits détails où j'ai du mal à me reconnaître dans les recommandations ;

Interviewer : Le but de la thèse est d'élaborer un outil pédagogique qui serait un outil informatif pour le patient pour lui expliquer la maladie, le mécanisme, l'intérêt du traitement et aussi un outil de suivi pour le médecin généraliste. Que pensez vous de l'intérêt d'un tel outil dans votre pratique ?

Dr 10 : Prenons l'exemple d'un patient polyopathologique, un peu âgé 65-70 ans, d'origine italienne ou maghrébine comme vous voulez avec ses cultures, il est diabétique, il est en surcharge pondérale, il est dyslipidémique, il fume, il a eu un AVC, il a fait un infarct, il est ponté et il est sous statine, antihypertenseur, antiagrégant plaquettaire, il a de l'insuline, il a du *Glucophage*. Les endoc veulent lui donner pleins d'autres nouveaux médicaments qui ont fait leurs preuves et le patient il faut qu'on l'éduque quelque part sur son AVC qu'il a fait, sur son infarct, sur son diabète, sur son hypertension, sur le cholestérol. Une petite brochure de ça, une petite brochure de ci et il va intégrer le réseau AVC, il va intégrer le réseau cardio. On va lui dire d'intégrer le réseau pour savoir ce qu'il faut qu'il mange pour son diabète. Je crois qu'il le lira jamais. A mon avis, le patient il ne le lira pas. Un sujet plus jeune peut être... Comment rendre l'outil très pédagogique, comment rendre l'outil à la portée du patient... c'est super des idées, il y en a pleins, des réseaux. Si ça peut contribuer à ce que le patient réalise quelque part la gravité des choses, de ce qui peut se passer dans son corps, pourquoi pas. Si c'est un truc qu'on va lui donner parmi tant d'autres comme une sorte de recette ou je ne sais pas quoi. Il faut faire attention à l'information qu'on donne, je trouve, parce qu'il y a beaucoup d'informations

qu'on peut donner. Sur une consult, on peut donner tellement de choses que le patient va sortir avec une idée et qui sera peut-être même pas celle qu'on aura voulu lui faire passer dans le message pendant la consult. Donc, les outils ont peut en avoir pleins, maintenant est-ce que ça va être vraiment utilisé. Je crois qu'il faut se mettre dans le cas du patient polypathologique à gérer pleins de traitements et certes son souci, c'est de vivre et de vivre longtemps peut être, mais bien. Je ne sais pas s'il lira les choses, peut être que certains ils ne sauront même pas lire en français. Je crois qu'ils vont s'en remettre aux médecins généralistes donc à savoir à nous de bien dire les choses de façon compréhensible. Ça peut être bien mais ça peut être aussi inutile. On le voit beaucoup avec les patients sont sous AVK, on leur donne un truc, faut pas manger ci, faut pas manger ça, il y en a nickel et il y en a d'autres, c'est : « il est où votre papier ? » ; « je ne l'ai plus docteur, je l'ai perdu, je n'y comprenais rien ». Ca va marcher avec certains et ça ne va pas marcher pas avec d'autres. Ça sera utile, ça sera aussi inutile pour certains. Ça va être un outil, il faut savoir à qui on le donne, pourquoi on le donne. Je sais qu'avec certains patients ça sera un outil que je ne pourrais pas donner parce que ça ne marchera pas.

Interviewer : Quelle forme et quelle qualité doit-il avoir ?

Dr 10 : Un truc court sur une page, une petite feuille qu'on plie de règles basiques. Il faut que ce soit le plus simple et le plus court possible. Il faut que ce soit le plus possible à sa portée, ça sert à rien de partir dans la physiopathologie du truc, ça c'est bien pour les scientifiques, c'est bien pour les médecins. Savoir que telle artère à tel endroit c'est comme ça et que ça fait ça et qu'il y a des lipides dans la plaque d'athérome. Je veux dire que pour nous c'est de l'autosatisfaction de savoir ça mais pour le patient. C'est pas ça qu'il va demander je ne crois pas.... On se questionne beaucoup en tant que prescripteur et soigneur quand on n'est pas dans une structure de soin. Il va toujours avoir un moment où on va inscrire un médicament, signer et « est-ce que je me ne suis pas trompé, est-ce que je ne vais pas lui faire un problème iatrogène derrière qui va être plus néfaste qu'autre chose ? ».

Interviewer : Très bien. Avez-vous des choses à rajouter ?

Dr 10 : Bonne chance pour votre pratique ultérieure et votre thèse.

Interviewer : Merci.

Entretien N°11 (E11) du 09/06/2011

Interviewer : Quelles ont été les difficultés que vous avez rencontrées dans le suivi de patients ayant eu un AVC ou un AIT ?

Dr 11 : Des difficultés de suivi des traitements parce que je pense qu'on est loin de savoir ce que font les gens.

Interviewer : Donc sur l'observance.

Dr 11 : Oui sur observance, sur les anticoagulants. Les difficultés, elle viennent souvent de là parce qu'en principe, ils sont sous AVK et ce n'est pas évident de maintenir un taux d'AVK constant et dans les normes.

Interviewer : Et avec des AVC ischémiques d'origine athéromateux, ceux sous antiagrégants plaquettaires comme le *Plavix* ou le *Kardégic*, vous rencontrez les mêmes difficultés?

Dr 11 : Oui, il y a des gens qui ne supportent pas parce que ça leur donne des hématomes. Alors que déjà avec l'âge, ils ont tendance à en avoir mais si on commence à leur donner du *Kardégic* tous les jours, ça peut tourner en problème. Mais le gros problème, c'est avec les AVK surtout.

Interviewer : Avez-vous noté d'autres difficultés d'observance avec les autres traitements ?

Dr 11 : Il y a souvent des traitements un peu multiples. Ça peut être un diabétique qui a en même temps un problème d'AVC. Le gros problème, c'est le suivi. Moi j'ai résolu un peu le problème en faisant des fiches de suivi (il me montre et m'explique). Parce qu'on prescrit des choses mais on ne sait jamais si les gens le font. Et même les diabétiques, on est loin de savoir ce qu'ils font vraiment. J'avais pris ça parce qu'à l'hôpital, ils font ça pour les chimio et j'ai trouvé que c'était une bonne idée. Du coup, je l'ai reprise pour les suivis que ce soit les AVC ou autre chose.

Interviewer : Pour les suivis chroniques ?

Dr 11 : Oui.

Interviewer : Comment trouvez-vous la communication avec les spécialistes ?

Dr 10 : C'est pas toujours commode avec l'hôpital quand il faut joindre un professeur ou autre. Ce n'est pas aussi facile que de joindre un confrère en ville. Enfin bon, ils font ce qu'ils peuvent aussi.

Interviewer : Et avec les autres professionnels de santé qui s'articulent autour du patient ayant eu un AVC, je parle des...

Dr 11 : Oui, il y a les kiné, les infirmières. Mais il peut avoir des soucis liés à la famille aussi. J'ai un cas d'AVC que j'ai diagnostiqué il y a 20 ans. Malheureusement, l'épouse du gars est naturopathe, donc au départ c'était très bien parce qu'elle le faisait beaucoup bouger. Elle voulait absolument le rééduquer complètement alors que c'est une hémiplégié complète, mais elle n'y est pas parvenue. Donc, elle a essayé les différents traitements naturopathiques à sa disposition. Et puis un jour, elle m'appelle en disant « mon mari il ne va pas, il a mal au pied ». Je vois son pied. Il avait une nécrose, un trou comme ça dans le pied et qu'elle avait soigné à sa méthode à elle et que c'était presque au stade de l'amputation. Donc les gens peuvent poser des problèmes de suivi. D'une manière générale et même pas que cette pathologie là, on est dans l'ignorance totale de ce que font vraiment nos patients. Alors la seule façon qu'on a de les tenir, c'est peut-être de les inciter à revenir régulièrement en leur donnant un planning de suivi. C'est pour ça que j'essaie de faire ça mais pour l'instant, je ne peux pas dire que j'y arrive à 100%.

Interviewer : Comment abordez-vous les règles hygiéno-diététiques ?

Dr 11 : En général, les gens qui ont une thrombose, ils ont en même temps du diabète, du cholestérol, etc... Alors il y a même des cas où je me pose une question au niveau des AVC, ce sont des gens qui ont un cholestérol HDL très élevé et qui se font un AVC et comme il faut. En fait, je pense qu'il doit y avoir des gens qui ont de la médialcalcose en même temps et qui bouche plus leur artère avec des plaques d'athérome qu'avec du cholestérol. J'ai vu plusieurs fois le cas : « non vous craignez rien, vous avez 1g HDL ». Et tiens, ils font un AVC derrière. Donc je pense qu'il faut se méfier du mécanisme de l'AVC, ce n'est peut-être pas uniquement le cholestérol ou alors il y a des choses qui m'échappent.

Interviewer : Vous arrivez à aborder ces questions avec vos patients ?

Dr 11 : Mais le gros problème, c'est le diabète. Les gens ils mangent un peu plus parce qu'ils prennent un antidiabétique. Ils arrêtent de prendre le traitement parce que ça les accommode. Et maintenant, ils ont vu les trucs avec les Glitazones et tout, donc ils reviennent en disant : « vos médicaments, j'en veux plus ». Bon c'est gentil mais maintenant, qu'est ce qu'on fait.

Interviewer : Quelles sont vos sources d'informations pour vous remettre à jour vos connaissances sur l'AVC ?

Dr 11 : il y a les EPU (enseignements postuniversitaires) auxquels je vais régulièrement, ce sont des réunions organisées par les laboratoires, on invite un spécialiste qui nous parle d'un sujet particulier, donc ça peut être l'AVC. Il y a les revues médicales, bon j'avoue qu'on picore un peu mais on n'a pas toujours le temps de lire très longtemps les revues approfondies, les études de cas. Et puis, il y a les délégués médicaux qui présentent leurs produits, bon souvent quand ils sont en concurrence les uns avec les autres, c'est une façon de savoir un peu plus la vérité. Des fois, lire un peu Prescrire au moins là dedans, il n'y a pas de parti pris.

Interviewer : Il existe des recommandations de l'HAS sorties en 2008 sur la prévention vasculaire après un infarctus cérébral ou d'AIT. Je vous les montre. On ne va s'intéresser qu'à la première partie sur le contrôle des facteurs de risque. Les avez-vous déjà vues et qu'en pensez-vous ?

Dr 11 : Ce sont les 3 principales, tension, lipide et diabète. La tension normalement chez des gens âgés, on peut se contenter de 15/9 sauf si c'est des diabétiques, il faut descendre théoriquement à 13/8. J'ai quand même des doutes concernant toutes ses prescriptions très savantes parce qu'avec des gens très âgés qui ont une tension très élevée, je ne suis pas sûr que ce soit une bonne idée de la faire baisser. J'ai eu quand même 2 cas dont un est allé à l'hôpital : une dame qui s'est fracturée le col du fémur et qui avait une tension élevée et que je savais élevée et que je ne faisais pas baisser volontairement parce qu'elle avait 92 ans. J'ai envoyé cette patiente à l'hôpital avec un mot en disant qu'il ne fallait pas la faire baisser. Ils l'ont fait baisser et elle est morte en 3 jours. Donc j'avoue, je garde une appréhension de faire baisser de façon drastique la tension chez les personnes âgées même si c'est un facteur de risque. Alors maintenant, je viens de lire des documents là-dessus, la systolique est un facteur de risque mais quand on fait baisser la systolique, on fait baisser la diastolique et la diastolique en dessous de 7 présente un risque aussi d'AVC. Je pense qu'il faut être plus modéré que tout ce qu'on nous dit d'une façon systématique, que chez une personne âgée, ce n'est pas la même chose que chez un jeune. Bon maintenant, chez un diabétique tout le monde est d'accord pour dire que c'est 13/7 et tout le monde est d'accord que personne n'y arrive. Mais enfin bon voilà. Le diabète c'est le principal, je pense que c'est vraiment la cause principale des AVC. Et il y en a, j'en trouve de plus en plus. Je fais systématiquement la glycémie dans les bilans et l'HbA1C en surveillance. Et il y en a beaucoup et il y en a beaucoup de pas bien équilibrés malgré les derniers trucs qui sont sortis. C'est vraiment un problème le diabète.

Interviewer : Avez-vous d'autres éléments à commenter ?

Dr 11 : Le tabac, alors on voit des gens. Moi j'en ai un, il a une artère carotide bouchée à 80%, il continue à fumer (sonnerie du fax). Vous pouvez dire ce que vous voulez, il continuera à fumer. L'alcool, j'en ai pas trop d'alcooliques par contre, j'en ai quelque uns de tassés et même des femmes. L'obésité, et ben ça, il y a un type sur 10 qui est obèse et je suis gentil. L'activité physique, là aussi toute la journée, on les tara busque pour qu'il fasse de l'activité physique. Bon ils en font, ils en font pas.

Interviewer : Quel est l'impact de vos paroles sur le comportement des patients ?

Dr 11 : Changer le comportement de quelqu'un, c'est très difficile. Je ne sais pas. Moi j'essaie de le faire en leur donnant des tas de fiches.(sonnerie).

Il répond.

Dr 11 : Les paroles ne marchent souvent pas. Par contre, ce que j'utilise, ce sont des documents avec parfois des trucs à cocher. Par exemple, pour l'alimentation, j'ai une fiche alimentaire où je fais mettre aux gens tout ce qui mange. Alors il y a des choix, il faut juste qu'ils cochent. Après je les revois avec la fiche, savoir quelles erreurs alimentaires ils commettent et comme c'est eux qui le remplissent, ils sont quand même plus sensibilisés que si c'était uniquement moi qui parle si vous voulez. Je leur donne aussi les documents Framingham et les facteurs de risque. Je pourrais vous les laisser d'ailleurs. Des documents dans lesquels on mesure en nombre de points les facteurs de risques, l'âge, le sexe, le tabac, alcool, tension, tout ça et le nombre de points correspond à un facteur de risque. Ça permet de sensibiliser les gens en disant ben voilà si vous ne prenez pas le traitement, dans 10 ans vous risquez de faire un infarctus ou risquez de faire un AIT. Je pense que ça marque plus que de faire la morale parce que la morale ça ne sert à rien. De l'autre côté, il y a un aspect relationnel qui est important : c'est qu'on pense tout le temps à donner des médicaments aux gens, on leur fait des prescriptions mais on ne leur demande pas ce qu'ils en pensent. Et, on avait eu récemment un enseignement postuniversitaire avec un psychiatre qui disait que pour pouvoir s'en sortir, il fallait quand même demander au patient ce qu'il en pensait. Et c'est plus en partant de ce qu'exprime le patient qu'on va obtenir un résultat, qu'en lui infusant la bonne parole qui rentre par une oreille et qui ressort par l'autre. Voilà leur

demander leur avis, « est-ce qu'ils supportent bien les traitements ? », « est-ce qu'ils sont satisfaits des résultats ? ». Finalement c'est mieux que d'engueuler la personne : « comment ça se fait, vous avez encore une hémoglobine glyquée à 8, vous ne faites pas ce que je vous dis, etc. ». Cela ne fait que rebuter le patient. Et soit il ne reviendra pas, soit il ne prendra pas les médicaments comme on lui dit. Alors que si on lui dit : « vous êtes content du résultat, qu'est-ce que vous en pensez ? ». On se met du côté du patient et avec lui, on résout le problème. Je pense qu'il y a un aspect de communication que les médecins n'ont pas parce qu'on n'a pas été formé ou alors qu'on n'a pas le feeling pour ça. Donc ça en clientèle privée, il faut tenir compte de ce que pense le patient.

Interviewer : Quelles sont ou quelles ont été les informations qui vous manquent ou qui vous ont manquées dans le suivi d'un patient AVC ?

Dr 11 : Sur des questions qu'ils auraient pu me poser ? (Je fais signe oui de la tête). Pas vraiment parce que maintenant, on a Internet. Souvent, il m'arrive d'ouvrir Internet devant le patient et de lui dire « ben voilà, tac tac » pour lui expliquer son cas. (sonnerie de fax). Finalement discuter avec lui. Je pense que c'est mieux de discuter avec le patient que de lui dire c'est comme ça, et point final. (Il s'arrête de parler pour arrêter le fax).

Interviewer : Donc, avez-vous eu un manque d'informations ?

Dr 11 : Probablement, on ne sait jamais tout. Je vous dis, j'utilise beaucoup les documents que j'ai en réserve et je les donne en fonction de ce que je veux soigner.

Interviewer : Justement le but de la thèse est d'élaborer un outil pédagogique qui pourrait être un outil d'information pour le patient sur sa maladie, les mécanismes, les facteurs de risque et aussi un outil de suivi pour le médecin généraliste. Qu'en pensez-vous ?

Dr 11 : je pense que c'est beaucoup la communication que l'on n'a pas parce que l'on ne l'a pas naturellement, il faut apprendre. Cela ne fait pas partie des cours de médecine, peut être que maintenant ils le font. Enfin de mon temps, ça n'existait pas et je pense que c'est bien dommage parce qu'on croit toujours qu'on a une certaine autorité puisqu'on est médecin par rapport au patient qui n'en a pas mais c'est une erreur. Maintenant il ne nous considère plus comme potentia (bruit d'enregistreur). Pour les patients, maintenant, on est un technicien comme un autre. Donc, il faut arriver à jongler avec ça et pas rester dans cette haute sphère. Il faut être pédagogique, enseigner en leur donnant des documents. Par exemple, il y a possibilité de se faire un site internet par l'intermédiaire d'un laboratoire sur lequel nous pouvez mettre des documents, donc par exemple sur l'AVC ou sur n'importe quel sujet et le patient peuvent consulter les documents directement sur le site. Ce n'est pas discriminatif puisque tout le monde peut ouvrir son site qui s'appelle N. . Tout médecin peut s'ouvrir son site et y mettre des instruments pédagogiques dessus pouvant être consultés par les patients. On peut savoir le nombre de patients qui a consulté tel sujet.

Interviewer : Ce format informatisé serait plus pratique qu'un carnet ?

Dr 11 : Le carnet, ce n'est pas bête non plus. Moi je le fais pour les relevés tensionnels, je leur donne des papiers à remplir et ils font leurs mesures chez eux. Tout ce qui permet au patient de se prendre en charge est bien. En France, je pense que les français on n'est pas tellement ordonné, on ne s'est pas bien se prendre en charge soi-même donc si on peut trouver des aides que ce soit des documentaires, des jeux chez les enfants des fois on peut trouver des trucs qui permettent au patient de réaliser sa pathologie. Alors maintenant il y a des choses qui se créent. Par exemple le Pr H., il a créé une structure qui s'appelle Proxidiab qui permet au diabétique d'aller se former sur leur pathologie. Je trouve que ça c'est très bien. Dans les AVC, je ne sais pas si ça existe.

Interviewer : Il existe un réseau.

Dr 11 : Alors les réseaux c'est bien et ce n'est pas bien. C'est bien théoriquement mais on a l'impression les généralistes en tout cas d'être pris dans un système, où on a des obligations et presque que des obligations. On se sent un peu coincé. Ce qui fait que les réseaux ça a été un lamentable échec pour tous ceux qui sont sortis à quelques rares exceptions près parce qu'on a l'impression de perdre notre liberté.

Interviewer : Pourquoi ?

Dr 11 : Parce que pour faire partie d'un réseau, il faut signer une charte dans laquelle on s'engage à un certain nombre de choses et on n'a pas toujours envie de s'engager à tout ce qui a dans la chose en question. Et après le patient il est en un espèce de système où il a la psychologue qui vient lui expliquer son problème, le diététicien qui vient, ça je ne dis pas que c'est pas mal en soi mais je ne sais pas... il y a quelque chose à trouver. Les canadiens, ils ont fait des plateformes thérapeutiques par exemple pour le diabète où il y a des infirmières qui sont formées, des diététiciens, il y a des diabétologues. Le patient vient dans cette structure et selon la nécessité, on le renvoie sur le médecin généraliste, sur le diabétologue, sur le diététicien, ce n'est pas mal fait. On ne prend plus en charge un patient tout seul parce que c'est vrai, c'est quand même lourd. Nous, on le fait pour les AVK, le diabète mais on pourrait peut être faire mieux, c'est vrai.

Interviewer : Très bien. Avez-vous de choses à rajouter ?

Dr 11 : Non mais je vais vous montrer les documents.

Fin de l'entretien

Entretien N°12 (E12) du 09/06/2011

Interviewer : Pouvez-vous me dire le nombre de patients qui a eu un AVC ou un AIT dans votre patientèle ?

Dr 12 : (il pense).

Interviewer : Si on prend des tranches.

Dr 12 : Entre 6 et 10.

Interviewer : Et combien de nouveaux patients avez-vous eu l'année précédente ?

Dr 12 : C'est difficile. Je dirais plus de trois.

Interviewer : Quelles ont été les difficultés dans le suivi de ces patients ayant eu un AVC ou un AIT ?

Dr 12 : Le plus difficile, c'est plutôt la gestion des facteurs de risques avec les patients qui continuent de fumer ou qui ont un mauvais suivi ou un traitement mal pris.

Interviewer : Donc ce qui vous pose problème, c'est la mauvaise observance thérapeutique ?

Dr 12 : Oui, prendre le traitement quand ils ont envie ou ... mais c'est plutôt dans la gestion des facteurs de risque qu'il y a pas mal de problèmes.

Interviewer : Quand vous parlez de la gestion des facteurs de risque, vous pouvez préciser ?

Dr 12 : Au niveau de l'hygiène de vie, au niveau du suivi régulier, au niveau du tabagisme, des choses comme ça, dans des domaines où on ne peut pas trop intervenir. Autant faire baisser un taux de cholestérol ou des choses comme ça, on peut intervenir, ou donner du *Préviscan*. Autant pour gérer le tabagisme ou ces genres de trucs, on ne peut pas. C'est que les gens, on ne peut pas les surveiller.

Interviewer : C'est plutôt sur la question des règles hygiéno-diététiques ?

Dr 12 : Oui.

Interviewer : Vous arrivez à l'aborder facilement avec vos patients ?

Dr 12 : Oui, oui mais après ils font ce qu'ils veulent.

Interviewer : C'est l'observance des règles hygiéno-diététique qui est difficile ?

Dr 12 : Oui.

Interviewer : D'accord. Comment trouvez vous la communication avec les spécialistes neurologues ?

Dr 12 : Sans problème.

Interviewer : Et avec les autres professionnels de santé ?

Dr 12 : Pareil. Il n'y a pas de souci.

Interviewer : Pour vous remettre à jour de vos connaissances, quelles sont vos bases d'informations ?

Dr 12 : La littérature et des réunions occasionnelles.

Interviewer : Des réunions de formation ?

Dr 12 : Entre médecins, oui.

Interviewer : Les formations médicales continues et les groupes de pairs ?

Dr 12 : Oui.

Interviewer : Et les revues ?

