



HAL
open science

Insuffisance de renseignements cliniques sur les prescriptions de biologie médicale : points de vue croisés des prescripteurs et des biologistes

Damien Despas

► **To cite this version:**

Damien Despas. Insuffisance de renseignements cliniques sur les prescriptions de biologie médicale : points de vue croisés des prescripteurs et des biologistes. Médecine humaine et pathologie. 2015. dumas-01223401

HAL Id: dumas-01223401

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01223401v1>

Submitted on 2 Nov 2015

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.

Université de Bordeaux
U.F.R. DES SCIENCES MEDICALES

Année 2014-2015

N° 109

Thèse pour l'obtention du
DIPLOME d'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par Monsieur Damien, Olivier DESPAS

Né le 8 octobre 1985 à Châtelleraut

le 8 octobre 2015

Titre de la thèse

**Insuffisance de renseignements cliniques sur les
prescriptions de biologie médicale. Points de vue croisés des
prescripteurs et des biologistes.**

Directeur de thèse

Monsieur le Docteur Jean-Marc PONTAUT

Jury

Monsieur le Professeur Didier NEAU	Président
Madame le Professeur Marie-Edith LAFON	Rapporteur
Monsieur le Professeur Didier GRUSON	Membre
Monsieur le Docteur Guillaume WEILL	Membre

Université de Bordeaux
U.F.R. DES SCIENCES MEDICALES

Année 2014-2015

N° 109

Thèse pour l'obtention du
DIPLOME d'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par Monsieur Damien, Olivier DESPAS

Né le 8 octobre 1985 à Châtelleraut

le 8 octobre 2015

Titre de la thèse

**Insuffisance de renseignements cliniques sur les
prescriptions de biologie médicale. Points de vue croisés des
prescripteurs et des biologistes.**

Directeur de thèse

Monsieur le Docteur Jean-Marc PONTAUT

Jury

Monsieur le Professeur Didier NEAU	Président
Madame le Professeur Marie-Edith LAFON	Rapporteur
Monsieur le Professeur Didier GRUSON	Membre
Monsieur le Docteur Guillaume WEILL	Membre

Remerciements

À mon président de jury, Monsieur le Professeur Didier NEAU. Je vous remercie de m'avoir fait l'honneur de présider ce jury, mon passage dans votre service restera à jamais inoubliable.

À mon rapporteur, Madame le Professeur Marie-Edith LAFON. Je vous remercie de l'aide que vous avez apportée à la réalisation de ce travail et de la disponibilité dont vous avez fait preuve.

À mon jury de thèse, Monsieur le Professeur Didier GRUSON et Monsieur le Docteur Guillaume WEILL. Je vous remercie d'avoir accepté d'évaluer mon travail et d'y avoir consacré du temps.

À mon directeur de thèse, Monsieur le Docteur Jean-Marc PONTAUT. Je vous remercie de m'avoir transmis votre passion pour la médecine générale, de m'avoir accordé votre confiance, et de votre aide dans ce long marathon qu'est la préparation d'une thèse. Merci à votre épouse de m'avoir accueilli si souvent.

À Monsieur le Professeur Gérard DUCOS, je vous remercie de l'aide que vous avez apportée à la réalisation de ce travail.

Aux Docteurs CAZANAVE, VAREIL et DELMEULE pour votre patience avec moi et pour tout ce que vous m'avez appris.

À Marie, sans qui cette thèse n'aurait pas pu démarrer, merci pour tes idées, tes conseils et ta patience avec moi.

À mes parents pour votre amour et votre soutien sans faille, rien n'aurait été possible sans vous.

À mes frères et sœurs, vous êtes une famille formidable.

À la mémoire de mon grand frère Bruno, jamais un jour ne passe sans penser à toi.

À mes amis Poitevins, qui se sont dispersés dans tout le pays, Clément, Pauline, Thomas, Vanessa, Virginie, Olivier et Margot.

À mes co-internes biologistes, Laura, Louis, Tanguy, Delphine et Virginie, mais aussi tous ceux du laboratoire d'à côté, Marie-Laure, William, Olivier, Anne, Bastien, Yohan, Sophie, Michael, Coralie, David.

Aux petits jeunes, Naël, Anne-Sophie, Célia, Camille et Vincent.

À mes amis pharmaciens, Fanny, Clément et Amélie.

À mes amis en médecine générale, Yves-Marie, Daphné et Edwige.

À mes amis néo-Bordelais, Marie-Valentine et Sébastien, Anaïs et Yohan, c'est un réel plaisir de vous savoir ici.

À mes amis danseurs, Lisa, Claire, Madeleine, Jean-Marc, Pascale, Jean-Louis, Ludivine, Alaïs, Marie-Luce, Sylvie, Chloë, David, Bérengère et Bernard, vous ne le savez surement pas mais votre présence tout au long de l'année a été d'un soutien inestimable.

À mes amis qui ont la tête dans les étoiles, Lise, Nicolas, Julien, Clémence, Florence, Gaël, Marcio et Christophe, ma semaine annuelle passée avec vous est toujours un immense plaisir.

Au Centre-Hospitalier Marmande-Tonneins, qui est devenu ma nouvelle maison. En particulier au Docteur COMBE qui m'a accueilli dans son laboratoire et à toute son équipe qui me subit quotidiennement. A tout le service de Médecine Interne, avec qui j'ai hâte de pouvoir travailler. A toute l'équipe des urgences avec laquelle j'ai beaucoup appris. Aux services de cardiologie, gynécologie et pédiatrie.

À l'ensemble des participants à l'étude, qui ont accepté de partager un peu de leur temps avec moi, ces échanges ont été très enrichissants.

À Elodie, merci pour ta présence, ton sourire et ta bonne humeur.

« Le microbe n'est rien, le terrain est tout »

Louis Pasteur

Table des matières	
Liste des Figures	10
Liste des Abréviations	11
I. Introduction	12
II. Généralités	13
A. La loi	13
1. Le code de la santé publique	13
2. L'accréditation des laboratoires de biologie médicale	15
3. La nomenclature des actes de biologie médicale	17
4. Le code de déontologie médicale	17
5. Le guide de bonne exécution des analyses	17
6. Certification des établissements de santé	18
B. Etat des lieux bibliographique	18
1. Biologie médicale	18
2. Comparaison avec l'anatomie et cytologie pathologique	19
3. Comparaison avec l'imagerie médicale	19
C. Etude préliminaire	20
D. Synthèse	20
III. Méthode	22
A. Type de méthode	22
B. Choix de la population étudiée	23
1. Critères d'inclusion	23
a) Médecins généralistes	23
b) Biologistes médicaux	23
2. Critères d'exclusion	23
3. Nombre de participants à inclure	24
C. Matériel et outils	24
D. Déroulement de l'enquête	25
1. Recrutement des participants	25
2. Réalisation des interviews	25
E. Analyse des données	26
1. Retranscription des interviews	26
2. Analyse des données recueillies	26
IV. Résultats	28
A. Participation	28

1. Médecins	28
2. Biologistes	28
B. Analyses de la population de l'étude	29
1. Données socio-démographiques	29
a) Répartition des sexes	29
b) Répartition des âges	29
(1) Médecins	29
(2) Biologistes	29
2. Données professionnelles	30
a) Durée d'installation pour les médecins	30
b) Répartition des formations initiales pour les biologistes	30
c) Nombre de dossiers traités par jour pour les biologistes	30
d) Nombre de consultations pour les médecins généralistes	31
e) Type de cabinet	31
f) Type de laboratoire	31
3. Données géographiques	31
4. Caractéristiques de la patientèle	33
5. Données générales sur les entretiens semi-dirigés	33
6. Tableaux de synthèse	34
C. Analyses des entretiens	35
1. Causes de l'insuffisance de renseignements cliniques	35
a) Point de vue des biologistes	35
(1) Manque de temps des médecins généralistes	36
(2) Ignorance de l'utilité des renseignements cliniques pour le biologiste	36
(3) Désintérêt du médecin pour le travail du biologiste	36
(4) Autres causes	37
b) Point de vue des médecins généralistes	38
(1) Le médecin interprète lui-même la biologie	38
(2) L'habitude	39
(3) Information inutile pour le biologiste	40
(4) Manque de temps	41
(5) Autres causes	43
2. Analyses des pratiques	43
a) Habitudes de prescriptions des médecins	43
(1) Support de la prescription	43

(2) Informations mentionnées	43
(3) Situations particulières	44
(a) Urgences	44
(b) Bactériologie	45
(c) Divers	45
b) Sources des informations pour le biologiste	45
(1) L'ordonnance	45
(2) Le secrétariat	47
(3) Le patient	47
(4) L'infirmière	48
(5) Le médecin	48
(a) A postériori	48
(b) A priori, avant réalisation des analyses	49
c) Informations souhaitées par le biologiste	49
d) Analyse de la prescription d'ECBU	50
(1) Attentes des biologistes	50
(2) Propositions des médecins	50
e) Analyse de la prescription d'INR	51
(1) Attentes des biologistes	51
(2) Propositions des médecins	51
3. Analyses des représentations	52
a) Pour les médecins	52
4. Analyses des perspectives	53
a) Sollicitation de renseignements cliniques	53
b) Plaquettes	54
c) Réunions	54
d) Mentions sur les résultats de biologie	55
V. Discussion	57
A. Sur la méthode	57
B. Sur les résultats	58
1. Représentativité de la population	58
a) Concernant les médecins généralistes	58
b) Concernant les biologistes médicaux	58
2. Recontextualisation des résultats	59
C. Perspectives	61
1. Proposition d'une plaquette	61

2. Solliciter les éditeurs de logiciels médicaux	61
3. Améliorer la communication entre biologistes et prescripteurs	62
a) Individuelle	62
(1) Devant un résultat pathologique	62
b) Collective	63
(1) Courrier d'information trimestriel sur des thèmes précis.	63
(2) Rappel sur les résultats	63
4. Bon de demande universel	63
VI. Conclusion	65
VII. Annexes	66
A. Annexe 1 : Etude préliminaire sur l'intégralité des demandes de biologie médicale du laboratoire du CHIC Marmande-Tonneins recueillies sur 3 jours.	66
B. Annexe 2 : Etude préliminaire sur l'intégralité des demandes de biologie médicale du laboratoire Bio-Sphère à Marmande recueillies sur 3 jours.	68
C. Annexe 3 : Introduction explicative à l'entretien	70
D. Annexe 4 : Guide d'entretien individuel semi-structuré - Médecins	71
E. Annexe 5 : Guide d'entretien individuel semi-structuré - Biologistes	72
F. Annexe 6 : Annexe B de l'arrêté du 26 novembre 1999 relatif à la bonne exécution des analyses de biologie médicale	73
G. Annexe 7 : Exemple de codage avec le logiciel MAXQDA®	74
VIII. Références bibliographiques	75
IX. Serment Médical	77

Liste des Figures

Figure 1 : Répartition Hommes/Femmes parmi les Médecins

Figure 2 : Répartition Hommes/Femmes parmi les Biologistes

Figure 3 : Répartition Médecins/Pharmaciens parmi les biologistes

Figure 4 : Répartition des médecins généralistes selon les unités urbaines (UU) définies par l'INSEE.

Figure 5 : Répartition des biologistes selon les unités urbaines (UU) définies par l'INSEE.

Figure 6 : Caractéristique des patientèles des médecins généralistes

Tableau 1 : Population des Médecins Généralistes

Tableau 2 : Population des Biologistes Médicaux

Figure 7 : Point de vue des biologistes sur le manque de renseignements cliniques de la part des médecins généralistes

Figure 8 : Point de vue des médecins généralistes sur le manque de renseignements cliniques de la part des médecins généralistes

Liste des Abréviations

ARN : Acide Ribonucléique

AVK : Anti Vitamine K

CDEI : Conformité des Demandes d'Examens d'Imagerie

CHIC : Centre Hospitalier Inter-Communal

COFRAC : Comité Français d'Accréditation

CRP : C Reactive Protein

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

ECBU : Examen Cyto-Bactériologique des Urines

EN : European Norm

HAS : Haute Autorité de Santé

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

INR : International Normalized Ratio

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

ISO : International Organization for Standardization

Mac OS® X : Macintosh® Operating System X

MAXQDA® : MAX Qualitative Data Analysis

NF : Norme Française

NF EN ISO : Norme Française d'origine internationale reprise en Europe et en France

NFS : Numération Formule Sanguine

SMS : Short Message Service

TP : Taux de Prothrombine

TSH : Thyroïd Stimulating Hormone

VS : Vitesse de Sédimentation

I. Introduction

Avec l'imagerie, la biologie médicale occupe une place centrale dans la médecine moderne. On considère que la biologie médicale contribue à environ 60 à 70 % des diagnostics réalisés (1). Les médecins généralistes prescrivent 61 % des actes de biologie remboursés (2).

L'insuffisance de renseignements cliniques accompagnant les prescriptions de biologie médicale est un sentiment répandu au sein de la communauté des biologistes. Malgré les obligations réglementaires, les prescripteurs semblent peu sensibilisés à ce problème. Mais, les biologistes sollicitent-ils suffisamment leurs confrères ?

Ce travail souhaite rappeler le cadre réglementaire dans lequel évoluent les différents acteurs, puis, confirmer par une étude préliminaire l'insuffisance ressentie, et, à travers une étude qualitative utilisant des entretiens individuels semi-structurés, étudier le ressenti et les motivations des acteurs concernés ainsi que les éventuelles solutions à ce défaut.

II. Généralités

A. La loi

1. Le code de la santé publique

La précédente grande réforme de la biologie, qui date de 1975, ne faisait aucune mention de la présence de renseignements cliniques (3).

L'actuelle réforme de la biologie médicale, suite à l'ordonnance du 13 janvier 2010 (4), a profondément modifié le code de santé publique. Cette réforme comprend 2 mesures-phares :

- La médicalisation : il s'agit de réaffirmer le rôle du biologiste médical au sein du parcours de soins. Cette reconnaissance se traduit par la création d'une responsabilité pour le biologiste médical qui interprète à présent systématiquement l'ensemble des résultats des examens qu'il réalise.
- L'accréditation : La procédure d'accréditation obligatoire garantit une qualité tracée et prouvée des examens de biologie médicale par une vérification de la compétence d'un laboratoire de biologie médicale (LBM) par les pairs que sont les autres biologistes médicaux en exercice.

Le code de la santé publique détermine désormais un cadre précis à l'acte médical que constitue l'examen de biologie médicale. L'article L. 6211-1 définit l'acte en lui-même :

« Un examen de biologie médicale est un acte médical qui concourt à la prévention, au dépistage, au diagnostic ou à l'évaluation du risque de survenue d'états pathologiques, à la décision et à la prise en charge thérapeutiques, à la détermination ou au suivi de l'état physiologique ou physiopathologique de l'être humain. »

L'article L. 6211-2 définit le déroulement de l'acte :

« Un examen de biologie médicale se déroule en trois phases :

1° La phase pré-analytique, qui comprend le prélèvement d'un échantillon biologique sur un être humain, le recueil des éléments cliniques pertinents, la préparation, le transport et la conservation de l'échantillon biologique jusqu'à l'endroit où il est analysé ;

2° La phase analytique, qui est le processus technique permettant l'obtention d'un résultat d'analyse biologique ;

3° La phase post-analytique, qui comprend la validation, l'interprétation contextuelle du résultat ainsi que la communication appropriée du résultat au prescripteur et, dans les conditions fixées à l'article L. 1111-2, au patient, dans un délai compatible avec l'état de l'art. »

L'article L. 6211-8 détermine les modalités d'adaptation de l'examen de biologie médicale en fonction du contenu de la prescription :

« Un examen de biologie médicale est réalisé sur le fondement d'une prescription qui contient les éléments cliniques pertinents.

Lorsqu'il l'estime approprié, le biologiste médical réalise, dans le respect de la nomenclature des actes de biologie médicale établie en application des articles L. 162-1-7 et L. 162-1-7-1 du code de la sécurité sociale, des examens de biologie médicale autres que ceux figurant sur la prescription, ou ne réalise pas tous les examens qui y figurent. Les modifications sont proposées au prescripteur, sauf en cas d'urgence ou d'indisponibilité. Lorsqu'elles sont refusées par le prescripteur, les examens sont réalisés conformément à la prescription. »

L'article R. 6211-22 détermine l'existence d'une fiche de suivi médical devant accompagner l'échantillon biologique :

- L'échantillon biologique prélevé est transmis au laboratoire accompagné de la prescription des actes et d'une fiche dont la présentation est fixée par arrêté du ministre chargé de la santé. L'échantillon biologique est également accompagné, si le prescripteur ou le biologiste l'estime utile, d'une fiche de suivi médical comportant les renseignements relatifs au patient et utiles à la réalisation et l'interprétation de l'analyse. Ces fiches peuvent être transmises par voie électronique.
- Les personnes impliquées dans le prélèvement et sa transmission se conforment aux procédures que le laboratoire qui réceptionne l'échantillon a établies en

application des dispositions du guide de bonne exécution des analyses de biologie médicale.

