Complexité des consultations de renouvellement d'ordonnance : ressenti des médecins généralistes

Justine Labbé

▶ **To cite this version:**

Justine Labbé. Complexité des consultations de renouvellement d'ordonnance : ressenti des médecins généralistes. Sciences du Vivant [q-bio]. 2020. dumas-02968977

HAL Id: dumas-02968977

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02968977

Submitted on 16 Oct 2020

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.

Faculté des sciences médicales et paramédicales
Aix*Marseille Université

Complexité des consultations de renouvellement d'ordonnance: ressenti des médecins généralistes

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES

DE MARSEILLE

Le 17 Juin 2020

Par Madame Justine LABBÉ

Née le 5 novembre 1992 à Toulon (83)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur GENTILE Gaëtan	**Président**
Monsieur le Professeur Associé GUIDA Pierre	**Directeur**
Madame le Docteur ROUSSEAU DURAND Raphaëlle	**Assesseur**
Monsieur le Docteur THERY Didier	**Assesseur**

Faculté des sciences médicales et paramédicales
Aix Marseille Université

FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & PARAMÉDICALES

Doyen	:	**Pr. Georges LEONETTI**
Vice-Doyen aux affaires générales	:	Pr. Patrick DESSI
Vice-Doyen aux professions paramédicales	:	Pr. Philippe BERBIS
Conseiller	:	Pr. Patrick VILLANI

Assesseurs :

➢ aux études	:	Pr. Kathia CHAUMOITRE
➢ à la recherche	:	Pr. Jean-Louis MEGE
➢ à l'unité mixte de formation continue en santé	:	Pr. Justin MICHEL
➢ pour le secteur NORD	:	Pr. Stéphane BERDAH
➢ Groupements Hospitaliers de territoire	:	Pr. Jean-Noël ARGENSON
➢ aux masters	:	Pr. Pascal ADALIAN

Chargés de mission :

➢ sciences humaines et sociales	:	Pr. Pierre LE COZ
➢ relations internationales	:	Pr. Stéphane RANQUE
➢ DU/DIU	:	Pr. Véronique VITTON
➢ DPC, disciplines médicales & biologiques	:	Pr. Frédéric CASTINETTI
➢ DPC, disciplines chirurgicales	:	Dr. Thomas GRAILLON

ÉCOLE DE MEDECINE

Directeur	:	**Pr. Jean-Michel VITON**

Chargés de mission

▪ PACES – Post-PACES	:	Pr. Régis GUIEU
▪ DFGSM	:	Pr. Anne-Laure PELISSIER
▪ DFASM	:	Pr. Marie-Aleth RICHARD
▪ DFASM	:	Pr. Marc BARTHET
▪ Préparation aux ECN	:	Dr Aurélie DAUMAS
▪ DES spécialités	:	Pr. Pierre-Edouard FOURNIER
▪ DES stages hospitaliers	:	Pr. Benjamin BLONDEL
▪ DES MG	:	Pr. Christophe BARTOLI
▪ Démographie médicale	:	Dr. Noémie RESSEGUIER
▪ Etudiant	:	Elise DOMINJON

Cabinet du Doyen – 25.02. 2020 (GL/HB)

Faculté des sciences médicales et paramédicales
Aix Marseille Université

ÉCOLE DE DE MAIEUTIQUE

Directrice : **Madame Carole ZAKARIAN**

Chargés de mission

- 1er cycle : Madame Estelle BOISSIER
- 2ème cycle : Madame Cécile NINA

ÉCOLE DES SCIENCES DE LA RÉADAPTATION

Directeur : **Monsieur Philippe SAUVAGEON**

Chargés de mission

- Masso- kinésithérapie 1er cycle : Madame Béatrice CAORS
- Masso-kinésithérapie 2ème cycle : Madame Joannie HENRY
- Mutualisation des enseignements : Madame Géraldine DEPRES

ÉCOLE DES SCIENCES INFIRMIERES

Directeur : **Monsieur Sébastien COLSON**

Chargés de mission

- Chargée de mission : Madame Sandrine MAYEN RODRIGUES
- Chargé de mission : Monsieur Christophe ROMAN

PROFESSEURS HONORAIRES

MM AGOSTINI Serge
ALDIGHIERI René
ALESSANDRINI Pierre
ALLIEZ Bernard
AQUARON Robert
ARGEME Maxime
ASSADOURIAN Robert
AUFFRAY Jean-Pierre
AUTILLO-TOUATI Amapola
AZORIN Jean-Michel
BAILLE Yves
BARDOT Jacques
BARDOT André
BERARD Pierre
BERGOIN Maurice
BERLAND Yvon
BERNARD Dominique
BERNARD Jean-Louis
BERNARD Pierre-Marie
BERTRAND Edmond
BISSET Jean-Pierre
BLANC Bernard
BLANC Jean-Louis
BOLLINI Gérard
BONGRAND Pierre
BONNEAU Henri
BONNOIT Jean
BORY Michel
BOTTA Alain
BOURGEADE Augustin
BOUVENOT Gilles
BOUYALA Jean-Marie
BREMOND Georges
BRICOT René
BRUNET Christian
BUREAU Henri
CAMBOULIVES Jean
CANNONI Maurice
CARTOUZOU Guy
CAU Pierre
CHABOT Jean-Michel
CHAMLIAN Albert
CHARPIN Denis
CHARREL Michel
CHAUVEL Patrick
CHOUX Maurice
CIANFARANI François
CLAVERIE Jean-Michel
CLEMENT Robert
COMBALBERT André
CONTE-DEVOLX Bernard
CORRIOL Jacques
COULANGE Christian
DALMAS Henri
DE MICO Philippe
DESSEIN Alain
DELARQUE Alain
DEVIN Robert
DEVRED Philippe
DJIANE Pierre
DONNET Vincent
DUCASSOU Jacques

MM DUFOUR Michel
DUMON Henri
ENJALBERT Alain
FAVRE Roger
FIECHI Marius
FARNARIER Georges
FIGARELLA Jacques
FONTES Michel
FRANCES Yves
FRANCOIS Georges
FUENTES Pierre
GABRIEL Bernard
GALINIER Louis
GALLAIS Hervé
GAMERRE Marc
GARCIN Michel
GARNIER Jean-Marc
GAUTHIER André
GERARD Raymond
GEROLAMI-SANTANDREA André
GIUDICELLI Roger
GIUDICELLI Sébastien
GOUDARD Alain
GOUIN François
GRILLO Jean-Marie
GRISOLI François
GROULIER Pierre
HADIDA/SAYAG Jacqueline
HASSOUN Jacques
HEIM Marc
HOUEL Jean
HUGUET Jean-François
JAQUET Philippe
JAMMES Yves
JOUVE Paulette
JUHAN Claude
JUIN Pierre
KAPHAN Gérard
KASBARIAN Michel
KLEISBAUER Jean-Pierre
LACHARD Jean
LAFFARGUE Pierre
LAUGIER René
LE TREUT Yves
LEVY Samuel
LOUCHET Edmond
LOUIS René
LUCIANI Jean-Marie
MAGALON Guy
MAGNAN Jacques
MALLAN- MANCINI Josette
MALMEJAC Claude
MARANINCHI Dominique
MARTIN Claude
MATTEI Jean François
MERCIER Claude
METGE Paul
MICHOTEY Georges
MIRANDA François
MONFORT Gérard
MONGES André
MONGIN Maurice

PROFESSEURS HONORAIRES

MM MONTIES Jean-Raoul
NAZARIAN Serge
NICOLI René
NOIRCLERC Michel
OLMER Michel
OREHEK Jean
PAPY Jean-Jacques
PAULIN Raymond
PELOUX Yves
PENAUD Antony
PENE Pierre
PIANA Lucien
PICAUD Robert
PIGNOL Fernand
POGGI Louis
POITOUT Dominique
PONCET Michel
POUGET Jean
PRIVAT Yvan
QUILICHINI Francis
RANQUE Jacques
RANQUE Philippe
RICHAUD Christian
RIDINGS Bernard
ROCHAT Hervé
ROHNER Jean-Jacques
ROUX Hubert
ROUX Michel
RUFO Marcel
SAHEL José
SALAMON Georges
SALDUCCI Jacques
SAN MARCO Jean-Louis
SANKALE Marc
SARACCO Jacques
SARLES Jacques
SASTRE Bernard
SCHIANO Alain
SCOTTO Jean-Claude
SEBAHOUN Gérard
SERMENT Gérard
SOULAYROL René
STAHL André
TAMALET Jacques
TARANGER-CHARPIN Colette
THOMASSIN Jean-Marc
UNAL Daniel
VAGUE Philippe
VAGUE/JUHAN Irène
VANUXEM Paul
VERVLOET Daniel
VIALETTES Bernard
WEILLER Pierre-Jean

EMERITAT

2008		
M. le Professeur	LEVY Samuel	31/08/2011
Mme le Professeur	JUHAN-VAGUE Irène	31/08/2011
M. le Professeur	PONCET Michel	31/08/2011
M. le Professeur	KASBARIAN Michel	31/08/2011
M. le Professeur	ROBERTOUX Pierre	31/08/2011
2009		
M. le Professeur	DJIANE Pierre	31/08/2011
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2012
2010		
M. le Professeur	MAGNAN Jacques	31/12/2014
2011		
M. le Professeur	DI MARINO Vincent	31/08/2015
M. le Professeur	MARTIN Pierre	31/08/2015
M. le Professeur	METRAS Dominique	31/08/2015
2012		
M. le Professeur	AUBANIAC Jean-Manuel	31/08/2015
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2015
M. le Professeur	CAMBOULIVES Jean	31/08/2015
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2015
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2015
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2015
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2015
2013		
M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUFO Marcel	31/08/2016
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016
2014		
M. le Professeur	FUENTES Pierre	31/08/2017
M. le Professeur	GAMERRE Marc	31/08/2017
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2017
M. le Professeur	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017
2015		
M. le Professeur	COULANGE Christian	31/08/2018
M. le Professeur	COURAND François	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2016
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2016
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2016

EMERITAT

2016

M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2017
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2019
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2017
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2017
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2019
M. le Professeur	JAMMES Yves	31/08/2019
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2017
M. le Professeur	POITOUT Dominique	31/08/2019
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2017
M. le Professeur	VIALETTES Bernard	31/08/2019