Dr 12 : Oui.

Interviewer : D'accord. Il existe des recommandations de l'HAS datant de 2008 sur la prévention vasculaire après un infarctus cérébral ou un AIT sorties en 2008. Les connaissez-vous ?

Il regarde rapidement.

Dr 12 : Oui, qu'est ce que je dois dire là dessus ?

Interviewer : Vous les connaissez ?

Dr 12 : On les connaît grosso modo. Entre les connaître et les appliquer, c'est deux mondes différents. Alors, objectif de la tension en dessous de 14/9, ça c'est bon. Le cholestérol en général, on y arrive facilement. Le diabète, c'est beaucoup plus difficile. Le tabac, je vous dis c'est difficile. L'alcool aussi, c'est une règle hygiéno-diététique pas évidente à gérer. L'obésité, cela dépend de la volonté du patient. Après les autres, l'activité physique, le traitement hormonal de la ménopause, il y en a de moins en moins. (Sonnerie de téléphone).

Il répond.

Dr 12 : C'est plutôt au niveau du tabac, l'alcool, obésité et gestion du diabète où il y a le plus de problème.

Interviewer : Pour la gestion de la tension et du cholestérol, il n'y a pas de difficulté ?

Dr 12 : Avec les traitements, on arrive facilement à gérer. On arrive à les traiter correctement. C'est rare les patients qui ont des hypertensionnelles difficiles à traiter. Le diabète après ce n'est pas évident à gérer un diabète aussi bien pour le patient. Voilà.

Interviewer : Quelles sont les améliorations à apporter pour ces difficultés ?

Dr 12 : Il y en a pour lesquelles on ne peut pas trop intervenir. Le tabac, une fois qu'on l'a dit 10 fois au patient, on continue régulièrement. L'alcool, c'est pareil. Ils sont habitués. J'en ai un, il me le dit clairement, vous me supprimez ça, c'est terminé. Ça fait partie de son hygiène de vie. L'obésité, ce n'est pas évident mais on y arrive peut être plus facilement que le tabac et l'alcool. Mais ce qu'il faut, c'est rabâcher, rabâcher, rabâcher. On peut se faire aider aussi par nos confrères pour le tabac, les centres. Pour l'alcool, il y a le GISME.

Interviewer : Quelles ont été les informations qui vous ont manqué dans le suivi de patient qui a eu un AVC ?

Dr 12 : Non pas spécialement. C'est-à-dire au niveau des comptes-rendus de l'hôpital ?

Interviewer : Oui par exemple.

Dr 12 : Non, pas de difficultés particulières de ce côté là. En général, l'hôpital, il n'y a pas de problème. Les courriers sont bien faits.

Interviewer : Et le patient a-t-il eu des questions auxquelles vous ne pouviez répondre ?

Dr 12 : En général, on y arrive dans ce domaine là.

Interviewer : On aimerait élaborer un outil qui serait un outil d'information pour le patient et un outil de suivi pour le médecin. Qu'en pensez-vous ?

Dr 12 : Oui ça peut servir du moment où il est simple et clair. Nous, on le fait ce genre de chose grosso modo, il faut toujours prendre une consultation pour expliquer au patient quel est le problème, quels sont les facteurs de risques qui se surajoutent. (Sonnerie de téléphone).

Il répond.

Dr 12 : On leur explique déjà. J'aime bien faire des dessins, expliquer. Du moment où on est clair et concis, les gens, ils gèrent plus facilement leur prise en charge et ça peut être une aide. Mais il faut que ce soit simple, court, bien imagé comme dans toute prévention. Comme dans les régimes, si vous leur balancez des trucs compliqués, ils ne le suivront pas. On donne d'abord des choses simples et ça ira plus facilement au début. C'est pareil pour tout.

Interviewer : Quelles informations voudriez-vous trouver dans ce carnet pour vous ?

Dr 12 : C'est une fois qu'il sera fait, qu'on pourra. Enfin c'est peut-être bête mais... quand on l'aura sous la main, on pourra plus dire ou alors avant qu'il soit sorti, une ébauche qu'on puisse donner notre avis.

Interviewer : Très bien. Avez-vous des choses à rajouter ?

Dr 12 : Non. Ce n'est pas évident parce que dès que j'ai un micro, ça me... (sonnerie de téléphone).

Entretien N°13 (E13) du 09/06/2011

Interviewer : Quelle ont été vos principales difficultés dans le suivi de patients ayant eu un AVC ou un AIT ou dans la gestion des facteurs de risque ?

Dr 13 : (elle réfléchit). Il ne me semble pas qu'il y a eu de difficultés particulières.

Interviewer : Comment se déroule une première consultation ?

Dr 13 : Pour ceux qui reviennent d'hospitalisation ?

Interviewer : Oui

Dr 13 : Non, en général, les patients comprennent assez bien. Il n'y avait pas de difficultés majeures.

Interviewer : L'information a donc été correctement assimilée au cours de l'hospitalisation ?

Dr 13 : Oui, je pense que pendant l'hospitalisation, ils comprennent bien. Même c'est une pathologie qui est relativement bien connue du grand public, je trouve. Donc en général, ils savent assez bien à quoi ça correspond. C'est peut-être un peu plus compliqué sur les AIT que sur les AVC vraiment constitués. Dans ce cas, ils ne comprennent pas très bien s'il s'est passé quelque chose pourquoi ça n'y est plus. Donc, c'est plus facile de comprendre quelque chose qui est vraiment constitué et qui reste.

Interviewer : Et par la suite lors des renouvellements d'ordonnance, quelles sont les difficultés liées à la prise de médicaments ?

Dr 13 : Par exemple, si ils ont eu des traitements anticoagulants, c'est compliqué avec les AVK. Bien souvent quand les gens sortent de l'hôpital, on a l'impression qu'ils ont bien compris et puis là, c'est vraiment compliqué. C'est à mon avis quelque chose de dangereux parce qu'on se rend compte que les patients disent oui, oui et puis, au final ils ne comprennent pas du tout comment ça marche. Avec les histoires de contrôle d'INR et après savoir dans quel sens il faut augmenter ou diminuer le traitement. S'ils se mêlent de faire leur cuisine eux même, alors c'est la catastrophe.

Interviewer : Et qu'en est-il des traitements comme les antiagrégants comme le *Plavix* ou le *Kardégic* ou les statines ?

Dr 13 : Avec le *Kardégic*, ça ne se passe pas trop mal, c'est plutôt bien toléré. Ils ont plutôt l'idée que c'est bien de prendre de l'*Aspirine* déjà. Il y en a même qui en demandent quand ils n'ont rien. Le *Plavix*, il y a quand même des

problèmes de tolérance associée de temps en temps mais ce n'est pas énorme, il n'y a pas trop de problème. Après ce qui peut être compliqué, c'est qu'on a souvent par exemple les dentistes au téléphone ou des choses comme ça et les gens ont un peu peur : « Est-ce que je peux me faire extraire une dent ? », alors que dans les recommandations nous n'avons pas à arrêter le *Plavix* mais les dentistes, ils sont toujours inquiets avec ça. Voilà sinon avec le reste des traitements, il n'y a pas trop de problèmes mis à part les AVK. Le reste ça va. Et l'observance est en général assez correcte parce qu'ils comprennent bien qu'il faut le prendre.

Interviewer : Que pensez-vous de la communication avec les spécialistes neurologues ?

Dr 13 : C'est toujours plus simple lorsque c'est des neurologues de ville. A l'hôpital, c'est toujours le même problème. Selon les services, pour la neuro, on n'a pas forcément à faire trop souvent à eux en direct. Ça ne se passe pas trop mal en neuro. Maintenant, ils ont le numéro d'urgence pour les AVC que je n'ai pas eu encore l'occasion d'utiliser. (rire) Et sinon, ça me paraît pas trop compliqué à ce niveau là, on arrive facilement à joindre les médecins si on a besoin.

Interviewer : Et avec les autres professionnels de santé tels que les infirmières, les kiné ?

Dr 13 : Les kiné en général, il n'y a pas de problème car on a l'embarras du choix. Après quand les gens sont à domicile et qu'on a besoin d'une prise en charge infirmière, ça peut être compliqué. La plupart du temps ça arrive à se résoudre.

Interviewer : Parce qu'il n'y a pas assez d'infirmières ?

Dr 13 : Oui, oui c'est plus compliqué. Avec la kinésithérapie, il n'y a pas de problème du tout. Les infirmières ça dépend vraiment à quelle période on tombe, ça peut être vraiment compliqué. Finalement, j'en n'ai pas trop eu qui sont restés hyper handicapés ou alors au contraire, ils sont passés directement à la maison de retraite puisque c'étaient des gens âgés et qu'ils n'ont pas pu rester chez eux. Mais qui sont restés à domicile à la suite de gros AVC, en ce moment, je crois que je dois même pas en avoir. J'en ai pas mal qui ont eu des AIT qui finalement ont récupéré totalement et qui sont un peu sous surveillance.

Interviewer : Comment abordez-vous la question des règles hygiéno-diététique avec ces patients ?

Dr 13 : En général, ce sont des choses qui savent mais ici on a une population qui comprend bien les choses globalement. (rire).

Interviewer : Oui c'est une activité semi-rurale.

Dr 13 : Ce n'est pas vraiment la ville mais ce n'est pas la France profonde non plus. Et puis, c'est une banlieue résidentielle, je trouve que les gens, ils ont un bon niveau de compréhension. Ils savent tout sur le cholestérol. Même je vous dis par rapport à l'*Aspirine*, il y en a qui demandent de l'*Aspirine* en préventif même sans rien avoir. Ils sont assez branchés. C'est vrai après, faire changer les habitudes alimentaires, ce n'est pas toujours évident car c'est souvent des gens âgés, ils ont déjà depuis des années pris l'habitude d'avoir mis du beurre dans leur cuisine et des choses comme ça. Mais bon on y arrive quand même.

Interviewer : Oui vous avez l'impression que vos paroles ont de l'impact ?

Dr 13 : Je pense que si l'on peut leur montrer quelque chose d'objectif comme des rétrécissements au niveau des carotides ou des choses comme ça, ça leur parle. Quand ils voient qu'il y a des plaques d'athérome et qu'on leur explique que ça risque de se détacher, ils sont quand même assez attentifs à ça.

Interviewer : Quelles sont vos sources d'informations pour vous remettre à jour sur l'AVC ?

Dr 13 : Il n'y a pas longtemps je suis allée à une formation de neuro un samedi sur l'AVC, l'année dernière ça devait être. Et donc on a fait un peu le tour aussi des appareils, c'était très intéressant. C'était les neurologues qui faisaient ça. Il y avait les radiologues aussi. Il y avait toute une organisation, toute une journée la dessus. En même temps, les gens ils font tout correctement et ils font quand même des AVC. Pour être vraiment préventif. J'ai une patiente qui est décédée l'année dernière à la suite d'un épisode comme ça, elle avait fait une embolie artérielle déjà sur une

jambe. Après elle avait vraiment le traitement, les AVK, tout ce qui fallait qui était au bon dosage, enfin bon et elle a refait un AVC et finalement après plusieurs mois d'hospitalisation, elle est décédée en neuro. Elle n'a pas pu rentrer chez elle. Sinon, au niveau de l'information j'essaie de lire les publications dans les journaux, pas trop de soirées labo.

Interviewer : Il existe des recommandations de l'HAS sur la prévention vasculaire après un infarctus cérébral ou un AIT datant de 2008. Je voulais savoir si vous les connaissez.

Dr 13 : Je les reçois. Je pense que je l'ai lue quand je l'ai reçue. (Elle lit).

Ça me rappelle vaguement quelque chose. Effectivement, j'ai du le lire. En même temps l'HAS, on en reçoit toutes les cinq minutes donc si on veut tous les avoir, la pile est assez énorme.

Interviewer : Sur la première partie concernant le contrôle des facteurs de risque, avez-vous des commentaires ?

Dr 13 : Espérer que la tension soit au norme, c'est toujours un vœu pieu, après en pratique, on y arrive la plupart du temps ben bon. Les objectifs de tension ils ne sont pas toujours bien respectés. Je vois des patients avec des chiffres tensionnels assez élevés, ils disent « oh je l'ai prise chez moi, elle est parfaite » et il s'avère que si on fait des mesures ambulatoires elles ne sont pas si mal mais on est toujours inquiet. Le cholestérol, la plupart du temps, on a maintenant suffisamment de traitement pour arriver à le contrôler. C'est assez rare finalement sauf si les patients ne supportent pas le médicament, ça peut arriver aussi. Le diabète, ça reste toujours la difficulté parce que les diabétiques sont des gens pas forcément très observants de façon générale. Le tabac, ce n'est pas simple non plus. L'alcool, est-ce qu'il le considère réellement comme un facteur de risque apparemment oui ils le mettent. Après l'obésité, c'est sûr. J'ai un patient que j'ai vu l'autre jour, il doit faire 130 kilos et il me dit « oh je vais me remettre à courir » parce que c'était un marathonien quand il était jeune. Mais des fois ils ne sont pas réalistes, ils font n'importe quoi. Encore lui il est jeune mais à la quarantaine, il faut leur expliquer que si ils continuent à avoir le même fonctionnement, ça ne va pas aller en prenant de l'âge. Donc c'est sûr que le respect des facteurs de risque on fait ce qu'on peut, après en pratique.

Interviewer : Arrivez-vous à leur donner des conseils pratiques pour qu'il puissent observer ses règles hygiéno-diététiques ?

Dr 13 : Pour ce qui est de la tension, cholestérol, tout ce qui se mesure, c'est plus facile. Le diabète, ça se mesure aussi mais ils ont tellement de mauvaises habitudes depuis longtemps, après il y a du travail. Sur la perte de poids, là aussi c'est aussi un vrai travail parce que c'est souvent des gens qui ont essayé de perdre du poids plusieurs fois et qui n'ont pas forcément arriver. Donc il faut essayer de les motiver, en même temps essayer de leur faire reprendre une activité quand ils sont vraiment super lourds. Je commence par des choses simples en général. Faire un peu de marche, leur dire de descendre à l'arrêt de bus une station avant quand vous rentrez du boulot et puis vous revenez à pied, des choses comme ça qui sont des petites choses, prendre l'escalier plutôt que l'ascenseur, enfin des trucs leur permettant de les faire bouger un petit peu. Et aussi dans la consommation, je pense à un patient, il me dit « je mange des fruits ». C'est un diabétique qui est en surpoids donc dans son alimentation c'est bien il mange des fruits et des légumes mais quand on l'interrogeait, il mangeait 1 kilo d'abricot par repas par exemple. Quand il m'avait raconté ça, je lui disais « mais il ne faut pas manger un kilo !, c'est bon pour la santé peut être mais à petites doses ». Donc, c'est sûr il y a souvent des erreurs comme ça ou des quantités de pâtes qui sont hallucinantes, enfin des choses souvent sur les quantités. Après, c'est facile de dire aux gens de manger du poisson et des légumes mais quand ils vont à carrefour et qu'ils voient le prix, ils reviennent aux pâtes, il y en a aussi des comme ça.

Interviewer : Avez-vous l'impression que des informations vous ont manqué dans le suivi de patients ayant eu un AVC ou un AIT ?

Dr 13 : Non, en général, j'arrive à bien savoir quoi leur dire.

Interviewer : On aimerait élaborer un outil pédagogique qui serait un outil d'information pour le patient sur sa maladie, ses traitements, et les facteurs de risque et aussi un outil de suivi pour le médecin généraliste. Pensez-vous que ça peut être utile ?

Dr 13 : Je pense que ça serait surtout pas mal pour le patient. C'est vrai d'avoir quelque chose à leur remettre dans ces cas là, ça peut être bien. Moi je le fais bien en plus de remettre des petits documents. Après nous, à la limite on peut se baser sur l'HAS, on a tout. Donc je pense que c'est moins utile pour les médecins. Mais c'est vrai avoir un petit support visuel ou écrit pour les patients, c'est peut-être pas mal.

Interviewer : Avez-vous d'autres propositions pour améliorer la prise en charge d'un patient qui a eu un AVC ?

Dr 13 : Le problème, c'est toujours d'être préventif et ne pas attendre qu'il y ait des catastrophes pour faire quelque chose. Les mobiliser pour arriver à leur faire toucher du doigt qu'ils se mettent en danger dans leur fonctionnement, c'est toujours difficile. Moi souvent je suis souvent assez abrupte : « vous avez qu'à continuer comme ça et vous allez pas tarder à faire un infarctus ». Parfois ils vous regardent un peu choqués mais des fois, je crois qu'avec des gens il faut vraiment être direct comme ça parce qu'ils ne se rendent pas compte, ils sont dans leur fonctionnement au quotidien. Oui je pense un petit fascicule pour les patients ça peut être pas mal, après même à leur remettre pour les gens qui ont une hygiène de vie pas correcte, qui font un peu n'importe quoi. C'est surtout pour ceux là. Après est-ce qu'ils seront motivés pour le lire, c'est autre chose. C'est vrai qu'on a un travail de prévention qui est assez important en médecine générale. On fait ce qu'on peut.

Interviewer : Sous quelle forme et quelle est la qualité que doit avoir cet outil ?

Dr 13 : Pas trop médical, ça peut être des termes simples et par catégorie, c'est-à-dire une petite page sur la tension, une petite page sur les lipides, sur l'activité physique avec des dessins. Par exemple, expliquer pourquoi l'artère se rétrécit, des choses comme ça. Ce sont des choses qui comprennent bien. Dès qu'il y a des petits schémas, cela permet de mieux mémoriser. Après c'est sûr ils savent très bien ce qu'il faut manger et pas manger. Ils ne le mettent pas en application mais bien souvent ils savent.

Interviewer : Pensez-vous qu'on puisse arriver à faire changer leurs comportements ?

Dr 13 : Je pense que oui parce que souvent c'est aussi une question de préparation parce qu'ils ne savent pas mettre des épices, des choses qui puissent parfumer les plats. C'est sûr si on mange des légumes à l'eau toute la journée, ce n'est pas très motivant. Moi je les envoie assez facilement chez une diététicienne à Voreppe pour qu'elle leur fasse des suggestions un peu précises et qu'elle regarde au niveau de leur alimentation. Je leur demande de noter sur 15 jours ce qu'il mange et puis d'aller chez la diététicienne et de lui apporter ça, en ne trichant pas si possible (rire). Quand ils font déjà la démarche d'y aller, c'est déjà bien. Et en même temps si il veulent perdre du poids, ils sont un peu pressés que ça marche.

Interviewer : Très bien. Voulez-vous ajouter quelque chose ?

Dr 13 : Non.

Entretien N°14 (E14) du 10/06/2011

Interviewer : Combien de patients avez-vous au total ayant fait un AVC ou un AIT ?

Dr 14 : Comme ça, c'est dur. Ici, pas tellement. Là où j'étais avant plus. Je ne sais pas trop. Je ne les ai pas aussi bien qu'avant. Il y a beaucoup de jeunes ici.

Interviewer : Oui.

Dr 14 : C'est un quartier étudiant. C'est compliqué mais ici, c'est l'ancien cabinet de M. F., Pierre Fugain. Vous connaissez ?

Interviewer : Oui de nom.

Dr 14 : Il est décédé l'année dernière donc j'ai racheté le cabinet et j'ai pris la succession de P. Pouget qui était l'ancien associé et successeur de P. Fugain. Donc, Pierre Pouget il était là depuis trente ans, il avait beaucoup de personnes très âgées mais c'étaient des anciens patients de Pierre Fugain, donc qui vivaient aux quatre coins de Grenoble ; donc les gens se sont un peu retournés c'est-à-dire ceux qui habitaient à Echirolles cherchaient à Echirolles et etc. Je me suis retrouvée avec un gros remaniement de clientèle et j'ai énormément d'étudiants. Tous les jours, je vois cinq nouveaux clients. C'est énorme et ces gens-là ne font pas beaucoup d'AVC.

Interviewer : Oui mais vous avez de l'expérience.

Dr 14 : Oui. Ici on voit beaucoup de polyvasculaires. J'en ai vu ce matin. Pas vraiment d'AVC authentifié mais je peux mettre 10-15. De toute façon, entre les polyvasculaires et les ischémiques à bas bruit, si ça se trouve, il y en a plus.

Interviewer : Et combien avez-vous eu de nouveaux cas d'AVC ou AIT cette année ?

Dr 14 : Ils sont tous nouveaux puisque je viens de m'installer (rire). Je comprends la question, supérieur à 3. En fait, c'est fréquent les AVC. C'est les personnes âgées. Je vais vous dire, à partir d'un certain âge, presque tout le monde a une encéphalopathie vasculaire ischémique. Donc après ça dépend comment on définit ça. Accident ischémique transitoire, toute personne de plus de 80 ans si il n'a pas d'AIT, ce n'est pas juste (rire).

Interviewer : Quelles ont été vos principales difficultés lors du suivi de ces patients qui ont eu un AVC ou un AIT ?

Dr 14 : Les difficultés ?

Interviewer : Oui dans le suivi et dans le contrôle des facteurs de risque.

Dr 14 : Par définition, le patient qui a eu une encéphalopathie vasculaire, il comprend mal les choses, donc il peut y avoir des difficultés au niveau de l'observance du traitement, de la compréhension des tenants et aboutissants du traitement (silence, elle réfléchit). Les difficultés diagnostiques, d'ordre thérapeutique, ça généralement, il n'y a pas de difficultés particulières.

Interviewer : J'ai oublié de vous préciser qu'on ne s'intéresse qu'aux AVC ou AIT ischémiques de cause athéromateuse. On ne va pas aborder les causes cardio-emboliques avec les traitements anticoagulants, les traitements spécifiques des sténoses. Il faut plutôt que vous vous souveniez de patient athéromateux qui a fait un AVC.

Dr 14 : Les patients que j'ai en tête auxquels je pense, sont de gros gros polyvasculaires, grabataires, qui ne comprennent absolument pas et qui ont besoin d'une aide permanente constante. Ce sont des patients lourds, ça c'est un type de patients. Après il y a d'autres patients moins lourds qui ont des troubles cognitifs éventuellement surajoutés à leur éventuelles séquelles motrices mais la plupart du temps, ce sont des patients qui ont des troubles cognitifs, donc effectivement c'est à prendre en charge dans le traitement. Si il n'y a pas une aide par exemple la femme, le mari ça peut poser des problèmes.

Interviewer : Ca peut poser des problèmes au niveau de l'observance ?

Dr 14 : Oui, oui. C'est tout le problème des patients grabataires, âgés, séniles.

Interviewer : Avez-vous des patients qui ont eu des AVC dont les signes ont régressés et sont-ils aussi sujet à la mauvaise observance thérapeutique ?