- Le directeur ou le directeur adjoint du laboratoire à qui a été transmis l'échantillon le refuse s'il n'est pas conforme aux procédures précitées. Il en informe le prescripteur et le professionnel de santé qui a effectué le prélèvement. Il définit par écrit une procédure de traçabilité et assure l'archivage des fiches pendant au moins trois ans.

2. L'accréditation des laboratoires de biologie médicale

L'article L. 6221-1 du code de la santé publique (5) rend obligatoire l'accréditation des laboratoires de biologie médicale sur l'ensemble de l'activité qu'ils réalisent :

« Un laboratoire de biologie médicale ne peut réaliser d'examen de biologie médicale sans accréditation. L'accréditation porte sur les trois phases, définies à l'article L. 6211-2, de l'ensemble des examens de biologie médicale réalisés par le laboratoire. »

Cette accréditation est délivrée en France par le COFRAC et repose sur la norme européenne harmonisée NF EN ISO 15189 pour les laboratoires de biologie médicale (6-8).

Il est intéressant de noter l'évolution de la norme ISO 15189 concernant la partie décrivant la feuille de prescription, voici le texte dans sa version originale de 2003 (6), qui est également repris sans modification dans la révision de 2007 (7). Sont soulignées dans le texte les parties intéressant plus particulièrement la mention de renseignements cliniques :

« 5.4.1 : La feuille de prescription doit contenir les informations nécessaires pour identifier le patient et le prescripteur autorisé. Elle doit également fournir les données cliniques pertinentes. Les exigences nationales, régionales ou locales doivent s'appliquer.

Il convient que la feuille de prescription ou un équivalent électronique prévoie suffisamment d'espace pour indiquer, sans s'y limiter, les éléments suivants :

- a) l'identification univoque du patient;

- b) le nom ou tout autre moyen d'identification unique du médecin ou de toute autre personne légalement habilitée à prescrire des analyses ou à utiliser des informations cliniques ainsi que le destinataire du compte rendu; il convient que l'adresse du médecin prescripteur soit fournie dans les informations associées à la feuille de prescription;
- c) le type d'échantillon primaire et le site anatomique d'origine, le cas échéant;
- d) la nature des analyses prescrites;
- e) les renseignements cliniques relatifs au patient, comprenant au minimum le sexe et la date de naissance, pour les besoins de l'interprétation du résultat; »

Dans la révision 2012 de la norme ISO 15189 (8) une place plus importante est faite à la mention de renseignements cliniques :

« 5.4.3 Informations de prescription :

La feuille de prescription ou un équivalent électronique doit prévoir suffisamment d'espace pour indiquer, sans s'y limiter, les éléments suivants:

- a) l'identification du patient, y compris le sexe, la date de naissance, les détails d'emplacement/contact du patient et un identifiant unique;
NOTE L'identification unique est composée d'un identifiant alphanumérique et/ou numérique (par exemple numéro d'hôpital ou un Numéro individuel de santé).
- b) le nom ou l'identifiant unique du clinicien, prestataire de soins ou autre personne légalement autorisée à prescrire des examens ou à utiliser les données médicales, avec le destinataire du compte rendu et les données de contact;
- c) le type d'échantillon primaire et, le cas échéant, le site anatomique d'origine;
- d) la nature des examens prescrits;
- e) les informations cliniques pertinentes concernant le patient et la prescription, pour la réalisation de l'examen et l'interprétation des résultats;

NOTE Les informations nécessaires pour la réalisation de l'examen et l'interprétation des résultats peuvent comprendre l'ascendance du patient, les antécédents familiaux, l'historique des voyages et expositions, les maladies contagieuses et toute autre information clinique pertinente. »

3. La nomenclature des actes de biologie médicale

La nomenclature des actes de biologie médicale (9) détermine un forfait de prise en charge pré-analytique du patient, ce forfait comprend :

- le recueil des données administratives du patient;
- le recueil des renseignements nécessaires à la bonne exécution des analyses;
- la vérification de la conformité des échantillons biologiques.

4. Le code de déontologie médicale

L'article 34 du code de déontologie médicale (correspondant à l'article R4127-34 du code de la santé publique) relatif à la prescription en général, et donc plus particulièrement à la prescription de biologie médicale, énonce :

« Le médecin doit formuler ses prescriptions avec toute la clarté indispensable, veiller à leur compréhension par le patient et son entourage et s'efforcer d'en obtenir la bonne exécution. »

5. Le guide de bonne exécution des analyses

Le guide de bonne exécution des analyses de biologie médicale (10) détermine la nécessité d'une fiche de suivi médical (disponible en annexe 6) qui doit être demandée au prescripteur :

« 2.1. Prélèvement des échantillons biologiques :

- Le biologiste fournit aux médecins prescripteurs toutes les précisions utiles aux conditions de mise en oeuvre des analyses médicales. Les échantillons doivent, dans toute la mesure du possible, être associés à une « fiche de suivi médical » comportant tous les renseignements nécessaires à la bonne exécution des analyses et à l'interprétation des résultats. Un « modèle type » minimal de cette fiche figure en annexe B. Le support de cette fiche peut être électronique.
- Cette fiche de suivi médical doit être demandée au médecin prescripteur par le directeur de laboratoire, chaque fois qu'elle est utile pour préciser la prescription ou pour la bonne exécution des analyses ou pour l'interprétation des résultats. »

6. Certification des établissements de santé

Le guide méthodologique de la HAS concernant les activités de biologie médicale et la certification des établissements de santé (11) mentionne :

« La prescription est assurée par un professionnel habilité (médecin, sage-femme) et doit répondre à une question clinique. Elle s'appuie sur les recommandations de bonnes pratiques et si nécessaire sur un échange entre clinicien et biologiste médical. Lorsqu'il l'estime approprié, le biologiste médical peut proposer au clinicien de modifier la prescription (article L. 6211-8 du Code de la santé publique).

Cette prescription est datée, signée, et comporte les renseignements cliniques nécessaires à une bonne interprétation des examens de biologie médicale.

L'information du patient doit être réalisée et son consentement recherché notamment pour les actes invasifs et/ou l'examen de biologie médicale de génétique constitutionnelle.

L'évaluation des pratiques des professionnels en matière de prescription (notamment analyse de pertinence des prescriptions) est réalisée. »

B. Etat des lieux bibliographique

1. Biologie médicale

Un article de Naudin C. publié en 2012 dans la Revue Francophone des Laboratoires (12) s'intéresse, comme son titre l'indique, à la recherche (« active ») de renseignements cliniques pertinents. Le recueil de ces renseignements est un processus qui se déroule à toutes les étapes du prélèvement, à l'accueil du patient, à l'instant du prélèvement, à la réception des échantillons et à la revue de l'ordonnance. L'auteur décrit de nombreux exemples de renseignements cliniques à obtenir en fonction des disciplines (biochimie, hématologie, hémostase, bactériologie...) mais rappelle qu'il faut avant tout travailler avec bon sens et pragmatisme. Le biologiste n'est pas maître du processus. L'exercice du biologiste devient ingrat quand il dépend de la compréhension et de la coopération d'autres

acteurs, qui eux-même sont surchargés d'obligations autres et de devoirs auprès des patients. L'auteur propose de sensibiliser les prescripteurs via des méthodes de communications individuelles (courrier, mail) ou collectives (réunions en soirée pour les médecins libéraux ou staffs à l'hôpital) et de mettre à disposition des prescripteurs des exemples de fiches de renseignements.

A notre connaissance aucune étude quantitative ou qualitative n'a été publiée sur la problématique des renseignements cliniques en biologie médicale.

2. Comparaison avec l'anatomie et cytologie pathologique

Concernant l'anatomo-pathologie, les renseignements cliniques sont à l'évidence essentiels. Nécessité faisant loi, l'étude préliminaire (annexe 1) constate que la quasi-totalité, soit 96% des 26 demandes analysées, sont renseignées.

3. Comparaison avec l'imagerie médicale

Le manque de renseignements cliniques peut également se rencontrer en dehors des laboratoires. Dans le secteur de la radiologie, la HAS a édité l'indicateur CDEI (Conformité des Demandes d'Examens d'Imagerie), qui comportent huit éléments dont trois sont des éléments cliniques (la région anatomique ou localisation de l'examen, le motif de l'examen ou histoire clinique, et la finalité de l'examen ou question posée). Les résultats de cet indicateur en 2012 (13) montrent que sur les 18942 demandes d'imagerie analysées, 5% ne comportent aucune histoire clinique et 25% aucune question posée.

Sans être directement extrapolable à la situation française, une étude réalisée au Cameroun en 2014 (14) montre que le secteur de la radiologie conventionnelle souffre plus de l'absence de renseignements cliniques que les autres modalités d'imagerie, en effet, dans leur étude, les renseignements cliniques étaient absents de 59,9% des radiographies, 27,1% des échographies et 13% des tomodensitométries.

C. Etude préliminaire

En l'absence de données bibliographiques publiées permettant de défendre l'idée que les renseignements cliniques sont réellement insuffisants sur les prescriptions de biologie médicale, il nous est apparu indispensable de réaliser un travail préliminaire sur les prescriptions de biologie médicale.

Ce travail a été réalisé sur l'ensemble des ordonnances de biologie médicale recueillies sur 3 journées, dans le laboratoire du Centre Hospitalier Intercommunal de Marmande, et le laboratoire privé Bio-Sphère dont le plateau technique est situé à Marmande.

Au niveau du secteur hospitalier, 46% des 751 demandes analysées ne comportaient aucun renseignement, dans le secteur privé, 84 % des 613 demandes analysées ne comportaient aucun renseignement. Au niveau du laboratoire privé, dans le sous-groupe de prescriptions émanant de médecins généralistes (385 demandes), 96,4% ne précisent aucun renseignement. Les conclusions détaillées de cette étude préliminaire sont précisées en annexes 1 et 2.

A la vue de ces résultats, l'étude a été centrée sur les prescriptions de biologie faite en médecine générale, qui semblent être le problème le plus aigu.

D. Synthèse

Le laboratoire de biologie médicale doit s'attacher à obtenir les renseignements cliniques pertinents permettant la réalisation des examens appropriés et de rendre des résultats interprétés. Ces renseignements font partie intégrante des examens de biologie médicale, intervenant à l'étape pré-analytique, dans le choix des analyses à réaliser, et à l'étape post-analytique, dans l'interprétation contextuelle des résultats.

La question de recherche est donc la suivante : Quelles sont les motivations qui conduisent à l'insuffisance de renseignements cliniques sur les prescriptions de biologie médicale ? Points de vue croisés des prescripteurs et des biologistes.

Afin de répondre à cet objectif nous avons choisi de réaliser une étude qualitative avec des entretiens individuels semi-structurés.

III. Méthode

A. Type de méthode

Le choix méthodologique s'est porté sur une enquête¹ avec une approche ethnologique² pour étudier la place du phénomène dans son contexte. Nous avons réalisé un travail de recherche qualitative utilisant des entretiens, individuels, semi-structurés³.

La recherche qualitative vise à comprendre un phénomène plutôt qu'à le quantifier. Les termes se rapportant spécifiquement à la recherche qualitative sont définis en bas de page selon le glossaire de Letrilliart *et al.* (15, 16).

¹ Enquête [Angl. Survey] : Moyen privilégié d'investigation en sciences sociales comprenant des techniques d'observation, d'entretiens et de questionnaires. Ces techniques varient selon la nature de l'objet de recherche, le temps, et les moyens disponibles. Traditionnellement, on distingue les techniques d'ordre quantitatif reposant sur des grands échantillons, des enquêtes d'ordre qualitatif reposant sur des groupes plus restreints.

² Ethnographie, Ethnologie, Anthropologie [Angl. Ethnography, Ethnology, Anthropology] : L'objectif de la connaissance de l'Homme en société est abordé en trois étapes, qui requièrent une attitude de distanciation par rapport aux stéréotypes socioculturels. Au cours de la première étape, l'ethnographe réalise des enquêtes de terrain, en situation d'immersion prolongée. Grâce à l'observation « in situ », il se familiarise avec d'autres habitudes culturelles, tout en notant ses propres réactions. Il s'agit de réaliser « un travail de fourmi » afin de recueillir un large corpus d'informations (récits de vie, opinions personnelles, savoir-faire, etc.). L'ethnologie est l'étape suivante, qui consiste à opérer des comparaisons et des généralisations à partir des informations recueillies. La troisième étape correspond à l'anthropologie, qui consiste à développer des explications et des théories. Il s'agit de dégager la spécificité d'un ensemble culturel, mais aussi d'illustrer et de nuancer ce qui se joue ailleurs, voire de définir des invariants culturels.

³ Entretien semi-structuré [Syn. Entretien semi-directif] [Angl. Semistructured interview] : Entretien en face à face comportant des questions ouvertes. L'interviewer utilise un guide d'entretien dont les thèmes ne sont pas nécessairement abordés dans l'ordre. Son rôle consiste à effectuer les bonnes relances aux moments opportuns afin de balayer tout le guide d'entretien, sans pour autant influencer l'interviewé dans ses réponses ou lui couper la parole.

B. Choix de la population étudiée

L'échantillonnage de la population cible a été réalisé selon la technique de la boule-de-neige⁴, il s'agit d'une méthode d'échantillonnage non probabiliste qui présente l'avantage d'être peu coûteuse, rapide et facile à utiliser.

1. Critères d'inclusion

a) Médecins généralistes

Les critères d'inclusions concernant le groupe des médecins généralistes étaient :

- Etre médecin généraliste en activité, dont la majeure partie de carrière est représentée par la pratique de la médecine générale en libéral.
- Exercer dans le département de la Gironde (33) ou du Lot-et-Garonne (47).

b) Biologistes médicaux

Les critères d'inclusions concernant le groupe des biologistes médicaux étaient :

- Etre médecin ou pharmacien biologiste en activité, travaillant dans un laboratoire polyvalent, dont l'activité est représentée majoritairement par les prescriptions du secteur libéral.
- Exercer dans le département de la Gironde (33) ou du Lot-et-Garonne (47).

2. Critères d'exclusion

Le seul critère d'exclusion, commun aux deux groupes, était le refus de participer à l'étude.

⁴ Échantillonnage selon la technique de la boule-de-neige [Angl. Snowball sampling] : Identification des sujets d'intérêt à partir de personnes qui connaissent d'autres personnes susceptibles d'être de bons participants à une enquête.

3. Nombre de participants à inclure

Il n'existe pas de taille cible des deux populations échantillonnées, les entretiens seront arrêtés quand la saturation des données⁵ sera atteinte.

C. Matériel et outils

Le guide d'entretien⁶ sert à encadrer l'entretien mais doit laisser place à l'improvisation. Il a été élaboré suite à des entretiens ouverts avec, à la fois des biologistes hospitaliers et privés, et des médecins hospitaliers et libéraux. Un premier canevas d'entretien a été élaboré pour chaque groupe, puis affiné après des entretiens tests.

Pour répondre à la question de notre étude, les deux guides ont été construits en trois parties (ou thèmes) et en miroir entre médecins et biologistes. A l'intérieur de chacune des trois parties, la thématique est d'abord abordée par une question ouverte, relayée éventuellement par des relances, puis précisée par des questions fermées si nécessaire. Les grilles sont consultables en annexes D et E.

Il existe quatre types de relances utilisables lors des entretiens :

- les relances simples, qui consistent à faire écho aux paroles de l'interviewé en répétant ses propres termes.
- les relances différées, qui consistent à reprendre un sujet insuffisamment abordé à un moment ultérieur de l'entretien en reprenant les propos de l'interviewé.
- les relances interprétatives, qui consistent à reformuler les paroles du sujet.
- les contradictions, qui forcent le sujet à argumenter.

⁵ Saturation (des données) [Angl. Saturation (of data)] : Terme théorique du développement d'une catégorie conceptuelle à partir duquel aucune propriété, dimension ou relation nouvelle n'émerge plus au cours de l'analyse.

⁶ Guide d'entretien [Syn. Canevas ou grille d'entretien] [Angl. Topic guide, Topic schedule, Topic list] : Série de questions ou de consignes servant de fil conducteur et stimulant l'échange dans les entretiens individuels ou collectifs. Les questions sont habituellement courtes et claires, allant du domaine le plus général au plus spécifique, et elles sont évolutives. Le degré de formalisation du guide dépend de l'objet de l'étude et du type d'analyse projeté.

D. Déroulement de l'enquête

1. Recrutement des participants

Le recrutement des participants a été fait soit par contact téléphonique, soit par SMS, en fonction des données disponibles. Le projet de thèse a été succinctement expliqué afin de pouvoir solliciter une interview.