2017

M. le Professeur	ALESSANDRINI Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2018
M. le Professeur	CHAUVEL Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2018
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2018
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2018
M. le Professeur	SEBBAHOUN Gérard	31/08/2018

2018

M. le Professeur	MARANINCHI Dominique	31/08/2021
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2019
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2019

2019

M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2020
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2020
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2020
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2020
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2020
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2020
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2020

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert
ALBANESE Jacques
ALIMI Yves
AMABILE Philippe
AMBROSI Pierre
ANDRE Nicolas
ARGENSON Jean-Noël
ASTOUL Philippe
ATTARIAN Shahram
AUDOUIN Bertrand
AUQUIER Pascal
AVIERINOS Jean-François
AZULAY Jean-Philippe
BAILLY Daniel
BARLESI Fabrice
BARLIER-SETTI Anne
BARTHET Marc
BARTOLI Christophe
BARTOLI Jean-Michel
BARTOLI Michel
BARTOLOMEI Fabrice
BASTIDE Cyrille
BENSOUSSAN Laurent
BERBIS Philippe
BERBIS Julie
BERDAH Stéphane
BERNARD Jean-Paul Retraite au 25/11/2019
BEROUD Christophe
BERTUCCI François
BLAISE Didier
BLIN Olivier
BLONDEL Benjamin
BONIN/GUILLAUME Sylvie
BONELLO Laurent
BONNET Jean-Louis
BOTTA/FRIDLUND Danielle Surnombre
BOUBLI Léon Surnombre
BOUFI Mourad
BOYER Laurent
BREGEON Fabienne
BRETELLE Florence
BROUQUI Philippe
BRUDER Nicolas
BRUE Thierry
BRUNET Philippe
BURTEY Stéphane
CARCOPINO-TUSOLI Xavier
CASANOVA Dominique
CASTINETTI Frédéric
CECCALDI Mathieu
CHAGNAUD Christophe
CHAMBOST Hervé
CHAMPSAUR Pierre
CHANEZ Pascal
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle
CHARREL Rémi
CHAUMOITRE Kathia
CHIARONI Jacques
CHINOT Olivier
CHOSSEGROS Cyrille
COLLART Frédéric
COSTELLO Régis
COURBIERE Blandine
COWEN Didier
CRAVELLO Ludovic
CUISSET Thomas
CURVALE Georges Surnombre
DA FONSECA David
DAHAN-ALCARAZ Laetitia
DANIEL Laurent
DARMON Patrice
D'ERCOLE Claude
D'JOURNO Xavier
DEHARO Jean-Claude
DELAPORTE Emmanuel
DELPERO Jean-Robert Surnombre
DENIS Danièle
DISDIER Patrick
DODDOLI Christophe
DRANCOURT Michel
DUBUS Jean-Christophe
DUFFAUD Florence
DUFOUR Henry
DURAND Jean-Marc
DUSSOL Bertrand
EBBO Mikaël
EUSEBIO Alexandre
FAKHRY Nicolas
FAUGERE Gérard Surnombre
FELICIAN Olvier
FENOLLAR Florence
FIGARELLA/BRANGER Dominique
FLECHER Xavier
FOURNIER Pierre-Edouard
FRANCESCHI Frédéric
FUENTES Stéphane
GABERT Jean
GABORIT Bénédicte
GAINNIER Marc
GARCIA Stéphane
GARIBOLDI Vlad
GAUDART Jean
GAUDY-MARQUESTE Caroline
GENTILE Stéphanie
GERBEAUX Patrick
GEROLAMI/SANTANDREA René
GILBERT/ALESSI Marie-Christine
GIORGI Roch
GIOVANNI Antoine
GIRARD Nadine
GIRAUD/CHABROL Brigitte
GONCALVES Anthony
GRANEL/REY Brigitte
GRANVAL Philippe
GREILLIER Laurent
GRIMAUD Jean-Charles
GROB Jean-Jacques
GUEDJ Eric
GUIEU Régis
GUIS Sandrine
GUYE Maxime
GUYOT Laurent
GUYS Jean-Michel Surnombre
HABIB Gilbert
HARDWIGSEN Jean
HARLE Jean-Robert
HOFFART Louis Disponibilité
HOUVENAEGHEL Gilles
JACQUIER Alexis
JOURDE-CHICHE Noémie
JOUVE Jean-Luc
KAPLANSKI Gilles
KARSENTY Gilles
KERBAUL François détachement
KRAHN Martin
LAFFORGUE Pierre
LAGIER Jean-Christophe
LAMBAUDIE Eric
LANCON Christophe
LA SCOLA Bernard
LAUNAY Franck
LAVIEILLE Jean-Pierre
LE CORROLLER Thomas
LECHEVALLIER Eric
LEGRE Régis
LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
LEONE Marc
LEONETTI Georges
LEPIDI Hubert
LEVY Nicolas
MACE Loïc
MAGNAN Pierre-Edouard
MANCINI Julien
MATONTI Frédéric Disponibilité
MEGE Jean-Louis
MERROT Thierry
METZLER/GUILLEMAIN Catherine
MEYER/DUTOUR Anne
MICCALEF/ROLL Joëlle
MICHEL Fabrice
MICHEL Gérard
MICHEL Justin
MICHELET Pierre
MILH Mathieu
MILLION Matthieu
MOAL Valérie
MORANGE Pierre-Emmanuel
MOULIN Guy
MOUTARDIER Vincent
MUNDLER Olivier Surnombre
NAUDIN Jean
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
NICOLLAS Richard
OLIVE Daniel
OUAFIK L'Houcine
OVAERT-REGGIO Caroline

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

PAGANELLI Franck
PANUEL Michel
PAPAZIAN Laurent
PAROLA Philippe
PARRATTE Sébastien Disponibilité
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure
PELLETIER Jean
PERRIN Jeanne
PETIT Philippe
PHAM Thao
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique
PIQUET Philippe
PIRRO Nicolas
POINSO François
RACCAH Denis
RANQUE Stéphane
RAOULT Didier
REGIS Jean
REYNAUD/GAUBERT Martine
REYNAUD Rachel
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth
ROCHE Pierre-Hugues
ROCH Antoine
ROCHWERGER Richard
ROLL Patrice
ROSSI Dominique
ROSSI Pascal
ROUDIER Jean
SALAS Sébastien
SAMBUC Roland Surnombre
SARLES/PHILIP Nicole
SARLON-BARTOLI Gabrielle
SCAVARDA Didier
SCHLEINITZ Nicolas
SEBAG Frédéric
SEITZ Jean-François
SIELEZNEFF Igor
SIMON Nicolas
STEIN Andréas
TAIEB David
THIRION Xavier
THOMAS Pascal
THUNY Franck
TREBUCHON-DA FONSECA Agnès
TRIGLIA Jean-Michel
TROPIANO Patrick
TSIMARATOS Michel
TURRINI Olivier
VALERO René
VAROQUAUX Arthur Damien
VELLY Lionel
VEY Norbert
VIDAL Vincent
VIENS Patrice
VILLANI Patrick
VITON Jean-Michel
VITTON Véronique
VIEHWEGER Heide Elke
VIVIER Eric
XERRI Luc

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

ADALIAN Pascal
AGHABABIAN Valérie
BELIN Pascal
CHABANNON Christian
CHABRIERE Eric
FERON François
LE COZ Pierre
LEVASSEUR Anthony
RANJEVA Jean-Philippe
SOBOL Hagay

PROFESSEUR CERTIFIE

BRANDENBURGER Chantal

PRAG

TANTI-HARDOUIN Nicolas

PROFESSEUR DES UNIVERSITES MEDECINE GENERALE

GENTILE Gaëtan

PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE *A MI-TEMPS*

ADNOT Sébastien
GUIDA Pierre

PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES (disciplines médicales)

LOUIS-BORRIONE Claude

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AHERFI Sarah
ANGELAKIS Emmanouil (disponibilité)
ATLAN Catherine (disponibilité)
BARTHELEMY Pierre
BEGE Thierry
BELIARD Sophie
BENYAMINE Audrey
BERGE-LEFRANC Jean-Louis
BERTRAND Baptiste
BEYER-BERJOT Laura
BIRNBAUM David
BONINI Francesca
BOUCRAUT Joseph
BOULAMERY Audrey
BOULLU/CIOCCA Sandrine
BOUSSEN Salah Michel
BUFFAT Christophe
CAMILLERI Serge
CARRON Romain
CASSAGNE Carole
CERMOLACCE Michel
CHAUDET Hervé
CHRETIEN Anne-Sophie
COZE Carole
CUNY Thomas
DADOUN Frédéric (disponibilité)
DALES Jean-Philippe
DAUMAS Aurélie
DEGEORGES/VITTE Joëlle
DELLIAUX Stéphane
DESPLAT/JEGO Sophie
DEVILLIER Raynier
DUBOURG Grégory
DUCONSEIL Pauline
DUFOUR Jean-Charles
ELDIN Carole
FABRE Alexandre
FAURE Alice
FOLETTI Jean- Marc
FOUILLOUX Virginie
FRANKEL Diane
FROMONOT Julien
GASTALDI Marguerite
GELSI/BOYER Véronique
GIUSIANO Bernard
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie
GONZALEZ Jean-Michel
GOURIET Frédérique
GRAILLON Thomas
GUERIN Carole
GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné
GUIDON Catherine
GUIVARCH Jokthan
HAUTIER/KRAHN Aurélie
HRAIECH Sami
KASPI-PEZZOLI Elise
L'OLLIVIER Coralie
LABIT-BOUVIER Corinne
LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina
LAGIER Aude (disponibilité)
LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude
LEVY/MOZZICONACCI Annie
LOOSVELD Marie
MAAROUF Adil
MACAGNO Nicolas
MAUES DE PAULA André
MOTTOLA GHIGO Giovanna
NGUYEN PHONG Karine
NINOVE Laetitia
NOUGAIREDE Antoine
OLLIVIER Matthieu
PAULMYER/LACROIX Odile
PESENTI Sébastien
RADULESCO Thomas
RESSEGUIER Noémie
ROBERT Philippe
ROMANET Pauline
SABATIER Renaud
SARI-MINODIER Irène
SAVEANU Alexandru
SECQ Véronique (disponibilité)
STELLMANN Jan-Patrick
SUCHON Pierre
TABOURET Emeline
TOGA Caroline
TOGA Isabelle
TOMASINI Pascale
TOSELLO Barthélémy
TROUSSE Delphine
TUCHTAN-TORRENTS Lucile
VELY Frédéric
VION-DURY Jean
ZATTARA/CANNONI Hélène