Dr 14 : Je pense à un que j'ai vu hier, alors c'est un cas mais ici on a beaucoup de cas particuliers à Grenoble surtout là moi, je suis tout près de la technopôle. Je traite beaucoup d'étudiants, de chercheurs, d'anciens chercheurs, des ingénieurs, enfin globalement qui ont un très haut niveau intellectuel, donc ce n'est pas tout la même patientèle que j'avais avant où j'étais installée en zone franche urbaine où j'avais à l'opposé des gens qui avait zéro niveau d'études. Enfin bref le patient auquel je pense est un monsieur qui était chercheur au CEA et il a eu plusieurs AVC dont un avec une Hémianopsie Latérale Homonyme et puis il a été étiqueté syndrome frontal avec troubles cognitifs assez marqués. Ce patient, il a aussi un état anxio-dépressif donc c'est assez difficile de faire la part des choses, si cet état anxio-dépressif est relié à ce problème vasculaire probablement. Bon lui, vu son fort niveau d'études il n'y a pas

vraiment de fortes difficultés d'observance de traitement. Au contraire il est assez demandeur de prise en charge. Mais bon au premier plan, il avait ces problèmes d'anxiété et finalement, depuis qu'il vient avec sa femme, ça se passe beaucoup mieux. Elle l'aide quand même malgré tout. Je pense à un autre patient en ce moment que j'ai vu ce matin et effectivement avec lequel je suis rentrée dans de grosses difficultés au niveau de la compréhension des tenants et des aboutissants. C'est un patient qui a une grosse encéphalopathie vasculaire documentée avec une IRM de 2008 qui montrait déjà des gros troubles. Il est très ralenti, bradypsychique, anxio-dépressif aussi et là, il revenait ce matin. C'est un patient qui a eu une panoplie d'exams dans toutes les directions, tout ce dont on peut faire il l'a eu sur tous les plans et il revoulait encore plein d'exams, refaire des dosages. Il a eu un bilan complet biologique, il y a 6 mois. Il veut qu'on refasse un bilan complet, je lui explique que ça ne sert à rien et ce n'est pas en multipliant les exams qu'on guérira son problème. Là ce qui domine le tableau c'est le côté anxio-dépressif qui est probablement en lien avec cette pathologie vasculaire et c'est difficile à prendre en charge parce qu'on ne peut pas faire grand chose pour lui. Le problème de ces patients, c'est qu'est-ce qu'on a à leur proposer, en fait pas grand chose finalement. Ils sont avec leurs troubles qui sont un peu définitifs, c'est à la fois des troubles cognitifs, des troubles anxio-dépressifs. Bon je parle des polyvasculaires mais beaucoup de patients évoluent vers ça. Et donc, lui c'est un peu difficile de lui faire comprendre les choses. Et il y a dans l'entourage qui presse, qui ne comprend pas qu'on ne peut rien faire et qui voudrait qu'on fasse quelque chose alors qu'on sait qu'on ne peut rien faire. La femme de ce matin, elle me disait « enfin faut faire des exams pour comprendre ce qu'il a », mais on sait ce qu'il a.

Interviewer : Et ce patient a-t-il un antécédent d'AVC ?

Elle cherche dans son dossier.

Dr 14 : Non, alors lui c'est plutôt sur un ralentissement intellectuel global. Je ne sais pas si vous êtes intéressée par ce genre de cas. Vous voyez il a des séquelles à l'IRM.

Interviewer : Ah oui des séquelles ischémiques.

Dr 14 : Oui mais il n'a pas fait d'AVC cliniquement. Enfin, il a fait de multiples accidents vasculaires, c'est ça qui a entraîné une dégradation globale et on finit par s'en rendre compte quand c'est très avancé. C'est plein d'infarctus répétés.

Elle cherche un autre dossier.

Dr 14 : L'autre, il a eu franchement deux AVC, perte de l'hémi champ visuel droit en 2006 et il a fait un autre AVC. Et j'en ai un autre qui est complètement grabataire.

Interviewer : En général, ils ont beaucoup de séquelles ?

Dr 14 : Donc là je vous cite deux cas avec surtout des séquelles cognitives et j'en ai un autre que je vois souvent qui a des séquelles motrices. (elle cherche et lit dans le dossier). Oui à chaque fois, je vous sors des super polyvasculaires. En même temps c'est un peu normal parce que c'est un peu l'évolution de ces pathologies là. Si vous faites un AVC, vous en faites un 2^{ème}, un 3^{ème} ...

Interviewer : Ces patients prennent-ils bien leur traitement ?

Dr 14 : Oui, oui. Les deux que je vous ai cités c'est plutôt le contraire, ils sont obsessionnels. Quant à celui-là (un autre dossier), il a des troubles des fonctions supérieures massives, on lui administre le traitement. Des AVC francs chez des sujets jeunes ischémiques, ça ne me vient pas à l'esprit. Mais j'en ai vu.

Interviewer : Lors de la première consultation suite à l'accident vasculaire qui s'est passé, ils ont été hospitalisés et on leur dit d'aller vous voir, comment se déroule cette première consultation ?

Dr 14 : Alors, ça peut être déjà nous qui avons fait le diagnostic initial et puis qui les avons adressés et on les récupère après. Si c'est un sujet jeune, évidemment après il y a l'aspect psychique, ce n'est pas évident de vivre avec un handicap comme ça. Donc ça peut être une difficulté qu'on peut rencontrer. Sinon les personnes âgées, évidemment, on tombe à chaque fois dans les mêmes registres de difficultés, c'est-à-dire que les gens ne comprennent pas bien les

choses mais enfin globalement je trouve que mes patients sont assez observants même plutôt assez casse-pied, au contraire à vouloir qu'on fasse encore plus. Ils attendent de nous qu'on les guérisse sur des pathologies pour lesquelles on ne peut pas faire grand chose. On peut à la rigueur prévenir des nouveaux accidents par des traitements appropriés pour essayer de réduire le risque cardio-vasculaire. Après une fois qu'ils ont récupéré ou pas, au bout d'un moment ça n'évolue plus, il reste avec des séquelles. Ça peut être des séquelles douloureuses avec beaucoup de douleurs parfois.

Interviewer : Le patient avec handicap est une difficulté?

Dr 14 : Vous voulez savoir les difficultés que je rencontre.

Interviewer : Oui.

Dr 14 : Il faut voir que ces patients n'ont pas forcément qu'une hémiplégie. Généralement ils ont des pathologies hyper intriquées, ce sont des gens âgés. Je vais vous lire, c'est juste pour avoir une idée (elle lit un dossier). Lui, il a en plus une AC/FA, cardiopathie ischémique et valvulaire. Donc après son encéphalopathie vasculaire, elle n'est pas uniquement due à son AC/FA. Donc HTA, 5 pontages aorto-coronariens, infarctus, appendicectomie, rectocolite hémorragique, insuffisance rénale. Donc il a une hémiplégie gauche séquelle d'un AVC massif. Ce sont des patients qui ont plein plein de problèmes de santé, ce sont des gros patients lourds.

Interviewer : Les patients ont-ils conscience que toutes ces pathologies intriquées sont dues à la même cause ?

Dr 14 : Alors si ils ont la notion ou pas. Sur le risque cardio-vasculaire, les patients ils ne sont peut être pas très au courant. Même des gens jeunes et voire des gens qui ont un bon niveau d'étude, voire très fort niveau, ils doutent, ils n'ont pas l'air de croire quand on leur dit : « il faut arrêter de fumer, il faut arrêter ci, il faut arrêter ça... ». Ils croient qu'on leur fait la morale pour le plaisir. Non mais c'est hallucinant comme les gens ne se rendent pas compte.

Interviewer : Vous pensez qu'ils connaissent toutes ces règles.

Dr 14 : Les gens ne comprennent pas à quel point c'est réel ce facteur de risque cardio-vasculaire et quand on leur explique, ils ont l'impression d'avoir déjà entendu le truc. Ils croient qu'ils savent mais en fait, ils ne savent absolument pas l'extrémité des choses, que c'est en années d'espérance de vie que ça se compte. Là je parle de quelqu'un qui n'a pas forcément déjà fait un AVC mais qui est exposé au risque cardio-vasculaire parce qu'il fume, parce qu'il a de hypertension, il a du diabète, il est en surpoids, etc. Quand on leur explique, ils ont l'impression qu'on les emmerde. Je peux vous citer un exemple parce que ça m'avait bien marqué. C'était une dame qui avait 75 ans, elle avait eu par ailleurs un cancer du sein, c'est ce que je vous dis un patient il a rarement une maladie, il en a toujours plein donc c'est toujours intriqué avec 36 aspects, 36 choses, des répercussions psychiques de chacune des pathologies. C'est toujours très intriqué. Nous c'est de la médecine générale, on n'est pas des neurologues ou des cardiologues ou ophtalmo. Donc, elle a eu un cancer du sein qui était sa pathologie principale, et elle avait du diabète, de l'hypertension, elle était en franc surpoids, elle avait beaucoup de facteurs de risque cardio-vasculaire, donc on essaye de lui expliquer : une dame à éduquer qui avait un bon niveau d'étude. C'était au niveau régime alimentaire, c'était là que ça chopait. Donc prendre les médicaments, ce n'est pas dur en général, ils arrivent bien à prendre les médicaments. Vous savez les antidiabétiques avec un grand verre de coca, ça part bien (rire). Souvent les gens prennent bien les médicaments mais dès qu'il s'agit de faire des régimes, etc. Cette patiente ce qui m'avait bluffée, donc elle était en surpoids, je la connaissais depuis des années, elle ne perdait jamais de kilos et un beau jour, ça a fait « tilt ». Elle a compris, elle a fait son régime et elle a réussi à perdre des kilos et c'est une fois qu'elle a perdu les kilos qu'elle m'a craché le morceau en me disant: « ah mais docteur vraiment maintenant je comprends, c'était possible de maigrir mais vous savez moi pendant tout ce temps là je croyais que tous les médecins... ». Elle pensait en fait qu'on était des gros sadiques et qu'on aimait priver les gens. On voulait les priver en fait. Elle pensait qu'on voulait les priver par plaisir de les priver. Et là, elle réalisait que ça servait à quelque chose et qu'on ne disait pas ça simplement pour les embêter. Je crois que d'une façon générale, les gens ils ont beaucoup de mal à comprendre. C'est quand on

leur explique qu'il faut arrêter de fumer, enfin, c'est tellement énorme, enfin moi ça me semble tellement évident. De toute façon, moi je leur dis, je ne sais pas si cela sert à quelque chose, le gars il ouvre la porte, il entre, je le voie, je connais son espérance de vie, en gros c'est ça le risque cardio-vasculaire. Vous voyez le gros bonhomme, vous voyez la tête du fumeur. Ce n'est pas la peine que je leur demande si il fume, je le sais. Bon, après il y a des logiciels avec l'âge, le nombre de cigarettes, on vous donne votre espérance de vie. Mais le pifomètre et ça (logiciels), ça donne pareil en général.

Interviewer : et pour cette patiente, avez-vous réussi à trouver la raison pour laquelle elle a accepté de suivre le régime ?

Dr 14 : Non, je ne sais pas. Un jour ça a fait « tilt ». Alors ça je ne sais pas. On lui a donné les mêmes conseils pendant plein de temps et un jour. Disons que le truc, maigrir c'est possible, c'est même mathématique mais beaucoup de gens croient que c'est impossible. Un jour, ça fait tilt. Ils se rendent compte qu'un jour en faisant un certain type d'alimentation, ils voient que ça marche, ils perdent 3-4 kilos et puis ils continuent et ils en perdent plus. C'est variable d'une personne à l'autre.

Interviewer : Comment jugez-vous la communication avec les spécialistes en ville et à l'hôpital ?

Dr 14 : Nous, on travaille constamment avec les cardiologues, les neurologues. Nous avons généralement un réseau de spécialistes avec lesquels on travaille préférentiellement. Et puis la communication se fait principalement déjà par courrier, par les courriers des spé, éventuellement un peu par téléphone. Ça finit toujours par retomber chez nous, c'est quand même nous qui tirons les ficelles ultimes et qui ré adressons vers un autre spé lorsqu'on juge que le spé n'est pas bon. Ça arrive. Je pense qu'une partie de notre boulot est de juger les spécialistes. Et un bon généraliste entre autre, ce n'est pas que ça, mais c'est quelqu'un qui a un bon carnet de rendez-vous. C'est quelqu'un qui a bien su choisir les spécialistes à qui adresser, sans vouloir trop cracher sur mes confrères généralistes et spécialistes. Mais généralement, les bons sont avec les bons et les mauvais avec les mauvais (rire).

Interviewer : Et avec les autres professionnels de santé, comment arrivez vous à communiquer ?

Dr 14 : Disons ici à Grenoble, au niveau de l'offre et de la demande, ça va à peu près. Là où je travaillais avant alors là au secours ! Parce qu'on était en zone franchement urbaine, il n'y avait absolument aucun moyen de trouver des infirmières disponibles pour faire la toilette, des kiné à domicile, il n'y en avait pas non plus. C'était la croix et la bannière pour tout. Alors qu'ici, on a beaucoup de kiné surtout dans ce quartier. Si j'ai besoin d'un kiné à faire venir trois fois par semaine à domicile, je le trouve tout de suite. Sinon avant on ne trouvait pas, il n'y avait pas assez. Ici tout ce que je veux en soins infirmiers, kiné, je peux l'avoir, après c'est à moi de demander. Si je demande, j'ai.

Interviewer : Quelles sont vos sources d'information pour vous remettre à jour ?

Dr 14 : Mes bases d'info c'est surtout internet. C'est surtout au coup par coup quand je me pose une question. Alors c'est tout bête mais je regarde Wikipédia, source d'informations majeures sur tout. Quand j'ai besoin d'un truc que ce soit devant le patient ou...si je mets AVC wikipédia, tout ce que je dois savoir sur l'AVC, je suis sûre que ça y sera. Maintenant quand il y a des trucs qui paraissent dans le Quotidien du Médecin, je lis volonté ce qui sort comme ça. Mais bon ce qui va sortir dans le Quotidien du Médecin, ça ne va pas être ce dont j'ai besoin à un moment.

Elle me montre. Elle tape AVC Wikipédia.

Dr 14 : Il y a de quoi faire et puis comme c'est toujours le même genre de plan. C'est clair, concis, précis. Moi je n'ai jamais trouvé de grosses erreurs là dedans, et puis c'est très pratique à consulter. Bon après il y a des trucs plus pointus. Voilà moi c'est ça ma principale source d'info.

Interviewer : Il existe des recommandations de l'HAS datant de 2008 sur la prévention vasculaire de l'infarctus cérébral et de l'AIT. Les avez vous déjà lues ces recommandations ou les connaissez vous ? Et si vous voulez commentez ?

Dr 14 : Donc évidemment le risque cardio-vasculaire, c'est central dans notre exercice d'une façon générale que ce soit en prévention primaire, secondaire, que ce soit de l'AVC ou de l'infarctus du myocarde. C'est vraiment central donc en fait c'est 70% de notre boulot c'est le risque cardio-vasculaire. C'est le contrôle de la tension, du diabète, des lipides, etc. Donc de toute façon forcément, je connais ça que je l'ai lu là ou ailleurs, je les ai lues 20, 30 ou 100 fois. En plus, on a énormément de visites médicales sur tous les antihypertenseurs, donc à chaque fois on parle de ça. Même chose pour les lipides. Les sources d'info, je ne disais pas la visite médicale qui est malgré tout une source d'info utile même si de temps en temps ça dérape. Tabac, alcool, obésité ça on les connaît par cœur. Alors après le cardiologue c'est notre allié de base dans notre exercice en fait. Moi j'ai une chance pas possible parce que je me suis installée ici, il y a 2 ans. Et il y a un cardio au coin de la rue installé dans ma ville avant, qui est un super cardiologue. Et donc c'est vraiment pratique, je le connais très bien. Alors pour le coup j'ai un excellent contact avec lui. Quand j'ai besoin d'un truc, d'un avis, je peux lui téléphoner. Et ça c'est une collaboration extrêmement étroite et ça c'est fondamental, il faut qu'on ait un bon cardio sur qui on peut compter. Bon vous c'était la première partie. On connaît les 4 grands facteurs : la tension, le cholestérol, le tabac et le diabète. Après il y en a d'autres mais ce sont les 4 grands principaux.

Elle lit.

Dr 14 : En plus moi, j'ai signé le CAPI. C'est le contact d'amélioration des pratiques individuelles.

Interviewer : Oui.

Dr 14 : Donc si vous voulez je vais gagner de l'argent si je travaille bien. Donc, j'ai intérêt à bien travailler et donc le contrôle des facteurs de risque cardiovasculaire, c'est un des objectifs. Nous avons différents objectifs à atteindre sur différents plans en terme de pourcentage de prescriptions ou de non prescriptions. Il y a des choses qu'on doit supprimer de notre prescription, des choses qu'on doit introduire. (elle me montre certains objectifs) . C'est important le CAPI pour vous. C'est très important d'en parler parce que comme je vous dis le contrôle des facteurs de risque cardio-vasculaire, c'est énorme en médecine générale et c'est nous qui sommes au centre de ça. Un peu les cardiologues aussi mais comme je vous dis la collaboration entre généraliste et cardiologue, elle est fondamentale. C'est plus de 50% de notre activité, enfin de l'activité utile parce que les gens qui ont le rhume leur donner du Pivalone, ça ne sert pas à grand chose. C'est vrai que c'est un pourcentage de notre activité mais voilà. (elle me montre le CAPI et ses chiffres). Alors, c'est toute la problématique des relations entre la sécurité sociale et la médecine générale. On va dire qu'il y a énormément de médecins qui sont opposés à cette collaboration étroite entre la sécu et les médecins. Moi à mon sens c'est complètement idiot. La science, c'est pas chacun fait sa cuisine dans son coin. Ce n'est pas du tout ça. C'est on se met tous d'accord un moment donné et on fait tous pareil à ce moment là. La science, ça va évoluer. Dans 5 ans, on ne dira pas ce qu'on dit maintenant mais chacun ne décide pas comme il veut. Et puis les aspects économiques on ne peut en faire abstraction. Et puis quand les gens ils pleurent parce qu'on ne leur rembourse pas le Rhinathiol, je leur dis vous préférez qu'on vous rembourse le nez qui coule ou le cancer. Bon ils disent le cancer. (rire). Les aspects économiques c'est super important. Et les aspects économiques, c'est toute la problématique de la sécu et les aspects scientifiques, et tout ça c'est lié. Et le CAPI c'est bien. Bon ce n'est pas la majorité des médecins. On n'est pas un vendu à la sécu parce qu'on signe le CAPI. Il y a toute une discussion, la médecine libérale contre. De toute façon, il ne faut pas rêver à l'hôpital ce n'est pas du libéral, c'est du public. Et la très bonne médecine, elle se fait quand même dans le public. La médecine libérale, c'est bien. On a réussi en France à concilier les deux, le côté libéral et le côté quand même Sécu. Meilleur système de santé au monde selon l'OMS, tout ça c'est vachement important parce que tout ce que je fais moi aujourd'hui , c'est la résultante de toutes ces décisions qui ont eu lieu dans les ministères, qui nous ont imposé ceci, cela. Et d'ailleurs, tout ce qui se passe avec le médiateur, l'Affsaps, c'est vachement important. Pourquoi est-ce qu'il y a des visiteurs médicaux qui viennent constamment nous présenter des produits ce qui est une bonne chose mais pourquoi l'Affsaps, elle ne vient pas nous parler ? On

voit qui, nous, on voit les visiteurs médicaux qui nous font de l'article pour leurs produits avec une information, pour moi, moitié scientifique, moitié commerciale, à nous de faire la part des choses si on peut. On voit la sécu qui en gros vient nous voir pour qu'on fasse des économies, aussi un peu pour nous parler de ce type de choses mais c'est quand ils viennent voir les généralistes, c'est généralement pour des histoires d'argent. Maintenant ça serait bien si on pouvait voir l'Afssaps pour qu'elle vienne nous donner des vraies informations vraiment scientifiques non commerciales et non à caractère économique. Des informations purement scientifiques, c'est ça qui nous manque. C'est bien gentil, wikipédia et tout ça mais bon on le fait, on ne le fait pas. Parce que bon nous on a beaucoup de choses à faire, les publications, tous les courriers, voyez tout ce que j'ai (elle me montre une pile de courriers). Tous les jours je reçois ça, vous croyez que je vais lire tout ça tous les jours, et bien non. L'HAS, il nous envoie des brochures mais c'est pareil, c'est noyé avec tout ça, c'est mélangé. Il faudrait qu'ils viennent nous voir et qu'ils nous disent. Voilà je passe 30 min avec vous, je pourrais le passer avec l'Afssaps aussi. On a ce temps là comme même il ne faut pas exagérer.

Interviewer : D'accord. Vous me dites ce qui nous manque ce sont des informations purement scientifiques. Qu'est ce qui vous a manqué en terme d'informations sur l'AVC ?

Dr 14 : Par définition, ce que je ne sais pas, je ne sais pas que je ne le sais pas parce que sinon je le saurais.(rire). C'est à vous de me le dire ce que je ne sais pas après avoir écouté toutes mes bêtises.

Interviewer : Dans le suivi d'un patient, avez-vous déjà buté sur des questions du patient ou des questions médicales, des questions pratiques ?

Dr 14 : Ce qui me manquerait, je ne sais pas. Après, on croit savoir des choses, on essaye de les mettre en œuvre. Après dans notre métier, la gestion de l'ignorance, c'est une partie importante de notre boulot, c'est-à-dire savoir comment faire pour aller à la recherche d'un truc qu'on ne sait pas, par exemple un diagnostic ou face à un symptôme qu'on ne sait pas analyser. Alors effectivement, comment on fait quand on ne sait pas, et bien on peut ouvrir le Vidal, on peut ouvrir Wikipédia, on peut téléphoner à un confrère. Donc quand je bute sur quelque chose vraiment, et que j'ai le sentiment de buter parce que des fois, on bute mais on ne s'en rend pas compte et c'est là qu'on fait des conneries. Quand on se rend compte qu'il y a une difficulté à franchir, ça m'arrive de décrocher mon téléphone, et d'appeler un neurologue par exemple. Et généralement, on a la réponse au bout du fil. C'est un confrère qui disait ça : «A deux, quand on a un problème, on le résout toujours ».

Interviewer : Dans les suites de la thèse, on aimerait élaborer un outil qui serait un outil d'information pour le patient et un outil de suivi pour le médecin. Qu'en pensez-vous?

Dr 14 : Vous parlez du suivi de l'AVC, vous ne parlez pas du diagnostic de l'AVC.

Interviewer : Oui.