2. Réalisation des interviews

Les conditions de réalisations des interviews sont essentielles, car l'analyse des interviews repose sur la spontanéité de la discussion. Dans une approche ethnologique, les entretiens doivent avoir lieu dans le milieu naturel du sujet. Le choix du lieu s'est donc porté sur le cabinet médical pour les médecins, et le laboratoire pour les biologistes. L'entretien a lieu lors d'une journée de travail habituelle, au calme dans la mesure du possible (pas de téléphone).

Une petite introduction (disponible en Annexe 3) explique le déroulement de l'entretien, son intérêt, ses objectifs et le respect de l'anonymat de l'enregistrement. Nous recueillons le consentement de l'interviewé.

L'enregistrement⁷ se fait sur iPhone® 6 et est prévu pour durée une quinzaine de minutes.

⁷ Enregistrement [Angl. Recording] : Les entretiens doivent toujours être enregistrés. L'enregistrement permet de dépasser les « impressions » laissées par l'entretien, qui peuvent être fondées sur quelques moments marquants ne correspondant pas nécessairement à l'essentiel de ce qui a été dit. Il donne accès à l'ensemble du discours de l'interviewé, afin de faire ressortir la parole exacte de l'enquêté ; l'analyse pouvant ainsi se faire en plusieurs étapes après lecture et relecture de l'entretien. Il met à disposition les citations fidèles de la parole des interviewés qui serviront de « preuve » de l'analyse de l'entretien.

E. Analyse des données

1. Retranscription des interviews

La retranscription⁸ par écrit des enregistrements se fait mot à mot (y compris onomatopées, rires...) et constitue ce que nous nommons *verbatim*⁹ de l'entretien.

2. Analyse des données recueillies

L'intégration des verbatims se fait dans un logiciel d'analyse dédiée aux données qualitatives : MAXQDA® V11.2.1 pour Mac OS® X, édité par VERBI GmbH. Ce logiciel est le principal concurrent du plus célèbre NVivo® édité par QSR International Pty Ltd, mais dont l'ergonomie est peu adaptée à l'usage sur Macintosh®. D'après Roy et al. (17) ces deux logiciels sont comparables quand au degré d'expertise nécessaire pour les utiliser, la puissance d'analyse qu'ils permettent et leur coût.

La recherche qualitative suit un processus continu de recueil de données et d'analyse.

La codification¹⁰ de chaque verbatim se fait avec une approche de codage thématique calquée sur les guides d'entretiens, une partie des réponses étaient pré-

⁸ Transcription [Syn. Retranscription] [Angl. Transcribing] : Première étape de l'analyse des données qualitatives, consistant à représenter sous forme écrite des données orales ou visuelles, et permettant de s'approprier progressivement les propos de l'interviewé. Certains auteurs préconisent de ne noter que les éléments significatifs ; d'autres de respecter une fidélité intégrale au discours tenu, incluant les aspects non verbaux (hésitations, silences, tics de langage, mimiques, etc.) ; d'autres encore de ne noter que les éléments directement en lien avec la recherche. En pratique, la (re)transcription doit être adaptée aux objectifs de la recherche.

⁹ Verbatim [Syn. Corpus de données] [Angl. Transcript, Verbatim] : Compte rendu intégral, mot à mot, d'un entretien. Il peut comporter des caractères spéciaux pour indiquer les expressions non verbales.

¹⁰ Codification [Angl. Coding] : Opération intellectuelle qui consiste à transformer des données brutes (faits observés, paroles recueillies, etc.), en une première formulation signifiante (code), dont le sens reste cependant banal et proche du sens commun.

codées en fonction des réponses potentiellement attendues, de nouveaux codes étaient créés pour chaque nouvelle réponse apportée par les participants. Un exemple de codage est présenté en annexe 7.

La démarche d'analyse qualitative résulte de 5 étapes :

- 1) Familiarisation par immersion dans les données brutes : cette étape permet de noter les idées, les points clés, et repérer les thèmes récurrents.
- 2) Construction d'un cadre théorique : cette étape permet grâce à l'ensemble des codes créés à priori (réponses attendues) et à postériori (réponses non prévues) de constituer un index théorique.
- 3) Indexation : l'index ainsi constitué à l'issue de la première codification de l'ensemble des verbatims est à nouveau appliqué à l'ensemble des données.
- 4) Classement et organisation des codes : à cette étape chaque code est replacé dans la bonne catégorie, on regroupe les verbatims saillants qui serviront à illustrer les données.
- 5) Cartographie et interprétation : à cette étape on développe des concepts, on cherche des associations entre les thèmes, on recherche l'influence des données sur les idées initiales.

IV. Résultats

A. Participation

1. Médecins

Sur les 12 médecins sollicités, 11 ont répondu favorablement, 1 n'a pas donné suite aux messages vocaux laissés sur son téléphone. Sur les 11 restants 1 médecin est parti en vacances avant d'avoir pu être interviewé. Au total 10 entretiens ont pu être réalisés.

2. Biologistes

Sur les 8 biologistes sollicités, 8 ont répondu favorablement et 8 entretiens ont eu lieu.

B. Analyses de la population de l'étude

1. Données socio-démographiques

a) Répartition des sexes

La répartition des sexes dans les deux groupes était la suivante :

Figure 1 : Répartition
Hommes/Femmes parmi les
Médecins

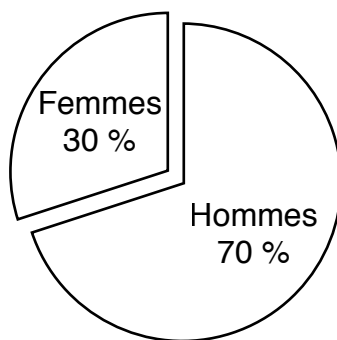
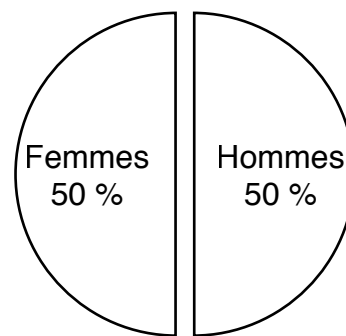


Figure 2 : Répartition
Hommes/Femmes parmi les
Biologistes



b) Répartition des âges

(1) Médecins

Dans le groupe des médecins généralistes, l'âge minimum est de 30 ans, le maximum de 63 ans, avec une moyenne à 41,4 ans.

(2) Biologistes

Dans le groupe des biologistes, l'âge minimum est de 28 ans, le maximum de 60 ans, avec une moyenne à 47,1 ans.

2. Données professionnelles

a) Durée d'installation pour les médecins

Huit médecins sont installés en moyenne depuis 13 années, avec un minimum de 6 mois et un maximum de 35 ans.

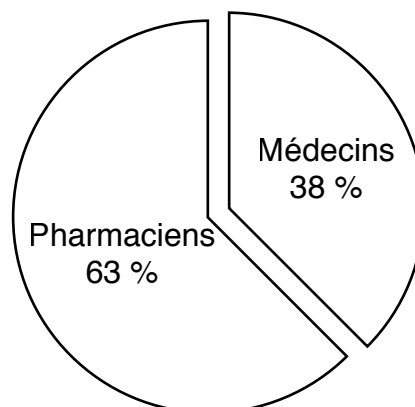
Deux médecins sont des remplaçants de longue durée, en moyenne depuis 2 ans et 9 mois.

Parmi les 8 médecins installés, 2 étaient praticiens maitres de stages avec un interne au cabinet depuis 13 ans en moyenne.

b) Répartition des formations initiales pour les biologistes

La biologie médicale est la seule discipline médicale commune aux médecins et aux pharmaciens, la répartition entre les 2 formations initiales est la suivante :

Figure 3 : Répartition Médecins/
Pharmaciens parmi les biologistes



c) Nombre de dossiers traités par jour pour les biologistes

En fonction du site principal d'activité, le nombre de dossiers traités par jour varie de 50 au minimum, jusqu'à 260 au maximum avec une moyenne à 132,5.

d) Nombre de consultations pour les médecins généralistes

Sur les 9 médecins ayant communiqué sur le nombre de consultations qu'ils réalisent en moyenne sur une journée, la moyenne est à 31,56 consultations par jour avec un minimum à 22,5 et un maximum à 60.

e) Type de cabinet

Dans notre étude 90% des médecins généralistes exercent en cabinet de groupe.

f) Type de laboratoire

Sur les 8 biologistes interviewés, 6 travaillaient totalement ou majoritairement sur un site de prélèvement dépourvu de plateau technique sur place.

3. Données géographiques

La répartition géographique des médecins et des biologistes est établie sur les données de l'INSEE (18). L'unité urbaine (UU) est une commune ou un ensemble de communes qui comporte sur son territoire une zone bâtie d'au moins 2 000 habitants où aucune habitation n'est séparée de la plus proche de plus de 200 mètres. En outre, chaque commune concernée possède plus de la moitié de sa population dans cette zone bâtie. Par définition, une commune rurale est une commune n'appartenant pas à une unité urbaine, les autres communes sont dites urbaines.

Dans notre étude, 7 médecins exerçaient dans des UU de plus de 200 000 habitants, 2 médecins dans des UU de 20 000 à 50 000 habitants et un médecin en zone rurale. Concernant les biologistes, 3 exerçaient dans des UU de plus de 200 000 habitants, 1 exerçait dans une UU de 20 000 à 50 000 habitants, 1 exerçait dans

une UU de de 5 000 à 10 000 habitants et 3 exerçaient dans une UU de moins de 5 000 habitants.

Les données de répartition géographiques utilisées pour réaliser les 2 graphiques suivants sont extraites du document de travail de la DREES de 2013 (19).

Figure 4 : Répartition des médecins généralistes selon les unités urbaines (UU) définies par l'INSEE.

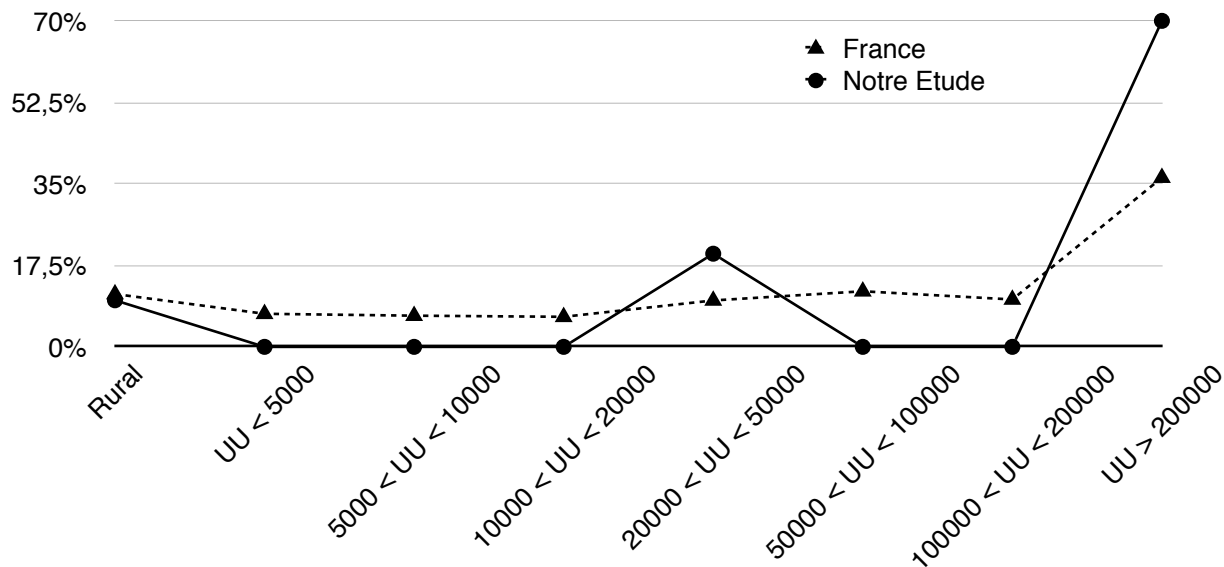
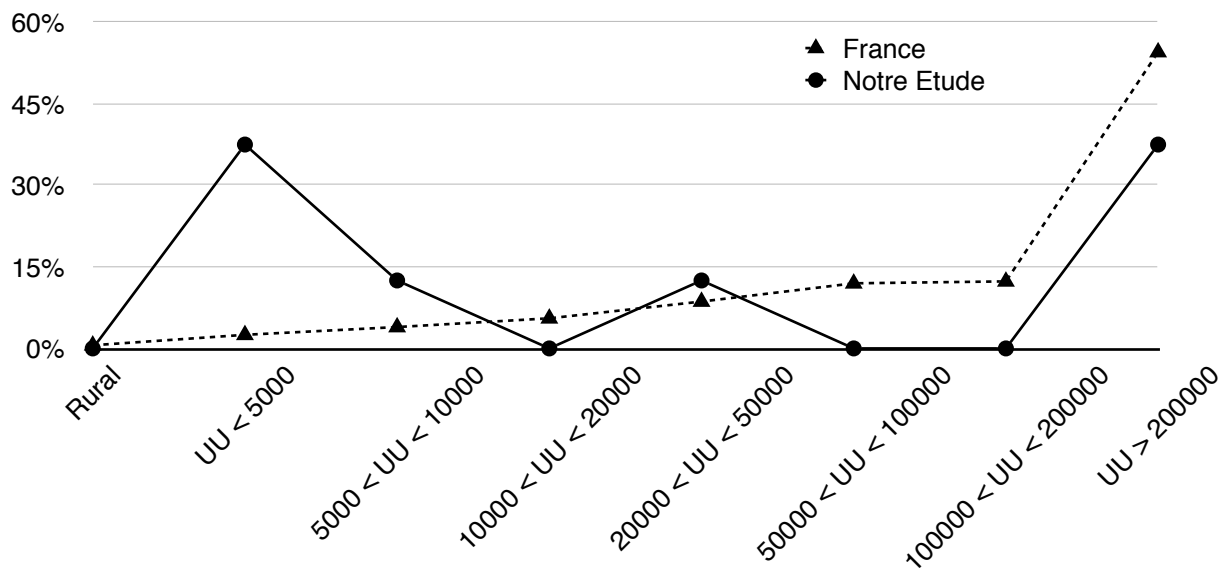


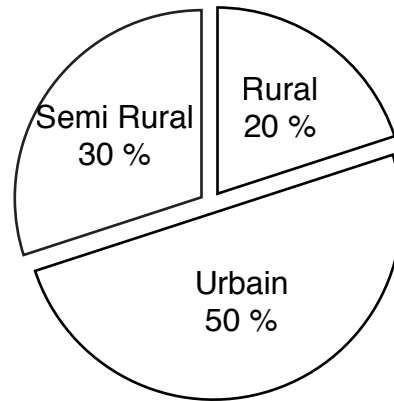
Figure 5 : Répartition des biologistes selon les unités urbaines (UU) définies par l'INSEE.



4. Caractéristiques de la patientèle

Selon auto-évaluation des médecins concernant leur propre patientèle la répartition est la suivante :

Figure 6 : Caractéristique des patientèles des médecins généralistes



5. Données générales sur les entretiens semi-dirigés

Au total, 18 entretiens ont été réalisés. La saturation, c'est-à-dire l'absence de nouveau code dans un verbatim, a été obtenue après 9 entretiens pour les médecins généralistes, confirmée par un 10^{ème} entretien et après 7 entretiens pour les biologistes, confirmée par un 8^{ème} entretien.

La période de réalisation des entretiens se situe entre le vendredi 26 juin 2015 et le jeudi 23 juillet 2015.

La durée des entretiens réalisés était en moyenne de 12min 47s pour les médecins et de 14min 3s pour les biologistes.

Pour les biologistes 1 entretien a eu lieu en plein air, 1 entretien a eu lieu au domicile du biologiste, 6 entretiens ont eu lieu au laboratoire. Pour les médecins les 10 entretiens ont eu lieu au cabinet.

L'ensemble des entretiens représente 4h d'enregistrement, ce qui correspond à environ 24h de retranscription pour un total de 110 pages de verbatim.