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

ABU ZAINEH Mohammad
BARBACARU/PERLES T. A.
BERLAND/BENHAIM Caroline
BOUCAULT/GARROUSTE Françoise
BOYER Sylvie
COLSON Sébastien
DEGIOANNI/SALLE Anna
DESNUES Benoît
MARANINCHI Marie
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky
MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte
POGGI Marjorie
POUGET Benoît
RUEL Jérôme
THOLLON Lionel
THIRION Sylvie
VERNA Emeline

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

CASANOVA Ludovic

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

BARGIER Jacques
BONNET Pierre-André
CALVET-MONTREDON Céline
JANCZEWSKI Aurélie
NUSSLI Nicolas
ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle
THERY Didier (nomination au 1/10/2019)

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

BOURRIQUEN Maryline
EVANS-VIALLAT Catherine
LUCAS Guillaume
MATHIEU Marion
MAYENS-RODRIGUES Sandrine
MELLINAS Marie
REVIS Joana
ROMAN Christophe
TRINQUET Laure

PROFESSEURS DES UNIVERSITES et MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS
PROFESSEURS ASSOCIES, MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES mono-appartenants

ANATOMIE *4201*

CHAMPSAUR Pierre (PU-PH)
LE CORROLLER Thomas (PU-PH)
PIRRO Nicolas (PU-PH)

GUENOUN-MEYSSIGNAC Daphné (MCU-PH)
LAGIER Aude (MCU-PH) disponibilité

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES *4203*

CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH)
DANIEL Laurent (PU-PH)
FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH)
GARCIA Stéphane (PU-PH)
XERRI Luc (PU-PH)

DALES Jean-Philippe (MCU-PH)
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH)
LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)
MACAGNO Nicolas (MCU-PH)
MAUES DE PAULA André (MCU-PH)
SECQ Véronique (MCU-PH) disponibilité

ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ; MEDECINE URGENCE *4801*

ALBANESE Jacques (PU-PH)
BRUDER Nicolas (PU-PH)
LEONE Marc (PU-PH)
MICHEL Fabrice (PU-PH)
VELLY Lionel (PU-PH)

BOUSSEN Salah Michel (MCU-PH)
GUIDON Catherine (MCU-PH)

ANGLAIS *11*

BRANDENBURGER Chantal (PRCE)

BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE *5405*

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)
PERRIN Jeanne (PU-PH)

ANTHROPOLOGIE *20*

ADALIAN Pascal (PR)

DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)
POUGET Benoît (MCF)
VERNA Emeline (MCF)

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE *4501*

CHARREL Rémi (PU PH)
DRANCOURT Michel (PU-PH)
FENOLLAR Florence (PU-PH)
FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH)
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH)
LA SCOLA Bernard (PU-PH)
RAOULT Didier (PU-PH)

AHERFI Sarah (MCU-PH)
ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH) disponibilité
DUBOURG Grégory (MCU-PH)
GOURIET Frédérique (MCU-PH)
NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH)
NINOVE Laetitia (MCU-PH)

CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)

LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section)
DESNUES Benoit (MCF) (65ème section)
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE *4401*

BARLIER/SETTI Anne (PU-PH)
GABERT Jean (PU-PH)
GUIEU Régis (PU-PH)
OUAFIK L'Houcine (PU-PH)

BUFFAT Christophe (MCU-PH)
FROMONOT Julien (MCU-PH)
MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)
ROMANET Pauline (MCU-PH)
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

BIOLOGIE CELLULAIRE *4403*

ROLL Patrice (PU-PH)

FRANKEL Diane (MCU-PH)
GASTALDI Marguerite (MCU-PH)
KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)
LEVY-MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)

BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE *4301*

GUEDJ Eric (PU-PH)
GUYE Maxime (PU-PH)
MUNDLER Olivier (PU-PH) Surnombre
TAIEB David (PU-PH)

BELIN Pascal (PR) (69ème section)
RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)

CAMMILLERI Serge (MCU-PH)
VION-DURY Jean (MCU-PH)

BARBACARU/PERLES Téodora Adriana (MCF) (69ème section)

BIOSTATISTIQUES, INFORMATIQUE MEDICALE ET TECHNOLOGIES DE COMMUNICATION *4604*

GAUDART Jean (PU-PH)
GIORGI Roch (PU-PH)
MANCINI Julien (PU-PH)

CHAUDET Hervé (MCU-PH)
DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)
GIUSIANO Bernard (MCU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)
BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE *5002*

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)
BLONDEL Benjamin (PU-PH)
CURVALE Georges (PU-PH) Surnombre
FLECHER Xavier (PU PH)
PARRATTE Sébastien (PU-PH) Disponibilité
ROCHWERGER Richard (PU-PH)
TROPIANO Patrick (PU-PH)

OLLIVIER Matthieu (MCU-PH)

CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE *4702*

BERTUCCI François (PU-PH)
CHINOT Olivier (PU-PH)
COWEN Didier (PU-PH)
DUFFAUD Florence (PU-PH)
GONCALVES Anthony PU-PH)
HOUVENAEGHEL Gilles (PU-PH)
LAMBAUDIE Eric (PU-PH)
SALAS Sébastien (PU-PH)
VIENS Patrice (PU-PH)

SABATIER Renaud (MCU-PH)
TABOURET Emeline (MCU-PH)

CARDIOLOGIE *5102*

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)
BONELLO Laurent (PU PH)
BONNET Jean-Louis (PU-PH)
CUISSET Thomas (PU-PH)
DEHARO Jean-Claude (PU-PH)
FRANCESCHI Frédéric (PU-PH)
HABIB Gilbert (PU-PH)
PAGANELLI Franck (PU-PH)
THUNY Franck (PU-PH)

CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE *5202*

BERDAH Stéphane (PU-PH)
DELPERO Jean-Robert (PU-PH) Surnombre
HARDWIGSEN Jean (PU-PH)
MOUTARDIER Vincent (PU-PH)
SEBAG Frédéric (PU-PH)
SIELEZNEFF Igor (PU-PH)
TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)
BEYER-BERJOT Laura (MCU-PH)
BIRNBAUM David (MCU-PH)
DUCONSEIL Pauline (MCU-PH)
GUERIN Carole (MCU PH)

CHIRURGIE INFANTILE *5402*

GUYS Jean-Michel (PU-PH) Surnombre
JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
LAUNAY Franck (PU-PH)
MERROT Thierry (PU-PH)
VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH)
FAURE Alice (MCU PH)
PESENTI Sébastien (MCU-PH)

LOUIS-BORRIONE Claude (PR associé des Universités)

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE *5503*

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)
GUYOT Laurent (PU-PH)

FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE *5103*

COLLART Frédéric (PU-PH)
D'JOURNO Xavier (PU-PH)
DODDOLI Christophe (PU-PH)
GARIBOLDI Vlad (PU-PH)
MACE Loïc (PU-PH)
THOMAS Pascal (PU-PH)

FOUILLOUX Virginie (MCU-PH)
TROUSSE Delphine (MCU-PH)

CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE *5104*

ALIMI Yves (PU-PH)
AMABILE Philippe (PU-PH)
BARTOLI Michel (PU-PH)
BOUFI Mourad (PU-PH)
MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)
PIQUET Philippe (PU-PH)
SARLON-BARTOLI Gabrielle (PU PH)

HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE *4202*

LEPIDI Hubert (PU-PH)
LEPIDI Hubert (PU-PH)

PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE *5003*

BERBIS Philippe (PU-PH)
DELAPORTE Emmanuel (PU-PH)
GAUDY/MARQUESTE Caroline (PU-PH)
GROB Jean-Jacques (PU-PH)
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

DUSI

COLSON Sébastien (MCF)

BOURRIQUEN Maryline (MAST)
EVANS-VIALLAT Catherine (MAST)
LUCAS Guillaume (MAST)
MAYEN-RODRIGUES Sandrine (MAST)
MELLINAS Marie (MAST)
ROMAN Christophe (MAST)
TRINQUET Laure (MAST)

ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ; GYNECOLOGIE MEDICALE *5404*

BRUE Thierry (PU-PH)
CASTINETTI Frédéric (PU-PH)
CUNY Thomas (MCU PH)

CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛLOLOGIE *5004*

CASANOVA Dominique (PU-PH)
LEGRE Régis (PU-PH)

BERTRAND Baptiste (MCU-PH)
HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)

GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE *5201*

BARTHET Marc (PU-PH)
BERNARD Jean-Paul (PU-PH) retraite au 25/11/2019
BOTTA-FRIDLUND Danielle (PU-PH) Surnombre
DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)
GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)
GRANDVAL Philippe (PU-PH)
GRIMAUD Jean-Charles (PU-PH)
SEITZ Jean-François (PU-PH)
VITTON Véronique (PU-PH)

GONZALEZ Jean-Michel (MCU-PH)

GENETIQUE *4704*

BEROUD Christophe (PU-PH)
KRAHN Martin (PU-PH)
LEVY Nicolas (PU-PH)
SARLES/PHILIP Nicole (PU-PH)

NGYUEN Karine (MCU-PH)
TOGA Caroline (MCU-PH)
ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE *5403*

AGOSTINI Aubert (PU-PH)
BOUBLI Léon (PU-PH) Surnombre
BRETELLE Florence (PU-PH)
CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)
COURBIERE Blandine (PU-PH)
CRAVELLO Ludovic (PU-PH)
D'ERCOLE Claude (PU-PH)

EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION *4601*

AUQUIER Pascal (PU-PH)
BERBIS Julie (PU-PH)
BOYER Laurent (PU-PH)
GENTILE Stéphanie (PU-PH)
SAMBUC Roland (PU-PH) Surnombre
THIRION Xavier (PU-PH)

LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)
RESSEGUIER Noémie (MCU-PH)

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section)
TANTI-HARDOUIN Nicolas (PRAG)

HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION *4701*

BLAISE Didier (PU-PH)
COSTELLO Régis (PU-PH)
CHIARONI Jacques (PU-PH)
GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH)
MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH)
VEY Norbert (PU-PH)

DEVILLIER Raynier (MCU PH)
GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)
LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)
LOOSVELD Marie (MCU-PH)
SUCHON Pierre (MCU-PH)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

IMMUNOLOGIE *4703*

KAPLANSKI Gilles (PU-PH)
MEGE Jean-Louis (PU-PH)
OLIVE Daniel (PU-PH)
VIVIER Eric (PU-PH)

FERON François (PR) (69ème section)

BOUCRAUT Joseph (MCU-PH)
CHRETIEN Anne-Sophie (MCU PH)
DEGEORGES/VITTE Joëlle (MCU-PH)
DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)
ROBERT Philippe (MCU-PH)
VELY Frédéric (MCU-PH)

BOUCAULT/GARROUSTE Françoise (MCF) 65ème section)

MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE *4603*

BARTOLI Christophe (PU-PH)
LEONETTI Georges (PU-PH)
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure (PU-PH)
PIERCECCHI-MARTI Marie-Dominique (PU-PH)

TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

BERLAND/BENHAIM Caroline (MCF) (1ère section)

MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES *4503*

BROUQUI Philippe (PU-PH)
LAGIER Jean-Christophe (PU-PH)
MILLION Matthieu (PU-PH)
PAROLA Philippe (PU-PH)
STEIN Andréas (PU-PH)

ELDIN Carole (MCU-PH)

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION *4905*

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)
VITON Jean-Michel (PU-PH)

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL *4602*

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

BERGE-LEFRANC Jean-Louis (MCU-PH)
SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

MEDECINE D'URGENCE *4805*

KERBAUL François (PU-PH) détachement
MICHELET Pierre (PU-PH)

MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT ; ADDICTOLOGIE *5301*

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)
DISDIER Patrick (PU-PH)
DURAND Jean-Marc (PU-PH)
GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)
HARLE Jean-Robert (PU-PH)
ROSSI Pascal (PU-PH)
SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)

BENYAMINE Audrey (MCU-PH)
EBBO Mikael (MCU-PH)

MEDECINE GENERALE *5303*

GENTILE Gaëtan (PR Méd. Gén. Temps plein)

CASANOVA Ludovic (MCF Méd. Gén. Temps plein)

ADNOT Sébastien (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)
GUIDA Pierre (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)

BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
BONNET Pierre-André (MCF associé Méd. Gén à mi-temps)
CALVET-MONTREDON Céline (MCF associé Méd. Gén. à temps plein)
JANCZEWSKI Aurélie (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
NUSSLI Nicolas (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
THERY Didier (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps) (nomination au 1/10/2019)

NUTRITION *4404*

DARMON Patrice (PU-PH)
RACCAH Denis (PU-PH)
VALERO René (PU-PH)

ATLAN Catherine (MCU-PH) disponibilité
BELIARD Sophie (MCU-PH)

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)
SOBOL Hagay (PR) (65ème section)

OPHTALMOLOGIE *5502*

DENIS Danièle (PU-PH)
HOFFART Louis (PU-PH) *Disponibilité*
MATONTI Frédéric (PU-PH) Disponibilité

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE *5501*

DESSI Patrick (PU-PH)
FAKHRY Nicolas (PU-PH)
GIOVANNI Antoine (PU-PH)
LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH)
MICHEL Justin (PU-PH)
NICOLLAS Richard (PU-PH)
TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH)

RADULESCO Thomas (MCU-PH)

REVIS Joana (MAST) (Orthophonie) (7ème Section)

NEPHROLOGIE *5203*

BRUNET Philippe (PU-PH)
BURTEY Stépahne (PU-PH)
DUSSOL Bertrand (PU-PH)
JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)
MOAL Valérie (PU-PH)

NEUROCHIRURGIE *4902*

DUFOUR Henry (PU-PH)
FUENTES Stéphane (PU-PH)
REGIS Jean (PU-PH)
ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)
SCAVARDA Didier (PU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)
GRAILLON Thomas (MCU PH)

NEUROLOGIE *4901*

ATTARIAN Sharham (PU PH)
AUDOIN Bertrand (PU-PH)
AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)
CECCALDI Mathieu (PU-PH)
EUSEBIO Alexandre (PU-PH)
FELICIAN Olivier (PU-PH)
PELLETIER Jean (PU-PH)

MAAROUF Adil (MCU-PH)

PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE *4904*

DA FONSECA David (PU-PH)
POINSO François (PU-PH)

GUIVARCH Jokthan (MCU-PH)

PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE - PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE *4803*

BLIN Olivier (PU-PH)
FAUGERE Gérard (PU-PH) Surnombre
MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)
SIMON Nicolas (PU-PH)

BOULAMERY Audrey (MCU-PH)

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE *4502*

RANQUE Stéphane (PU-PH)

CASSAGNE Carole (MCU-PH)
L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)
TOGA Isabelle (MCU-PH)

PEDIATRIE *5401*

ANDRE Nicolas (PU-PH)
CHAMBOST Hervé (PU-PH)
DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)
GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)
MICHEL Gérard (PU-PH)
MILH Mathieu (PU-PH)
OVAERT-REGGIO Caroline (PU-PH)
REYNAUD Rachel (PU-PH)
TSIMARATOS Michel (PU-PH)

COZE Carole (MCU-PH)
FABRE Alexandre (MCU-PH)
TOSELLO Barthélémy (MCU-PH)

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE *4903*

BAILLY Daniel (PU-PH)
LANCON Christophe (PU-PH)
NAUDIN Jean (PU-PH)

CERMOLACCE Michel (MCU-PH)

PSYCHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PCYCHOLOGIE SOCIALE 16

AGHABABIAN Valérie (PR)

RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE *4302*

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)
CHAGNAUD Christophe (PU-PH)
CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)
GIRARD Nadine (PU-PH)
JACQUIER Alexis (PU-PH)
MOULIN Guy (PU-PH)
PANUEL Michel (PU-PH)
PETIT Philippe (PU-PH)
VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)
VIDAL Vincent (PU-PH)

STELLMANN Jan-Patrick (MCU-PH)

REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE *4802*

GAINNIER Marc (PU-PH)
GERBEAUX Patrick (PU-PH)
PAPAZIAN Laurent (PU-PH)
ROCH Antoine (PU-PH)

HRAIECH Sami (MCU-PH)

PHILOSPHIE *17*

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

MATHIEU Marion (MAST)

PHYSIOLOGIE *4402*

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)
BREGEON Fabienne (PU-PH)
GABORIT Bénédicte (PU-PH)
MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)
TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

BARTHELEMY Pierre (MCU-PH)
BONINI Francesca (MCU-PH)
BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)
DADOUN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité)
DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)

RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)
THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE *5101*

ASTOUL Philippe (PU-PH)
BARLESI Fabrice (PU-PH)
CHANEZ Pascal (PU-PH)

GREILLIER Laurent (PU PH)
REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

TOMASINI Pascale (MCU-PH)

RHUMATOLOGIE *5001*

GUIS Sandrine (PU-PH)
LAFFORGUE Pierre (PU-PH)
PHAM Thao (PU-PH)
ROUDIER Jean (PU-PH)

THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE *4804*

AMBROSI Pierre (PU-PH)
VILLANI Patrick (PU-PH)

DAUMAS Aurélie (MCU-PH)

UROLOGIE *5204*

BASTIDE Cyrille (PU-PH)
KARSENTY Gilles (PU-PH)
LECHEVALLIER Eric (PU-PH)
ROSSI Dominique (PU-PH)

« Le RO, une simple signature sur l'ancienne ordonnance avec la date du jour ?» (Mme X)

« Voilà le renouvellement de traitement c'est l'occasion, l'opportunité de mieux faire son travail. » (MG2)

Remerciements

- Aux membres du jury :

Professeur Gaëtan Gentile,
Merci de me faire l'honneur de présider mon jury de thèse. Merci pour votre accompagnement et votre disponibilité tout au long de l'élaboration de ce travail.

Professeur Pierre Guida,
Merci de me faire l'honneur d'être directeur de ma thèse, de m'avoir aidé à canaliser, et à acheminer mes idées. Merci de m'avoir soutenu dans ce projet, conseillé et guidé de manière exemplaire. Merci pour votre formation très enrichissante lors de mon SN1.

Docteur Raphaëlle Durand Rousseau,
Merci de me faire l'honneur de participer à mon jury de thèse et d'avoir été si réactive lors de nos échanges. Merci pour vos réunions enrichissantes lors de mon SN1.

Docteur Didier Thery,
Merci d'avoir accepté de siéger à mon jury de thèse et de vous être rendu disponible aussi rapidement.

- Aux médecins devenus plus que des confrères,

Docteur Wilfrid Guardigli,
Merci de m'avoir formé pendant ce SASPAS, semestre essentiel de mon internat. Merci pour vos conseils, vos remarques et votre patience. Votre médecine générale restera une référence dans ma pratique.

Docteur Fanny Laurent,
Merci de m'avoir permis d'acquérir de nouvelles connaissances pendant mon SASPAS. Merci pour ta formation, tes recommandations chaque jour ensemble. Ta rigueur est un exemple pour moi.

Docteur Romain Landes, et à toute son équipe,
Merci de m'avoir tant appris et de m'avoir fait découvrir et apprécier la gériatrie.

Docteur Antoine Lanternier,
Merci de m'avoir formé à la médecine générale, à ses urgences et ses modes de fonctionnement. Merci pour votre soutien moral pendant ce semestre à votre cabinet malgré une mer agitée.

Dr Nelly Isnardon,
Merci de m'avoir reçu pendant ce semestre à votre cabinet, votre formation m'a été d'une immense aide et m'a permis de découvrir les « secrets » de la dermatologie.

Dr Véronique Baussan,
Merci de m'avoir tant appris pendant ce semestre. Vos conseils et votre apprentissage m'ont apporté beaucoup de savoir.

Aux médecins généralistes qui ont participé aux entretiens,
Merci de m'avoir accordé ce temps précieux, et de m'avoir permis d'obtenir des entretiens riches et pertinents pour aboutir à ces résultats et pour mener à bien cette étude.

A toutes mes rencontres lors de mes stages d'externat et d'internat.