Dr 14 : Pour le patient, je vois bien un outil pédagogique pour le patient. Pour nous je vous dis, si vous voulez mais étant donné que la maîtrise du risque cardio-vasculaire, c'est déjà plus de 50 % de notre boulot, on est déjà dedans quelque part. Vous voyez ce que je veux vous dire. On est déjà noyé sous les publications diverses et variées, il ne faut pas que ce soit une supplémentaire au milieu de tout ça. Moi ce que j'aimerais bien, mon rêve serait que l'HAS ou l'Afssaps de temps en temps vienne me rendre visite et puis qu'elle me dise des vraies choses que je peux croire et que je n'ai pas besoin de mettre en doute, qui soient vraiment des recommandations. Au lieu de nous les publier ces machins, soit ça finit à la poubelle, ou soit ça finit en tas ici. Ce n'est pas parce que je les ai en tas que je les ai lues. Je les ai gardées, je me suis dit je les lirais un jour et puis, ça ce sont des brochures destinées aux patients, on les a déjà. Mon rêve est que l'HAS ou l'Afssaps vienne me voir et m'explique les choses brièvement, clair, concis et précis mais régulier sur les nouvelles mises à jour. Comme ça je n'aurais pas besoin de moi à aller chercher parce qu'aller chercher je vais le faire ponctuellement mais de façon non structurée. Je vais manquer des choses. Tandis que si l'HAS au lieu de nous envoyer leurs brochures, ils nous les donnait mais ils viennent nous voir et ils nous

expliquaient. Parce que vous allez faire une brochure, ça va en faire une 5^{ème}, une 150^{ème}, une 1000^{ème}. Il faut qu'il y est une personne qu'on peut croire. Parce que les labos on met leurs paroles en doute, la sécu il ne pense qu'à l'argent donc il faudrait quelqu'un qui nous donne des info scientifiques mais claires, concises, précises et rapides. C'est sûr, on peut faire des formations. On en fait de temps en temps, mais encore une fois ça va être une formation sur ci, une formation sur ça. Et puis ça tombe mal parce que les formations c'est toujours le vendredi et le samedi et c'est dur de lâcher les consultations pour des formations. Donc ils viennent deux fois par an. Ca serait super bien.

Interviewer : Une qualité nécessaire à cet outil ?

Dr 14 : Clair, facile à comprendre. Le problème, c'est que les gens ils ont du mal à comprendre.

Interviewer : Très bien. Avez-vous de choses à rajouter ?

Dr 14 : Non

Entretien N°15 (E15) du 14/06/2011

Interviewer : Combien de patients ayant fait des AVC ou AIT suivez vous ?

Dr 15 : J'en ai pas beaucoup car je fais beaucoup de pédiatrie. Je dois en avoir maximum 15.

Interviewer : Et combien de patients ont présenté un AVC ou un AIT cette année ?

Dr 15 : Est-ce qu'on peut mettre un qui en a fait un qui en refait un.

Interviewer : Oui.

Dr 15 : Donc j'en ai eu une.

Interviewer : Donc une récurrence de quel âge ?

Dr 15 : 89 ans.

Interviewer : Quelle en est la cause ?

Dr 15 : AC/FA.

Interviewer : Quelles sont les causes principales des autres ?

Dr 15 : Athérome beaucoup et l'hypertension.

Interviewer : Très bien parce qu'on va surtout discuter des causes athéromateuses. Les traitements anticoagulants et les traitements chirurgicaux des sténoses ne seront pas abordés. Et je vais continuer en vous demandant quelles sont les difficultés rencontrées dans le suivi de patients ayant eu un AVC ou un AIT ?

Dr 15 : Des fois, on a du mal à leur faire comprendre qu'il faut prendre le traitement pour le cholestérol parce que jusqu'à maintenant ils avaient rien et on leur met souvent sous traitement statine pour justement baisser le LDL au maximum et ça les gens, ils ont du mal à l'assimiler et ils ne prennent pas les médicaments.

Interviewer : Donc plutôt une mauvaise observance.

Dr 15 : Oui tout-à-fait surtout que ce sont des gens qui arrivent vers 70-75 ans, donc quand on va leur dire, celui là on va le prendre, « oui mais je n'ai jamais eu de cholestérol », « oui mais c'est pour éviter que ça recommence ». Oui là, ce n'est pas facile.

Interviewer : Cela existe qu'avec les statines ?

Dr 15 : Oui parce que pour eux, le cholestérol, c'est quelque chose qui n'est pas dangereux et ils ont du mal à assimiler que c'est ça qui bouche leurs artères. L'hypertension, ils vont prendre, ça il n'y a pas de problème. Le diabète, ils vont prendre mais c'est vrai que le cholestérol souvent ce n'est pas grave.

Interviewer : Dans la gestion des autres facteurs de risques rencontrez-vous d'autres difficultés ?

Dr 15 : Non c'est ce que je vous disais, en général, le reste ils font attention parce que ça leur fait peur surtout si ils ont déjà eu un accident cérébral. La tension il faut faire attention, ils deviennent limite obsessionnels avec leurs chiffres. Ils prennent la tension à la maison, ils vont à la pharmacie. Moi j'en ai, j'arrive en visite, ils ont leur petit papier avec tous leurs petits chiffres, ils y sont allés une fois par semaine. J'ai beau leur dire que ce n'est pas la peine et ben non. A part le cholestérol, le reste ça va bien.

Interviewer : Comment arrivez-vous à faire face à ces difficultés ?

Dr 15 : Diaboliser ce n'est pas trop ça, de leur dire que s'il le prennent pas, ça va se boucher. Moi je suis très « schéma », alors je leur fais beaucoup de dessins, je leur parle un peu de plomberie. J'essaie de les faire visualiser ce qui se passe, et souvent ils arrivent à l'entendre. Alors après, quelqu'un qui veut pas prendre son cachet, on n'est pas derrière. Et puis un certain nombre de patients nous disent « oui je le prends » et puis ils ne le prennent pas. On s'en rend compte quand on renouvelle les ordonnances. Quand ils nous disent « celui-là, j'en ai pas besoin », « ah bon et pourquoi ? », « je ne l'ai pas pris tous les jours ». Voilà. Après il faut arriver à les convaincre que c'est un médicament très important. Mais les médias ont fait beaucoup de mal avec les statines parce qu'ils ont dit qu'il y avait beaucoup de problèmes, des douleurs musculaires et les gens ont entendu ça et ils se disent « je n'avais pas de cholestérol avant, maintenant on me dit de prendre ce truc mais j'ai entendu à la télé que c'était potentiellement embêtant, je vais avoir des douleurs musculaires ». Ce n'est pas facile de lutter contre les médias. Il y a le problème de l'observance et ce qu'ils entendent à côté. Donc après c'est à nous de les convaincre.

Interviewer : Comment abordez-vous les règles hygiéno-diététiques ?

Dr 15 : On essaye d'éliminer les choses les plus importantes parce que c'est vrai que de dire à 80 ans, on va arrêter ça, ça et ça. En général, ils vous regardent et disent ok. (sonnerie de téléphone). « Je n'ai plus qu'à attendre la mort ». Elle répond.

Dr 15 : Où on en était ?

Interviewer : Je vous demandais comment vous abordiez les règles hygiéno-diététiques.

Dr 15 : Donc, j'essaie d'enlever le pire c'est-à-dire le plus gras parce que les dames de 80 souvent, elles font leur steak au beurre, le fromage, enfin j'essaie d'enlever le pire parce que c'est vrai, on ne peut pas à 80 ans, enfin je dis 80 parce que mes patients qui ont des AVC, ils ont à peu près entre 75 et 90 ans. Je ne peux pas leur dire du jour au lendemain « vous allez changer vos habitudes alimentaires ». Ce n'est pas possible. Ils vont être perdus, ils vont plus savoir ce qu'ils doivent manger. En plus à cet âge là, ils ont souvent le problème de « je ne mange pas trop », donc j'enlève vraiment le pire c'est-à-dire les gâteaux, le fromage, le beurre, j'essaie d'enlever ces choses là de l'alimentation et j'avoue que je m'arrête là.

Interviewer : Avez-vous l'impression que vos paroles ont de l'impact ?

Dr 15 : Quand je leur dis, ils me disent « oui docteur je vais essayer ». Je leur demande de noter ce qu'ils ont mangé dans la semaine avant de venir me voir. Comme ça, on regarde ensemble et ils en prennent conscience « ah oui ça je devrais peut être l'enlever ». Après, je ne suis pas leur maman donc chez eux, ils font ce qu'ils veulent. Nous, on est là pour les informer, leur dire ce qu'ils risquent, comment ils pourraient améliorer. Après derrière, je ne vais pas leur mettre une fessée. Ça pourrait être mes grands-parents (rire).

Interviewer : Comment trouvez-vous la communication avec l'hôpital ?

Dr 15 : (rire) Une autre question ? ça dépend des services mais dans l'ensemble, il n'y a pas de communication. On a les comptes-rendus super tard. Quand on veut appeler dans les services, on n'arrive pas à joindre les spécialistes et y compris en neuro c'est-à-dire que les gens sortent, les comptes-rendus on ne les a pas. Les gens viennent nous voir, il faut faire ça mais on n'a jamais reçu la lettre et quand on veut appeler, ils sont soit en visite, soit ailleurs. Non ce n'est pas top.

Interviewer : Vous avez été donc en difficultés lors du retour à domicile.

Dr 15 : Parfois les gens ont des questions. Les gens viennent ici pour poser leurs questions.

Interviewer : Quel genre de questions ?

Dr 15 : « Pourquoi j'ai fait ça ? », « vous pouvez m'expliquer qu'est-ce qui c'est passé ? », « je n'ai pas compris ce qu'on m'avait fait comme traitement ? ». Alors que quand c'est ischémique, ils ont eu des embolisations, des choses comme ça, les gens ils n'ont pas compris ce que l'on leur avait fait. Ils ont l'impression qu'on ne leur a pas expliqué alors ils viennent là pour savoir. Alors je leur dis que je n'ai pas reçu le compte-rendu et que je ne sais pas très bien ce qu'ils ont. Quand je l'ai reçu, il n'y a pas de soucis mais les gens, quand ils viennent précocement, c'est souvent pour ça, pour qu'on leur réexplique ce qui s'est passé.

Interviewer : Lors de la première consultation, ce sont ce genre de questions.

Dr 15 : Oui et « pourquoi ça m'est arrivé ? » et « est-ce que ça va revenir ? ».

Interviewer : D'accord. Et par la suite, comment trouvez-vous la communication avec les autres professionnels de santé qui s'entourent autour du patient ?

Dr 15 : Il n'y a pas de souci. Il y a une prise en charge globale parce que quand les kiné ont des soucis ils nous appellent en disant que pour Monsieur X on trouve que ce n'est pas bien, on pourrait renforcer ça. Pour les infirmières, c'est souvent pour des médicaments sauf si elles ont un problème, qu'il fait un malaise ou d'autres choses comme ça. Sinon les infirmières, on n'a pas trop de contact direct. Elles nous appellent si elles ont un problème. C'est bien ça permet d'avoir un regard paramédical, que ce soit sur le déficit. Parfois ils font des récidives sur le même territoire et c'est souvent elle qui donne l'alerte.

Interviewer : Quelles sont vos sources d'informations pour vous remettre à jour ?

Dr 15 : Moi je fais pas mal de formations avec FMC action et sinon je lis Prescrire et La revue du Prat.

Interviewer : Il existe des recommandations de l'HAS sur la prévention vasculaire des patients après un infarctus cérébral.

Dr 15 : Oui on le reçoit quand on fait les demandes d'ALD. La sécu nous l'envoie, glissé dans le protocole de soin. C'est le guide bleu. (elle se retourne). Vous voyez ce sont ces petites choses qu'il glisse, donc du coup soit on a le temps de les lire, soit on n'a pas le temps de les lire, (rire) mais on les a.

Interviewer : Oui je vois. Moi, je vais vous montrer une synthèse des recommandations datant de 2008. Voulez-vous les commenter ?

Elle lit.

Dr 15 : Non juste pour le sel. L'histoire des 6 g ce n'est pas toujours évident de quantifier sur la journée ce que mange les gens parce que honnêtement mes bases de nutrition sont très loin et j'en ai vraiment pas beaucoup. Donc pour savoir combien de grammes, il y a dans une tranche de pain, j'en ai pas la moindre idée donc dire aux gens de manger moins de 6g, j'avoue, je ne leur dis pas parce que je n'ai aucune idée. Ils vont me dire « ça correspond à quoi ? ». (elle chuchote) « je n'en sais rien » (rire). Sinon le reste je n'ai pas de souci. Il y a juste pour le diabète, l'hémoglobine glyquée, maintenant ça a changé les valeurs, ce n'est plus trop ça. C'est en fonction du nombre de traitements qu'ils ont. Les hémoglobines glyquées, on baisse le seuil. Il faut être le plus souvent à 6% d'ailleurs. Donc ça a été un peu resserré. Bon le tabac, c'est pareil quelqu'un qui a 50 ans de tabagisme derrière soi, il faut déjà qu'il est envie d'arrêter. Là ce n'est pas donné. L'alcool chez les femmes, il n'y en pas tant que ça, ce n'est pas trop la génération. Après ça va arriver mais pour l'instant pas trop. Et l'obésité oui je n'ai qu'un monsieur dans ce cadre là et il n'a pas fait d'AVC.

Interviewer : Les objectifs sont faciles à atteindre ?

Dr 15 : Cela dépend du mode de vie des gens parce que suivant que vous avez quelqu'un qui ne peut pas bouger et quelqu'un qui garde son activité avec son jardin, des choses comme ça. Oui quelqu'un qui garde une activité, on va pouvoir atteindre les objectifs mais quelqu'un qui reste à la maison parce que souvent il y a des syndromes dépressifs

derrière les AVC et s'il se laisse glisser, ce n'est pas évident. Ça dépend du profil des patients et de leur façon de vivre.

Interviewer : Quelles ont été les informations qui vous ont manqué dans la prise en charge de patient ayant eu un AVC ou un AIT ?

Dr 15 : Non parce que c'est assez standardisé. Les gens ont fait un AVC, derrière on sait ce qu'il faut contrôler pour éviter que ça revienne. C'est assez carré. Il n'y a pas eu de choses révolutionnaires qui sont apparues depuis que je suis sortie de la fac. Donc, je ne pense pas être encore périmée. Si il y a juste le délai d'action quand ils font leur accident cérébral mais là on n'est plus dans la prévention secondaire.

Interviewer : On veut élaborer un outil pédagogique qui pourrait être un outil d'information pour le patient sur sa maladie, le mécanisme, les traitements, les règles hygiéno-diététiques et aussi un outil de suivi pour le médecin généraliste. Qu'en pensez-vous ? Pensez-vous que ça peut être utile ?

Dr 15 : Ca peut être utile dans le sens où ça va permettre de codifier. On a déjà ça pour le diabétique. On sait qu'il faut faire le fond d'œil une fois par an, on sait qu'il faut faire un ECG une fois par an. Ça donne un rythme, ça permet de savoir ce qu'il faut surveiller, pourquoi pas le faire pour les AVC. Nous ça nous simplifie la vie et ça nous permet de ne pas oublier des choses.

Interviewer : Quelle est la forme requise et la qualité qu'il devrait avoir à votre avis ?

Dr 15 : Un cahier de surveillance des patients, non parce que souvent, ils vont le perdre ou l'oublier. Il faudrait que ce soit quelque chose qu'on ait nous mais comment le garder, comment le stocker, comment le mettre dans le logiciel informatique. Peut-être quelque chose qui serait intégré dans les logiciels médicaux.

Interviewer : Donc la forme de carnet, le patient risque de le perdre.

Dr 15 : Déjà comme je vois comment j'ai du mal à leur faire prendre leur carnet de surveillance glycémique chez les diabétiques. « Vous avez votre petit cahier », « je l'ai oublié ». Donc ça, ils ne vont pas l'apporter. Le carnet de santé les gens ne l'ont plus. Moi je connais personne qui à 80 ans a son carnet de santé. On a le même problème pour les vaccins, on est obligé de faire des petits bouts de papiers qui sont perdus. A partir de 40 ans, les gens n'ont plus leur carnet de santé. Je ne sais pas ce qui se passe mais ça disparaît. (rire). C'est vrai c'est un truc ça disparaît. Ils ne savent pas pour les vaccins. Ils ont perdu les justificatifs. Jusqu'à 40 ans ça va à peu près et après c'est fini. Et même pour les diabétiques et je parle du diabétique sous insuline, une fois sur deux, ils ne l'ont pas. Donc ça, ils ne le ramèneront jamais.

Interviewer : Avez-vous des améliorations ou des idées pour améliorer cette prise charge en post-AVC, qu'ils prennent mieux leur traitement et prennent conscience de l'intérêt des règles hygiéno-diététiques ?

Dr 15 : Ca ne serait pas mal de leur faire des mini stages de formations du genre une ½ journée à l'hôpital en groupe avec que des gens qui ont eu des AVC, qu'ils puissent en discuter, et que quelqu'un leur fasse un petit topo et que derrière ils puissent échanger sur ce que chacun fait. Je pense que les gens, si on ne les confronte pas à leur maladie parce que quand ils viennent me voir : « je vais voir le docteur, il va me renouveler, il va me redire la même chose, il faut maigrir, faut machin ». Alors que s'il rencontre d'autres personnes qui ont eu la même chose, je pense qu'ils ne verront pas de la même façon. Il faut qu'il soit confronté à d'autres malades, des gens qui ont le même vécu et puis peut être des gens qui pourraient leur dire « moi je n'ai pas pris mes médicaments, j'ai refait un AVC », qu'ils puissent s'apercevoir que ça n'arrive pas qu'aux autres parce que nous on est un peu diaboliser comme médecin généraliste, « oui, elle va encore me dire ça ». J'ai des patients qui changent de médecins parce que « oui mon médecin il dit qu'il faut que je fasse ça, mais moi je ne peux pas faire ça dans ma vie, ce n'est pas possible ». Donc je pense que si on les met en contact comme un petit groupe, une fois par an. On n'est pas obligé de faire ça tous les trimestres. On leur fait un petit topo, on leur explique un peu leur maladie, éventuellement ce qui a été découvert depuis, enfin quelque chose de très succinct parce que c'est quand même des patients, et puis derrière ils discutent

entre eux, de leur vécu. Certains ils demandent « en combien de temps je vais récupérer », ils ont aucune échelle temps, alors que si ils rencontrent d'autres personnes, ils pourront échanger. Donc le groupe ça peut être pas mal aussi.

Interviewer : Sur des questions pratiques aussi.

Dr 15 : Voilà. Et comment ils font pour le régime et comment ils ont changé leur alimentation. Ca c'est du vécu et nous, on ne l'a pas. Quand ils vont me demander, je n'ai pas fait d'AVC, je ne peux pas leur dire qu'ils vont récupérer en tant de temps parce qu'il y a des statistiques et puis il y a des gens. Et ça les marquerait plus et je pense que ça les toucherait plus de savoir que d'autres gens ont eu la même chose parce que il y a beaucoup de personnes qui disent « mais pourquoi moi ? ». J'ai un monsieur qui a 50 ans qui a fait un AVC, il n'a pas de diabète, il n'a pas de tension, il n'a pas de cholestérol, par contre il y a un gros terrain artériel dans la famille et bien il est encore dans le pourquoi moi, pourquoi ça m'est tombé dessus. Donc le fait de rencontrer d'autres gens, moi je pense que ça peut être pas mal, plutôt que du papier qu'ils ne vont pas lire. (rire).

Interviewer : Très bien. Avez vous des choses à rajouter ?

Dr 15 : Non, je vous laisse votre antisèche de l'HAS.

Entretien N°16 (E16) du 16/06/2011

Interviewer : Quelles sont les causes d'AVC les plus fréquentes que vous suivez ?

Dr 16 : Surtout ischémiques.

Interviewer : Très bien. Justement, nous allons discuter de la prise en charge de patients ayant fait un AVC de cause ischémique et athéromateuse. Les traitements par anticoagulants ou les traitements chirurgicaux des sténoses ne seront pas abordés.

Dr 16 : Très bien.

Interviewer : Quelles ont été les difficultés dans le suivi avec un patient ayant eu un AVC ou un AIT ?

Dr 16 : Des difficultés dans le suivi ?

Interviewer : Oui dans le suivi et aussi dans le contrôle des facteurs de risque puisqu'on s'attache aux AVC ischémiques ?

Dr 16 : Ce qui est souvent difficile, c'est par rapport au tabac. On arrive à contrôler les facteurs de risque au niveau tensionnel et le cholestérol mais au niveau du tabac, les gens ont du mal à s'arrêter quand même. Sinon il n'y a pas de difficultés particulières. Une fois qu'ils ont fait ce genre de problème, ils se rendent compte que ça peut être plus grave et ils viennent facilement consulter. Ils ont conscience de ça.

Interviewer : Même suite à un AIT ?

Dr 16 : Oui, oui. Ils ont pris conscience qu'ils pouvaient avoir un problème plus grave. Ils pouvaient rester paralysés. Ça leur fait prendre conscience qu'il faut qu'ils fassent attention.

Interviewer : Comment est l'observance thérapeutique ?

Dr 16 : En général, c'est difficile de savoir si ils prennent vraiment leur traitement mais en général, non je n'ai pas de...ils le prennent bien, en tout cas c'est ce qu'ils me disent. Je pense qu'ils le font assez bien en tout cas pour la tension. (il chuchote) Il y a toujours de bonnes tensions.

Interviewer : Rencontrez-vous beaucoup d'effets indésirables ?

Dr 16 : souvent c'est surtout le lipolipémiant pour le cholestérol. Quand ils prennent les statines, il y a quand même des effets qui sont tolérables mais il y en a quand même pas mal, des crampes musculaires, de la fatigabilité, des douleurs musculaires et des cauchemars aussi. Ils font souvent des cauchemars.

Interviewer : Que faites-vous face à ces symptômes ?

Dr 16 : Ca dépend si c'est vraiment pas tolérable, je les change. Et puis, je leur dis de manger de bons acides gras et de prendre de l'huile de colza et de noix.

Interviewer : Par rapport à l'alimentation et des règles hygiéno-diététiques, comment l'abordez-vous en général avec les patients qui ont eu un AVC ou un AIT ?

Dr 16 : Je leur explique qu'il faut qu'ils fassent attention à ne pas grossir et à maigrir quand ils peuvent le faire. Et puis surtout d'arrêter le tabac mais bon, ça c'est difficile souvent ils ne l'arrêtent pas. Manger moins gras, moins sucré, moins salé comme la pub à la télé.

Interviewer : Pensez-vous que vos paroles ont de l'impact sur les comportements du patient ?

Dr 16 : Oui, oui. Peut-être pas forcément tout de suite mais à l'usage. Comme je les vois assez souvent, on parle. Pour le moment, mes patients qui ont eu un AVC n'ont pas de récurrence.

Interviewer : Comment trouvez-vous la communication avec les spécialistes neurologues ?

Dr 16 : En fait, on n'en a pas forcément besoin. On arrive à se débrouiller sans passer par l'hôpital. On passe par ... (sonnerie de téléphone).

Il répond

Dr 16 : On disait ?

Interviewer : La communication avec les spécialistes.