6. Tableaux de synthèse

Tableau 1 : Population des Médecins Généralistes

	Sexe	Age	Type de cabinet	Zonage géographique	Cs/j	Statut	Patient	Nb/ Groupe	Interview (min)	Installation (années)	Rempl. (années)	Internes en Stage (années)
M1	H	52	Groupe	UU > 200 000 hab.	27,5	Installé	Urbain	4	08:04	20	-	14
M2	H	33	Groupe	UU > 200 000 hab.	-	Remplaçant	Urbain	-	11:54	-	4,5	-
M3	H	37	Groupe	UU > 200 000 hab.	30	Installé	Urbain	4	12:15	6	3,5	-
M4	F	35	Groupe	UU > 200 000 hab.	30	Installé	Semi-rural	4	14:35	1,5	3,5	-
M5	H	32	Groupe	20 000 hab. < UU < 50 000 hab.	30	Installé	Semi-rural	4	07:04	0,5	3,0	-
M6	H	30	Groupe	20 000 hab. < UU < 50 000 hab.	27,5	Remplaçant	Rural	-	10:54	-	1,0	-
M7	H	63	Individuel	Rural	60	Installé	Rural	1	14:18	35	-	-
M8	F	56	Groupe	UU > 200 000 hab.	22,5	Installé	Urbain	2	13:18	24	-	-
M9	H	32	Groupe	UU > 200 000 hab.	30	Installé	Urbain	4	17:20	2	3	-
M10	F	44	Groupe	UU > 200 000 hab.	26,5	Installé	Semi-rural	4	18:04	15	-	12
Moyennes :	41,40	90% en groupe	-	31,56	80% installés	-	3,38	12:47	13,00	3,08	12,75	

Cs/j : Nombre de consultations par jour. Nb/Groupe : Nombre de médecins dans le groupe. Rempl. : Remplacements.

Tableau 2 : Population des Biologistes Médicaux

	Profession	Sexe	Age	Type de laboratoire	Zonage géographique	Doss/j	Statut	Durée
B1	Pharm.	F	55	Site de Prélèvement	UU < 5 000 hab.	100	Installé	12:39
B2	Pharm.	F	34	Site de Prélèvement	UU < 5 000 hab.	100	Installé	14:42
B3	Med.	H	46	Site de Prélèvement	UU < 5 000 hab.	100	Installé	16:32
B4	Pharm.	H	57	Site de Prélèvement	5 000 hab. < UU < 10 000 hab.	150	Installé	14:30
B5	Med.	H	51	Plateau Technique	20 000 hab. < UU < 50 000 hab.	200	Installé	15:47
B6	Pharm.	F	28	Site de Prélèvement	UU > 200 000 hab.	260	Installé	12:51
B7	Pharm.	H	60	Site de Prélèvement	UU > 200 000 hab.	50	Installé	11:56
B8	Med.	F	46	Plateau Technique	UU > 200 000 hab.	100	Installé	13:25
Moyennes :			47,13			132,50		14:03

Doss./j : Nombre de dossiers par jour.

C. Analyses des entretiens

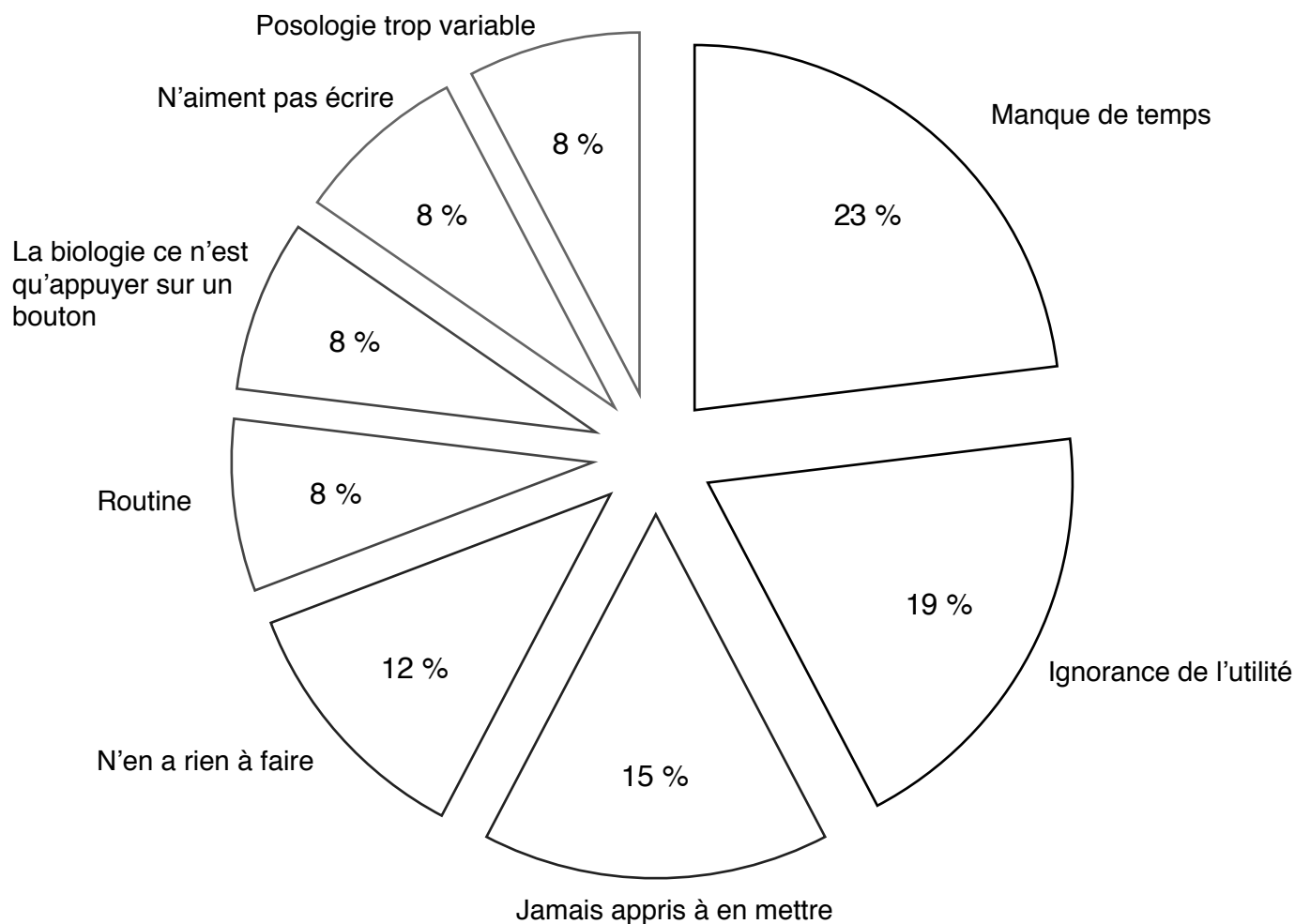
1. Causes de l'insuffisance de renseignements cliniques

La problématique principale de notre étude était de comprendre quelle est la cause de l'insuffisance de renseignements cliniques sur les prescriptions de biologie médicale, en particulier dans le cadre de la médecine générale.

a) Point de vue des biologistes

A la question : « A votre avis pourquoi les prescripteurs mentionnent si peu de renseignements cliniques sur les feuilles de prescriptions ? », les réponses se répartissent ainsi :

Figure 7 : Point de vue des biologistes sur le manque de renseignements cliniques de la part des médecins généralistes



(1) Manque de temps des médecins généralistes

La réponse mise en avant par la majorité des biologistes a été le manque de temps cité par 6 des 8 biologistes interviewés :

- B2 : « Parce qu'ils n'ont 'pas le temps' ». [gestuelle pour figurer les guillemets].
- B3 : « En médecine de ville où les mecs ils sont surbookés ».
- B4 : « Mais je pense que c'est plus un manque de temps et ça les agace un peu. »
- B6 : « Et peut être qu'ils ont pas le temps aussi »

(2) Ignorance de l'utilité des renseignements cliniques pour le biologiste

En seconde position, rapportée par 5 interviewés sur 8, on retrouve le sentiment que le médecin ne voit pas l'utilité des renseignements cliniques pour le biologiste :

- B3 : « ils se doutent pas de ... comment dire, que ça peut nous servir. », « [le médecin] ne voit pas forcément l'intérêt que ça va nous amener.»
- B1 : « ils ne pensent pas que ça nous intéresse et qu'on en a besoin. »

En troisième position, cité par 4 biologistes, ressort la notion d'absence de formation dans ce domaine :

- B1 : « on a jamais été leur dire mais marquez nous des renseignements cliniques ! »
- B7 : « Ca ne leur vient pas à l'esprit. C'est pas généré par une éducation particulière. Non. »

(3) Désintérêt du médecin pour le travail du biologiste

Ensuite cité par 3 biologistes, on retrouve le sentiment que le médecin n'en a « rien à faire » :

- B6 : « Je pense qu'ils en ont rien à [faire] en fait, parce qu'ils ne connaissent pas notre travail. »

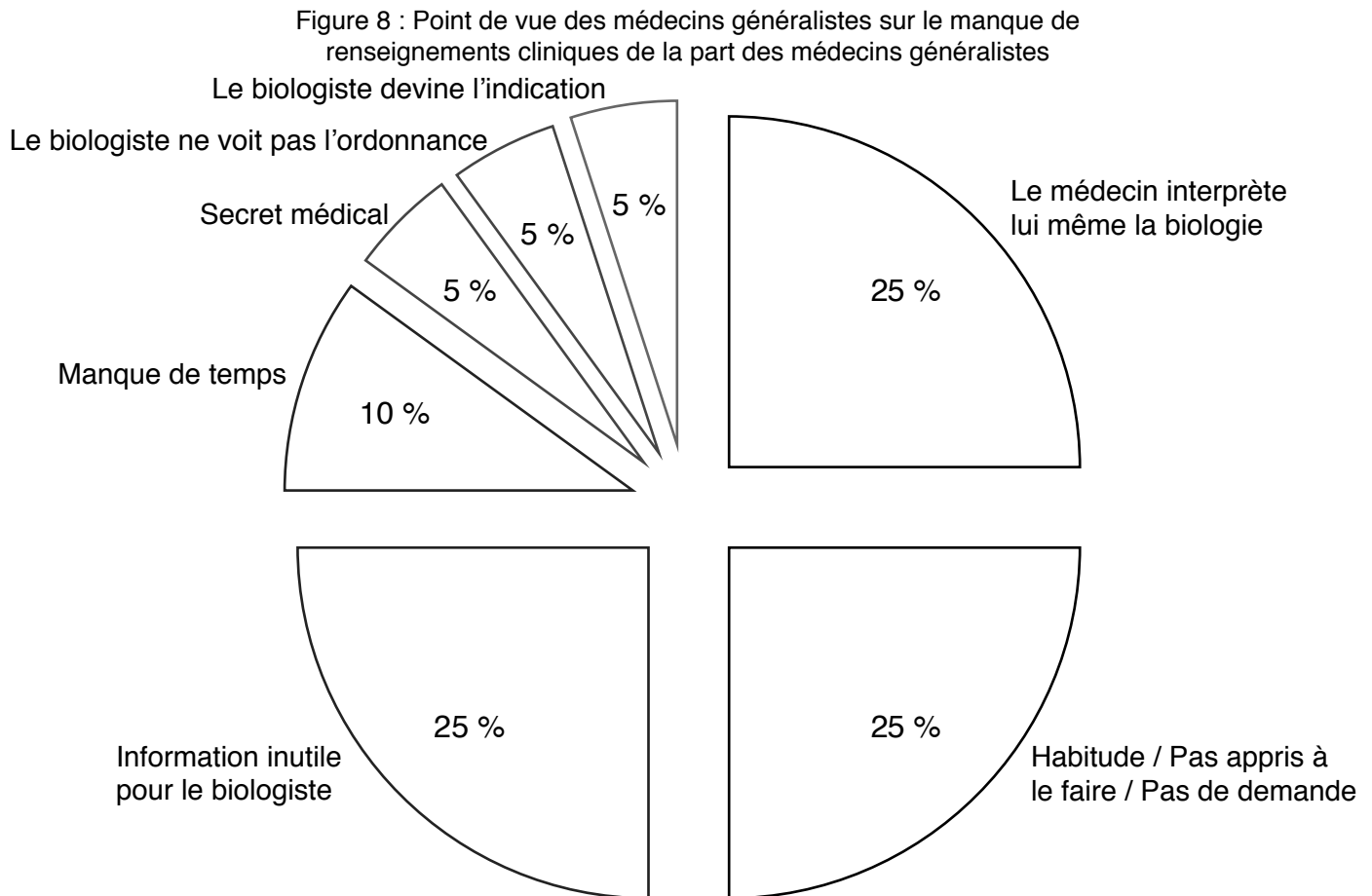
- B5 : « Parce qu'ils attendent le résultat euh... parce que le médecin qui cherche un diabète il veut sa glycémie et il en a rien à [faire] de savoir ce que pense le laboratoire pour lui donner ... quelque part il attend son résultat quoi. »

(4) Autres causes

Parmi les derniers arguments avancés par les biologistes on retrouve la notion que la biologie ce n'est qu'appuyer sur un bouton (B3 : « Ouais, ouais, moi j'ai l'impression que c'est un peu ça. Comment dire, moi j'ai un peu discuté avec des médecins et des vieux médecins qui sont à 4-5 ans de la retraite, pour eux la biologie c'est on met des tubes dans les machines et puis point barre, on a pas besoin de savoir, y'a un cloisonnement entre l'acte médical et l'acte biologique. »), la notion de routine dans la prescription de biologie (B7 : « Ah oui c'est un rythme pris, c'est ainsi fait que ça ne se passe pas. »), le sentiment que les médecins n'aiment pas écrire, et la variabilité de la posologie des AVK, en particulier, qui ferait qu'ils préfèrent ne rien indiquer.

b) Point de vue des médecins généralistes

A la question : « Qu'est ce qui vous pousse à ne pas mettre de renseignements cliniques sur les prescriptions ? », les réponses sont réparties ainsi :



(1) Le médecin interprète lui-même la biologie

La moitié des 10 médecins interrogés mettent en avant le fait que le médecin généraliste interprète lui-même ses résultats d'examen biologiques et donc qu'il ne voit pas l'intérêt de préciser des renseignements pour le biologiste :

- M2 : « c'est nous qui interprétons au final, on se fait notre propre interprétation donc du coup, comme le motif clinique on le connaît vu qu'on a examiné le patient enfin tu vois. »
- M6 : « après pour la suite et le raisonnement diagnostique, euh... je ... enfin... j'ai pas pris conscience, c'est peut-être une erreur, j'ai pas pris conscience [que le

biologiste] peut être une aide ou qu'il va porter une interprétation, une plus-value enfin voilà. »

- M8 : « Non parce que la cible je la connais et je le vois au résultat s'il est dans la cible ou pas. »
- M10 : « enfin je veux dire, on, quand on fait de la biologie, on demande pas l'avis médical en fait, je pense qu'on se trompe en demandant juste une... une information technique et on se sert pas de l'avis du biologiste en fait et c'est un... c'est un tort effectivement. »

La quasi totalité des médecins (9 sur 10) citent en contre-exemple l'imagerie où ils mentionnent tous des renseignements cliniques pour le radiologue :

- M2 : « alors que quand tu demandes un autre examen complémentaire à type radio tu attends une interprétation qui soit vraiment en fonction de ce que tu demandes, donc les renseignements cliniques sont peut-être plus utiles aux radiologues ».
- M3 : « Moi, toujours, l'imagerie, je pense que je suis un des rares, sans me vanter dans la région à faire des ordonnances détaillées pour les scanners, les radios, les échos, et les radiologues me le disent en retour. Donc voilà, j'écris tout à la main, ou alors je leur fait un copier-coller de mon examen clinique et je le mets sur l'ordonnance. »
- M5 : « Mais alors que les radios moi j'ai pas la prétention de pouvoir interpréter une radio aussi facilement qu'un bilan biologique. »

(2) L'habitude

La moitié des médecins interrogés avancent également la force de l'habitude, ils n'ont pas pensé, ni d'ailleurs appris à le faire et en retour les biologistes ne leur ont jamais demandé :

- M4 : « Bah je sais pas, je l'ai jamais fait, je me suis jamais posé la question. Non, vraiment, c'est vraiment c'est routinier la prise de sang, on prescrit, c'est très, très, très souvent. », « Y'a pas de formation sur ça, le labo finit par rappeler quand ils ont vraiment besoin d'information. »

- M5 : « [Les biologistes] nous appellent. Ils nous précisent pas qu'ils leur faudrait plus d'information, c'est quelque chose que j'ai pas encore entendu. »
- M8 : « Ah bon ! Donc tu m'apprends qu'il faut donner des renseignements cliniques quand on prescrit une biologie, chose que je ne fais jamais, et j'ai aucun labo, ni aucun médecin biologiste qui m'a demandé ça. »
- M9 : « Renseignements cliniques non, jamais. J'ai jamais eu l'habitude de le faire, je devrais peut être ouais. », « tout simplement parce qu'on a pas été, enfin moi j'ai pas appris, ou j'ai pas appris que, que une ordonnance de bio il fallait renseigner des infos, mais je l'ai pas appris dans les cours théoriques, mais ni en pratique dans les stages d'internes comme ça, on m'a jamais dit « tu me précises ça », à la différence d'un bon de, d'imagerie, où là, bah il faut justifier, il faut chercher vraiment des trucs, on pose des questions, enfin moi je les détaille assez bien et je pose des questions auxquelles j'aime bien avoir les réponses. »