- A ma famille,

A ma maman, un immense merci de m'avoir permis de devenir médecin grâce à tous tes sacrifices, tes conseils, ton soutien et surtout ta patience ; et ce chaque jour, à fortiori pour cette étude. Merci de m'avoir appris la ténacité, la détermination et la valeur du travail. Merci d'être mon pilier depuis toujours et pour toujours.

A mon frère, merci de m'avoir soutenu pendant toutes ces années, de m'avoir montré la voie du succès professionnel. Tu es pour moi une balance entre l'excellence professionnelle et l'amusement passionnel.

A mon mari, François, tu es mon roc et un tout pour moi : mon pilier robuste, mon exemple professionnel et émotionnel, ma muse de savoir et de passion. Un grand merci pour l'amour que tu me portes et pour le bonheur que tu me procures. Chaque jour à tes côtés, qu'importe l'amplitude des vagues de la mer, me rassure, m'apaise et me guide. Merci pour tes nombreux conseils pour cette étude et ton travail à tes heures perdues. Je t'ai aimé, je t'aime, et je t'aimerai pour toujours.

A Marie-Thérèse et Jean, merci pour vos conseils, votre amour et l'exemple professionnel et personnel que vous représentez à mes yeux.

A mes beaux-parents, Anne et Christophe, merci pour votre accueil chaleureux dans la famille. Votre belle relation, votre amour et l'éducation que vous avez apporté à vos enfants sont une référence à mes yeux.
A mes beaux-frères, Corentin, Romain et Tanguy, vos rires et votre joie de vivre sont très importantes pour moi.
A mes belles-sœurs, vos sourires taquins m'apportent toujours un peu plus de challenge et de gaieté.

A Nuxy, merci pour ton amour, ta joie de vivre, ta folie et ta tendre réassurance.

- A mes amis,

A mes témoins, Alice, Bérangère, Camille, Fanny, Roxane et Sarah, merci pour votre soutien infaillible, vos conseils et votre bonne humeur pendant toutes ces années d'études et les autres.

Ma douce Alice, ta rigueur, ton honnêteté, et ta fidélité en amitié me touchent et me remplissent de bonheur.
Ma tendre Bérangère, ton rire, ta grande générosité, ta franchise m'aiguillent toujours plus chaque jour.
Ma gentille Camille, ta loyauté et tes conseils sont importants pour moi.
Ma fidèle Fanny, si j'en suis là c'est grâce à ton soutien et à ta dévotion. Tu as été un pilier pour ses longues études. Un immense merci à mes parents adoptifs pour leur amour.
Mon énergique Roxane, merci pour ta vivacité et ton immense énergie. Merci de m'avoir soutenu lors de ses périodes de doutes, de solitude. Tu as été un grand soutien lorsque les mers étaient déchainées.
Ma dévouée Sarah, merci pour ton amitié inconditionnelle depuis toutes ces années, plus de 20 ans, malgré mes indisponibilités, tu es toujours là. Merci.

A Johanna, tu es un soleil qui illumine mes journées depuis que je t'ai rencontré ; ton mari et tes enfants me comblent toujours plus de bonheur.

A Éléonore et Olivier, merci pour votre belle amitié depuis de si belles années. Chaque moment passé à vos côtés me remplit de bonheur.

A Béatrice, merci à notre détermination autour de bonnes soirées, qui aura abouti à de grands travaux. Qui l'aurait cru ?

A Mathilde et Leïla, merci pour vos fou-rires et votre motivation pour devenir thésarde.

A ma chère Clémence, une si jeune amitié mais un si grand soutien pendant ce semestre. Merci pour ta patience. Promis je change bientôt de disque.

Table des matières

Introduction *5*

Matériel et méthode *8*

A) Objectif **8**

B) Méthodologie **8**

C) Population de l'étude **8**

- Définition 8
- Recrutement 8

D) Matériel utilisé **9**

- Élaboration à partir d'une première phase exploratoire 9
- Guide des entretiens semi-dirigés 9

E) Déroulé de l'enquête **9**

- Conditions de réalisations de l'entretien 9
- Enregistrement audio 10

F) Type d'analyse des résultats **10**

- Retranscription des enregistrements 10
- Analyse du contenu 10

Résultats *12*

- **Nombre d'entretiens réalisés** **12**
- **Description de la population** **12**
- **Analyse thématique transversale** **12**

A) Objectifs de la CRO *13*

A1) Pour le MG : analyse pluridisciplinaire **13**

A2) Pour le patient : l'ordonnance **16**

A3) Du conseil à l'éducation thérapeutique **16**

B) Éléments facilitants *22*

B1) CRO : spécificité de la médecine Générale **22**

B2) Médecin de famille **24**

B3) MSU **28**

C) Éléments de difficulté *30*

C1) CRO : une occasion de consulter son MG **30**

C2) MG au centre de la CRO **33**

C3) Patients compliqués **36**

D) Synthèse des résultats *39*

Discussion *41*

I. Les limites, les biais et les forces de l'étude *41*

- **Biais de sélection 41**
- **Biais d'information 41**
- **Forces de l'étude 41**

II. Validité externe : confrontation des résultats avec la littérature 42

A) Objectifs de la CRO 42

A1) Par le MG : Analyse pluridisciplinaire 42

A2) Pour le patient : l'ordonnance 44

A3) Du conseil à l'éducation thérapeutique 45

B) Éléments facilitants 50

B1) CRO : spécificité de la médecine générale 50

B2) Médecin de famille 51

B3) MSU 54

C) Éléments de difficulté 55

C1) La CRO : une occasion de consulter son MG 55

C2) MG au centre de la CRO 57

C3) Patients compliqués 58

Conclusion 62

Références bibliographiques 64

Annexe 69

Annexe 1 : Marguerite des compétences en médecine générale 69
Annexe 2 : Guide d'entretien n°1 70
Annexe 3 : Présentation téléphonique de l'objet d'étude aux MG 70
Annexe 4 : Grille d'entretien n°2 70
Annexe 5 : Grille d'analyse méthodologique selon les lignes directrices COREQ 72
Annexe 6 : Retranscription des 7 entretiens 75
Annexe 7 : Liste de Beers 99
Annexe 8 : Medication Appropriateness Index 99
Annexe 9 : Algorithme de revue critique du traitement médicamenteux 100
Annexe 10 : Nombre de combinaisons possibles d'interactions en fonction du nombre de médicaments pris 100

Serment d'Hippocrate 101

Résumé 102

Liste des abréviations :

- ALD : affection de longue durée
- CNIL : Commission nationale de l'informatique et des libertés
- CPP : Comité de protection des personnes
- CR : Compte-rendu
- CRO : Consultation de renouvellement d'ordonnance
- HTA : Hypertension artérielle
- MG : médecin généraliste
- MSU Maitre de Stage Universitaire
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé
- PACA : Provence-Alpes-Côte d'Azur
- RO : renouvellement d'ordonnance
- SASPAS : Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée (SN2)
- SN1 : stage de niveau 1

Introduction

Introduction

Négligée par certains, redoutée par d'autres, la consultation de suivi, mieux connue sous le terme de "consultation de renouvellement d'ordonnance" (CRO) ou "rendez-vous pour RO" est une pratique courante des médecins généralistes (MG) afin de suivre les patients atteints d'une (ou plusieurs) maladie(s) chronique(s).
Les pathologies chroniques ont été définies, par le Haut Conseil de Santé Publique en 2013, selon trois critères :

- la présence d'une cause organique, psychologique ou cognitive ;
- une ancienneté de plusieurs mois ;
- le retentissement de la maladie sur la vie quotidienne : limitation fonctionnelle, des activités, de la participation à la vie sociale ; dépendance vis-à-vis d'un médicament, d'un régime, d'une technologie médicale, d'un appareillage, d'une assistance personnelle ; besoin de soins médicaux ou paramédicaux, d'aide psychologique, d'éducation ou d'adaptation.(1)

La Direction de la Recherche des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) a publié en 2002 une étude qui démontre que le recours au médecin est motivé dans plus de 40% des cas par le suivi d'affections chroniques et que plus d'une consultation ou visite à domicile sur quatre concerne des patients ayant une affection de longue durée (ALD) reconnue.(2)

Cette nuance est importante puisque toutes les maladies chroniques ne sont pas des ALD(3). En effet en 2017, 10,7 millions de personnes en France affiliées au régime général bénéficient du dispositif des affections de longue durée (ALD), soit 17% des assurés.(4,5)

Les ALD les plus fréquentes sont le diabète suivi par l'insuffisance coronarienne et les tumeurs malignes du sein, viennent ensuite la fibrillation et flutter atriale et enfin l'hypertension essentielle en cinquième position (4). Les cancers tiennent une place de plus en plus importante dans ce domaine grâce aux progrès de la médecine.

Il est vrai que si les maladies chroniques sont de nature très variées, des facteurs nouveaux viennent accroître ce nombre.

Premièrement l'augmentation de l'espérance de vie et le vieillissement de la population en général font émerger des pathologies dégénératives qui autrefois n'avaient pas le temps de se développer. Au 1er janvier 2020, 20,5% de la population française est âgée de plus de 65 ans contre 19,7% en 2018. En 2070, la part des 65 ans ou plus pourrait atteindre 28,7%. On peut étendre ces statistiques en prenant en compte les plus de 75 ans : près d'un habitant sur 10 au 1er janvier 2020. (6)

Deuxièmement les progrès de la médecine ont ouvert la voie à des traitements de maladies qui jadis étaient bien plus mortelles et qui aujourd'hui sont considérées comme chroniques.(7)

Troisièmement, la modification de la qualité de vie des personnes (contrôle des expositions à des toxiques, mode de vie différent (8)) influe sur les maladies. Tous ces facteurs peuvent s'additionner chez une même personne ce qui explique en partie que le nombre de patients chroniques nécessitant une CRO est en croissance progressive.

Par ailleurs, en 2018, l'OMS estimait que les maladies non transmissibles étaient à l'origine de 88% des décès en France : 26% de maladies cardio-vasculaires, 31% de cancers, 6% d'affections respiratoires chroniques et 2% du diabète.