Dr 16 : Oui donc, on passe par les neurologues de ville. On arrive à voir les scanners, les dopplers assez rapidement et on arrive à gérer tout ça sans passer par l'hôpital. C'est toujours difficile l'hôpital. Pour avoir quelqu'un, on perd un temps monstrueux.

Interviewer : Quelles sont vos sources d'informations pour vous remettre à jour ?

Dr 16 : Je reçois le Quotidien du médecin, la revue du Prat, ce genre de choses, les quotidiens qu'on reçoit quoi.

Interviewer : Plutôt les revues médicales.

Dr 16 : Oui

Interviewer : D'autres sources ?

Dr 16 : Il y a un peu les délégués médicaux qui passent. Ils nous informent des traitements qui sortent. Je n'ai pas le temps d'aller au FMC.

Interviewer : Il existe des recommandations de l'HAS datant de 2008 sur la prévention vasculaire après un infarctus cérébral ou un AIT sorties en 2008.

Dr 16 : Oui les petits bouquins qu'on reçoit.

Interviewer : Moi, je vais vous montrer la synthèse de ces recommandations. Vous les connaissez ?

Il lit

Dr 16 : Mars 2008. Je ne les ai pas lues. Ça m'arrive de les lire quand j'ai un peu de temps. Donc, c'est surtout le contrôle des facteurs de risque ?

Interviewer : Oui

Il lit.

Dr 16 : Pression artérielle, l'objectif oui. (il lit) Les statines avec un LDL inférieur à 1g/l, je ne suis pas forcément d'accord.

Interviewer : C'est difficile de l'atteindre ?

Dr 16 : Je ne pense pas que ce soit vraiment utile. (il lit) Le diabète ça c'est important. Tabac, alcool. L'alcool c'est souvent tabou, l'alcool. Les gens n'avouent pas s'ils boivent. Ils ne boivent jamais si on leur pose la question. L'obésité aussi. L'activité physique, ça aussi c'est impossible. Aucun patient de 70 ans qui va faire trente minutes d'activité physique par jour. Donc qu'est-ce que je dois dire ?

Interviewer : Avez vous des commentaires ?

Dr 16 : Donc la pression artérielle c'est facile, le diabète c'est facile, le cholestérol on met une statine mais sans forcément avoir des objectifs inférieurs à 1g. Je pense déjà que la statine a un effet aussi à stabiliser les plaques d'athérome. Ça a une effet héliotrope et donc ça les renforcent et pas forcément à les éviter qu'elles se détachent. Il y a aussi un effet anti-inflammatoire des statines. Le tabac, c'est difficile. L'alcool, on n'en parle pas. L'obésité, on en parle, ils arrivent à perdre un petit peu et l'activité physique c'est difficile.

Interviewer : C'est difficile à atteindre les objectifs ?

Dr 16 : Oui parce que personne ne le fait. Vous avez beau leur dire. Ils n'ont pas envie, ils ont mal partout. C'est difficile quand on est une personne âgée de faire trente minutes par jour. Et puis les gens ils minimisent leur consommation de tabac ou d'alcool. On a des rôles de conseils. On ne peut pas faire autrement que de conseiller et après ils font ce qu'ils veulent.

Interviewer : Quelles ont été les informations qui vous ont manqué dans le suivi de patient qui a eu un AVC ?

Dr 16 : Pour le patient lui-même ou par rapport à la maladie en général ? non il y a pas eu de...je pense ce qui serait peut être intéressant là dedans, c'est qu'il voit le spécialiste de façon régulière, qu'il ait des rendez-vous prévus à l'avance comme chez le véto. Ce sont les véto qui vous appellent pour vous dire qu'il y a un vaccin à faire. Ça serait bien que les spécialistes fassent ça aussi. Souvent on nous confie le patient mais on ne se souvient pas la date précise à laquelle il a fait un doppler des carotides. Je n'ai pas forcément un manque d'information par rapport à ça, ce n'est pas très compliqué comme maladie ça, c'est plutôt simple.

Interviewer : Vous aimeriez avoir un suivi des examens complémentaires et des spécialistes ?

Dr 16 : Oui des fois ça passe un peu à l'as. Généralement, ils le voient tous les ans mais ce n'est pas toujours évident.

Interviewer : Justement, on aimerait élaborer un outil qui serait un outil d'information pour le patient et un outil de suivi pour le médecin. Qu'en pensez-vous ?

Dr 16 : Je crois que déjà la CPAM quand on demande un protocole de soin pour le 100%, ils envoient souvent un livret. Pour le diabète aussi, ils nous envoient un livret, qu'on remet très rarement au patient. Pour les AVC, je ne sais pas s'ils le font. C'est vrai ça peut être intéressant mais il faudrait que le patient, il faudrait qu'il le reçoit directement chez lui, il faudrait que ce soit plutôt au médecin de lui donner mais souvent on oublie, honnêtement. Ça peut être un plus, après est-ce que ça aurait vraiment une incidence sur le taux de récurrence. C'est pour éviter que le patient refasse un AVC, j'imagine.

Interviewer : Et pour vous, cela pourrait vous aider ?

Dr 16 : Ce qui serait intéressant sur ces plaquettes, c'est de marquer une partie où il y a les derniers rendez-vous qui ont été fait. Un truc pas trop gros où il coche le doppler, le cardiologue, le neurologue. Les examens biologiques, ce n'est pas forcément important.

Interviewer : Quelle serait la forme de cet outil ?

Dr 16 : Plutôt un petit format comme une carte de crédit qu'on puisse le mettre dans le portefeuille, ou un endroit où ils mettent leur carte vitale. Si c'est trop gros, après ils ne le prennent pas. Ce qui serait bien aussi, sur les cartes vitales d'avoir les informations, savoir les informations des examens qu'ils ont eus sur la carte vitale. Alors Améli, il le fait avec la carte vitale mais c'est trop long en consultation, on n'a pas le temps. Il faut se connecter sur Améli et ensuite regarder. Il faut un petit format je pense.

Interviewer : Avez-vous des choses à rajouter ?

Dr 16 : Non. Bon courage pour la thèse.

Entretien N°17 (E17) du 17/06/2011

Interviewer : Je vais commencer l'entretien.

Dr 17 : D'accord.

Interviewer : Vous suivez plus de 15 patients ayant eu un AVC ou un AIT actuellement ?

Dr 17 : Oui même un peu plus, je pense.

Interviewer : Quelle est la principale cause, ischémique ou hémorragique ?

Dr 17 : Principalement ischémique.

Interviewer : Très bien. Cela est intéressant pour la suite car on va plutôt discuter des patients qui ont eu un AVC d'origine athéromateuse.

Dr 17 : D'accord.

Interviewer : Quelles ont été les difficultés dans le suivi avec un patient ayant eu un AVC ou un AIT ?

Dr 17 : La difficulté vient du fait que souvent les gens ont du mal à comprendre que c'est lié éventuellement à des problèmes métaboliques, des problèmes tabagiques, des problèmes de surcharge de poids, de sédentarité. C'est vrai que les difficultés de ces pathologies sont qu'on a sensibilisé les gens à tout ça et ils ont quand même fait un accident vasculaire et qu'on reparle des facteurs de risque depuis des mois et des mois et que malgré tout, ces facteurs de risque, tant qu'ils n'ont pas eu d'accident vasculaire, sont considérés comme des facteurs complètement sournois parce qu'ils ne sentent rien du tout. Ils ont souvent tendance à se négliger complètement. Je vois avec les produits qu'on donne comme les statines ou les autres traitements. Par exemple, le monsieur qui sort d'ici est un diabétique. Et bien, il vient parce qu'il a un problème d'impuissance. Mais son problème, c'est que son impuissance le gêne mais il a une hémoglobine glyquée à 9.89 %. Et vous vous dites : « il ne fait pas du tout de régime ». Il veut un résultat mais il n'est pas du tout dans l'effort nécessaire alors qu'il a déjà été hospitalisé, il a vu le service d'H. ou de B., on lui a parlé de diététique mais quand il est en Algérie, il dit : « non mais là bas, il y a des bonnes choses, donc je mange ». Il y va régulièrement, donc il fait n'importe quoi. Ça, c'est quelque chose de délicat, faire passer le message des facteurs de risque, et du sérieux d'une prise en charge parce que tant que les gens n'ont pas fait d'AVC... Alors quand ils l'ont fait, ils sont un peu plus prudents mais malgré tout, on sent bien que c'est quelque chose de très délicat d'agir sur des facteurs où les gens ne voient pas forcément de relation évidente entre « j'ai du cholestérol, j'ai du diabète, je fume et je fais un accident vasculaire ». Alors quand ils l'ont fait, ils sont quelquefois un peu plus mûrs mais ce n'est quand même pas facile. C'est toute la difficulté.

Interviewer : La difficulté est l'observance des règles hygiéno-diététiques ?

Dr 17 : Exactement. Tout ce qui est basé sur le sérieux du patient parce que le sérieux du médecin, le médecin est sérieux ou pas, il a un discours qui est rigoureux ou pas, on voit bien que de temps en temps, on aurait dû insister mais même si on est rigoureux, on sent que notre performance au niveau du discours est quand même très minime. On a l'impression qu'on dérange les gens quand on leur parle de tout ça parce que manifestement c'est rentré dans leur vie, la nourriture, la diététique. Ils disent : « ce n'est pas moi qui cuisine ». Bon, on demande de voir les épouses pour parler de diététique mais c'est vrai que, je vois bien, quand les gens sortent de l'hôpital, le poids qui baisse, les tensions qui sont bonnes. Ils ont une perte de poids considérable. Ils ressortent et deux mois après, vous les voyez, ils ont tout repris. Vous vous dites : « attends les discours, le mien et celui de l'hôpital, ce sont les mêmes ». La seule

différence, c'est qu'à l'hôpital, dans le service de B. ou H., ils se donnent les moyens maintenant parce qu'on a insisté, parce qu'on est allé aux enseignements postuniversitaires depuis des années et des années, et on disait à Serge H.: « il faut que tu mettes en place des stages de diététique » parce qu'ils le faisaient de temps en temps mais même eux, on sentait que, quand j'en parlais avec Mr B., il me disait : « moi c'est un sujet qui ne m'intéresse pas ». Il est conscient que c'est un facteur de risque mais c'est un sujet qui ne les intéresse pas parce que le rendement de ce type de discours est minime. Lui ce qui l'intéresse c'est d'être efficace dans la thérapeutique mais la diététique, il l'a confiée aux autres. Maintenant, ils ont mis en place des structures qui font que les choses sont prises en charge mais tant que les choses ne sont pas prises en charge par des gens vraiment spécialisés, des diététiciens hospitaliers, une prise en charge qui est une éducation faite sur place avec qui on cuisine, on apprend à cuisiner, on apprend à calculer, les gens ne voient pas la gravité de tout ça. Ils ne voient pas l'intérêt de tout ça.

Il part répondre au téléphone du secrétariat.

Dr 17 : Donc, c'est ça le problème, c'est de faire passer un discours qui est basé sur la prise en charge. Le tabac, il faut diminuer ; le diabète, il faut le stabiliser le plus possible ; donc tout ça, on le dit, on l'écrit mais on sent bien que c'est très délicat. Je vous dis le rendement, c'est comme si vous étiez enseignant, et vous dites à vos élèves : « tenez, à propos, on va faire une interrogation juste après un cours. Dites-moi ce que vous avez retenu du cours ». Et bien, la difficulté en médecine générale, c'est la performance qu'on a. Moi, je suis quelqu'un de convaincu, d'une rigueur de tout instant dans ce que je donne comme conseils mais parfois, j'entends les gens... Mais même les ordonnances qu'on leur donne, ils partent d'ici en disant : « attendez, vous ne m'avez pas donné quelque chose ». On essaye de faire les choses parfaitement ou avec le plus de sérieux possible et on se rend compte que le rendu, il est minime et c'est ça, la difficulté de la médecine. Quand vous aurez fini, vous saurez tout sur la médecine, vos tuyaux d'internat vous les connaîtrez par cœur, alors ça vous pouvez les sortir régulièrement mais ce n'est pas ça qui est important. C'est le fait d'être capable de faire passer un message, donc d'être un bon pédagogue c'est-à-dire de faire passer quelque chose et avec un message clair, simple. Alors soit on parle mal, on s'exprime mal, je vois bien quand je vais chez mon banquier, je ne comprends pas le dixième de ce qu'il me dit. Quand je vais chez mon notaire, je me dis « attends, est-ce que je suis con ou quoi, qu'est-ce qui m'arrive, pourquoi je ne comprends pas ? ». On a des termes particuliers qui font que quand on parle aux gens, pour eux les choses ne sont pas évidentes. On a forcément le même problème, il faut se mettre à la hauteur des gens. Et bien ces gens qui sont à la fois des bons vivants parce que souvent les accidents ischémiques et les AVC surviennent chez des gens un peu pléthoriques, des diabètes de type 2, tous ces syndromes métaboliques, on sait qu'ils ont un peu d'acide urique, un peu tout ça mais les gens, on les dérange à quelque part. Et je vous dis le rendement de ce discours est complètement minime parce qu'on rentre dans un domaine qui est un peu privé. C'est un peu privé pour les gens la bouffe, « je mange comme j'ai envie de manger ». Et là le monsieur il me dit : « mais j'adore manger ». On sent que le discours ne passe pas. Il a été hospitalisé, il a descendu son hémoglobine glyquée sur quelque temps, sur trois, quatre mois et puis de nouveau, il est reparti. Et si, B. le revoyait maintenant, il dirait : « on a été complètement nul ». Et on voit bien que c'est une difficulté pour eux. Ils mettent en place des structures comme ça et donc, je travaille énormément maintenant avec des diététiciens. J'ai rencontré une diététicienne lors d'un EPU qui est spécialisée dans le diabète et dans les problèmes métaboliques. Elle est médecin généraliste avec une formation particulière mais je lui adresse maintenant tous mes patients en disant : « mon discours je l'ai fait, elle va le reprendre derrière ». Alors en plus je ne sais pas quoi, elle est mignonne alors les gens adorent y aller (je ris). Non mais c'est incroyable, j'ai un italien qui y va, il me dit (imitation de l'accent italien) : « docteur, mais elle est magnifique cette fille ». Mais il y va uniquement parce qu'elle est mignonne et ce qu'elle lui donne comme conseils passent parce qu'elle est mignonne. Vous vous dites non mais c'est un domaine qui n'a rien avoir avec la médecine mais il faut quelque chose de plus. Il faut des moyens visuels comme l'ordinateur mais ça, dans la génération que je gère honnêtement ça ne marche pas. Les fiches ne marchent pas. Il faut un discours

répétitif de consultations spécialisées pratiquement là dedans. Donc je travaille beaucoup avec cette dame. Elle arrive grâce à ...mais je ne sais pas comment elle fait, ce côté esthétique qu'elle a ou cette présentation qu'elle a. Je vous dis, la performance, c'est la reprise de tout ça et puis elle dit aux gens de revenir la voir. Je considère que ce n'est pas moi qui suis bon, c'est elle qui est bonne et ça fait partie des médecins spécialisés où on peut rentrer dans le cadre du schéma du parcours médical commun. Et elle voit les gens comme ça. Comme elle est médecin, ça leur coûte pas trop cher alors que les diététiciens le problème, c'est que ce n'est pas remboursé. Les gens y vont une fois ou deux, ça leur coûte cinquante euros et ils disent : « oui c'est bien gentil ce qu'elle me dit mais je suis capable de faire pareil ». Quand ils vous disent ça, vous pouvez être sûr qu'ils vont se louper. Là, elle a l'avantage d'être médecin, elle n'est pas endocrinologue mais il y a toute une partie de la consultation qui doit être à 23 euros et qui est pris en charge. Je ne sais pas comment elle fonctionne, mais il doit rester une marge minimale pour les patients. Les gens y vont et ça marche. Elle doit voir les gens trois, quatre, cinq fois.

Interviewer : D'accord.

Dr 17 : Donc, je fais ma consultation, je tiens les mêmes discours de ce que je viens de vous dire mais j'oriente vers cette personne-là pour me dire : « ce que je veux, c'est d'être performant ». Si je ne le suis pas au 1^{er} degré, autant que elle derrière soit un plus. Alors, je sais qu'elle aime ça, je ne sais pas sous quelle forme elle le fait mais quelque part on sent que ça apporte parce que tous les gens que j'ai vus, le critère que j'ai eu de sa performance, c'est sur la perte de poids. Je me rends bien compte que les gens normalisent leurs bilans souvent et perdent du poids. Du point de vue diététique, c'est qu'elle a dû être bonne, parce que sur le diabète si on perd du poids on est bon. Le cholestérol, ça fait jamais de mal de perdre du poids. Après, par contre il y a un domaine où on est complètement nul dans les facteurs de risque, c'est le tabac. Je n'ai rien contre les tabacologues de l'hôpital mais je veux dire que j'ai tout essayé, les patches, les gommes, le *Champix* et puis l'équipe à P. Je me dis c'est une catastrophe, je n'ai pas un patient qui est sorti d'affaires, c'est un résultat nul. Je n'ai jamais vu quelqu'un arrêter. Les seuls arrêts que j'ai eus, c'est grâce au *Champix*, alors il faut le supporter, il ne faut pas être dépressif. Et il y a des contre-indications bien particulières mais les seuls bons résultats que j'ai eus, c'est grâce au *Champix*.

Interviewer : Et même suite un accident vasculaire ?

Dr 17 : Mais même les cancers du poumon, vous vous dites, c'est dingue. En parlant d'aberrations, les cancéreux du poumons continuent souvent en disant : « Maintenant c'est foutu » c'est-à-dire qu'ils sont pris dans le discours : « j'ai fait quelque chose, donc maintenant c'est trop tard ». Leur logique à eux est complètement différente de la nôtre. Nous, on est (sonnerie de téléphone) dans la démarche de prolonger les gens et de les prolonger dans une rigueur qui est la rigueur du médecin avec un discours qui tient la route. Et puis les gens, ils disent « maintenant que je suis hémiplégique où je ne sais pas quoi, ou une aphasie... »

Il répond.

Dr 17 : Donc même dans les pathologies graves comme les cancers du poumon, les gens n'ont pas la même logique que nous. Nous, on a une logique de survie parce que notre but c'est de faire vieillir les patients et puis on parle beaucoup de survie de centenaires. On n'a pas envie que les gens décèdent même si les gens coûtent chers. Et on sent bien qu'il n'y a plus d'argent dans la sécu et qu'il y a un trou phénoménal, donc c'est un discours qui est encore très ennuyeux. C'est qu'on a envie que les gens vivent longtemps mais les gens, eux, sont dans une logique de « j'ai fait quelque chose ». Selon l'âge qu'ils ont, selon l'environnement qu'ils ont, selon l'amour qu'ils ont autour d'eux c'est-à-dire une femme aimante qui dit « écoute, ce n'est pas grave, on va vivre ensemble, on va s'adapter », il y a des gens qui se laissent complètement aller. Les gens qui ont fait des accidents vasculaires cérébraux quelquefois ils disent « non mais c'est foutu, vous n'allez pas m'interdire de ». Et là, on rentre dans le domaine du privé. On a vraiment l'impression qu'on choque les gens parce que dans notre discours, on est dérangeant tout le temps. C'est une notion délicate, ça on nous l'apprend pas en médecine et je veux dire c'est quelque chose auquel vous allez être confrontée.

Ce qu'il faut, c'est rester pendant trente ans, quarante ans de sa vie toujours aussi performant. Performant c'est à-dire toujours aussi décider à sortir les gens d'affaires parce que si vous dites « bon, si vous voulez continuer à fumer, fumez, si vous voulez ne pas faire attention au diabète, continuez à manger des sucres lents, des sucres rapides, faites ce que vous voulez », vous êtes perdu parce que si vous rentrez dans cette logique, c'est fini, c'est-à-dire que la médecine ne vous motive plus. La seule chose que vous pouvez garder en tant que médecin, c'est une motivation, un discours performant et puis après le rendu de ce discours performant, il est quantifiable difficilement, c'est-à-dire qu'il y a des gens qui vont vous dire « vous m'avez sauvé la vie. Je sens que depuis j'ai récupéré » parce qu'ils ont fait un accident vasculaire qui permet de récupérer. Ils sont contents et ils vous le disent mais la plupart du temps, si vous êtes sérieux et que vous faites les choses bien, les gens vous disent « c'est normal et on n'a pas à vous remercier de quoi que ce soit ». Ce n'est pas qu'on attend un remerciement mais je veux dire par rapport au rendu, on voudrait que de temps en temps les gens nous disent : « c'est bien que vous m'avez parlé comme ça », mais ça, on ne l'entend jamais. On ne peut pas l'entendre. Les gens ne vont pas vous dire : « c'est bien que vous m'avez parlé comme ça. Ça m'a rendu service ». S'ils vont bien, ils vont vous dire : « je vais bien ». S'ils vont mal, effectivement ils vous disent : « j'ai récidivé, je n'ai pas fait attention ». Ils vont peut-être vous dire de temps en temps qu'ils ont fait des excès. Des gens qui vous disent : « je sais que c'est bien fait pour moi parce que vous m'aviez dit que et je ne l'ai pas fait ». On entend que des choses comme ça mais c'est des brides qui vous permettent uniquement de savoir un peu votre rigueur mais qui ne vous permettent pas de savoir si vous êtes performants à 80% dans votre façon d'être. Et je vous dis dans les 3 domaines, diabète, cholestérol. Le cholestérol encore, il y a le problème du régime. Par contre, le traitement pour les lipides est très efficace. Vous mettez les gens sous statines, vous savez que vous êtes très efficace, le LDL qui a baissé, le HDL qui est monté en fonction des facteurs de risques. Les gens peuvent comprendre tout ça parce que maintenant, on leur parle bien des facteurs de risque, l'accident vasculaire, l'âge, l'infarctus. Tout ça, les gens ça leur parle. Tout ça, ça leur parle mais le diabète, on sent bien que c'est quelque chose de très délicat. Vous leur dites : « l'hémoglobine glyquée est à combien ?, vous avez fait votre bilan tous les trois mois », parce que nous pour avoir l'affection longue durée il faut vraiment qu'on soit rigoureux et qu'on dise bien comment on surveille les gens et si on ne le surveille pas bien, le patient peut être supprimé de son affection de longue durée. Ça, on le marque sur les dossiers, on sait très bien qu'il faut le dire aux gens de le faire. Je les fais même scanner les ordonnances de 100%, je les fais à la main et je les fais scanner maintenant pour dire aux gens : « cette ordonnance vous l'avez depuis le mois de mars donc au moins de juin, vous auriez dû faire un contrôle ». C'est le cas du monsieur qui sort d'ici, il l'a faite en février, il est parti en Algérie, il est revenu, mais là, on est au mois de juin, à quatre mois, il n'a toujours pas fait son bilan. Et lui, son seul problème, c'est son impuissance. Il me dit : « il faut qu'on trouve une solution ». Il rentre de deux mois, il voit sa femme, il n'y arrive pas, il est complètement perdu et il voit que ça. Et ça, c'est un facteur de motivation. Chez l'homme, pour le diabétique, pour le cholestérol, pour les accidents vasculaires, c'est un facteur de motivation chez l'homme parce que si on dit à un type : « attention vous êtes diabétique, vous avez du cholestérol, vous risquez d'être impuissant ». Vous vous rendez compte jusqu'où on est obligé d'entrer c'est-à-dire dans un domaine particulier et privé mais il faut rentrer dans le domaine où vous faites peur aux gens. Si vous dites : « vous risquez l'ischémie aigue, l'amputation, même la cécité », les gens ça ne leur parle pas, mais le problème de l'impuissance chez l'homme en tout cas, c'est quelque chose sur lequel on peut s'appuyer. Et ça je l'avais dit à H. que je suis obligé d'aller jusque là pour sensibiliser les gens, notamment les hommes car ils sont encore moins rigoureux que les femmes, pour arriver à leur dire : « vous risquez d'être gêné ». Et là, ça commence à être un discours qui est entendu mais c'est typique lui, il ne vient que pour ça. Il n'a pas compris qu'il y avait une relation entre son diabète et son impuissance. Il veut qu'on lui trouve une solution. (sonnerie de téléphone)

Il répond.