(3) Information inutile pour le biologiste

La moitié des médecins pensent que les informations cliniques ne sont pas utiles pour les biologistes, en particulier pour les bilans de « routine » :

- M2 : « Euh..... très bonne question [rire] bah parce que sur les autres le plus souvent c'est soit du bilan standard qu'on va dire de suivi pour lequel y'a pas forcément besoin de motif clinique, je pense aux classiques, « suivi de dyslipidémie », « dépistage d'hyperglycémie », donc euh pour effectivement lequel oui pour moi à priori, ou du moins parce que c'est déjà mentionné dans le dossier, c'est vrai que par rapport au labo je mentionne pas de motif clinique dans les examens de routine, on va dire. Quand c'est un suivi de dysthyroïdie, enfin une TSH pour lequel y'a un suivi mensuel, semestriel ou annuel. Ou voila c'est vrai qu'en général je le marque pas, c'est sûr. »
- M8 : « bah, je pense que ça lui sert à rien, c'est ça le problème. C'est que après les chiffres, moi j'en fais quelque chose, mais je pense que pour lui, j'ai l'impression que pour lui ça sert à rien. Alors c'est peut-être... pour lui c'est peut être pas intéressant de faire des examens sans savoir pourquoi ça c'est vrai. Mais j'ai l'impression que pour lui ça sert à rien pour me donner les résultats. Après c'est vrai que ça serait plus confraternel, plus sympa, plus dans l'échange, de lui

dire pourquoi il fait cet examen, pourquoi je lui demande cet examen, mais j'ai l'impression que ça ne lui est pas utile pour trouver ce qu'il trouve, enfin pour euh... parce qu'il n'y a pas vraiment d'interprétation, enfin l'interprétation après c'est moi qui la fait en fonction de la clinique, avec le patient. »

(4) Manque de temps

Le manque de temps n'a été évoqué que par 2 médecins, à noter qu'il s'agit du médecin réalisant 60 consultations par jour et du médecin réalisant toutes ses prescriptions de biologie manuscrites :

- M3 : « On va manquer de temps, ne serait-ce que déjà moi j'explique bien à mes patients, si je vous appelle pas c'est que y'a pas de choses graves et urgentes. [...] donc déjà on perd pas mal de temps avec ça, si en plus on doit détailler, alors il faudrait que les logiciels fassent un truc plus concis quoi, mais ils le font pas encore. Enfin ils le font mais c'est mal foutu. Il faudrait qu'il y ai un petit carré avec le traitement qui sort sur l'ordonnance à chaque fois et les antécédents. »
- M6 : « A : La raison particulière est simple, c'est que plus ... euh... c'est un manque de temps. », « Eh oui, parce que quand vous avez une consultation qui va se réduire à sa plus simple expression, c'est à dire, quasiment 5 minutes par patient, et pour tout caser vous pouvez pas. Voilà, c'est simple, et médecine géniale c'est 25 actes par jour, voilà. », « Donc tout ce qui est annexe, tout ce qui est, encore que j'ai un secrétariat qui est très très puissant. Mais euh c'est difficile de, de, de rajouter des détails, des détails, des détails. C'est une question de temps c'est tout, c'est une question de temps. », « Ah mais c'est pas une mauvaise idée, ce que vous dites, c'est une très bonne idée. Mais c'est une idée de faisabilité. Le problème est toujours le même moi je suis un ayatollah du chronomètre. Parce que si je gère pas mon temps... », « Voilà donc... Quand quelqu'un me dit « mais ça vous prend 10 secondes ! », 10 secondes sur 12000 actes... Bah... Parce que chacun dit « ouais mais ça vous prend rien ! », la caisse elle nous demande de remplir un dossier, « mais ça va vous prendre 2 minutes ! » voilà ... Donc si à chaque fois, quand je fais une prescription, je clique, claqué ça sort, je signe, point-barre c'est parti. Si je prends le truc et que je rajoute, ou soit j'imprime le dossier supplémentaire, que le laboratoire me téléphone « j'ai pas trop

compris ce que tu veux dire » etc... etc... C'est très bien, c'est de la bonne médecine, je suis d'accord moi, moi je suis un ayatollah de la bonne médecine, mais il faut pouvoir faire de la médecine dans le temps imparti... », « C'est, c'est... Après si vous voulez, quand vous mettez 3 mots, vous en mettez 4, vous l'écrivez plus ou moins bien, après y'a une ... Euh, c'est... Moi je pars du principe que quand vous faites quelque chose, il faut savoir si vous pouvez le faire correctement ou pas correctement, d'abord. Donc si vous mettez 2 - 3 mots comme ça, à mon avis ça servirait à rien. Faut que ça soit structuré, comme il faut, comme il faut, euh voila donc euh. Si vous mettez TP-INR entre 3 et 4, faut justifier, faut mettre parce qu'il a une fibrillation, ou etc... ou modification, y'a toujours... une information ça prend du temps, ça prend du temps, donc voila. »

A contrario 6 autres médecins mettent en avant le fait que le manque de temps n'est pas la cause de ce manque d'informations cliniques sur les prescriptions :

- M1 : « Parce que finalement ce temps il est pris pour d'autres types d'examens, mais il est pas pris pour la biologie. »
- M4 : « manque de temps non parce que si on le fait une fois, mettons les prescriptions de suivi, les INR, ils vont pas changer de médicaments, à la limite la dose va peut être changer. »
- M5 : « on le fait pas parce que c'est pas forcément le temps de le marquer et que c'est là finalement avec le logiciel, je clique et j'ai mon truc qui apparait donc voila, c'est pas un réflexe. »
- M6 : « C'est pas une question de temps, parce que au contraire je fais attention quand il y a des radios ou des choses comme ça de bien préciser les choses pour que justement le radiologue soit bien perdu avec une pauvre radio des poumons... comme ça... mais sur le plan biologique j'y vois pas plus d'intérêt que ça. »
- M10 : « Je voyais pas, je vois pas l'intérêt de préciser la cible maintenant effectivement ça représente tellement peu de temps surtout sur ordinateur ou suffit de le mettre une fois et euh, où ça figure sur toutes les ordonnances ça peut être intéressant. »

(5) Autres causes

Un médecin pensait que le biologiste ne voyait pas l'ordonnance, un autre s'interroge sur le respect du secret médical si l'on mentionne des renseignements cliniques sur l'ordonnance, un médecin pense que le biologiste devine l'indication en fonction de ce qui est demandé (M4 : « les biologistes on souvent euh des réflexes, enfin ils savent très bien en fonction de ce qu'ils reçoivent la plupart du temps ils devinent ce qu'on cherche quoi »)

2. Analyses des pratiques

a) Habitudes de prescriptions des médecins

(1) Support de la prescription

90 % des médecins interrogés déclarent utiliser des prescriptions informatisées, 1 seul médecin rédige toutes ses prescriptions de biologie de manière manuscrite (son cabinet est informatisé). 6 des 9 médecins rédigeant sur ordinateur déclarent utiliser un modèle de prescription et ajoutent/suppriment des items en fonction de la situation.

(2) Informations mentionnées

A la question que « mentionnez vous sur les prescriptions de biologie médicale ? », 7 médecins interrogés sur 10 déclarent ne rien mettre d'autres que la liste des analyses demandées :

- M1 : « Je ne mets rien. Comme la plupart des médecins, je ne mets rien. Je mets mes paramètres que je veux rechercher mais je mets pas d'indication médicale. ».
- M6 : « j'indique simplement les analyses que je veux faire [...] mais je précise, en général rien d'autre. »

En particulier pour la situation de prescription du bilan de « dépistage », de « routine », la prise de sang « systématique » qui a été mentionnée par plusieurs médecins :

- M3 : « si c'est un dépistage, enfin si c'est une routine comme ça tous les 12 - 18 mois je marque rien »

(3) Situations particulières

(a) Urgences

3 médecins sur 10 déclarent mentionner des informations cliniques dans les situations à caractère urgent :

- M2 : « Oui si voila, c'est pour ça quand je parlais du caractère d'urgence effectivement sur une suspicion d'infection haute, ou une suspicion de pathologie lithiasique, ou pour toutes les autres causes effectivement je peux, je peux, je peux les mettre là par contre les renseignements. »

6 médecins sur 10 déclarent mentionner « urgent » ou « à faxer en urgence » :

- M9 : « Je mets, lorsque c'est pour quelque chose d'infectieux, ou quelque chose, une dyspnée, quelque chose d'aiguë, je mets « urgent » dessus, je ne sais pas si ça a une valeur, ou je mets « faxez moi le résultat » et de toute façon je sais que j'ai les résultats dans la journée, globalement. »

4 médecins sur 10 quant à eux préfèrent téléphoner directement au biologiste en cas d'urgence :

- M4 : « Alors si c'est un bilan urgent moi j'appelle, je demande au patient où est ce qu'il va aller et je passe un coup de fil, pour savoir si on est bon en matière parce que c'est souvent à 18 ou 19h... Si ça vaut le coup ou si j'envoie aux urgences, je pense notamment à des tropes ou à des potassiums ou des choses comme ça. », « voila, au moins pour prévenir y'a monsieur machin, si l'urgence je vais toujours appeler, toujours, c'est un minimum quoi, enfin, on peut pas envoyer quelqu'un comme ça... ».

(b) Bactériologie

8 médecins sur 10 déclarent pouvoir mettre des renseignements dans les situations particulières comme la bactériologie, ou la prescription d'analyses peu fréquentes :

- M2 : « après peut-être que j'aurais plus tendance à mettre des éléments cliniques pour tout ce qui est de la bactériologie, ou euh ouais... là par contre je vais avoir tendance à le mettre plus souvent. »
- M3 : « pour la coproculture, je mets toujours retour de voyage, diarrhée persistante, ou euh, trace de sang, fièvre, infection alimentaire collective, des choses comme ça. »
- M4 : « Là où je vais préciser, c'est quand je vais demander des sérologies de type HIV ou hépatites, si je sais que le patient est déjà contaminé je vais le préciser pour pas que y'ait de grosse panique »

(c) Divers

En dehors des informations cliniques, 3 médecins précisent qu'ils peuvent mentionner « à domicile », et 2 médecins « à jeun ».

b) Sources des informations pour le biologiste

(1) L'ordonnance

Lorsqu'on interroge les biologistes sur la présence de renseignements cliniques sur les prescriptions, les réponses sont très homogènes, il n'y a presque pas de renseignements :

- B1 : « Y'a pas d'informations ! »
- B3 : « Bah euh, on a absolument aucun renseignement. »
- B4 : « Après c'est vrai que sincèrement, y'a très très peu de médecins qui mettent des informations sur l'ordonnance, c'est exceptionnel. »

- B6 : « Euh... Bah alors c'est vrai que y'en a hyper, hyper rarement »
- B7 : « Non mais ça c'est vrai, c'est effectivement rarissime. »
- B8 : « Rien, on en a quasiment pas, non quasiment pas, non c'est vraiment exceptionnel... exceptionnel. »

Deux biologistes précisent qu'il y a plus de renseignements lorsqu'il s'agit d'exams de bactériologie (B2 : « mais je trouve qu'ils ont plus tendance à préciser, euh ... dans le cas de la bactérie, des plaies, des tout ça »).

Certains biologistes précisent que des renseignements peuvent être présents pour appuyer le caractère urgent d'une demande (B3 : « Y'a certains médecins quand vraiment ils veulent, pour appuyer une prescription, à caractère d'urgence généralement, ils mettent un petit renseignement. Je sais pas, NFS CRP, NFS VS CRP, suspicion d'appendicite, mais ça, ça peut exister, mais c'est pas, c'est rare. En général ça vient appuyer un caractère d'urgence. »)

Deux cas ont été rapportés de présence systématique de renseignement clinique :

- Le premier étant les prescriptions émanant d'un hôpital local du Lot-et-Garonne où toutes les prescriptions sont accompagnées d'une capture d'écran de leur logiciel où sont mentionnés les éléments cliniques pertinents (B3 : « Donc alors au niveau des renseignements cliniques, euh, on a donc un hôpital local ou un médecin gériatre exerce, généralement ils nous font suivre avec l'ordonnance un imprimé écran de leur logiciel où les renseignements cliniques pertinents sont écrits, à savoir, suivi AVK, euh, arrêt AVK, calci, ou bien hypokaliémie connue, perfusé, suivi de ... d'une hypokaliémie, etc ... c'est essentiellement, au niveau du laboratoire où je travaille, les renseignements cliniques c'est essentiellement ça. »).

- Le deuxième étant une maison de retraite sur Bordeaux (B8 : « Ouais, après euh, on a une maison de retraite, là c'est avec des médecins généralistes, ils ont changé de système informatique et maintenant ils nous mettent, après les prescriptions, le motif de consultation. »)

(2) Le secrétariat

Si le patient vient se faire prélever au laboratoire, il commence d'abord par se faire enregistrer à cette occasion, la secrétaire peut alors retranscrire certaines informations dans le dossier du patient si elles sont présentes sur l'ordonnance (B4 : « Alors, les renseignements sont retranscrits dans le dossier du patient, c'est à dire que la secrétaire quand elle a une ordonnance, avec des, des détails particuliers sur la pathologie ou sur des informations du médecin, donc elle les retransmet dans le dossier du patient. ») ou les demande directement au patient (B6 : « les secrétaires elles demandent pas forcément tout. »).

(3) Le patient

Après cette étape d'enregistrement, lorsque le patient se fait prélever, soit par un biologiste, soit par un technicien formé à cette tâche, l'interrogatoire est complété, afin de recueillir des informations ciblées.

Tous les biologistes sont unanimes sur le fait que leur quasi unique source d'information c'est le patient (B3 : « Donc c'est pour ça, nous notre seule source de recueil, d'éléments cliniques, c'est le patient. »).

Les avis sont plus partagés quand à la fiabilité de l'information recueillie auprès du patient, certains sont totalement confiants (B1 : « Mais le patient est capable de nous les donner, parce que il se connaît très très bien. ») d'autres beaucoup moins (B6 : « Oui, mais les patients ils sont pas tous fiables. La plupart du temps ceux que je vois ils ne savent pas. [...] c'est impossible d'obtenir des patients parce que les 3/4 ne parlent pas français. »).

(4) L'infirmière

Lorsque le prélèvement a lieu au domicile du patient, il est réalisé le plus souvent par une infirmière libérale qui a une fiche de renseignements à remplir, qui lui est fournie par le laboratoire. La qualité de remplissage de la fiche est jugée sous optimale par les biologistes :

- B1 : « Elles ont des feuilles mais elles les remplissent très mal. Parce que ça on a déjà beaucoup de mal à faire remplir les feuilles, déjà le B-A-BA pour les infirmières, genre le nom, le prénom, la date de naissance, le poids pour la créatinine, euh, le PREVISCAN® ou pas, le SINTROM®, etc... les doses qu'ils prennent les médicaments, déjà ça on a beaucoup de mal, s'ils sont à jeun pas à jeun. Pour elles c'est une contrainte énorme. »

(5) Le médecin

(a) A posteriori

Le contact avec le médecin a lieu lorsque l'analyse révèle un résultat pathologique :

- B3 : « A mon niveau... Nous on les appelle, quand on a une procédure de critères d'alertes. Donc euh, les techniciennes nous appellent, et ensuite le biologiste appelle les médecins, et ensuite on recueille l'information, mais on l'a a posteriori, cette information. »
- B8 : « j'appelle le médecin si vraiment y'a quelque chose, mais c'est quand je vais voir les résultats, quand je vais valider si vous voulez. »

Ce contact téléphonique est également l'occasion de proposer un rajout ou une adaptation de la prescription :

- B4 : « Si on a un bilan perturbé, et que vraiment ça nous pose souci pour le valider, on appelle le médecin, on discute un peu de la pathologie. Et s'il nous donne des informations importantes, on les renseigne aussi dans le dossier à ce moment là. Et là ça peut être l'occasion d'un échange d'un rajout d'analyse, en fonction des résultats. »

(b) A priori, avant réalisation des analyses

Ce contact est soit à l'initiative du médecin, avant même la rédaction de la prescription, dans des situations à caractère urgent :

- B3 : « Ca arrive, je vais t'envoyer quelqu'un qui présente nananin... voila c'est tout. Euh, vraiment quand il y a un caractère d'urgence, ils veulent que l'examen soit technique vite, c'est à dire, du style, une heure et demi, 2h avant la fermeture du labo. Ils nous disent « ah je vais t'envoyer ça » donc ça implique de réaliser l'examen et de leur rendre le soir même. »

Il peut également, plus rarement, être à l'initiative du biologiste, lorsque la prescription laisse persister un doute sur les analyses demandées :

- B6 : « Ouais, ça peut arriver d'appeler quand je vois des prescriptions, elle est pas, y'a un truc qui colle pas, ou qu'il a prescrit un truc qui se fait plus. On a déjà appelé pour, par exemple, c'était des anticorps anti-streptocoques, les anti-streptodornases et les machins, et on sentait qu'il avait prescrit ça, mais qu'il était largué parce qu'il avait prescrit les 4, y'en a que 2 qui se font, donc tu appelles pour en discuter avec lui. Donc ça c'est le rare cas où j'appelle avant le résultat, c'est quand y'a des choses qui se font plus, ou qui ont pas l'air cohérentes. »

c) Informations souhaitées par le biologiste

Lorsqu'on pose la question de manière globale aux biologistes sur les informations qu'ils aimeraient voir figurer sur la prescription, la réponse qui revient le plus souvent, citée par 5 des 8 biologistes, était la problématique clinique du jour, pourquoi ce bilan aujourd'hui ? Quelle réponse est attendue par le médecin ? :

- B4 : « C'est les informations ponctuelles, le patient vient, y'a un problème ponctuel, celle la on l'a pas. »
- B6 : « Et non globalement, bah c'est vrai que j'aimerais avoir le, le ... le motif quoi »

En deuxième place on retrouve les pathologies chroniques sous jacentes :

- B2 : « bah c'est les ouais, les gros cas de figures pour le suivi des patients quand c'est les... Y'en a si on voyait même pas écrit cyclosporine on ne saurait même pas qu'ils sont greffés. »

Certains proposent de marquer l'essentiel en quelques mots seulement :

- B7 : « Oui, oui, ça déjà beaucoup, ça sera déjà « plus » que « rien », parce qu'il n'y a rien, donc le peu qu'il apportera sera déjà... »

Et on retrouve ensuite, le souhait de connaître le traitement en cours, la notion de bilan de routine ou non, et dans l'idéal certains aimeraient avoir accès au dossier médical complet du patient.

d) Analyse de la prescription d'ECBU

(1) Attentes des biologistes

A la question « quelles informations aimeriez vous voir figurer plus particulièrement sur une prescription d'ECBU ? » les biologistes ont répondu :

- 7/8 : La prise d'antibiotique en cours.
- 6/8 : La symptomatologie du patient.
- 4/8 : Les conditions du recueil (sur sonde, heure)
- 1/8 : Grossesse en cours.
- 1/8 : Dosage des PSA.
- 1/8 : Aucune information.