Fort de ce constat, ils avancent que "257 900 vies peuvent être sauvées d'ici 2025 en mettant en œuvre tous les "meilleurs choix" de l'OMS".(9) Ces chiffres étayent le principe nécessaire d'avoir un suivi régulier des patients et de faire de la prévention primaire et secondaire voire tertiaire. Il s'agit d'un réel enjeu de santé publique.

Dans ce contexte, depuis le 13 août 2004, toute personne doit choisir un médecin, le plus souvent un médecin généraliste, comme médecin traitant.(10) C'est grâce à ce dernier que le patient peut obtenir un parcours de soin dit "coordonné". Le médecin traitant apparait alors comme le référent médical du patient et le pilier de son suivi. Il est le mieux placé pour une prise en charge pluridisciplinaire puisqu'il connait son historique médical mais surtout il connait personnellement son patient.

Ainsi le référentiel métier des MG a résumé l'ensemble des compétences à l'aide d'une marguerite (Annexe 1). Le terme « approche centrée patient, relation et communication » est fondamentale, entrainant sa place au centre de la marguerite. Elle est entourée de « continuité, suivi, coordination des soins » et de « éducation en santé, dépistage, prévention individuelle et communautaire » et de « approche globale, complexité ». Ces différentes compétences nous montrent toute la complexité de la médecine générale.(11)

Plusieurs études ont déjà été réalisées autour de la CRO avec des objectifs et des approches différents.(12)(13)(14)

En début d'internat, en cabinet de médecine générale, j'ai vécu des consultations en autonomie supervisées plus stressantes et complexes que d'autres. En effet j'étais plus à l'aise à recevoir un patient pour une maladie aigue en soins primaires (par exemple une pyélonéphrite aigue) qu'un patient chronique pour une CRO avec de multiples antécédents, des avis de spécialistes, des traitements parfois complexes et un suivi à programmer. Mes MG paraissaient pointilleux et attentifs en consultations remettant en cause certaines prescriptions. De plus la diversité des pathologies lors d'une CRO est importante. En effet le terme CRO représente finalement une très grande catégorie de pathologie allant de la simple HTA au cancer multimétastasé.

Puis je suis passée en stage de gériatrie court séjour, voyant des prescriptions renouvelées pendant plusieurs années sans étiologie retrouvée, avec des durées de prescription dépassées ou des médicaments (par exemple les statines) en prévention primaire à 90 ans et plus. Ainsi les CRO nous paraissaient parfois bâclées.

Cette contradiction m'a beaucoup interpellé, et au cours d'un cercle de lecture dont l'un des articles portait sur les attentes des patients pendant une CRO (13), je me suis intéressée à ce thème. La CRO m'apparaissait complexe. Ainsi j'ai souhaité l'étudier de manière approfondie.

L'objectif de cette étude est donc d'évaluer le ressenti des MG concernant la complexité des CRO. Pour cela, nous avons voulu mener une étude qualitative à partir d'entretiens individuels avec des MG du Var.

Matériel et méthode

Matériel et méthode

A) Objectif

L'objectif principal de notre étude est de comprendre comment les MG prennent-ils en charge la complexité d'une CRO.
Nous avons secondairement essayé de comprendre quels éléments la rendent si particulière, de découvrir leur méthodologie, la place de l'éducation thérapeutique dans leur quotidien.

B) Méthodologie

Nous avons réalisé une étude qualitative.(15) Elle consiste à analyser des données verbales recueillies au cours d'entretiens semi-dirigés.(16)

Il s'agit d'une enquête par entretien à usage principal c'est-à-dire que l'entretien est la méthode de recueil de données, ce exclusivement.
Aucune déclaration auprès de la CNIL ou du CPP n'était nécessaire pour cette recherche exploratoire auprès de MG.

C) Population de l'étude

➢ Définition

La population cible est contenue dans l'objet de ce travail. Il s'agit de médecins généralistes libéraux, installé en cabinet de médecine générale.
La population source était les MG installé en cabinet libéral de médecine générale et exerçant dans le Var.

➢ Recrutement

L'échantillon a été constitué selon la technique d'échantillonnage raisonné, en faisant varier les critères des participants afin de potentialiser la variété d'expérience.
Pour des raisons de commodité en rapport avec le lieu de domicile de la thésarde, les médecins généralistes ont été recrutés dans le Sud Est : dans le département du Var.

Les critères d'inclusion sont : être MG installé en cabinet de médecine générale et exerçant dans le Var.

Les critères de variation sont :

- Le sexe,
- Age ;
- Nombre de patient « Médecin traitant » ;
- Pourcentage de patient en ALD ;
- Présence ou absence du statut de « MSU » ;
- Le mode d'exercice : urbain ou rural ;
- Durée d'installation ;
- L'installation du médecin : seul ou en collaboration, avec ou sans secrétaire.

Les critères d'exclusion sont :

- Être dans le jury, la direction de la thèse

Ils ont été recrutés par la méthode dite « boule de neige » qui nous a permis de recruter des participants potentiels à partir de participants déjà interrogés, puis parmi ceux proposés, la

thésarde choisissait de nouveaux profils non explorés permettant des réponses les plus variées possible.
Le recrutement des MG s'est arrêté lorsque le phénomène de saturation des données a été atteint, c'est à dire lorsque plus aucune nouvelle idée n'a émergé au cours de l'analyse. Un nouvel entretien a été réalisé afin de s'assurer qu'aucune idée nouvelle est apparue.(17)

D) Matériel utilisé

➢ Élaboration à partir d'une première phase exploratoire

La constitution du matériel de l'enquête a été effectuée à l'aide de 7 entretiens.

Les entretiens semi-dirigés (questions à réponses ouvertes sous forme d'un guide comportant des thématiques, avec grandes questions et prévisions de relances éventuelles)(18) par rencontre individuelle favorisent l'expression des affects et le recueil des données sensibles tout en les cadrant autour du sujet.

➢ Guide des entretiens semi-dirigés

La grille a été élaborée par la thésarde en collaboration avec le directeur de thèse.
Tout d'abord, la grille s'est construite grâce au vécu de la thésarde lors de son autonomie en cabinet lors d'un stage chez deux médecins généralistes pendant de sa phase socle. Ces CRO avaient généré un ressenti prégnant. Cette expérience est à l'origine de ce travail de recherche. Ensuite, la grille a évolué grâce aux 3 entretiens exploratoires.

Elle a été élaborée afin de permettre d'obtenir des réponses de l'interviewé fluentes et riches en information pour avancer dans l'objectif de cette thèse.
La grille des entretiens semi-dirigés comporte une première question générale afin d'explorer le vécu de l'interviewé et d'ouvrir le dialogue. (Annexe 2)

E) Déroulé de l'enquête

➢ Conditions de réalisations de l'entretien

Les médecins ont d'abord été contactés par téléphone par la thésarde afin de prendre rendez-vous. (Annexe 3) Ce premier contact avait aussi pour objectif d'annoncer le but, les conditions et le thème de l'entretien :

- L'identité, l'âge, l'ancienneté d'internat, le lieu d'internat, la spécialité de la thésarde.
- L'organisation a été annoncée comme un entretien semi-dirigé (et sa définition a été donnée).
- La durée de l'entretien était d'environ 15 à 20 mn
- Le lieu était le cabinet du MG interviewé pour des raisons pratiques vis à vis du MG, face à face, de part et d'autre de son bureau.
- Le sujet de thèse a été présenté comme étudiant le ressenti des MG sur la complexité CRO.

Les entretiens ont été anonymisés, les MG ont été désignés dans l'étude par « MG suivi du numéro de l'entretien ».

Le MG était soit directement contacté par téléphone soit indirectement par la secrétaire qui nous a permis de lui parler par la suite ou qui nous a invité à attendre que le MG soit disponible afin qu'il nous rappelle pour prendre contact.
Les rendez-vous pour les entretiens se sont déroulés entre décembre 2019 et février 2020.
Tous les entretiens ont été réalisés par le même enquêteur, qui est aussi l'auteur de cette thèse.

➢ Enregistrement audio

Les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un enregistreur audio sur iPhone par la thésarde. Ensuite ils ont été retranscrits en texte par la thésarde. (Annexe 6)
L'accord de l'interviewé pour l'enregistrement audio, l'objectif de retranscription intégrale de l'entretien sur support informatique pour être analysé par la suite et le respect de l'anonymat ont été requis et annoncés préalablement à chaque entretien, avant d'allumer l'enregistreur.

F) Type d'analyse des résultats

➢ Retranscription des enregistrements

L'enregistrement audio a été réalisé sur IPhone puis retranscrit par la thésarde :

- Cette retranscription manuelle des données a été la plus fidèle possible, avec ajout des éléments infra-verbaux
- Les traits para-verbaux (silence, hésitations) et non verbaux (rire) ont été rajouté entre parenthèses ;
- Dans un souci de lisibilité, les parasites de la parole (bégaiements, répétitions...) n'ont pas été retranscrits.

➢ Analyse du contenu

Une analyse thématique transversale de contenu a été réalisée par l'enquêteur, sans utilisation de logiciel d'aide à l'analyse.
Un codage axial des verbatims a été réalisé manuellement sur Word. Chaque partie du verbatim a été classée dans une catégorie représentant l'idée qu'elle véhicule. Les catégories ont ensuite été regroupées en thèmes plus généraux et parfois déclinées en sous-catégories plus détaillées selon la particularité de l'idée émise. Les thèmes et catégories n'ont donc pas été définis à l'avance, mais ont été déterminés à partir des données.(19)

Les entretiens enregistrés et retranscrits ont été analysés au fur et à mesure de l'étude ayant permis une évolution de la grille d'entretien. (Annexe 4)
L'analyse a été triangulée par la thésarde et une interne en MG (Elodie Roca).

Résultats

Résultats

➢ *Nombre d'entretiens réalisés*

Sept entretiens de MG ont été réalisés. En effet le phénomène de saturation des données a été atteint au sixième entretien, c'est à-dire qu'aucune nouvelle idée n'a émergé au cours de l'analyse du sixième entretien. Un septième entretien a été réalisé afin de s'en assurer.

Tous les médecins généralistes contactés ont accepté de participer à un entretien à leur cabinet pour faciliter le discours et leur disponibilité.
Ils ont été recrutés par effet boule de neige.

La durée moyenne des entretiens était de 17 mn.