Dr 17 : Voilà, c'est toute la difficulté. Je ne sais pas si les médecins vous disent des choses différentes. Le problème du médecin, c'est qu'on est complètement dans notre cabinet isolé, qu'on n'a jamais, en dehors des EPU où de temps en temps on ose parler parce que ça fait des années qu'on connaît les spécialistes et qu'on commence à se connaître ensemble avec les médecins mais c'est vrai que souvent les médecins ont une forme de réticence à montrer leur manque de performances. Le manque de performance c'est-à-dire dire : « je sais très bien que j'ai des patients qui ont des hémoglobines glyquées à 10 », donc on se dit qu'on n'est pas bon. Et en soirée, on n'ose pas dire : « tiens à propos qu'est-ce que tu penses du fait que je gère les patients comme ça et j'ai quand même 10 malgré qu'il soit sous *Metformine* plus *Sulfamides* plus maintenant les nouveaux traitements ». De temps en temps, vous vous dites : « je ne suis pas performant » et les médecins n'osent souvent pas poser ces questions là parce que c'est une forme de démonstration que l'on n'est pas performant. Et c'est très désagréable car en temps que médecin, on a toujours l'impression qu'on est performant et il y a des limites quand vous parlez de ce problème là, mais on peut en aborder des tas d'autres. Et cette enquête est intéressante car vous devez vous rendre compte qu'on a tous les mêmes difficultés. Par contre, ce qui serait intéressant dans votre conclusion, c'est de nous faire passer l'information de comment être plus performant. En tout cas, pour la bouffe j'ai trouvé la solution et les Docteurs H. et B. ont trouvé aussi, ce sont les services de diététique mais ce n'est qu'à un moment ponctuel. Et ce qui serait intéressant, c'est de les remonter aux spécialistes c'est-à-dire il faudrait un suivi parce que le problème de l'information lorsque vous la donnez à un moment avec des séjours en diététique, comme ils sont faits à l'hôpital, c'est que quand les gens y vont, ils y sont bien, ils ont compris pendant quelques temps et puis le naturel revient très vite. Il y a un phénomène d'échappement qui fait qu'il y a des gens qui ont des taux qui remontent et il faut les remotiver. Et pour les remotiver, et c'est comme les vaccins, il faut des cures de rappel.

Interviewer : Vous avez parlé des statines, comment trouvez-vous l'observance thérapeutique ?

Dr 17 : L'observance thérapeutique en matière de statines, elles est très ennuyeuse car les gens savent que les statines donnent des douleurs musculaires et ça c'est un piège. Quand ils la prennent ça marche très bien mais le problème c'est que les gens maintenant lisent les effets indésirables. Et puis, depuis les problèmes avec le *Médiateur* et tous les produits comme *Actos* qui ont été supprimés, les gens ils sont d'une méfiance extraordinaire. Donc ce qu'ils font, ils lisent les effets indésirables et dans les effets indésirables, il y a douleur musculaire. Quand vous voyez quelqu'un qui à 60 ans et qui a un médicament que ce soit le *Tahor*, le *Crestor* ou n'importe quelle statine, vous lui donnez ça, forcément que les gens ont des douleurs musculaires ou osseuses de temps en temps. Mais (sonnerie) pour arriver à leur dire, ces douleurs osseuses elles existaient avant, c'est des douleurs liées à votre âge, à votre arthrose, votre boulot, à une tendinopathie, les gens systématiquement : « non je ne le prends plus votre traitement parce que j'ai un copain qui a dit que ». Donc, c'est galère.

Il répond.

Dr 17 : Les statines quand les gens les supportent, ça marche remarquablement bien. Le seul problème que j'ai eu et ça devient la molécule de référence en matière d'hypercholestérolémie quand il n'y a pas de triglycérides associés, j'ai eu qu'un cas de pancréatite démontrée et hospitalisée. C'est dingue parce que les gens ils épluchent tout maintenant. Ça va être la difficulté que vous aurez en étant médecin par rapport à la difficulté que j'ai eu jusqu'à présent, c'est que les gens lisent tout. Ça a toujours été vrai mais c'est encore plus vrai avec internet. C'est vraiment vrai depuis qu'on entend que tous les médicaments peuvent être dangereux alors vous ne prescrivez plus rien. Ils viennent avec l'ordonnance même sans consultation, ils viennent amener l'ordonnance à la secrétaire en leur disant : « de tout ça, quels sont les médicaments que je peux vraiment prendre sans risque ». Vous entendez, sans consultation, uniquement pour savoir effectivement quels médicaments sont sur les listes et pas sur les listes. Donc, ça va être compliqué dans le temps. Vous avez de belles années devant vous mais continuez, c'est trop beau. Mais il faut avoir les nerfs solides. Entre les difficultés de votre rendement dans le discours et puis tout ce que les gens remettent en cause parce que dès

qu'il y a un effet particulier, c'est le médicament que vous donnez. Les gens ne se remettent jamais en question, c'est toujours le médecin et les médicaments. Les gens se couvrent là derrière. Vous pouvez demander aux secrétaires parce que des fois, elles essayent de déblayer le terrain mais c'est épuisant. C'est fou comme les gens sont méfiants. La médecine, alors les médicaments, et forcément les médecins parce qu'ils sont prescripteurs, les laboratoires alors maintenant c'est vrai les gens vous parle de Servier comme on vous parle du boulanger du coin. Les gens sont au courant de tout. Ça devient dramatique parce qu'il faut tout démontrer. Donc c'est la consultation médicale, le travail dans le cadre d'un accident vasculaire, la prévention secondaire et comment on fait et puis, tout ce qu'on fait à justifier. C'est coton.

Interviewer : Comment trouvez-vous la communication avec les spécialistes neurologues en ville et à l'hôpital ?

Dr 17 : (il souffle) Les neuro de ville, c'est facile mais la plupart du temps, quand les gens ont fait des accidents vasculaires, ce sont des neuro hospitaliers parce que souvent sur des accidents ischémiques, il y a un délai important où il faut considérer que plus on intervient tôt, plus on limite les séquelles. J'ai encore lu un article dessus. Donc, on a intérêt à dire aux gens : « allez vite ! » et on ne peut pas passer par un neurologue de ville parce qu'il va faire le diagnostic et l'envoyer à l'hôpital. Donc, on passe par les hospitaliers mais après on a un courrier très longtemps après. Le service de neuro c'est quand même assez lamentable parce que j'y suis allé pour voir des patients et ça fait peur de temps en temps. C'est vrai il y a peut être des services de pointe comme celui à l'époque (ça frappe à la porte) du Pr Hommel qui voulait mettre un service de vasculaire, je ne sais pas si ça c'est fait, c'était il y a 10-15 ans. Mais, on avait entendu parler qu'il fallait s'occuper des gens très vite (il se lève et va ouvrir) et puis en fait, ce n'était pas si important que ça parce que ça ne change pas trop la façon de faire. Et puis là récemment, les derniers articles que j'ai lu dans le Généraliste ou le Panorama du médecin où il disait que c'était très important et qu'il fallait être le plus précoce possible. Donc, je vous dis je ne sais pas du tout où ils en sont au niveau de l'hôpital parce qu'on n'est pas en rapport avec ces gens là constamment. On envoie nos patients mais la relation est bonne à un moment donné. Le discours, il est « faites attention au niveau des facteurs de risque » et à partir de là, on se retrouve avec une ordonnance et puis on repart entre l'ordonnance du cardiologue parce que les gens sont déjà suivi par le cardiologue, la nôtre, celle de l'hôpital, il faut faire un mixe de tout ça et on repart là dessus (sonnette de porte). Bon, la communication n'est pas excellente parce qu'on a un courrier mais on ne les a jamais. Si vous me demandez le nom des neurologues vasculaires de l'hôpital, je vous dis j'ai connu Mr Hommel il y a quelque temps, je connais ceux qui s'occupe de l'Alzheimer parce que ça devient la pathologie montante et il y a vraiment des référents et on travaille avec eux. Mais on se rend vraiment compte que ces gens là on ne les a jamais vus, ils ne font pas de soirées médicales d'information, on ne les voit jamais, donc à part les neurologues de ville qui font de temps en temps des soirées sur le Parkinson, sur la Sclérose en Plaque avec B.. Non, c'est très rare, les neurologues ne sortent pas. Autant H. sortait pour le diabète, autant des services sortent beaucoup mais l'hématologie sort très rarement et le service de neuro ne sort jamais. Donc quand vous demandez au médecin ce qu'il pense d'un service, ce n'est pas par l'hospitalisation par elle-même parce que si vous y allez vous trouvez que ça fait peur d'entrer en neuro parce que c'est vrai ce sont des services vous entendez crier de partout. Il y a des déments à droite, à gauche, les gens ne retiennent que ça et la prise en charge c'est un courrier par l'interne et puis après ça se termine comme ça. Donc je ne saurais même pas vous citer un neurologue qui s'occupe des accidents vasculaires. Vous travaillez avec eux ?

Interviewer : Oui, on en parlera après.

Dr 17 : Oui c'est intéressant que vous me donniez des informations. Je suis méchant mais non je ne suis pas méchant, je suis réaliste parce que je me suis dépassé pendant des années à l'hôpital pour garder des contacts avec et puis au bout d'un moment vous travaillez tellement que vous n'avez plus le temps d'y aller et c'est vrai que si vous n'y allez pas mais comment je peux avoir des informations. Mais quand on connaît un interne, un assistant pendant un certain temps mais ces gens là, ils tournent, ils partent. Si, il y a le chef de service mais ce n'est pas avec eux qu'on travaille,

on n'ose pas trop les déranger ces gens là, on les laisse dans leurs tours d'ivoire et c'est bien. Mais, on aimerait avoir quelqu'un qui soit vraiment référent qu'on puisse appeler rapidement. Pour les accidents vasculaires, il y aurait un numéro, parce que si vous passez par les urgences, les gens vont trainer encore deux heures, le temps que le neuro arrive. Le délai honnêtement entre le temps qu'on voit les gens, le délai aux urgences et le fait de passer dans le service de neuro et de commencer le traitement, je pense que le délai de quatre heures tel que je l'ai lu récemment. Je me dis que si c'est vraiment ça l'espoir de diminuer les séquelles, combien de fois on est dedans. Alors entre ce que l'on écrit dans un bel article publié pour les généralistes et puis, ce qu'on fait en pratique parce qu'il y a toute une inertie, un manque de communication. Dès qu'on a vu les gens, il y a une facilité d'aborder qui est complètement différente. Mais on ne les connaît pas et je ne pense pas que les autres les connaissent. Tous les gens qui travaillent comme moi à plus de 40 par jour, manifestement on ne peut pas. Moi j'y allais le soir avant, maintenant je n'y vais presque plus en EPU parce qu'on finissait à 1 heure du matin pour commencer le lendemain matin à 8 heures. Vous avez fait ça pendant 30 ans. Il y a un moment donné, vous vous calmez.

Interviewer : Justement, quelles sont vos sources d'informations pour vous remettre à jour ?

Dr 17 : Je lis beaucoup les courriers des spécialistes lorsqu'ils sont de qualité ce qui est le cas des neurologues et puis beaucoup les lectures de journaux parce que j'ai des journaux médicaux toute la semaine et c'est vrai que je lis ça tous les week-end, tous les articles récents.

Interviewer : Il existe des recommandations de l'HAS sur la prévention vasculaire de l'accident vasculaire cérébral datant de 2008. J'aurais aimé savoir si vous les connaissiez ?

Il lit

Sonnette de porte

Dr 17 : Oui je suis tout à fait d'accord, je pense qu'il n'y a rien de nouveau. C'est vrai que 14 de tension pour le patient classique, 13 pour un diabétique je suis d'accord. Je ne vois pas d'autres éléments à préciser. Je pense que tout est abordé là dedans. La sédentarité, l'activité sportive, c'est précisé. Qu'est-ce qui peut être dit de plus ? Avez-vous abordé le problème de, il faut bien préciser le syndrome d'apnée du sommeil dans les hypertensions dans les bilans parce qu'il faut être en dessous mais on a souvent des gens qui ne sont pas contrôlés correctement parce qu'ils ont un syndrome d'apnée du sommeil qui n'a jamais été bilanté. Moi, on ne m'a jamais parlé d'apnée du sommeil, donc c'est vraiment quelque chose que j'ai dû intégrer comme un élément nouveau. Non, mais je suis d'accord là-dessus. Je ne modifie rien là dessus.

Interviewer : Quelles ont été les informations qui vous ont manqué dans la prise en charge de patient qui a eu un AVC ?

Dr 17 : Non sur la prise en charge au départ. Nous c'est plus la prise en charge, comment gérer le patient à domicile, donc c'est plus la prise en charge secondaire après, comment on gère quelqu'un qui est tout seul chez lui, qui a besoin d'une infirmière, d'un kiné, d'une orthophonie et tout ça. C'est plus compliqué parce que manifestement, il faut mettre en place tout ça rapidement parce que les gens ils sortent d'un seul coup de l'hôpital, les choses ne sont pas mises en place qu'on délègue au médecin généraliste et les familles derrière nous appellent en disant « mais comment on va faire, il est tout seul, il faut modifier sa salle de bain, ses escaliers ». Il y a plein de choses comme ça, « Est-ce que les infirmières elle peuvent passer pour contrôler ses médicaments le matin, le soir ? ». Donc toute cette mise en place est compliquée parce que le reste, le côté médical on sait le gérer mais le côté médico-social où il faut gérer ces problèmes là. C'est toute la difficulté des gens qui sont seuls, si les gens sont en couple avec quelqu'un qui est très aimant et qui ne prend pas de recul parce que d'un seul coup, vous vivez avec quelqu'un qui est considéré comme un adulte handicapé, il y a des gens qui ont du mal. Des femmes qui partent ou des hommes qui quittent au même titre que quelqu'un qui a un cancer du sein. Il y en a qui divorcent énormément dans toutes les pathologies comme ça. Dans les accidents vasculaires souvent c'est vrai que si il y a beaucoup d'enfants dans la famille avec des filles qui

peuvent assumer leur papa ou autre mais c'est vrai que souvent c'est très délicat. Quand on a ça, d'un seul coup, on a sent que l'on pose une bombe dans une famille et qu'il va falloir tout réorganiser.

Interviewer : Et la communication avec les autres professionnels de santé ?

Dr 17 : Elle est bonne mais le problème ça vous demande beaucoup de temps. Il faut que les gens soient disponibles, les infirmières sont sur bookées. Elles sont bien payées dans les actes de toilettes et je crois que cet acte elle l'aime parce que c'est un acte les mieux payés. Mais il faut trouver les équipes qui puissent tourner. Et c'est vrai qu'on aimerait pour quelqu'un qui sort d'hospitalisation, soit mis pendant un certain temps en hospitalisation à domicile sous structure hospitalière sur un mois pour qu'on ait le temps de prendre le relais. Mais là les gens, ils sortent, on n'a pas encore reçu le mot de l'hôpital, alors c'est le problème parce qu'il y a un délai entre la sortie d'hospitalisation et le courrier qui va arriver quinze jours après. Et les familles, elles sont là dès que le patient est sorti en disant « alors qu'est-ce qu'on fait ? ». Alors je leur dis que je ne suis pas au courant de ce qu'il a fait parce que souvent on n'est pas au courant, ça c'est passé la nuit, un weekend, le médecin de garde et puis d'un seul coup, on vous dit « il arrive demain ». Il faudrait des structures de type HAD pendant quelques temps qu'il y est une infirmière de l'hôpital, un kiné de l'hôpital. Nous, on est informé entre temps et là, on met en place nos structures locales. Et ça c'est un piège, à gérer ça au quotidien. Vous vous dites : « putain un accident vasculaire ». Quand on en voit un en tant que pathologie, on considère que c'est à la fois une belle pathologie parce qu'on sent que c'est de la vraie médecine mais derrière vous êtes complètement coincé, vous vous dites mais « qu'est-ce qu'on va faire du patient ». Parce que dire au gens « il faut changer de maison, si vous habitez au 5^{ème} étage sans ascenseur, il faut trouver quelque chose », ça ne se trouve pas du jour au lendemain. Vous n'avez pas de solution miracle. Et les services sociaux, et là aussi les numéros des services sociaux de Sassenage en leur disant : « bougez-vous rapidement ? », « oui, oui on passera, on fera une enquête pour savoir les besoins de... ». L'APA, la demande d'aide personnalisée, du coup les gens n'ont pas de finances il faut faire une APA mais les APA ça demandent parfois six mois un an pour avoir un accord. Et après « est-ce que le patient va vivre ou pas », on n'en sait rien parce qu'il peut récidiver. Donc parfois c'est très long, les démarches sont longues et il y a une inertie phénoménale. C'est très délicat car les familles veulent quelque chose de rapide. Moi je suis réactif car je travaille avec deux secrétaires, je me suis mis des conditions de luxe pour aller vite et bien mais malgré tout, elles y perdent une énergie phénoménale. Les gens ils viennent des fois : « il vient de sortir, on vient vous dire que... », on n'a pas de courriers, on a rien.

Interviewer : Dans les suites de la thèse, on aimerait élaborer un outil qui serait un outil d'information pour le patient et un outil de suivi pour le médecin. Qu'en pensez-vous ?

Dr 17 : Si vous arrivez à pondre quelque chose qui soit vraiment pédagogique c'est-à-dire quelque chose qui à la fois soit pratique, qui puisse être compris par tout le monde parce que tout le monde n'a pas un QI d'emblée énorme et ensuite lorsque vous avez fait un AVC, vous êtes tellement diminué et dépressif, que votre QI il est ce qu'il est mais, vous avez un côté dépressif parce que tous les gens sont dépressifs après, au moins pendant quelques temps avant que tout soit mis en place. Vraiment, ils ont l'impression que quelque chose leur tombe sur la tête. C'est comme si vous annoncez à quelqu'un qu'il a un cancer et qu'il lui reste plus que six mois à vivre, les gens ils sont sidérés donc à un moment donné, il faut un outil pédagogique qui soit clair, simple, utilisable par le patient, par la famille et par le médecin et qu'on puisse éventuellement quantifier tout les trois pour voir où en est le patient à un moment t, c'est-à-dire quelque chose qui soit un suivi longitudinal sur six mois un an parce qu'au bout de un an, les choses sont à peu près mis en place. Il y a des gens qui vont agir très vite et puis d'autres vont mettre un temps fou.

Interviewer : Et comment faites-vous face aux troubles dépressifs ?

Dr 17 : Moi, je suis toujours très optimiste. Quand je vois quelqu'un qui a eu un accident vasculaire, je dis : « Ne vous inquiétez pas, on va mettre en place tout ça » parce que plus on met en place rapidement, plus les gens sentent que dans la logique qu'on a, les choses se mettent vraiment en place si on peut le faire, et donc le fait qu'il y a un kiné

qui passe, que les gens voient qui récupèrent leurs jambes si ils sont hémiparétiques : « tiens je recommence à marcher, tiens je me tiens un peu plus debout ou je suis capable de sortir d'aller jusqu'au jeu de boules ». Il y a des choses qui se mettent en place. Si vous êtes réactif et que les gens vont mieux, tout de suite le côté anxio-dépressif va passer. Mais il faut que vous soyez conforme dans votre discours c'est-à-dire si vous dites : « Ne vous inquiétez pas », et puis que six mois après, les choses ne sont pas mises en place, forcément la personne se voit se dégrader. Et donc là le syndrome anxio-dépressif, on peut le traiter mais logiquement nous quand on voit des accidents vasculaires, on essaie de ne pas mettre les gens sous antidépresseurs parce que au bout d'un moment, il y a d'autres signes qui apparaissent. On aime bien rester simple et voir comment la personne réagit. C'est comme après un deuil, on dit qu'il ne faut pas mettre sous antidépresseurs parce que c'est une phase normale de la vie. Il faut l'accepter et il ne faut surtout pas donner des antidépresseurs. Pour l'accident vasculaire, il y a une logique qui est « j'ai fait quelque chose, je n'ai pas eu de chance, je me prends en charge, on m'aide et je dois aller mieux » mais il faut que ce soit naturel. Et il n'y a pas de psy qui s'occupent de ça. Honnêtement je connais plein de psy, je n'ai jamais envoyé quelqu'un pour un accident vasculaire chez un psy même si il n'est pas bien. Pourquoi ? Parce que je me dis que les gens doivent réagir et que je ne connais pas un psy qui serait capable de gérer correctement en disant « oui vous avez fait un AVC », parce qu'autant sur un deuil, sur la perte d'un enfant ou un adulte, on peut considérer effectivement qu'il y a une sorte de travail. L'accident vasculaire, je pense que c'est le patient qui peut rebondir avec son médecin et sa famille sur « je vais mieux », « j'accepte de » et « je vis avec » mais ça ne peut pas être traité par un psy qui va nous donner d'un seul coup des médicaments parce que les gens ont du mal à se déplacer, les gens sont handicapés, il faut des bons de transport, que ça coûte cher, ce n'est pas rembourser les psychologues, comme les diététiciens tout à l'heure. Donc, tout ça fait des frais et les gens ont beau être à 100%, quand ils sont à 100%, ils ne veulent plus rien payer aussi donc il faut que ce soit dans cette logique là. Autant l'entretien du médecin c'est bon, aller voir quelqu'un, ce n'est pas bon parce que manifestement ça leur coûterait une fortune. Je gère ça dans l'urgence, dans la rapidité des structures que je mets en place mais pas dans les médicaments. Jamais, jamais.

Interviewer : Avez-vous des choses à rajouter ?

Dr 17 : Non, j'ai à peu près tout dit.