(2) Propositions des médecins

A la question « Sur un ECBU, quelles informations pourriez vous faire figurer, en pensant qu'elles seraient utiles au biologiste ? » les médecins ont répondu :

- 6/10 : Le motif de prescription / La symptomatologie.
- 4/10 : La prise d'antibiotique en cours.
- 2/10 : Aucune information.

- 1/10 : Précise ECBU « avec antibiogramme ».
- 1/10 : Antécédents urologiques du patient.

e) Analyse de la prescription d'INR

(1) Attentes des biologistes

A la question « quelles informations aimeriez vous voir figurer plus particulièrement sur une prescription d'INR ? » les biologistes ont répondu :

- 7/8 : Le nom de la molécule prise.
- 7/8 : La posologie.
- 3/8 : L'indication des AVK.
- 2/8 : La cible attendue.
- 2/8 : La notion d'arrêt/reprise/relais.
- 1/8 : L'heure de la prise.

(2) Propositions des médecins

A la question « Sur une prescription d'INR, quelles informations pourriez vous faire figurer, en pensant qu'elles seraient utiles au biologiste ? » les médecins ont répondu :

- 6/10 : La posologie.
- 4/10 : Le nom de la molécule prise.
- 3/10 : L'indication des AVK.
- 2/10 : Aucune information.
- 1/10 : La cible attendue.
- 1/10 : La clinique (hémorragie...)
- 1/10 : Changement alimentaire.

3. Analyses des représentations

a) Pour les médecins

Quand nous posons la question : « A votre avis, que fait le biologiste à partir des informations présentes sur votre prescription ?, 4 médecins avouent ne pas connaître le travail du biologiste médical :

- M2 : « Euh ... bonne question, je sais pas, j'ai jamais mis les pieds au labo donc je pourrais pas te dire. »
- M6 : « Euh, ouais... Après j'avoue que je me rends pas très très bien compte de son travail à lui. »

Deux médecins émettent des doutes sur le fait que le biologiste lise effectivement les renseignements cliniques lorsqu'ils sont présents :

- M1 : « Oui, alors que moi, ce qu'ils aimeraient avoir eux, est ce qu'ils le liraient ? Le problème il va être là. »

Cinq médecins précisent que les biologistes ne les appellent qu'à posteriori devant des résultats pathologiques :

- M1 : « Oui, que tant que ça reste normal, y'a pas de discussion. »
- M3 : « On discute, il m'appelle, il me dit j'ai trouvé, alors y'a une euh... y'a une hépatite C qui est faiblement positive c'est douteux donc hop j'envoie le complément à Paris ou on fait une recherche d'ARN, des choses comme ça. On discute de tout ça, il me dit est ce que vous le connaissez depuis longtemps ? Est ce que vous avez des antécédents voila, ça se fait plutôt par téléphone, c'est assez facile. »

Quatre médecins précisent que ce contact téléphonique est très apprécié de leur part :

- M3 : « Ah ouais, ça c'est très facile et très agréable. »
- M6 : « Mais euh, j'aime bien quand y'a un biologiste, quand certains biologistes téléphonent les résultats, émettent des hypothèses diagnostiques ou veulent discuter un petit peu, je sais qu'à Nérac y'en avait un qui est comme ça, c'est assez bien. »

Lorsque l'on interroge les médecins sur les connaissances des obligations réglementaires en matière de biologie, en particulier l'accréditation selon la norme ISO 15189, aucun des 7 médecins à qui la question a été posée n'en avait la moindre connaissance.

4. Analyses des perspectives

a) Sollicitation de renseignements cliniques

Sans poser ouvertement la question pendant les entretiens, nous avons pu isoler les raisons évoquées par les biologistes, expliquant pourquoi ils ne sollicitent pas plus les médecins à la recherche de renseignements cliniques.

Pour 3 d'entre eux on ressent de la résignation :

- B7 : « Bah tu sais moi en fin de carrière, tu as l'impression que ça a toujours été comme ça et que ça ne changera pas. C'est votre génération, la génération des prescripteurs qui doit évoluer. Mais même les jeunes prescripteurs ne mettent aucune information d'aucune sorte. »
- B4 : « si le dossier a rien de particulier dedans, bon bah, si y'a pas d'anomalie importante, bah tant pis on n'a aucune information. »

3 biologistes précisent également que finalement les renseignements cliniques c'est parfois pour l'égo du biologiste :

- B5 : « Moi je crois que beaucoup de renseignements sont intéressants, entre guillemets, pour notre égo de pas se retrouver seul avec un tube quoi. », « mais je m'amuse pas à faire de la médecine euh, et à donner un avis sur ce que je pense des prescriptions, de ce qu'ont les gens, de machin, de truc... On est quand même dans un rôle, ce qui est normal, très secondaire quoi. »
- B4 : « Ça pose rarement, euh, ça pose rarement de problème pour l'interprétation du bilan qu'on valide, ça nous pose plus un problème personnel de pas savoir, bah ce qu'on a validé exactement ce que c'était quoi. »

Après on retrouve, évoquées à différents degrés, de nombreuses raisons :

- D'autres priorités à traiter que la présence de renseignements cliniques.
- Peur qu'un courrier d'information à cet usage ne soit pas lu.
- Peur de déranger, d'être mal reçu par les médecins généralistes.
- Pense que l'essentiel est déjà connu pour les patients chroniques.

b) Plaquettes

A la proposition d'une petite plaquette à destination des médecins généralistes, mentionnant les analyses les plus courantes, et pour celles ci, les quelques informations les plus utiles à mentionner pour le biologiste, l'accueil a été très favorable de la part de tous les biologistes, avec un bémol de la part d'un biologiste (B2 : « Effectivement aussi ça serait intéressant, faut qu'elle soit visuellement facile à lire, sinon ça partira très vite à la corbeille sous le bureau. »).

De même, du côté des médecins, tous pensent que cela peut être utile sauf un qui pense que les médecins généralistes ne prendront pas le temps de regarder cette plaquette.

c) Réunions

A la proposition d'organiser des réunions entre médecins et biologistes pour discuter de la problématique des renseignements cliniques, les biologistes sont très ouverts au dialogue :

- B8 : « tout ce qui est cours après, complément, pour rencontrer les autres, sortir du labo moi je suis pour. »

Certains ont même déjà testé l'initiative :

- B4 : « Bah je disais aux médecins, bah on va aborder juste un thème et puis on abordait surtout la prescription des analyses, l'intérêt pas l'intérêt, mais c'était sur à chaque fois des choses assez réduites. En général je m'en servais aussi faut être honnête pour la promotion d'une analyse, euh, je disais, le thème c'est le bilan osseux, je casais ma vitamine D éventuellement dans le truc. Le bilan osseux, l'intérêt, quand est ce qu'il faut en faire un ? Qu'est ce qu'il faut mettre comme paramètres ? Voila, ça ça s'est un peu fait quand je suis arrivé en 88, pendant 5

ans, 5 ou 6 ans les médecins du coin venaient, ne serait ce que pour boire un petit coup mais euh, puis après j'ai arrêté. »

Mais beaucoup ont peur que les médecins ne viennent pas :

- B7 : « Bah on en avait fait quelques unes, c'est... non, ça ne génère pas une passion particulière. »
- B3 : « Oui, ça serait envisageable, mais je connais d'avance comment ça va se passer, c'est à dire qu'il y en aura très très peu. Je pense que c'est comme partout, c'est à dire que les médecins qui font déjà cet effort ils viendraient, ceux qui ne le font pas ne viendraient pas, ça j'en suis à peu près persuadé. »

Les médecins de leur côté, sur 8 médecins à s'être prononcés sur le sujet, 7 sont favorables à des rencontres entre médecins et biologistes, pour favoriser le contact entre 2 professions qui ne se voient jamais :

- M2 : « ne serait que justement pour avoir une mise en relation avec des gens justement avec qui on travaille tous les jours et que finalement on ne voit jamais »
- M8 : « Oui, oui, mais ça serait bien de se parler parce que c'est vrai que, oui, oui, on parle aux spécialistes, à tous, mais sauf les biologistes effectivement. On a nos correspondants, les cardios, les pneumos, enfin tous on les voit de temps en temps et on se parle, mais c'est vrai que les médecins biologistes on ne les voit jamais, c'est vrai. »

Un seul médecin émet des doutes sur la présence à de telles réunions :

- M10 : « Je pense que c'est beaucoup moins judicieux, parce que, parce qu'en fait finalement, le, le... c'est toujours intéressant de rencontrer nos confrères mais finalement notre rapport à la biologie il est, il n'est pas passionnant, en fait et donc du coup, une soirée où on va parler de biologie franchement ça va faire fantasmer personne »

d) Mentions sur les résultats de biologie

Lors des 3 derniers entretiens avec les médecins généralistes, il a été proposé de faire apparaître une mention directement sur les feuilles de résultats d'analyses : « merci de préciser des renseignements cliniques ». 2 médecins pensent que ça serait vu et utile, le 3ème médecin pense que ça ne sera pas

forcément bien perçu (M8 : « y'en a certains qui, je pense que y'en a qui ça... ça... ça leur casserait les pieds, parce qu'on est tellement surchargé de demandes, d'écriture et de machin mais euh, je veux dire, après avoir parlé avec toi moi je le prendrais... enfin je le comprendrais, après un médecin qui n'aurait pas parlé avec toi, qui se verrait écrire ça, il se dirait « ohlala, encore un truc à faire, de plus ». Donc il faut peut être sensibiliser différemment. »)

V. Discussion

A. Sur la méthode

Les inclusions n'ont concerné que les médecins généralistes et biologistes exerçant dans la Gironde et le Lot-et-Garonne, ce qui constitue un biais de sélection, les conclusions de l'étude sont peut être à rapporter à des habitudes loco-régionales.

La méthode de la recherche qualitative induit par elle-même des biais, le médecin s'exprimant sur son ressenti, et non sur ses pratiques réelles. Mais le but de la méthode n'est pas la quantification, mais la compréhension du phénomène.

Le manque d'expérience de l'interviewer est une autre limite. Son ancienne appartenance au domaine de la biologie médicale peut, quant à elle, être un facteur influençant sa neutralité.

Le recueil de données sur un mode déclaratif n'est pas forcément le reflet de la réalité, l'interviewé pouvant idéaliser sa pratique ou omettre de préciser certains aspects.

L'analyse des entretiens nécessite une interprétation de sa part, ce qui peut être un biais, mais les citations retracent fidèlement ce qui a été exprimé par les médecins généralistes et les biologistes médicaux.

Malgré le faible taux de participation, la saturation des données a été obtenue, signifiant que le nombre de médecins et de biologistes interrogés a été suffisant.

La validité interne de l'étude sert à vérifier si les observations sont effectivement fidèles à la réalité. Elle repose sur la représentativité de la population étudiée et la cohérence entre les résultats des entretiens semi-dirigés et les résultats de l'étude préliminaire.

La validité externe est la possibilité de pouvoir généraliser les observations à d'autres objets. Elle repose sur l'obtention de la saturation des données. Dans notre étude, les données obtenus pour les prescriptions de médecins généralistes peuvent également servir de base de réflexion pour les prescriptions émanant des médecins spécialistes, et plus généralement aux prescriptions réalisées aussi en milieu hospitalier.

B. Sur les résultats

1. Représentativité de la population

a) Concernant les médecins généralistes

Dans notre étude 90 % des médecins généralistes travaillent en cabinet de groupe ce qui est très éloigné de la moyenne nationale qui était située à 54% selon le baromètre santé de 2009 (20).

Concernant la répartition hommes/femmes en médecine générale, nous avons trouvé une prédominance masculine à 70%, ce qui est proche de la moyenne nationale mesurée en 2014 à 57 % (21).

Concernant la répartition en fonction de l'âge pour la médecine générale, selon l'atlas de l'Ordre national des médecins en 2014 (21), la moyenne d'âge des médecins généralistes en activité se situe à 51 ans contre 41,4 ans dans notre étude. Dans la tranche < 40 ans, nous avons 60% de médecins vs. 13,8% à l'échelle nationale, dans la tranche 41 à 59 ans, 20% vs. 60,4% et dans la tranche 60 ans et plus, 10% vs 25,8%. Notre population d'étude est donc sensiblement plus jeune que la population nationale de médecins généralistes.

La jeunesse de la population d'étude peut expliquer la surreprésentation des cabinets de groupe car 77,6% des généralistes de moins de 40 ans déclarent exercer en cabinet de groupe en 2009 (20).

Concernant le nombre d'actes quotidien moyen, notre population à 31,6 est au dessus de la moyenne nationale qui était de 24,6 actes quotidiens en 2009 (20).

Concernant la répartition géographique, on note une sur-représentation des médecins généralistes exerçant dans les grandes villes.

b) Concernant les biologistes médicaux

Dans notre étude, nous avons 37,5% de médecins parmi les biologistes médicaux. D'après les comptes de la sécurité sociale publiés en 2014, environ un quart des biologistes sont des médecins et les trois quarts des pharmaciens (22).

L'âge moyen des pharmaciens biologistes du privé est de 51,1 ans (23). Dans notre étude, l'âge moyen des biologistes est de 47,1 ans.

Il y a une prédominance féminine avec 59% de femmes dans la population générale de pharmaciens biologistes (23). Dans notre étude, on retrouve un équilibre à 50%.

Concernant la répartition géographique, on note une sur-représentation des biologistes exerçant dans les petites villes.

2. Recontextualisation des résultats

Les biologistes pensent majoritairement que les médecins n'ont pas le temps de marquer des renseignements cliniques, les médecins quant à eux précisent que ce n'est pas un problème de temps car ce temps il est pris systématiquement pour la prescription d'examens d'imagerie et qu'il est également envisageable de le prendre pour des examens de biologie médicale, le problème étant plus de l'ordre de la non connaissance de l'utilité pour le biologiste, de la possibilité pour le médecin généraliste d'interpréter seul ses résultats d'analyses et la force de l'habitude de ne pas mettre de renseignement.

Les biologistes constatent dans une écrasante majorité des cas l'absence de renseignements cliniques sur les prescriptions, ce qui est en accord avec notre étude préliminaire. Certains se sont résignés à faire sans, d'autre, en majorité, utilisent des moyens détournés pour récupérer l'information.