➢ *Description de la population*

Les critères analysés sont :

- Age du MG, le sexe,
- Lieu d'exercice (urbain, rural),
- Seul ou en collaboration,
- Durée d'installation,
- La présence éventuelle d'une secrétaire
- Nombre de patient « Médecin traitant »,
- Pourcentage de patient en ALD, âgé de 7-79 ans ou de plus de 80 ans (ROSP sur Amelipro)
- Statut de MSU (avec interne ou non)

Nom	Sexe	Age	Zone	Installation	Cabinet	MSU	Secrétaire	C	MT	ALD	7 à 79 ans	> 80 ans
MG1	F	30-40	Urbain	récente	collab	non	présente	RDV	440	19%	80%	6%
MG2	G	60-70	urbain	ancienne	collab	oui	présente	RDV	833	30%	85%	13%
MG3	G	40-50	rural	moyenne	collab	non	0	sans	623	20%	89%	6%
MG4	G	50-60	urbain	moyenne	collab	oui	présente	RDV	1137	21%	92%	5%
MG5	F	40-50	urbain	moyenne	collab	non	présente	RDV	1015	25%	91%	7%
MG6	G	60-70	urbain	ancienne	seul	non	0	RDV	1335	31%	80%	14%
MG7	G	60-70	rural	ancienne	collab	non	présente	RDV	1627	27%	91%	8%

➢ *Analyse thématique transversale*

A) Objectifs de la CRO

A1) Pour le MG : analyse pluridisciplinaire

i. Suivi – réévaluation

Le MG caractérise la CRO comme l'occasion :

- de faire le point sur les pathologies actuelles de son patient.

« A chaque RO, je fais le point » (MG1)
« Si c'est un diabétique, je lui parle de diabète, si c'est un cardiaque je lui parle de ce qui le concernerait » (MG6)

- de revoir leur dossier,

« je reprends leur dossier, leurs antécédents » (MG4)

- de recevoir le patient en consultation,

« Je ne fais pas de RO par téléphone mais je revois toujours les patients » (MG4)

- d'étudier le patient sous un nouvel angle.

« je peux faire le point avec un regard nouveau sur le patient » (MG1)
« Enfin voilà de toujours chercher à se remettre dans le regard de la prescription initiale. » (MG4)

- de se questionner sur l'état de santé globale du patient,

« peux pas me contenter de faire qu'un renouvellement de traitement comme ça sans me poser des questions » (MG2)

afin d'envisager une nouvelle pathologie.

« Donc le RO ce n'est pas la consultation la plus difficile mais c'est celle qui permet d'aborder d'autres choses. » (MG3)
« pas se cantonner qu'au RO parce que si je me cantonne au RO je n'envisage pas une pathologie nouvelle » (MG4)

Certains MG soulignent l'importance de réévaluer les traitements,

« Réadapter le traitement au mieux pour le patient » (MG1)
« si quelques fois que ça échappe, on réévalue le traitement » (MG3)

- en revoyant leur indication, leur posologie,

« regarder dans le dossier la cause, depuis quand et effectivement on peut la (prescription) revoir. » (MG2)
« Enfin voilà c'est de relire un petit peu l'indication de la molécule, en termes de posologie et l'indication » (MG4)

- en vérifiant les interactions et la balance bénéfique-risque des médicaments,

« ça permet de faire le point sur la totalité de l'ordonnance, les interactions, le suivi. » (MG1)
« c'est l'occasion de revoir le patient, (…), si le traitement est toujours adapté, (…) si les posologies sont convenables si les produits utilisés sont aussi convenables. » (MG4)

- en guettant une dépendance iatrogène.

« Les traitements psy, réévaluer une dépendance aux benzodiazépines par exemple » (MG3)
« Bon enfin j'essaie à chaque fois (…), d'enlever l'hypnotique ou d'enlever l'anxiolytique qui ne servent à rien. » (MG4)

D'autres essaient de faire le tri dans les prescriptions afin de diminuer le nombre de médicaments.
« j'essaie toujours moi d'enlever des traitements si je peux les retirer de leur liste de médicaments pour ne pas renouveler bêtement le traitement » (MG1)
« c'est l'occasion de revoir (…) (si le traitement) toujours nécessaire ou indispensable. » (MG4)
« C'est le quotidien. (…) on voit avec eux médicament par médicament s'il y a lieu de continuer ou pas. » (MG7)

Ce tri est souhaité par les patients d'après un MG.
« diabétiques et hypertendus si on leur enlève un ils sont contents souvent. » (MG3)

Le RO est, pour certains MG, l'occasion de faire attention aux éventuels effets secondaires :
« Alors c'est toujours pareil les effets secondaires (…) » (MG3)
« Est ce qu'il est bien toléré. Enfin voilà c'est de relire un petit peu l'indication de la molécule, en termes de posologie et (…) aussi de tout ça et la tolérance » (MG4)

Le RO permet au MG de vérifier l'observance médicamenteuse :
« Est ce qu'il est bien toléré (…) l'observance aussi » (MG4)
« j'ai dû lui donner un traitement similaire mais d'une autre marque donc comme ça j'espère qu'il va le reprendre avec une hémoglobine glyquée dans trois mois pour voir s'il le prend bien. » (MG5)

ii. <u>Examens paracliniques</u>

La CRO permet de faire le point sur l'avancé des examens paracliniques à demander.
« mais du coup oui on fait toujours le point sur ce qui a été fait ou pas » (MG1)
« je reprends (…) la prise de sang, leur kiné, l'orthophoniste » (MG4)

Grâce à la CRO, le MG peut consulter les résultats des examens paracliniques déjà réalisés.
« diabétiques qui viennent tous les 3 à 4 mois. Ils ont normalement leur prise de sang » (MG3)
« En général les diabétiques par exemple je les vois tous les trois mois avec leur bilan sanguin (hémoglobine glyquée et créatinine). » (MG7)

La CRO est source de planification des prochains examens paracliniques :
« est ce qu'ils ont fait leur fond d'œil, leur échographie TSAo et membres inférieurs et leur dernier ECG » (MG1)
« Vérifier qu'ils ont fait le Font d'œil, le machin le truc. » (MG3)
« Par exemple pour le diabétique c'est tous les trois mois prise de sang, tous les ans on fait analyse d'urine, le fond de l'œil. Tout est planifié. » (MG7)

iii. <u>Coordination des soins avec leurs confrères spécialistes</u>

Les CRO sont aussi rythmées d'après certains MG par les avis spécialisés.
« et voir quand ils ont vu le spécialiste pour la dernière fois » (MG5)
« Alors le diabétique je sais qu'il va chez l'ophtalmo tous les ans, le cardio tous les deux ans, l'endocrino s'il a envie d'y aller il y va. En général je les envoie au moins une fois. Le néphro si nécessaire, c'est moi qui les programme. » (MG6)

Les avis spécialisés sont potentialisés par la transmission de l'information via les CR :
- au MG

« Enfin j'ai confiance en eux surtout que je les connais depuis longtemps. Donc si je me suis trompée, enfin si eux ils pensent que je me suis trompée alors je les crois » (MG7)

- au patient

« Donc je trouve ça pas mal car les patients sont contents d'avoir le CR dans leur dossier » (MG3)

Les CR sont reçus de différentes manières : courrier par voie postale,
« Avant on recevez tout par courrier. » (MG3)
ou remis au patient,
« Alors de plus en plus les médecins donnent le CR aux patients.» (MG3)

Et/ou par messagerie sécurisée,
« Alors on les reçoit beaucoup par courrier et quelques-uns par mails mais les deux sont corrects » (MG1)
« j'ai un réseau de spécialistes que je connais depuis longtemps. Oui je leur fais un courrier et ils me répondent par courrier ou par mail » (MG7)

Parfois les CR ne sont pas reçus, ce qui rend difficile la consultation du MG.
« Non ça va on les reçoit régulièrement ça dépend des correspondants. » (MG1)
« Oui donc j'ai toujours une réponse. Sauf les hôpitaux » (MG7)

Les spécialistes peuvent avoir un regard différent sur le patient si ce dernier change son discours :
« car ça ne touche pas leur pathologie enfin leur organe à eux (spécialistes) mais à nous ils ne nous le disent pas forcement. » (MG1)
« des fois on se rend bien compte que ça pipote devant le cardiologue. » (MG3)

Résumé : A) Objectifs d'une CRO

A1) Pour le MG : La CRO analyse pluridisciplinaire

- **Faire le point sur la pathologie actuelle mais aussi envisager une nouvelle.**
  → Multiplicité des thèmes à aborder**.**
- **Objectif primordial : Réévaluation**
  → **Du traitement** (effets indésirables, posologie, indication, balance bénéfice risque, tolérance)
  → **De la santé globale du patient.**

- **Examens paracliniques : partie intégrante de la CRO.**
  →Vérifier l'observance thérapeutique, l'attachement aux règles hygiéno-diététiques, les complications, et l'évolution de la maladie chronique.
  → Récupérer les nouveaux résultats, les comparer aux anciens et planifier les suivants.

Les spécialistes : nécessaires au suivi.

- **Leurs avis par les CR sont indispensables.**
  →**Potentialisés par l'adaptation du MG** (importante puisque de nombreux patients disposent d'un discours plus idéaliste ; ou la vie quotidienne du patient peut sembler plus utopique pour le spécialiste).

A2) Pour le patient : l'ordonnance

i. Boites de médicaments

Pour beaucoup de MG, la finalité pour le patient semble être l'ordonnance, c'est à dire les boites de médicaments.
« [le patient vient car] il n'a plus de Kardégic ni d'antidiabétique oral, plus rien quoi. » (MG1)
« Ils veulent leur traitement et voilà » (MG6)

Les patients accordent plus d'importance aux boites de médicaments à récupérer qu'au suivi.
« Après le problème c'est que des patients veulent récupérer leur ordonnance pour avoir leur médicament sans consultation. » (MG7)

Malgré la demande du patient, certains MG sont sensibles à la polymédication et tentent lors de ces CRO de la réduire.
« Donc c'est l'occasion de faire maigrir l'ordonnance. » (MG4)
« Bon j'essaie à chaque fois de baisser l'antihypertenseur ou d'enlever l'hypnotique, d'enlever l'anxiolytique qui ne servent à rien » (MG4)

Résumé : A) Objectifs d'une CRO

A2) *Pour le patient : l'ordonnance*

- **Les MG porte un regard négatif sur les attentes du patient.**
  Pour eux, la motivation des patients se résume aux boites de médicaments.