Entretien N°18 (E18) du 28/06/2011

Interviewer : Je vais commencer l'entretien par vous demander le nombre de patients que vous suivez ayant eu un AVC ou un AIT ?

Dr 18 : Qui ont eu et qui sont toujours vivants ?

Interviewer : Oui.

Dr 18 : Je ne sais pas. Je dirais de l'ordre de ...(il réfléchit). Qui ont eu un AVC ou un AIT, je dirais de l'ordre de la cinquantaine.

Interviewer : Et combien de nouveaux patients ont fait un AVC ou AIT dans l'année 2010 ?

Dr 18 : En 2010, je dirais de mémoire quatre. Quatre AVC me reviennent à l'esprit et les AIT ou supposés AIT ou les malaises hospitalisés pour bilan d'AIT, il s'est avéré pour certains, c'était des tumeurs ou des troubles du rythme. Je dirais quatre ou cinq aussi pour les AIT. Donc, sept, huit en tout.

Interviewer : Quelles étaient les étiologies ?

Dr 18 : Parmi les quatre dans mon esprit, un était un AVC hémorragique et il est décédé. Les trois autres étaient des AVC ischémiques.

Interviewer : D'accord. Vous souvenez-vous des causes précises ?

Dr 18 : Alors, pour l'AVC hémorragique, il n'y a pas eu d'autopsie. On ne sait pas si c'était une malformation ou autre chose. Les trois ischémiques étaient des causes emboligènes. Deux étaient des AC/FA et le troisième est un patient polyvasculaire avec une étiologie probablement vasculaire et emboligène pour son AVC.

Interviewer : Nous allons discuter sur les origines athéromateuses. Donc, les traitements par anti-vitamine K, on ne va pas l'aborder. Souvenez-vous avoir ressenties des difficultés dans le suivi de ces patients après avoir eu l'AVC ?

Dr 18 : En sortie d'hospitalisation... (Il réfléchit). Les patients ont bien été pris en charge puisqu'ils sont passés par le centre de réadaptation fonctionnelle à l'hôpital Sud. Et le gros problème, c'est le problème de la réadaptation fonctionnelle dans la vie de tous les jours. Vous voulez d'un point de vue médical ou social ?

Interviewer : Vos difficultés quelque soit la nature ?

Dr 18 : Mes problèmes à moi, ce sont surtout des problèmes socio-économiques. Sur les quatre AVC ischémiques, trois étaient encore en activité, donc c'étaient des patients relativement jeunes : un très jeune 49 ans, un qui a une cinquantaine d'années et les deux autres qui ont plus de 60 ans. Pour les deux qui étaient en activité professionnelle, s'est posé un réel problème de réinsertion professionnelle et avec toute la pléiade de complications par lesquelles on est passé. On est passé par du mi-temps thérapeutique, ensuite on a envisagé une reconversion professionnelle avec toutes les difficultés à ce niveau. Un des patients est à la retraite donc le problème ne se posait pas et l'autre patient est un artisan encore en activité et qui a dû malheureusement arrêter son activité de par sa pathologie. Ce sont les difficultés principales du médecin. La thérapeutique, elle a été faite à l'avance. L'ordonnance est faite, donc nous n'avons pas de surprise à ce niveau là. Pour nous, le suivi médical est relativement simple pour les AVC. Ce qui est plus compliqué à prendre en compte, ce sont les petites complications liées aux séquelles, la spasticité, les troubles aphasiques, les troubles moteurs pour lesquels il faut trouver des solutions médicales de temps en temps. La spasticité est un problème important pour lequel on n'a pas de solution réelle et ça pose des vrais problèmes dans la vie de tous les jours. Les patients viennent voir les médecins généralistes, plus que le neurologue pour leur parler de leur raideur matinale, de leurs crampes, de leurs problèmes dus à la spasticité et on est un peu dépourvu en thérapeutique. La rééducation a ses limites donc une fois qu'ils ont fini leur séjour aux CHU et en centre de rééducation, on voit bien que la rééducation est assez limitée. Elle a un rôle dans le maintien et dans le renfort pour éviter justement qu'il y ait des rechutes fonctionnelles mais on n'attend plus grand chose en particulier dans les 6 mois après l'AVC. Et d'un point de vue thérapeutique, on est bien armé maintenant pour palier à des pathologies hypertensives ou autres.

Interviewer : Vous avez parlé de rééducation, comment trouvez-vous la coordination avec les autres professionnels de santé qui s'entourent autour du patient qui a eu un AVC ?

Dr 18 : Donc ici, on a tout ce qu'il faut. Nous n'avons pas d'ergothérapeute mais nous avons des kiné qui sont assez efficaces dans la prise en charge de ce genre de pathologie. On a plusieurs orthophonistes. Il y a même une école d'orthophonistes ici. Nous sommes assez bien équipés ici, on est assez satisfait de notre environnement paramédical. Les paramédicaux nous semblent bien impliqués dans la prise en charge. Ils sont assez sensibles. Nous ce qu'on souhaiterait plutôt, c'est d'essayer de sensibiliser les patients en amont sur les facteurs de risques cardio-vasculaire. Je crois que c'est là-dessus qu'il faut travailler le plus.

Interviewer : Justement cette prévention des facteurs de risque cardio-vasculaire, comment l'abordez-vous après un AVC ?

Dr 18 : En post-AVC, les patients ont une ordonnance bien établie qu'on réajuste de temps en temps. On voit bien qu'il y a des protocoles : pas plus tard que la semaine dernière, un monsieur de 83 ans est sorti avec une statine, un *Tahor* à 80mg. Au bout de trois jours, il ne peut plus marcher, donc il faut savoir parfois réajuster les traitements. Sur

la prévention, c'est vraiment en aval que tout se joue. Après l'AVC, on repasse une touche derrière et on essaie de veiller à ce que les gens suivent leur traitement et puis continuent à avoir une abstinence tabagique ou de surveiller les autres facteurs de risque cardio-vasculaire.

Interviewer : Avez-vous noté une mauvaise observance thérapeutique chez ces patients ?

Dr 18 : Particulièrement dans l'AVC, je pense que l'AVC a suffisamment ébranlé le patient et qu'il est pris conscience d'une pathologie lourde et séquellaire. Et en règle générale, ils observent bien leur suivi médical ainsi que l'abstinence tabagique en particulier. De mémoire, je n'ai pas de patient qui est repris un tabagisme actif dans ma patientèle. J'en ai quelques uns qui n'ont jamais cessé. Par exemple, j'en ai deux qui n'ont jamais cessé et qui ont fait un AVC.

Interviewer : Les patients sont-ils conscients de la récurrence ?

Dr 18 : Oui je crois qu'ils ont une épée de Damoclès sur la tête. C'est pour ça que je vous dis que la plupart sont observants sur la thérapeutique, en particulier les thérapeutiques anti-hypertensives où on leur a fait peur sur la corrélation entre l'hypertension artérielle et le risque de faire un accident vasculaire cérébral. A ce niveau là, je pense qu'ils sont assez sérieux sur le suivi médical. Bon, on a toujours quelques patients qui échappent à tout, qui se négligent complètement. Mais en règle générale, mes patients qui ont eu un AVC sont assez rigoureux dans leur suivi médical. Autant ils ne devaient pas l'être auparavant, autant l'AVC leur a fait suffisamment peur, plus que l'infarctus du myocarde ou le diabète. Le problème du diabète, c'est qu'on n'arrive pas à éduquer les patients sur les facteurs de risques cardio-vasculaire, sur la nécessité de maigrir, de ne plus fumer, de surveiller sa tension artérielle parce que c'est une maladie longue et insidieuse alors que l'AVC est une maladie aiguë, brutale avec des séquelles immédiates et visibles qui font peur aux patients.

Interviewer : Cette conscience se rencontre aussi chez les patients qui ont fait un AIT dont les symptômes ont totalement régressé ?

Dr 18 : Oui les patients qui ont eu un AIT ont eu peur. Je crois que la neurologie fait peur. Ce côté un peu mystérieux du cerveau fait peur aux patients. Le fait de perdre le contrôle de leurs mouvements, de leurs paroles surtout la parole, ils se rendent compte qu'ils ne peuvent plus parler. C'est un élément stressant qui fait que par la suite ils sont assez sérieux.

Interviewer : De quoi vous parlent les patients lors des consultations ?

Dr 18 : Pour les AIT, pas grand chose, ils ont repris une activité pleine et entière. On les encourage à avoir une activité physique, ce qu'il leur permet de perdre du poids, d'avoir un meilleur contrôle sanitaire. En ce qui concerne ceux qui ont fait un AVC et en particulier un AVC séquellaire, ce qui revient au devant, ce sont les difficultés du handicap et les difficultés de la vie de tous les jours. C'est vraiment une problématique pour laquelle on est dépourvu parce qu'on n'a pas de solution. En plus, on a un plateau plutôt limité et les patients n'ont pas grand choix pour changer de profession.

Interviewer : Quelles sont vos sources d'informations pour remettre à jour vos connaissances ?

Dr 18 : Sur le plateau du Vercors, on a différentes sources. On fait presque tous de la médecine d'urgence parce qu'on est éloigné du centre médical. Par le biais de l'association de médecins de montagne, on a une association qui nous forme et en particulier, on est devenu « médecin correspondant SAMU », ce qui nous permet d'avoir du matériel médical et d'avoir accès à des drogues hospitalières et en même temps d'avoir une formation médicale en particulier sur les gestes d'urgences. On a un deuxième accès à la formation médicale par le biais d'une association qu'on a formé sur le plateau du Vercors qui s'appelle l'APLS qui est une association des médecins mais également des paramédicaux grâce à laquelle on organise des soirées de formation qui peuvent être aussi multidisciplinaires. Et après, chaque médecin a sa liberté propre. En ce qui me concerne, j'utilise pas mal Internet et les différents sites

médicaux et la presse médicale un petit peu. Et parfois, je me déplace sur Grenoble pour suivre les EPU qui m'intéressent.

Interviewer : Il existe des recommandations de l'HAS sur la prévention vasculaire de l'infarctus cérébral et de l'AIT datant de 2008. Je vais vous les montrer. Les connaissez-vous ?

Dr 18 : C'est l'HAS. (Il lit). Oui je les ai lues. La PA inférieure à 140/90, c'est évident. Et je crois que maintenant les nouveaux objectifs sont plus bas, il y a des nouvelles études qui viseraient des chiffres plus bas. Il m'a semblé le voir dans la littérature. Le bilan lipidique, c'est évident. On est bien conscient d'avoir un LDL-cholestérol autour de 1g/l quand il y a déjà eu un accident. Le diabète, l'objectif de PA, c'est évident. Le tabac, oui. L'alcool, oui. L'obésité, oui. L'activité physique, oui. Donc tous ces éléments de prévention, on essaie de les connaître et de les appliquer.

Ensuite il continue et lit les traitements spécifiques.

Interviewer : Au début de l'entretien, vous avez parlé d'éduquer le patient et vous avez dit qu'avec le diabétique c'était dur.

Dr 18 : Le diabétique, c'est compliqué. Alors le diabétique qui a fait un AVC ça va beaucoup mieux. L'AVC est un bon moyen pour éduquer les patients, enfin c'est l'impression que j'en ai. Le diabétique, on a beaucoup de mal à l'éduquer parce que c'est une maladie insidieuse et le diabète de type 2, on n'est pas arrivé là par hasard. Ce sont souvent des gens en surcharge pondérale et en manque d'activité physique et chez qui il est compliqué d'expliquer qu'un changement radical de leur mode de vie est indispensable chez eux.

Interviewer : Que pensez-vous de l'éducation thérapeutique du patient ?

Dr 18 : Je pense que c'est l'avenir de la médecine. En France, on a une part énorme de nos prescriptions qui sont sur la thérapeutique plutôt que sur la prévention. Ce serait plutôt l'inverse qui serait nécessaire, on en est tous bien conscients. Après il faut éduquer les patients et peut-être aussi les médecins, leur apprendre à éduquer les patients parce que c'est une vraie éducation qu'il faut faire. Ça ne se fait pas par hasard, il faut savoir le faire.

Interviewer : Y a-t-il eu des informations qui vous ont manquées dans l'AVC en général ?

Dr 18 : Des informations, je dirais, non. Ce qui nous manque, c'est la facilité d'accès à un correspondant ou un expert ou un avis spécialisé par téléphone. Le neurologue de garde n'est malheureusement pas toujours joignable et on a parfois des décisions pour lesquelles on aimerait un avis téléphonique. Alors je sais que l'hôpital c'est compliqué et ce n'est pas facile d'être aux fourneaux et aux moulins. De premier abord c'est ce qui me manquerait le plus dans mon exercice de tous les jours.

Interviewer : Le but de la thèse est d'améliorer la prise en charge d'un patient qui a eu un AVC et on aimerait élaborer un outil pédagogique qui serait un outil d'information pour le patient sur la maladie, le mécanisme, le traitement et aussi un outil de suivi pour le médecin. Pensez-vous que ça peut être utile ?

Dr 18 : Je pense que tout bon outil bien pensé peut être utile. Il ne faut pas que ce soit une fiche de plus que les patients oublieront dans leur pilulier ou leur classeur. Si vous voulez faire un outil d'aide au suivi, je pense que dans un premier temps, un suivi téléphonique des patients serait intéressant pour vous rendre compte de l'efficacité de votre appareil de suivi. On le voit bien avec le réseau des insuffisants cardiaques, il y a un suivi téléphonique qui se fait où les patients adhèrent vraiment à ça. Et est-ce qu'un réseau ne serait pas utile en neurologie ? Un réseau de suivi des patients, peut-être plus qu'une fiche de renseignement ou de suivi. Un vrai réseau et un vrai suivi. Le réseau de l'insuffisance cardiaque marche très bien. Le patient y adhère bien et ce réseau a une vraie aide pour les patients dans leur suivi médical, dans leur aide au quotidien pour des décisions médicales, de suivi de prise de poids, une aide diététique et alimentaire.

Interviewer : Donc un suivi avec un réseau vous paraît plus approprié ?

Dr 18 : Oui parce que des fois les patients n'ont pas tout le temps à leur disposition leur médecin traitant qui passe les voir régulièrement. Pour le réseau de l'insuffisance cardiaque, ils savent que le réseau les suit au quotidien et s'ils ont

une question, ça peut être une question toute bête de savoir par exemple, s'ils peuvent mettre du sel ou alors, dans cet aliment s'il y a du sel ou si le fait d'avoir pris un kilo, c'est grave. Pour toutes ces questions, ils ont accès à ce réseau. Ils peuvent l'interroger et ils ont une réponse rapidement. Les patients sont contents et j'imagine l'équivalent pour les patients AVC. Il pourrait avoir une infirmière collaboratrice qui les renseignerait sur les associations de traitements, sur les problèmes de spasticité et etc. Le réseau pourrait aussi suivre une patientèle un peu à risque. Après je sais que c'est quelque chose de pas facile à mettre en place.

Interviewer : Avez-vous des choses à rajouter ?

Dr 18 : Non. Les AVC pour nous c'est quelque chose qui heureusement est de plus en plus rare en médecine générale. Je me rappelle quand je me suis installé dans les années 90, on ne passait pas une semaine sans avoir au minimum, deux ou trois AVC ou infarctus. Maintenant quand on en a un tous les quinze jours ou tous les mois, c'est le maximum. Donc on voit que la prévention fait de l'effet. Maintenant, on se rend bien compte également qu'il y a beaucoup de cas où les patients passent à la trappe. Et puis, il y a encore des patients à rechercher. Le diabète, c'est une population vraiment à part. Le diabète en médecine générale, c'est la pathologie numéro 1 à tous les niveaux. Les patients sont difficiles à prendre en charge et n'ont pas conscience de la gravité de leur maladie parce que c'est une maladie insidieuse qui évolue à bas bruit. Et je crois que si on pouvait plus éduquer les diabétiques, on garderait sur tous les plans dont celui de l'AVC. Telle sera ma conclusion.

Entretien N°19 (E19) du 28/06/2011

Interviewer : Je vais commencer l'entretien par vous demander le nombre de patients que vous suivez victime d'AVC ou d'AIT ?

Dr 19 : ... (elle réfléchit)

Interviewer : Grosso modo.

Dr 19 : Je vais dire une vingtaine.

Interviewer : Et durant l'année 2010, pouvez-vous me dire le nombre de nouveaux cas d'AVC ou AIT ?

Dr 19 : 3. Ça m'est difficile.

Interviewer : Les avez-vous en tête ces patients ?

Dr 19 : Je n'ai pas eu d'AVC, c'est sur. J'ai eu des AIT. En gros, des histoires un peu bizarres chez des gens poly vasculaires. J'ai deux cas où on a fait le diagnostic sur l'IRM mais où ils n'ont pas eu de symptôme, donc on a conclu à des AIT. Ces deux-là, je les ai en tête. J'aurais dû regarder avant dans les dossiers.

Interviewer : En général, quelle est la cause la plus fréquente ?

Dr 19 : Y en a un, on a découvert une thrombose complète des carotides donc, il y a eu une supplémentation qui s'est mise en place. Un autre a fait des troubles aphasiques pendant quelques minutes et il a été bilanté au CHU. Il me revient ce patient, donc, polyvasculaire, pas d'arythmie et on a trouvé aussi des plaques sur ses carotides.

Interviewer : Donc plutôt une cause athéromateuse ?

Dr 19 : Oui. Et est-ce que j'en ai eu sur des troubles du rythme ? Pas cette année, j'en ai une mais c'est plus ancien.

Interviewer : J'ai oublié de vous le préciser mais on va s'intéresser à la prise en charge des causes athéromateuses.

Dr 19 : D'accord.

Interviewer : Donc les traitements par AVK ou les traitements spécifiques par chirurgie ou autres ne vont pas être abordés.

Dr 19 : Très bien.

Interviewer : Quelles ont été vos difficultés dans le suivi avec un patient ayant eu un AVC ou un AIT ?

Dr 19 : Les difficultés, récupérer le compte-rendu de l'hospitalisation, grosse difficulté, (rire) parce qu'ils arrivent, on n'a pas le compte-rendu, on ne sait rien. J'ai eu comme difficulté de la gestion des statines introduites par le CHU, le *Tahor 80* notamment, où je ne savais pas trop jusqu'à quand il fallait que je le laisse à 80. J'ai posé la question.

Interviewer : Vous avez eu votre réponse.

Dr 19 : Oui, par le labo que j'ai vu récemment. (Elle réfléchit). Surtout sur les traitements en fait.

Interviewer : Donc surtout les traitements.

Dr 19 : Oui surtout les traitements médicamenteux.

Interviewer : Sur quelle approche du traitement, les dosages ?

Dr 19 : Oui. Sur la statine, je n'avais pas la connaissance de cette poso et sur la durée. Après, sur le dosage quand ils sortent sous Aspirine, j'ai souvent du mal à savoir lesquels on met à 160, lesquels à 325. Et puis, en général sur les examens complémentaires, ça va. Oui, c'est le traitement qui me pose des soucis. Et sur la gestion, j'en ai une qui me revient à l'esprit, qui a fait un AVC hémorragique, et qui est passée par le CHU, ensuite qui est allée en maison de rééducation parce qu'elle avait des séquelles importantes. Et, on s'est rendu compte un an après que le traitement antihypertenseur était arrêté. Enfin le traitement qui fait suite aux AVC avait été complètement arrêté parce qu'entre temps elle s'était cassée le col du fémur. Et donc, je pense que c'est lors de ce passage en hospitalisation qu'il y a eu un arrêt. Moi les tensions à domicile, elles étaient toujours correctes, toujours dans les normes sans traitement. Et lorsqu'on a programmé une hospitalisation pour refaire le point sur son déficit fonctionnel, le médecin m'a dit : « mais je ne comprends pas, elle n'a plus rien. » et moi je n'avais jamais eu connaissance de ce traitement prescrit au départ parce qu'elle n'était pas revenue ici. Elle était partie directement, recassée et du coup, effectivement ce traitement je ne l'avais jamais vu prescrit. Et pour moi, c'était volontaire qu'elle n'avait pas eu de traitement. Donc ce sont toujours les traitements médicamenteux qui posent soucis.

Interviewer : Sur les traitements médicamenteux, notez-vous des problèmes d'observance ?

Dr 19 : Chez ces patients qui ont fait un AIT ou un AVC, non je ne dirais pas.

Interviewer : Vous savez pourquoi ?

Dr 19 : Je pense qu'ils ont eu très peur pour leur AVC, donc en général, ils suivent leur traitement. On a plus de mal à les introduire. J'ai plus de mal si les patients sont à haut risque cardio-vasculaire. Quand on évalue, qu'on fait le score, que l'on introduit une statine, souvent il y a un refus. Par contre, en prévention secondaire, en général, ça va mieux (rire).

Interviewer : Au niveau des règles hygiéno-diététiques, comment l'abordez-vous chez ces patients ?

Dr 19 : Je fais le point sur leur activité physique régulière pour voir s'ils ont une activité régulière, ou s'ils jardinent. Après je les connais, donc je sais ceux qui sont dans le fauteuil toute la journée, et j'essaie de les amener à marcher au moins une demie heure par jour. Sur les règles alimentaires, je reprends un petit peu les conseils par rapport aux lipides et aux glucides.

Interviewer : Avez-vous l'impression que vos paroles ont de l'impact ?

Dr 19 : Non, c'est un problème, surtout sur l'activité physique. J'ai l'impression que ça n'apporte pas, qu'il faudrait un suivi, un encadrement, une réadaptation progressive. Encadrer. Ils savent tous qu'il faut marcher une demie heure par jour. Quand on leur dit, ils savent sauf qu'ils n'arrivent pas à le faire. Et puis, sur les règles diététiques, c'est plus facile sur les gros écarts, on peut les amener à manger plus de poisson, et moins de viande. Ça passe mieux par rapport à l'activité physique.

Interviewer : Vous m'avez dit : « ils ont peur ». Ont-ils la notion de la récurrence ?

Dr 19 : Oui, j'essaie de les prévenir. Mais c'est peut-être moi qui leur fais peur (rire). J'essaie de les prévenir que ça peut revenir et du coup, qu'ils ne doivent pas attendre si ça se reproduit. Je compare toujours avec la douleur

thoracique qui inquiète tout de suite et provoque un appel au 15 tout de suite, par rapport à un trouble de la parole ou un déficit d'un membre supérieur qui ne va pas les inquiéter. Ils vont attendre plusieurs heures. Donc ceux qui ont déjà fait un AVC, j'essaie de les prévenir du risque de récurrence. Par exemple, le monsieur qui a fait deux épisodes de troubles aphasiques. Après qu'il fait un premier épisode, tout est rentré dans l'ordre. Il a été bilanté. D'ailleurs, il ne m'en a pas parlé. Il en a parlé à son cardiologue parce qu'il avait une visite chez le cardiologue. Il faut savoir que c'est un monsieur stenté. Et donc j'avais bien repris en disant : « si ça se reproduit, vous appelez tout de suite le 15 ». Et effectivement, ça s'est reproduit, et là il a été hospitalisé. Et maintenant, il fait très attention à ça. Et j'essaie de leur dire que si ça se reproduit de ne pas attendre, de vite appeler parce que je trouve que c'est banalisé.