Lorsque le patient vient se faire prélever au laboratoire, après une brève entrevue avec le secrétariat, il est le plus souvent interrogé par le biologiste (ou un technicien) lors du prélèvement. Lorsque le patient est prélevé par une IDE à domicile, elles ont une fiche de prélèvement à remplir mais les informations indiquées sont le plus souvent d'ordre technique (à jeun, nombre de tubes...).

Bien que ne représentant pas directement un renseignement clinique, dans certains cas, la mention « à jeun » est primordiale sur les prescriptions (ex. glycémie pour un dépistage de diabète), cette information conditionne directement l'interprétabilité des résultats.

Dans l'idéal, les biologistes expriment le besoin de 2 types d'information :

- Les pathologies chroniques et le traitement au long cours, qui sont utiles pour les bilans de suivi.

- Les pathologies aiguës et les événements intercurrents, qui justifient l'existence d'un prélèvement sanguin un jour donné.

Le contact direct du biologiste vers le médecin a lieu dans 2 circonstances :

- Soit à posteriori devant un résultat pathologique, à ce moment a lieu un échange permettant de compléter l'information clinique et de discuter l'ajout d'analyse utile le cas échéant.
- Soit a priori devant une prescription non comprise par le biologiste (mal écrite, examen obsolète)

Le contact direct téléphonique du médecin vers le biologiste a lieu également dans 3 circonstances :

- Avant la réalisation d'une examen à caractère urgent, pour s'assurer de la faisabilité dans les délais impartis
- Avant la réalisation d'un examen pour des conseils sur la prescription
- Après récupération du résultat pour des conseils sur le traitement (antibiothérapie) ou sur la poursuite des explorations à entreprendre.

Les biologistes témoignent une certaine forme de résignation qui peut expliquer qu'ils ne sont pas dans une démarche pro-active pour aller vers le prescripteur chercher plus d'information en amont du prélèvement. Par ailleurs plusieurs biologistes ont exprimé que la présence de renseignements cliniques ne changerait pas la qualité du résultat dans une grande majorité des situations, mais que la précision du contexte clinique leur permettait de sentir moins « seul avec un tube » (M4).

Les médecins expriment également, que même si ça ne va pas révolutionner les pratiques, il serait très confraternel de mentionner des renseignements cliniques, et que ceux-ci permettraient de favoriser le dialogue entre 2 professions qui se côtoient très peu.

A une échelle plus importante, la précision de renseignements cliniques sur les demandes d'analyses pourrait permettre une adaptation des analyses pratiquées dans un souci d'optimisation à la fois au niveau de la pertinence clinique des

analyses réalisées et de la pertinence économique des dépenses engendrées par certaines analyses.

C. Perspectives

1. Proposition d'une plaquette

Parmi les solutions envisagées dans un souci constant d'améliorer les pratiques pour une meilleure prise en charge *in fine* du patient, il a été proposé d'élaborer une brève plaquette informative à destinée des médecins généralistes, avec pour message essentiellement : « Afin de guider le biologiste, et d'améliorer les échanges entre médecin et biologiste, merci de mentionner le contexte clinique en quelques mots sur les prescriptions ».

Le reste de la plaquette serait constitué d'exemples parmi les examens biologiques les plus fréquemment prescrits en médecine générale et les quelques éléments cliniques pertinents spécifiques à chaque analyse.

La proposition de plaquette formulée lors des entretiens est appréciée à la fois par les biologistes et par les médecins. L'élaboration du contenu détaillé de cette plaquette pourrait relever, à lui seul, d'un travail de thèse.

2. Solliciter les éditeurs de logiciels médicaux

Plusieurs praticiens ont fait remarquer que dans l'optique d'incorporer des renseignements cliniques sur les prescriptions de biologie médicale, ils souhaiteraient un réel effort de la part des éditeurs de logiciels médicaux pour leur faciliter cette tâche.

Plusieurs aspects sont à explorer :

- La possibilité pour les ordonnances « chroniques », en prenant l'exemple de l'INR mensuel, d'écrire une fois le nom de la molécule, l'indication et la cible, et que cette information soit répercutée de manière automatique sur toutes les prescriptions ultérieures d'INR pour le même patient.
- La possibilité d'intégrer facilement le résultat de la consultation (examen clinique et hypothèses diagnostiques) à la prescription de biologie.

- La possibilité d'intégrer facilement les antécédents du patient et/ou son traitement en cours lorsque cette information est pertinente.

3. Améliorer la communication entre biologistes et prescripteurs

Des entretiens réalisés, il ressort que la majorité des médecins déclarent découvrir l'obligation, voir l'utilité, de renseigner leurs prescriptions.

Jamais ils n'ont été sensibilisés à cette nécessité, ni au cours de leur cursus universitaire ni, surtout, par leur confrères biologistes lors de leur exercice libéral quotidien !

Pourtant, après discussion, la majorité d'entre eux, semble considérer cette contrainte comme acceptable et utile et sont prêts à y adhérer.

a) Individuelle

(1) Devant un résultat pathologique

A l'échelle individuelle la communication se fait sans problème, la situation la plus fréquente étant la survenue d'un résultat pathologique :

- Dans le cadre de l'urgence le biologiste téléphone au clinicien pour s'assurer qu'il a bien connaissance du résultat pathologique.
- Dans le cadre de pathologies nécessitant des explorations supplémentaires, le biologiste, même s'il peut dans une certaine mesure utiliser son droit d'adaptation des prescriptions, est amené à appeler son confrère clinicien pour discuter des explorations complémentaires possibles, c'est à cette occasion qu'une discussion sur la clinique et les hypothèses diagnostiques est possible.

b) Collective

(1) Courrier d'information trimestriel sur des thèmes précis.

A l'échelle collective la communication est plus fragile, plus impersonnelle, certains laboratoires adressent de manière trimestrielle une note d'information aux prescripteurs qui les entourent. Ce courrier est l'occasion d'une mise à jour sur les nouvelles analyses disponibles dans le laboratoire, parfois l'occasion également d'une mise à jour sur de nouvelles recommandations dans le cadre de l'optimisation de la prescription. Nous proposons que ce courrier soit également l'occasion de témoigner de l'utilité de préciser des renseignements cliniques pour le biologiste avec quelques exemples pour illustrer la situation.

(2) Rappel sur les résultats

La possibilité d'écrire une note d'information directement sur les résultats d'analyses est apparue, aux deux partis, lors des interviews, comme une solution simple et efficace.

Ce retour du biologiste vers le prescripteur pourrait notifier l'absence de renseignement comme une non-conformité et même mentionner le type d'information nécessaire, par exemple :

- En réponse à une prescription d'ECBU non renseignée : « absence de renseignements : merci de décrire la symptomatologie et une éventuelle prise d'antibiotique. »
- En réponse à une prescription d'INR : « absence de renseignements : merci de préciser l'indication, la molécule prescrite (AVK), sa posologie et la cible attendue ».

4. Bon de demande universel

Une autre solution complémentaire qui a été évoquée lors des interviews a été la généralisation d'une feuille de prescription de biologie avec des cases à cocher

permettant de choisir les analyses et également de préciser les renseignements cliniques.

Ce bon, à l'image de ceux que l'on trouve dans les hôpitaux pourrait également représenter un gain de temps pour les prescripteurs.

Malheureusement, l'article 56 de la convention médicale (24) précise que, pour la rédaction des ordonnances (support papier ou électronique), le médecin ne peut pas utiliser des ordonnances pré-imprimées, sauf pour préciser les modalités pratiques de préparation à un examen.

VI. Conclusion

Le constat est clair, les médecins généralistes ne respectent pas l'obligation réglementaire consistant à renseigner systématiquement leurs prescriptions de biologie.

Les raisons sont nombreuses : manque de temps, méconnaissance de la règle, manque d'intérêt pour l'acte biologique et sa technique.

Mais, à la fin de ce travail, c'est le manque de communication entre les deux acteurs du diagnostic biologique qui apparaît comme la raison principale de ce défaut.

En dehors de rares contacts individuels à l'initiative de l'un ou de l'autre, motivés par des situations d'urgences ou des problèmes techniques spécifiques, les deux professions ne se parlent pas.

Si la nécessité du renseignement systématique n'apparaît pas toujours évidente et si a fortiori un partage du dossier médical entre généralistes et biologistes est utopique, la présence d'éléments de contexte motivant chaque prescription de biologie reste réglementaire et ne peut qu'améliorer la qualité et la pertinence de la prescription et du résultat attendu, comme c'est le cas dans les autres examens complémentaires concourant à la qualité du diagnostic médical.

Pour obtenir ce résultat, prescripteurs et biologistes doivent donc mieux communiquer. Il semble que le meilleur vecteur de ce dialogue reste l'échange quotidien de la prescription et des résultats attendus, quel qu'en soit le support, papier ou numérique.

Les solutions techniques existent pour que chaque prescription soit contextualisée et pour que le biologiste exerce son rôle de conseil, améliorant ainsi la qualité du diagnostic biologique et la prise en charge du patient.

VII. Annexes

A. Annexe 1 : Etude préliminaire sur l'intégralité des demandes de biologie médicale du laboratoire du CHIC Marmande-Tonneins recueillies sur 3 jours.

1. Méthodologie :

Jours choisis : Jeudi 13, Mercredi 19 et Jeudi 25 novembre 2014.

Nombre de dossiers inclus : 751.

Chaque feuille de prescription d'analyse de laboratoire a été classée selon :

- Le secteur de biologie concerné : Hématologie / Hémostasie / Biochimie / Gazométrie / Commande de Concentré de Globule Rouge (CGR) / Bactériologie (en séparant ECBU / Hémocultures) / Sérologie
- Le service demandeur : Anesthésie / Cardiologie / Chirurgie Viscérale / EHPAD / Gériatrie / Maternité-Gynécologie / Médecine Interne / SSR / Urgences / Unité de Soins Continus (USC).
- Le prescripteur : Médecin Sénior / Interne / Sage-Femme.
- Le type de renseignements cliniques :
 - Absent : Aucune mention particulière.
 - Information unique : Traitement anticoagulant / Antibiothérapie / Date de Début de Grossesse (DDG) / Température+/-FiO2
 - Présent : Au moins 1 mot précisant la situation clinique.
 - Complet : Phrase(s) expliquant le contexte de la demande.
 - Inadapté : Précision clinique n'ayant aucune utilité pour le déroulement des analyses (ex: mention du traitement anticoagulant sur une demande de sérologie)

2. Résultats :

a) Généraux :

Sur la totalité des 751 demandes, 342 (46%) ne comportaient aucun renseignement, 169 (23%) comportaient une information unique, 197 (26%) avaient des renseignements cliniques présents, 43 (6%) avaient des renseignements complets.

b) En analyse par secteur de biologie :

Parmi les bons éléments figurent l'Anapath avec 96% de renseignements cliniques sur 26 demandes et les commandes de CGR avec également 95% de renseignements sur 43 demandes.

Concernant la Biochimie, sur 358 demandes, 110 (31%) avaient des renseignements pertinents, 64 (18%) des renseignements inadaptés et 184 (51%) aucun renseignement.

Concernant les Gaz du sang, 24 (45%) sur 53 mentionnaient la température et/ou la FiO2.

Concernant l'Hématologie, sur 368 demandes, 171 (46%) avaient des renseignements cliniques et 197 (54%) aucun renseignement.

Concernant l'Hémostase sur 222 demandes, 101 (45%) faisaient mention du traitement anticoagulant.

Concernant la Bactériologie, sur 48 ECBU, seuls 14 (29%) comportaient des renseignements, sur 30 hémocultures, 22 comportent un renseignement mais il n'est fait mention que de la température dans 77% des cas (17 sur 22).

Concernant les sérologies, 18 (35%) sur 51 faisaient mention de renseignements cliniques pertinents.

c) En analyse par service :

Excellent remplissage (> 75 % des demandes) :

Le meilleur service est l'USC, 28 demandes (97%) avec renseignements complets sur 29, ceci pouvant s'expliquer par l'informatisation récente de la prescription dans le service, avec obligation de préciser des renseignements cliniques pour pouvoir imprimer la demande.

La gériatrie précise presque toujours des renseignements, 52 sur 57 demandes (91%).

La chirurgie viscérale avec 27 demandes renseignées sur 34 (79%).

Le SSR avec 36 bons (77%) sur 47 avec des renseignements, mais pour 22 d'entre eux il ne s'agissait que du traitement anticoagulant.

Remplissage moyen (40 à 75%) :

Les anesthésistes avec des renseignements sur 59 (63%) des 93 demandes.

La médecine interne avec 39 bons (59%) remplis sur 66.

Les cardiologues avec 30 renseignements précisés (55%) sur 54 demandes, mais quand il s'agit d'une demande d'hémostase le traitement anticoagulant est présent dans 92% des cas (22 sur 24).

Mauvais remplissage (< 40%) :

Les urgences avec 68 bons (35%) mentionnant des renseignements sur 192.

La maternité/gynéco avec 31 demandes renseignées (33%) sur 93.

d) En analyse par prescripteur :

Les médecins séniors n'ont mis aucun renseignement sur 41% des prescriptions (237 sur 573).

Les internes n'ont mis aucun renseignement sur 47% des prescriptions (53 sur 112).

Les sages-femmes n'ont mis aucun renseignement sur 78% des prescriptions (51 sur 65).

B. Annexe 2 : Etude préliminaire sur l'intégralité des demandes de biologie médicale du laboratoire Bio-Sphère à Marmande recueillies sur 3 jours.

1. Méthodologie :

Jours choisis : Jeudi 13, Mercredi 19 et Jeudi 25 novembre 2014.

Nombre de dossiers inclus : 613.

Chaque feuille de prescription d'analyse du laboratoire a été classée selon :

- Le secteur de biologie concerné : Hématologie / Hémostase / Biochimie / ECBU / Sérologie / Immunologie / Groupe / Biochimie Urinaire / Autre
- Le prescripteur : Médecin Généraliste / Spécialiste / Patient.
- Le type de renseignements cliniques :
 - Absent : Aucune mention particulière.
 - Présent : Mention de renseignements cliniques quel que soit le type
- Rédaction de la prescription :
 - Manuscrite / Typographiée.

Analyse des Fiches de transmission de prélèvement (remplis par IDE à domicile) :

- Le type de renseignements cliniques :
 - Absent : Aucune mention particulière.
 - Présent : Mention de renseignements cliniques quel que soit le type

Analyse des Fiches de renseignements alimentées directement par le laboratoire :

- Le type de renseignements cliniques :
 - Absent : Aucune mention particulière.
 - Présent : Mention de renseignements cliniques quel que soit le type

2. Résultats :

Sur la totalité des 613 demandes, 514 (84%) ne comportaient aucun renseignement.

43 des 99 demandes avec des renseignements cliniques concernaient des dons de lait au lactarium.

En excluant les demandes du lactarium, les 6 demandes émanant directement du patient et les 2 demandes de vétérinaires :

- 3,6% des médecins généralistes (14 sur 385) précisent des renseignements.
- 22,2% des spécialistes (39 sur 176) précisent des renseignements.

Les renseignements présents sont très succincts, par exemple :

- Indication du traitement anticoagulant ou de la cible d'INR (16 demandes)
- Mention « Bilan pré opératoire » (7 demandes)
- Mention « Avant scanner » (7 demandes)
- Sérologies avant Don de Lait Maternel (43 demandes)

Concernant les demandes d'Hémostase :

- Seules 10 demandes sur 149 (6,7%) faisaient mention du traitement anticoagulant.

Toujours en excluant les demandes du lactarium, des patients et des vétérinaires :

- 307 des 561 demandes (55%) sont manuscrites.
 - 265 des 385 demandes de médecins généralistes (69%) sont manuscrites.
 - 42 des 176 demandes de spécialistes (24%) sont manuscrites.

207 des 613 prélèvements (34%) ont été prélevés par une IDE à domicile, les fiches de renseignements remplies par les IDE permettent de rattraper une partie des informations :

- 87 de ces 207 prélèvements (42%) avaient des renseignements, 83 de ces 87 (95%) concernaient uniquement le traitement anticoagulant.

406 prélèvements sur 613 (66%) ont été prélevés directement au laboratoire :

- 236 sur ces 406 prélèvements (58%) comportaient des informations cliniques additionnelles recueillies par le laboratoire.

D'un point de vue général pour les demandes d'hémostase, sur 149 demandes, 105 (70%) obtiennent un renseignement sur la présence ou l'absence de traitement anticoagulant, cette information arrive :

- de la prescription du médecin dans 10 cas sur 149.
- de la fiche de l'IDE dans 70 cas (99%) sur 71 demandes d'hémostase prélevées à domicile.
- de la fiche du laboratoire dans 41 (53%) sur 78 demandes d'hémostase prélevées au laboratoire.

C. Annexe 3 : Introduction explicative à l'entretien

Bonjour. Merci d'avoir accepté de me consacrer un peu de votre précieux temps.