Interviewer : Ce n'est pas aussi connu que l'infarctus ?

Dr 19 : Non et du coup, on n'est jamais dans les délais, surtout ici. Je ne sais pas trop les nouvelles recommandations pour la thrombolyse. Mais souvent ils arrivent ici, ça fait depuis plusieurs heures que ça existe.

Interviewer : Quelles sont vos sources d'informations médicales pour vous remettre à jour ?

Dr 19 : Les revues souvent. J'essaie de lire un peu Prescrire, d'aller voir un peu les recommandations de l'HAS quand je peux. Et puis les formations mais bon je n'y vais pas énormément, deux ou trois par an.

Interviewer : Il existe des recommandations de l'HAS sur la prévention vasculaire après un infarctus cérébral ou un AIT. Je vais vous montrer les synthèses des recommandations datant de 2008. Les connaissez-vous ?

Dr 19 : Oui. Je vais regarder ça. Je lis tout ou je fais par item.

Interviewer : Comme vous préférez.

Elle lit.

Dr 19 : Les apports en sel, je ne suis pas du tout bonne. C'est un truc que j'oublie tout le temps de les questionner là dessus. Et puis, je n'avais pas cette notion de sténose, « à moduler si sténose supérieure à 70% », je ne sais pas ce que ça veut dire, est ce qu'il faut des chiffres plus bas ou pas. Pour l'insuffisance rénale, j'avais la notion. Alors, les lipides, la cible de LDL inférieure à 1g, je savais. Je n'avais pas la notion du traitement par statine de tous « ceux qui ont un antécédent coronarien » même s'ils n'ont pas fait d'AVC, alors ? Quelque soit le taux de LDL ? C'est moi qui comprend mal. Je n'avais pas des connaissances très claires là dessus, la première ligne oui pour les lipides, la fin, je comprends mal. « Utiliser une statine ayant démontrée une réduction des événements », je suis d'accord. Le diabète, l'objectif tensionnel oui. (Elle chuchote). Je suis d'accord aussi (elle chuchote, relit la phrase). Donc un diabétique qui a fait un AVC ou un AIT doit avoir un taux de LDL inférieur à 1g. C'est ce que ça veut dire ? Donc oui d'accord (elle lit la phrase d'en dessous). Donc ça je n'avais pas la notion. Ça paraît compliqué mais un diabétique qui a déjà fait un accident vasculaire doit être à moins de 6.5 d'hémoglobine glyquée. Non je n'avais pas la notion. Bon, le sevrage tabagique, oui. Eviction du tabagique dans l'environnement, d'accord. Tiens d'ailleurs, je l'ai oublié dans les règles hygiéno-diététiques tout à l'heure. L'alcool, donc ça par contre, dans ce cadre d'antécédent d'AVC, j'oublie de reprendre l'alcool dans les recommandations. Je vais le faire de façon plus générale. Réduction du poids, d'accord. Donc la notion du tour de taille, je ne l'utilise pas forcément. L'IMC, oui, le tour de taille très peu. L'activité physique régulière, d'accord. Le traitement hormonal à arrêter, ça oui. Je ne l'aurais pas laissé. La contre-indication d'une contraception avec des œstrogènes, j'avais la notion (elle lit et discute ensuite les traitements spécifiques). Donc, on est plus concerné par le début, sur les premières recommandations. Et pour ma part, je pense à l'alcool et au tour de taille et au sel que j'oublie tout le temps.

Interviewer : Les objectifs sont-ils faciles à atteindre ?

Dr 19 : Oui. Oui, ça va. Je pense qu'ils ne doivent pas être tous dans les objectifs c'est sûr mais pour moi, ce n'est pas la difficulté principale.

Interviewer : Et par rapport aux traitements non médicamenteux, avez-vous des commentaires à faire ?

Dr 19 : Le tabac, en prévention secondaire, c'est moins difficile. Ils ont arrêté ceux qui ont fait un AVC ou un infarctus ou un syndrome coronarien aigu, sans difficulté et sans aide. Ce n'est pas trop le souci. L'alcool c'est un peu plus dur, surtout ceux qui ont une consommation pas énorme mais qui est trop sur le plan médical. Ceux-là, je trouve que le message est dur à faire passer. Pour eux, ils ne sont pas dans l'excès. Ils sont dans la normalité. C'est plus difficile sur l'alcool. Et puis, sur l'activité physique, ce n'est pas facile à organiser. Ici, ils disent que l'hiver, ils ne peuvent pas parce qu'il ne fait pas beau. Il y a de la neige, ils ne peuvent pas marcher. Mais c'est une fausse excuse. Je ne sais pas ce qu'il faut faire. On se dit une demie heure, ce n'est pas si énorme sur une journée ou faire deux heures par semaine. Là dessus, j'ai du mal. Il y a des gens vraiment sédentaires et je n'arrive pas à les faire bouger. Et puis, la perte de poids, ce n'est pas facile. Si en plus ils sont diabétiques, c'est dur. Je ne sais pas comment les faire maigrir. Même en leur proposant un suivi diététique. Nous, ici le problème c'est qu'on ne peut pas avoir accès à un nutritionniste facilement, il faut descendre sur Grenoble, c'est quand même une grosse barrière. Les diététiciens, ce n'est pas remboursé. (Elle réfléchit) Il y en a une qui a fait des efforts et qui a franchement maigri depuis qu'elle s'est mise à marcher et à faire attention à ce qu'elle mangeait. Ça a été vraiment efficace. Et les autres, j'avoue, j'ai du mal à les faire maigrir. Je pense que s'il y avait une prise en charge par la sécu, une réhabilitation à l'effort, ça pourrait fonctionner, en tous cas sur les semaines de la prise en charge. Après sur le long terme, je ne sais pas.

Interviewer : Y a-t-il eu des informations qui vous ont manqué sur le suivi d'un patient qui a eu un AVC, médicales ou non médicales ?

Dr 19 : Forcément, je n'y ai pas pensé à l'avance, et puis c'est après que ça va me revenir. Une question qui me pose toujours difficulté, c'est l'association *AVK plus Kardégic*. Je me dis sur quelle indication on fait ça ? *AVK-Aspirine-Plavix* sur l'AVC, je n'ai pas des connaissances claires. Je ne connais pas l'indication de l'association AVK et *Aspirine* hors trouble du rythme, je ne sais pas s'il y en a une. Donc oui il y a des choses qui m'ont manqué mais ça ne me revient pas là.

Interviewer : Le but de la thèse est d'élaborer un outil pédagogique pour améliorer la prise en charge d'un patient qui a eu un AVC. Cet outil serait un outil d'information pour le patient qui expliquerait la maladie, le mécanisme, le traitement et aussi un outil de suivi pour le médecin. Qu'en pensez-vous ?

Dr 19 : Oui, pourquoi pas. C'est toujours plus facile quand on a des cases à remplir, un support à condition qu'il ne soit pas trop long parce que sinon on ne peut pas le faire au cours d'une consultation systématique. Du coup, on ne le fait pas. On ne fait pas revenir le patient simplement pour ça. Il faut que ce soit quelque chose de synthétique qui puisse être fait en 5-10 minutes, qu'on puisse refaire le point sur les principales choses, voir s'ils ont progressé. Ça pourrait les motiver effectivement.

Interviewer : Il faut que ce soit pratique ?

Dr 19 : Après avoir une fiche d'information pour eux, c'est important pour leur expliquer les choses. Après pour nous au quotidien, il faut que ce soit court, il faut que ce soit faisable rapidement en consultation. C'est assez difficile, même si on se dit, on va faire une consultation une fois par an plus approfondie. Notre problème c'est que souvent ils ne viennent pas que pour le renouvellement, et si en plus, il y a un autre souci à gérer, je pense que ça va ... (dérangement par la secrétaire).

Interviewer : Et si le carnet appartient au patient ?

Dr 19 : Ah, je pense que ça va être plus compliqué. Je pense aux carnets de vaccination qui se perdent tout le temps. Je ne pense pas que ce soit une bonne idée. Si on le garde dans l'informatique, pourquoi pas. Je vois ce qui se passe avec les carnets de vaccination qu'on donne et qui se perdent tout le temps. Il y en aura sûrement, quelques uns qui seront très contentieux. Certains viennent avec leurs dossiers, tous leurs examens biologiques bien classés mais c'est une minorité. La majorité, ils se reposent sur nous pour savoir si on a bien tout marqué dans le dossier. Et d'autant plus, si on passe 10 minutes à le remplir, qu'on le donne au patient et qu'il le perd, c'est un peu décevant. C'est

comme les courriers que l'on remet pour les spécialistes et qui se perdent souvent. Je ne leur jette pas la pierre mais c'est encore leur rappeler qu'ils sont malades et qu'ils n'ont pas forcément envie de l'entendre et du coup, ils n'ont pas forcément envie d'avoir un dossier à la maison en plus du dossier chez le médecin. C'est un point de vue personnel.

Interviewer : Très bien. Avez-vous des choses à rajouter ?

Dr 19 : Non.

Entretien N°20 (E20) du 30/06/2011

Interviewer : Quel est le nombre total de patients que vous suivez victime d' AVC ou d'AIT ?

Dr 20 : On a dit une centaine.

Interviewer : Et dans l'année 2010, quel est le nombre de nouveaux patients qui ont eu un AVC ou AIT ?

Dr 20 : AVC, je pense deux et AIT trois ou quatre.

Interviewer : Quelle est l'étiologie la plus fréquente ?

Dr 20 : Cardio-vasculaire.

Interviewer : Des arythmies ?

Dr 20 : Oui.

Interviewer : On va s'intéresser sur la prise en charge secondaire des AVC d'origine ischémique athéromateuse.

Dr 20 : Oui.

Interviewer : Quelles ont été les difficultés dans le suivi avec un patient ayant eu un AVC ou un AIT ?

Dr 20 : Les difficultés sont de l'ordre du psychologique, de la dépression, de l'asthénie, de l'angoisse et des questionnements.

Interviewer : Il y a des questionnements de la part du patient.

Dr 20 : Oui parce que je crois qu'il y a un avant et un après qui est physiologique. Je pense qu'il y a un après et il y a des gens qui ont du mal à récupérer quand même. Il y a des troubles de la concentration, des troubles amnésiques, et un état un peu dépressif. J'ai noté ça.

Interviewer : Comment faites-vous face à ces difficultés ?

Dr 20 : Généralement sans médicament. Il faut prendre le temps, il faut les voir, il faut les suivre, il faut leur redonner confiance, c'est-à-dire ça dépend du contexte familial, c'est important aussi. S'il est seul, si c'est un homme, s'il a encore son épouse, si ça se passe bien dans le contexte familial, tout ce contexte est important.

Interviewer : Cela prend une place importante dans le suivi ?

Dr 20 : C'est 50/50 parce que voir les résultats biologiques, examiner le patient, voir si les objectifs sont atteints, si la tension est bonne, si le poids ne bouge pas, c'est de la technique. C'est notre boulot de base mais ce n'est pas pour ça qu'ils viennent. Ils viennent pour qu'on leur dise que la tension est bonne, que les résultats sont bons mais après il faut qu'ils parlent un peu de ce qu'ils font. « Vous avez repris les activités ? », « vous relisez ? », « vous ressortez un peu ? », « vous regardez la télé ? », « vous avez gardé votre concentration à la lecture ? », « quand il y a du monde, ça va bien ? ». Ce qui est important aussi, c'est ce que dit l'entourage, soit on reçoit un coup de fil, soit ils viennent à deux. Après le suivi médical, c'est le boulot de base. C'est l'autre côté qui est important. C'est comme quand vous avez un patient cancéreux.

Interviewer : Avez-vous ressenti des difficultés lors d'une première consultation à la suite d'un accident vasculaire cérébral ?

Dr 20 : Je le laisse raconter. Si ensuite il me dit : « on ne m'a pas bien expliqué ou c'est quoi ce médicament ? », j'explique. Mais d'abord, j'écoute le maximum de choses angoissantes pour qu'il en parle. S'il a besoin de dire qu'il est angoissé, c'est important. Ensuite, les traitements il faut expliquer à quoi ça sert, comment ça marche, voilà comment ça va se passer. Il faut faire de la didactique.

Interviewer : Avez-vous l'impression que ces informations sont bien comprises ?

Dr 20 : Quand mes patients sont hospitalisés, en général je vais le dimanche matin voir mes patients. Donc j'essaie de voir les traitements qu'ils ont eus et puis, j'explique qu'ils viennent me voir en sortant. J'essaie d'avoir un contact déjà à l'hôpital ou à la clinique. Beaucoup de médecins le font. Je vais voir mes patients qui sont hospitalisés parce que le jour où je serai malade, ça me fera plaisir aussi que le médecin vienne me voir. Et puis, ça permet de voir si ce qu'on avait suspecté était exact et de leur expliquer les examens, de voir les infirmières comment ça se passe ou de rencontrer l'interne. Je vais à l'hosto quand je peux, donc quand ils reviennent, ils m'ont déjà vu à l'hôpital et ensuite, je leur réexplique. Je pense qu'à l'hôpital, on leur explique aussi mais bon, c'est à flux tendu. Quand j'envoie quelqu'un aux Urgences, j'ai presque envie de dire : « excusez-moi de vous déranger ! ». Je sais comment ça se passe. Donc je suis déjà venu les voir en principe une fois. S'ils sont en centre de rééducation après, pas forcément. Mais c'est important la première fois en consultation.

Interviewer : Et par la suite, avez-vous noté des difficultés d'observance ?

Dr 20 : En principe, non sauf qu'on n'est pas censé le savoir. Et on va s'apercevoir d'un seul coup qu'ils n'ont pas pris leur traitement antihypertenseur ou un truc comme ça. On a des difficultés chez des gens d'origine étrangère qui ont du mal à comprendre ou qui ont un niveau intellectuel limité, cela arrive et chez les personnes âgées. Entre 45 et 60 ans, on arrive à expliquer, il faut prendre le temps. Des fois, c'est un peu peine perdue, on se sent un peu seul mais il faut essayer.

Interviewer : Comment trouvez-vous la communication avec les spécialistes neurologues ?

Dr 20 : Moyenne. En cas d'urgence, une fois sur deux, je ne peux pas les joindre. Ce n'est pas de leur faute.

Interviewer : Et avec les autres professionnels de santé qui entourent le patient qui a eu un AVC ?

Dr 20 : Aucun problème avec les infirmières ou les kiné.

Interviewer : Ils sont bien disponibles ?

Dr 20 : Oui. Alors les kiné, ça va. Les infirmières en ville maintenant, ça devient difficile. Les orthophonistes, souvent, j'ai l'impression que ça va. C'est un peu difficile de gérer l'infirmière le jour même de la sortie d'hôpital mais généralement l'hôpital, ils essayent de gérer ça aussi ou de prévenir la famille qu'il faut en trouver une.

Interviewer : Quelles sont vos sources d'informations pour vous remettre à jour ?

Dr 20 : Les revues médicales sans publicité si possible, donc le Concours Médical ou La Revue du Praticien et Prescrire avec quelques réserves sur Prescrire parce qu'il y a peu d'intérêt d'enseignement sur les cas cliniques. Je vais aux FMC organisées par le CHU. Les FMC qui ne sont pas organisées par le CHU, je n'y vais pas. Ce sont uniquement les formations organisées par le CHU. Il y a quelques années, on recevait un programme d'enseignement pour l'année, on s'inscrivait, c'était vachement bien. J'ai passé des DU style expertise et là, je me demande si je ne m'inscris pas sur celui de cancérologie mais c'est lourd au niveau planning. C'est 200 heures d'enseignement, une journée par semaine, c'est lourd. Donc, ça passe par les journaux médicaux et les trucs à l'hôpital, et aussi les courriers des spécialistes dans certains domaines. Quand je reçois une lettre du cardiologue, néphrologue ou neurologue qui me paraît très pertinente, je fais une photocopie et je la mets dans un dossier pour pouvoir m'en resservir pour quelqu'un d'autre.

Interviewer : Il existe des recommandations de l'HAS sur la prévention vasculaire après un infarctus cérébral ou un AIT. Je vais vous montrer la synthèse des recommandations datant de 2008. La connaissez-vous ?

Dr 20 : Oui

Interviewer : Les objectifs sont clairs ?

Dr 20 : Oui

Interviewer : Et sont-ils facile à atteindre ?

Dr 20 : Concernant la partie tabac, alcool, obésité, exercice physique, non. Et on a aussi des gens qui sont résistants à tous les traitements. Ils peuvent prendre de l'*Ezetrol* et de la *Simvastatine*, ils ont toujours des triglycérides à 3. Il y a toujours 2-3 patients, ce n'est pas de leur faute, ça ne marche pas. Et, il y a les effets de plus en plus fréquents des statines, notamment les effets musculaires. Sur dix patients, il y en a trois qu'on arrête soit tout de suite, soit au bout de deux mois. Une fois j'ai vu un dosage de CPK à 2000, j'ai appelé le cardiologue pour savoir si c'était simplement le cachet. Il m'a dit de faire la Troponine mais j'ai flippé jusqu'à ce que j'aie le résultat parce que le patient, je ne l'avais pas sous les yeux, c'est le labo qui m'a téléphoné. Donc on peut aussi avoir des intolérances médicamenteuses difficiles à gérer.

Interviewer : Comment abordez-vous les règles hygiéno-diététiques chez ces patients qui ont eu un AVC ?

Dr 20 : J'essaye de leur expliquer que le tabac, l'obésité, l'alcool a pu être un facteur déclenchant ou aggravant l'accident. C'est peut-être même la cause initiale qu'il faut absolument considérer et que ça va recommencer s'il n'arrête pas de faire ça. Mais c'est le plus difficile.

Interviewer : Vos paroles ont-elles de l'impact ?

Dr 20 : On le voit à la consultation d'après. Je préfère encourager quelqu'un plutôt que de l'engueuler. Il y a des fois des gens vous disent : « vous savez quand je suis parti de chez vous, j'ai jeté mon paquet de cigarettes ou j'ai arrêté de faire ci ». Vous savez, on est sûr de rien. Je ne sais pas ce que pense un patient quand il quitte mon cabinet. « Est-ce que j'ai répondu à ces questions ? Est-ce qu'il repart tranquilisé ou inquiet ? » mais on essaye d'être ferme, un peu répétitif. Je ne lâcherai par prise, je continuerai à dire attention.

Interviewer : Y a-t-il eu des informations qui vous ont manqué sur le sujet de l'AVC ?

Dr 20 : Non mais il y a peut-être des choses que je ne sais pas techniquement.

Interviewer : Le but de la thèse est d'élaborer un outil pédagogique pour améliorer la prise en charge d'un patient qui a eu un AVC. Cet outil serait un outil d'information pour le patient qui expliquerait la maladie, le mécanisme, le traitement et aussi un outil de suivi pour le médecin. Qu'en pensez-vous ?

Dr 20 : C'est bien, parfait. Je pense qu'un outil de suivi pour le médecin généraliste, je vais être méchant mais ils n'ont qu'à se tenir au courant. C'est bien pour le médecin généraliste pour établir un protocole, un arbre de décision de surveillance. Pour le patient, c'est bien aussi de lui montrer des documents, de transcrire s'il le faut, qu'il puisse vraiment comprendre les objectifs à atteindre, ce qu'il faut faire et ne pas faire. C'est important l'information.

Interviewer : Quelle est la forme et quelle qualité doit-il avoir ?

Dr 20 : Forme papier, un document papier. Une brochure comme ce qu'on reçoit pour le 100%. On leur donne ça, il y a pleins de trucs qu'ils ne comprennent pas. On leur donne et je leur dis : « vous le lirez, et puis quand on se revoit, on en rediscute » parce qu'il y a des termes techniques dans ces petits bouquins. Il y a des trucs qu'il ne faut pas montrer aussi, l'Alzheimer il ne faut pas en parler.

Interviewer : Oui il y a des mots qu'il ne faut pas utiliser ?

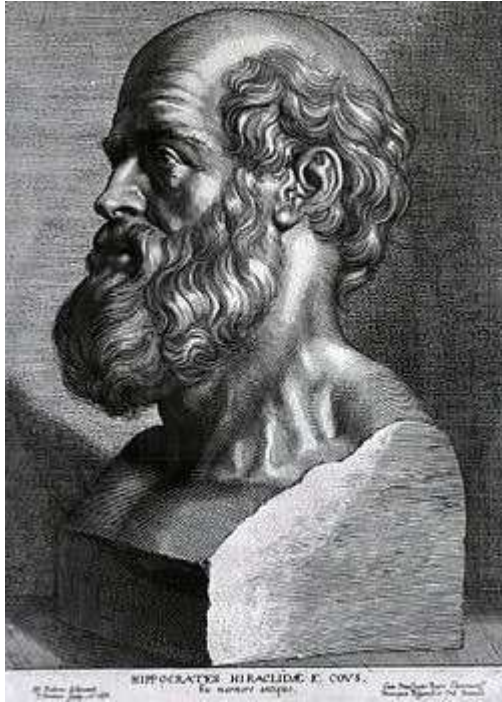
Dr 20 : Oui. J'ai des gens qui vieillissent et certains ont des troubles mnésiques et des gens sont très demandeurs d'IRM. Et qu'est ce qu'on constate, c'est que chez un hypertendu diabétique, il y a des microlésions. Et je leur explique que c'est à cause de ça, ce n'est pas grave. Et c'est aussi un argument à prendre leur traitement, à faire attention à leur hygiène. Et ils disent : « c'est à cause de ça docteur, donc je n'ai pas Alzheimer ».

Interviewer : Les gens croient à certaines choses.

Dr 20 : Mais les gens se renseignent aussi tout seul avec Internet. C'est une galère parce que c'est très dangereux, ça les angoisse. Ils arrivent souvent en pensant qu'ils sont malades ou qu'il y a quelque chose qui ne va pas. Parfois ils reçoivent les résultats biologiques, ils regardent sur Internet, ils arrivent en pleurs dans mon bureau en disant presque « je suis mort ». Quand ils me disent : « je suis allé sur Internet », je me bouche les oreilles.

Interviewer : Avez-vous des choses à rajouter ?

Dr 20 : Non mais merci de venir nous voir. Beaucoup de gens pensent que l'on soigne que des angines et des pharyngites. Ce n'est pas vrai. On touche à tout la preuve. Une chose aussi, ce n'est pas le médecin qui parle dans la consultation, c'est le patient. Il faut laisser parler. Ce n'est pas à vous de raconter votre vie. C'est le patient qui parle et nous, on écoute.



8 SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciplines et devant l'effigie d'HIPPOCRATE,

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerais mes soins gratuitement à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans l'intimité des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.