Comme vous le savez, je suis interne en médecine générale, ancien interne en biologie médicale, et je réalise un travail de thèse sur les prescriptions de biologie en médecine. Cet entretien sera analysé de manière anonyme, il fera l'objet de ma thèse et d'un article qui sera soumis à publication dans une revue. Je vais donc vous poser un certain nombre de questions. Je vous serais reconnaissant d'y répondre aussi librement que possible et de donner tous les détails que vous jugez utiles. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse.

Êtes-vous toujours d'accord pour participer ? Acceptez-vous que j'enregistre vos réponses ?

D. Annexe 4 : Guide d'entretien individuel semi-structuré - Médecins

Thème	Question ouverte	Relances	Questions fermées
Pratiques	Comment prescrivez vous les examens de biologie médicale au quotidien ?	<ul style="list-style-type: none"> - Quel support utilisez-vous ? - Utilisez-vous des modèles ? - Quelles informations mentionnez vous ? - A titre d'exemple, comment prescrivez vous un ECBU et une demande d'INR ? - Influence du degré d'urgence ? - Différence faite pour la bactériologie ? 	<ul style="list-style-type: none"> - Papier / Informatique - Modèle prérempli / Texte libre - Informations mentionnées (Nom, Prénom, Date, Type d'analyse, à jeun ?, indication, poids, ttt en cours, antécédents) - ttt ATB ? ttt ATC, cible INR
Transition	Maintenant qu'on a pu parler un peu des pratiques, j'aimerais aborder la façon dont vous percevez les prescriptions de biologie.		
Représentations	A votre avis, que fait le biologiste avec votre prescription ?	<ul style="list-style-type: none"> - Que pensez vous de l'utilité des renseignements cliniques mentionnés pour le biologiste ? - Qu'est ce qui vous amène à ne pas préciser de renseignements cliniques ? - Est-ce que vous connaissez les obligations réglementaires pour le biologiste ? 	<ul style="list-style-type: none"> - Choix des analyses / Compléments de dosages / Tél pour résultats pathos / Degré d'urgence. - Manque de temps ? Ne sait pas quoi mettre ? - Accréditation / Certification / CSP.
Transition	Merci pour votre témoignage, j'aimerais maintenant aborder avec vous quelques perspectives pour l'avenir.		
Perspectives	Comment pensez-vous qu'on puisse améliorer les pratiques ?	<ul style="list-style-type: none"> - Que pensez-vous de l'utilité d'une plaquette avec les informations essentielles à mentionner dessus ? - Que pensez-vous de l'intérêt de soirées d'enseignements post-universitaires réunissant biologistes et médecins ? 	<ul style="list-style-type: none"> - Quel contenu aimeriez vous voir figurer sur une telle plaquette ?
Infos Générales	Pour terminer, parlez moi un peu de vous et votre activité.	<ul style="list-style-type: none"> - Quel est votre âge ? - Depuis combien de temps êtes vous-installé ? - Combien êtes vous dans le cabinet ? - Comment est votre patientèle (urbaine / rurale)? - Le cabinet est-il informatisé ? - Nombre de consultations par jour ? 	

E. Annexe 5 : Guide d'entretien individuel semi-structuré - Biologistes

Thème	Question ouverte	Relances	Questions fermées
Pratiques	Comment utilisez-vous les renseignements présents sur les prescriptions de biologie au quotidien ?	<ul style="list-style-type: none"> - Quelles informations aimeriez vous voir présentes ? - Que pensez vous en particulier de la présence de renseignements cliniques ? - Si les renseignements cliniques sont présents, sont-ils lus ? - Que pensez-vous de l'adéquation entre la demande et les renseignements précisés ? - Quels genres de problèmes cela vous pose-t'il en pratique ? 	<ul style="list-style-type: none"> - Quels informations vous manquent ? - Existe-t-il un contrat entre prescripteur et laboratoire ? Si oui, précisez t'il une liste de renseignements indispensables entraînant une non conformité si absent ? - Combien de dossiers par jour sont concernés ?
		<ul style="list-style-type: none"> - Les demandes sont-elles toujours claires ? 	<ul style="list-style-type: none"> - Comment utilisez vous le droit d'adaptation de la prescription ?
		<ul style="list-style-type: none"> - Quels sont vos moyens de compensations de l'absence de renseignements cliniques ? 	<ul style="list-style-type: none"> - Quelles sont vos sources d'informations (Prescripteurs, Préleveurs, Patients) ? - Quels sont vos ressources pour inciter les prescripteurs à mettre des renseignements ? - Pourquoi ne pas plus solliciter les prescripteurs pour obtenir des renseignements cliniques ?
		<ul style="list-style-type: none"> - A titre d'exemple, qu'attendez-vous d'une prescription pour un ECBU ? - Et une demande d'INR ? 	<ul style="list-style-type: none"> - ttt ATB ? indication ? mode de recueil ? - ttt ATC ? indication ? cible INR ?
Transition	Maintenant qu'on a pu parler un peu des pratiques, j'aimerais aborder la façon dont vous percevez les prescriptions de biologie.		
Représentations	Selon vous, pourquoi les prescripteurs ne mettent pas plus de renseignements cliniques sur les prescriptions ?	A votre avis pourquoi les prescripteurs ne mettent ils pas plus de renseignements ?	<ul style="list-style-type: none"> - Ignorance des obligations légales ? - Manque de temps ? - Ne savent pas quoi mentionner ?
Transition	Merci pour votre témoignage, j'aimerais maintenant aborder avec vous quelques perspectives pour l'avenir.		
Perspectives	Comment pensez-vous qu'on puisse améliorer les pratiques ?	<ul style="list-style-type: none"> - Que pensez-vous de l'utilité d'une plaquette avec les informations essentielles à mentionner dessus ? - Que pensez-vous de l'intérêt de soirées d'enseignements post-universitaires réunissant biologistes et médecins ? 	<ul style="list-style-type: none"> - Quel contenu aimeriez vous voir figurer sur une telle plaquette ?
Infos Générales	Pour terminer, parlez moi un peu de vous et votre activité.	<ul style="list-style-type: none"> - Quel est votre âge ? - Êtes-vous médecin ou pharmacien ? - Vous travaillez plutôt avec des médecins de ville, hôpital, clinique ? - Êtes-vous plutôt sur un plateau technique ou un site de prélèvement ? - Quels sont les secteurs d'activités du laboratoire (bioch, hémato, bactério ...) ? - Êtes vous en cours de procédure d'accréditation ? - Quel est le nombre de dossiers traités par jour environ ? 	

F. Annexe 6 : Annexe B de l'arrêté du 26 novembre 1999
relatif à la bonne exécution des analyses de biologie
médicale

A N N E X E B

FICHE DE SUIVI MÉDICAL
(recommandée mais non obligatoire)

DOCUMENT CONFIDENTIEL

Identification du patient (*)

Nom : Prénom : Sexe :
Nom de jeune fille :
Date de naissance :
Adresse ou service d'hospitalisation :

Prescription

Médecin prescripteur : Date de la prescription :
Degré d'urgence : Normal Urgent Prioritaire

Examens demandés :

Prélèvement effectué le à heures
par (nom et qualité) :

Nombre d'échantillons transmis au laboratoire :

Nature : sang urines autres

Renseignements cliniques ()** utiles à la réalisation et à l'interpré-
tation des examens de laboratoires demandés, notamment :

- statut physiologique (gravité...)
pathologique

- heure de la dernière prise de nourriture :

- traitement médicamenteux en cours :

Heure de la dernière prise de médicament(s) :

Réservé au laboratoire. Heure de réception des échantillons :

Eventuellement, échantillons transmis le à heures
au laboratoire :

Examen(s) demandé(s) :

Prétraitement avant transmission

Remarques :

(*) Lorsque l'identité fait défaut, est incomplète ou incertaine, le pres-
cripteur, ou à défaut le laboratoire, doit mettre en place une procédure
d'identification spéciale, conçue pour éviter toute erreur d'attribution.

(**) Certains renseignements cliniques concernant l'état pathologique ne
peuvent figurer qu'avec l'accord exprès du patient.

G. Annexe 7 : Exemple de codage avec le logiciel MAXQDA®

The screenshot displays the MAXQDA software interface with the following components:

- Top Bar:** Project name 'MAXQDA11', menu options (Analyse, Méthodes mixtes, Codes, Documents, Vue, Documents, Codes, Analyse, Outils de visualisation, Aide), and system information (sam. 00:00:01, 84% zoom).
- Left Sidebar:** 'Liste des documents' showing a tree view of documents like 'Entretiens ouverts', 'B3 Dr', 'M10 Dr', etc.
- Central Text Area:** Contains two columns of text. The left column (lines 15-17) discusses information collection and difficulty. The right column (lines 18-19) discusses the ECBU and patient information. Various codes are applied to segments of text, such as 'Contact à priori', 'Manque de temps', 'Symptômes', and 'ECBU'.
- Right Sidebar:** 'Liste de codes' showing a list of codes with their frequencies, such as 'Indication' (3), 'Arret/Reprise' (5), 'Posologie' (9), 'Nom du traitement en cours' (7), etc.

VIII. Références bibliographiques

1. Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes. Biologie médicale. 25 mars 2013 [16 juillet 2015]. Available from: <http://www.sante.gouv.fr/biologie-medicale.html>.
2. Lalande F, Yeni I, Laconde C, Inspection Générale des Affaires Sociales. La biologie médicale libérale en France : bilan et perspectives. Tome I/II - Rapport. Avril 2006.
3. République Française. Loi n° 75-626 du 11 juillet 1975 relative aux laboratoires d'analyses de biologie médicale et à leurs directeurs et directeurs adjoints. J O Lois et Décrets. 13 juillet 1975:7227.
4. République Française, Ministère de la Santé et des Sports. Ordonnance n° 2010-49 du 13 janvier 2010 relative à la biologie médicale. J O Lois et décrets. 15 janvier 2010;12:819.
5. République Française. LOI n° 2013-442 du 30 mai 2013 portant réforme de la biologie médicale. J O Lois et Décrets. 31 mai 2013;124:8954.
6. Association française de normalisation. Laboratoires d'analyses de biologie médicale. Exigences particulières concernant la qualité et la compétence. NF EN ISO 15189. 2003.
7. Association française de normalisation. Laboratoires d'analyses de biologie médicale. Exigences particulières concernant la qualité et la compétence. NF EN ISO 15189. 2007.
8. Association française de normalisation. Laboratoires d'analyses de biologie médicale. Exigences particulières concernant la qualité et la compétence. NF EN ISO 15189. 2012.
9. Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés. Biologie Médicale - Nomenclature des Actes. Septembre 2014.
10. République Française. Arrêté du 26 novembre 1999 relatif à la bonne exécution des analyses de biologie médicale. J O Lois et Décrets. 11 décembre 1999;287:18441-52.
11. Haute Autorité de Santé. Activités de biologie médicale et certification des établissements de santé. Guide méthodologique. Novembre 2014.
12. Naudin C. À la recherche (« active ») de renseignements cliniques pertinents. Revue Francophone des Laboratoires. 2012;2012(438):8-11.
13. Haute Autorité de Santé. Indicateur Conformité des Demandes d'Examens d'Imagerie. Campagne 2012. 2013.
14. Moifo B, Kamgnie MN, Fointama NF, Tambe J, Tebere H, Fotsin JG. Evaluation de la conformité des demandes d'examens d'imagerie médicale : une expérience en Afrique subsaharienne. Med Sante Trop. 2014;24:392-6.

15. Letrilliart L, Bourgeois I, Vega A, Cittée J, Lutsman M. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative - Première partie : de "Acteur" à "Interdépendance". *Exercer*. 2009;20(87):74-9.
16. Letrilliart L, Bourgeois I, Vega A, Cittée J, Lutsman M. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative - Deuxième partie : de "Maladie" à "verbatim". *Exercer*. 2009;20(88):106-12.
17. Roy N, Garon R. Étude comparative des logiciels d'aide à l'analyse de données qualitatives : de l'approche automatique à l'approche manuelle. *Recherches Qualitatives*. 2013;32(1):154-80.
18. Clanché F, Rascol O. Le découpage en unités urbaines de 2010. *INSEE Première*. Aout 2011(1364).
19. Sicart D, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Les médecins au 1er janvier 2013. *Série statistiques*. Avril 2013;179.
20. Gautier A, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. *Baromètre santé médecins généralistes 2009*. Juin 2011.
21. Rault J-F, Le Breton-Lebouvillois G, Conseil National de l'Ordre des Médecins. *Atlas de la démographie médicale en France - Situation au 1er Janvier 2014*. 2014.
22. Beaunoir F, Haenel M, Halbutier Fo. Les biologistes : démographie, activité, dynamique de la dépense. *Les Comptes de la Sécurité Sociale - Résultats 2013, Prévisions 2014* Juin 2014. p. 108-11.
23. Ordre National des Pharmaciens. *Pharmaciens Biologistes - Section G. Panorama - Eléments Démographiques 2015*. 2015:16-9.
24. République Française. Arrêté du 22 septembre 2011 portant approbation de la convention nationale des médecins généralistes et spécialistes. *J O Lois et Décrets*. 25 septembre 2011:16080.

IX. Serment Médical

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

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

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

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

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

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

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

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

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

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses : que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.

TITLE :

Insufficient clinical information on laboratory test requests. Point of views between prescribers and clinical biologists.

ABSTRACT :

Introduction : A preliminary study conducted around the town of Marmande showed a lack of clinical information on laboratory test requests, both in ambulatory and hospital care. In light of these results, this study was focused on the prescriptions made by the general practitioners. This study was aimed at finding the reasons for the lack of information, from the viewpoint of both general practitioners and clinical biologists.

Methods : A qualitative study was conducted between June and July 2015, using semi-structured individual interviews with general practitioners and clinical biologists, in the departments of Gironde and Lot-et-Garonne. The recruitment was based on a snowball sampling method and inclusions were stopped when data saturation was achieved.

Results : Data saturation was obtained after the interview of 10 general practitioners and 8 clinical biologists. Clinical biologists explained the lack of clinical information by time shortage, insufficient training and insufficient knowledge of the benefits of it. On the other side, general practitioners point out the feeling that doctors can interpret the results themselves, the habits and the feeling that information is not necessary for the clinical biologist to assess the results.

Conclusion : General practitioners don't respect the statutory obligation to indicate clinical information on laboratory test requests. Many reasons are declared but the main one seems to be the lack of communication between the prescriber and the clinical biologist. Through this study, it appears to all participants that the best way to restore the communication between the two groups is by using the prescription and the test results report.

KEY-WORDS : Clinical information, Laboratory test request, Clinical biology, General practice.

TITRE :

Insuffisance de renseignements cliniques sur les prescriptions de biologie médicale.
Points de vue croisés des prescripteurs et des biologistes.

RESUME :

Introduction : Le sentiment d'une insuffisance de renseignements cliniques accompagnant les prescriptions reçus par les biologistes médicaux a été confirmé par un travail préliminaire réalisé dans le milieu hospitalier et libéral autour de la ville de Marmande (Lot-et-Garonne). A la vue des résultats, l'étude a été centrée sur les prescriptions de biologie faites en médecine générale et se donne pour but d'analyser les motivations qui conduisent à ce manque de renseignements, en croisant les points de vue des prescripteurs et des biologistes.

Méthode : Une étude qualitative avec des entretiens individuels semi-structurés a été réalisée avec un groupe de médecins généralistes libéraux et un groupe de biologistes médicaux entre juin 2015 et juillet 2015, dans les départements de la Gironde et du Lot-et-Garonne. Le recrutement a été réalisé par boule-de-neige, les inclusions ont été arrêtées à saturation des données.

Résultats : 10 médecins et 8 biologistes ont été interrogés, permettant d'atteindre la saturation des données. Les biologistes désignent le manque de temps, l'ignorance de l'utilité de ces renseignements et l'absence de formation, comme responsables. Les médecins généralistes pointent plutôt du doigt le sentiment que le médecin peut interpréter lui-même la biologie, la force de l'habitude et le sentiment que ces renseignements sont inutiles pour le biologiste.

Conclusion : Les médecins généralistes ne respectent pas l'obligation réglementaire consistant à renseigner systématiquement leurs prescriptions de biologie. Les raisons invoquées sont nombreuses mais c'est le manque de communication entre prescripteurs et biologistes qui apparaît comme la raison principale de ce défaut. A travers ce travail, il apparaît à l'ensemble des participants que le meilleur support pour rétablir cette communication passe par la prescription pour le médecin et le compte rendu pour le biologiste.

MOTS-CLES : Renseignements cliniques, Prescription, Biologie Médicale, Médecine Générale.

DISCIPLINE : Médecine Générale.

UFR des Sciences Médicales
146 rue Léo Saignat
Case 16 - Espace Santé
33076 BORDEAUX CEDEX