C'est grâce à cette CRO, que le MG peut :
- **Être vigilant à la polymédication**
- **Faire du tri dans les traitements.**

A3) Du conseil à l'éducation thérapeutique

i. Patient dans sa globalité

Les MG sont attentifs à l'environnement du patient.
« questionner les gens sur leur vie, leur environnement, ça n'a pas un lien dans l'immédiat ou direct en apparence »(MG2)
« Alors oui déjà on voit un peu à quoi ressemble la cuisine, la propreté ou autre ; on voit un peu plus comment il vit et donc s'il n'y a rien dans le frigo » (MG5)

Ils détectent plus précocement les changements à entreprendre pour améliorer la qualité de vie du patient à domicile.
« pas de portage de repas et qu'il maigrit, qu'il y a quelque chose à faire, le ménage. Donc voilà dans le quotidien, voir s'il y a quelque chose qu'on peut ajouter pour qu'il ne soit pas grabataire. » (MG5)
« Et ça permet de voir aussi si en farfouillant dans les placards s'il n 'y a pas dix mille boites car en fait il ne les prend pas. Donc on peut mettre en place une infirmière pour un pilulier. » (MG5)

Ils sont à l'écoute des intervenants (paramédicaux, famille),
« Souvent les infirmières, même quand ils viennent avec la famille, la famille nous le dit et quand ils viennent seuls, les infirmières disent « vous savez qu'on pourrait l'aider à ça ou la toilette ou pour faire un pilulier ». On se rend compte qu'il y a des bugs d'un côté ou de l'autre. » (MG5)
« On connaît leur pathologie on connaît leur famille. On sait ce qu'il se passe. On connaît leur problème de famille » (MG7)

Pour avoir d'autres avis.
« c'est toujours très intéressant d'avoir d'autres points de vue » (MG2)

Pour un MG, ces interventions font parties intégrantes de la médecine générale.
« Oui et puis c'est le plaisir du métier, de connaître les gens d'avoir de l'empathie pour eux. »(MG7)

Plusieurs MG ont recours à un cahier à domicile
« Au début j'ai essayé de lancer les petits carnets » (MG3)
« Je leur laisse toujours une trace. Donc la plupart ont des cahiers » (MG5)

Ce cahier permet d'assurer la coordination des soins et le suivi paramédical du patient.
« Cahier du patient, je leur demande d'en avoir un. Je le remplis. Ça me fait la transmission avec les infirmiers, avec l'auxiliaire de vie, voir s'il y a quelque chose d'intéressant pareil je suis ouvert » (MG2)

Ainsi le regard du MG sur le patient lors de la CRO apparaît très souvent comme global, c'est à dire que le patient est traité dans son ensemble.
« Donc oui il n'y a pas que l'ordonnance et la pathologie, il y a aussi l'ensemble. » (MG7)

ii. <u>Adhésion du patient</u>

Pour beaucoup de MG il est important de faire adhérer le patient :
« Certains sont un peu dur à faire suivre » (MG1)
« Ba j'essaie de lui expliquer comment et pourquoi il prend son traitement » (MG1)

- Pour cela, certains parlent de pédagogie

« alors la manière de faire c'est la pédagogie. D'expliquer les bénéfices attendus » (MG3)
« Ça dépend si le mec a une hygiène de vie déplorable, je lui fais remarquer pour qu'il fasse quelque chose » (MG6)

- D'autres les conseils répétitifs

« Mais passé un certain temps parfois on peut revenir sur le sujet (le tabagisme) » (MG3)
« j'emmerde les fumeurs, je les harcèle. » (MG6)

- D'autres le sermon

« Ba oui si quelqu'un n'a pas fait la prise de sang et qu'il vient pour le RO, je lui fais mais trois mois après sil ne l'a toujours pas fait je le sermonne un peu » (MG7)

Certains MG se servent du cahier à domicile afin de maintenir l'adhésion du patient.
« ils ont des traitements un petit peu lourds donc moi j'ai un cahier donc je remplis, je note » (MG2)
« et bon normalement il y a un cahier. Normalement il est quotidien (…) trouver et éplucher toutes les pages de CR quotidiens de toute l'équipe » (MG4)

iii. <u>Observance médicamenteuse</u>

Pour la majorité des MG, la CRO permet de vérifier l'observance thérapeutique,
« et on peut voir les patients observant avec le suivi de leur pathologie. » (MG1)
notamment devant un échec thérapeutique.
« première question face un échec thérapeutique, est-ce qu'il prend bien le traitement » (MG2)

Pour cela certains MG les questionnent directement.
En les questionnant : « je leur demande ce qu'ils prennent. Je leurs dis : qu'est-ce que vous prenez le matin le midi le soir ? » (MG4)
« Donc je pense que c'est intéressant de repartir du patient (…plutôt que de l'ordonnance). » (MG4)
« Est ce que vous prenez bien votre médicament et est-ce que vous faites ci ou ça. Après quand je les vois pour ça non. » (MG6)

Le choix de la non prise du traitement peut être connu du MG
« J'ai plein de patients qui ne veulent pas de leur traitement. » (MG1)
« le patient qui a décidé d'arrêter son traitement car il a décrété que le traitement qu'il prenait lui faisait mal à la tête » (MG5)

D'autres patients n'avouent pas spontanément qu'ils ne sont pas observants.
« A côté de ça il y en a toujours qui ne prennent pas les traitements et qui n'osent pas vous le dire » (MG2)
« Donc si on ne leur pose pas la question explicitement, ils ne vont peut-être pas nous le dire » (MG4)
« mais c'est vrai qu'il ne l'avoue pas toujours spontanément ou ils ne le disent pas du tout. » (MG5)

Toutefois les stocks de médicaments à domicile les piègent.
« Et ça(…les domicile) permet de voir aussi si en farfouillant dans les placards s'il n 'y a pas dix mille boites car en fait il ne les prend pas. » (MG5)
« quand je fais des RO à domicile, un médicament qui est prescrit régulièrement et je vois quatre boites d'avance dans la pharmacie, je me doute qu'en fait ils ne le prennent pas. » (MG7)
« Et après quand on voit les pharmacies, on voit que l'observance n'est pas terrible » (MG7)

Les médias interfèrent dans l'observance.
« des gens qui ont entendu une info sur le paracétamol ou sur la simvastatine et ils l'arrêtent d'eux-mêmes. Donc on va voir le bilan cholestérol qui s'enflamme et on ne va pas savoir pourquoi. Alors qu'ils ont simplement arrêté leur traitement » (MG4)

iv. <u>Conseils du MG, médecin traitant</u>

Pour la majorité des MG, le CRO est l'occasion de guider son patient grâce à des explications.
« Donc je lui explique qu'il ne peut pas rester comme ça » (MG1)
« on peut les former, on peut les éduquer. » (MG2)
« Mais c'est vrai que certains comprennent les explications alors que d'autres pas du tout. Donc si tu leur expliques les dangers » (MG5)

Les commentaires portent :
- sur l'ordonnance

« Ba j'essaie de lui expliquer comment et pourquoi il prend son traitement » (MG1)
« faut que je justifie encore une fois de plus ma prescription. » (MG2)
« Et surtout je leur dis comment prendre le traitement ou les effets secondaires. » (MG5)

- sur des règles hygiéno-diététiques

« quelques conseils hygiéno-diététiques » (MG3)
« ils vont suivre le régime pendant deux mois et encore je suis optimiste puis rien » (MG5)

Ils permettent d'améliorer
- leur(s) pathologie(s) chronique(s).

« Par exemple un BPCO qui fait une exacerbation, on sait qu'il va en refaire donc voilà je vais l'éduquer là-dessus. » (MG1)
« Le tabagisme par exemple chez un hypertendu » (MG3)
« il y a un traitement anti-hypertension, est ce que vous suivez votre tension, quelles sont les chiffres, le diabète, est ce que vous prenez bien votre traitement. » (MG4)

- ou leur qualité de vie,

« nous font comprendre que parler du tabac c'est comme si on pissait dans un violon. Mais passé un certain temps parfois on peut revenir sur le sujet. » (MG3)
« Ça dépend si le mec a une hygiène de vie déplorable, je lui fais remarquer qu'il faut qu'il fasse quelque chose » (MG6)

en les motivant pour une pratique sportive.

« Alors j'ai un dada c'est mon affiche manger bouger » (MG4)
« Que manger bouger c'est le premier médicament, si je pouvais le mettre sur mon ordonnance ça me ferait plaisir » (MG4)

Le CRO est aussi l'occasion pour un MG d'éduquer son patient sur les règles de bienséance à leur cabinet.

« une consultation égale un motif de consultation et qu'ils doivent cliquer sur la case oui j'ai bien compris. Mais ils le savent hein » (MG1)

Un MG souligne le fait que la CRO est l'occasion aussi de conseiller le patient sur l'automédication.

« je leur dis « ne prenez pas double dose si vous avez juste 17 en prenant votre tension » (MG4)

Ainsi la CRO est primordiale pour la santé des patients, elle ne peut donc pas être substituée par mail ou téléphone

« L'éducation thérapeutique qui devrait prendre plus de temps » (MG5)
« Justement l'éducation thérapeutique. Donc ça ne se fait pas par téléphone en deux minutes » (MG5)

v. <u>Prévention</u>

La majorité des MG pense que la CRO est l'occasion de faire de la prévention primaire :

« bien à jour de tous leurs dépistages du cancer colo rectal, du cancer du sein et puis s'ils sont à jour de leurs vaccinations » (MG1)
« faire de la prévention donc par exemple un homme qui vient pour la tension je vais m'enquérir (…) de ses vaccinations » (MG2)
« Voilà il doit faire son tétanos. On lui a prescrit quand il est venu pour x ou y. Et voilà il revient » (MG3)

Cette prévention est réalisée à l'aide d'encouragement :

- en faveur d'une activité sportive,

« Si on mangeait tous mieux si on bougeait mieux, il y aurait moins de patients en salle d'attente. » (MG4)
« Il y a des mamans qui ne sont pas très contentes quand je leur dis que leur enfant est trop gros mais oui il faut insister car on en voit de plus en plus. » (MG7)

- pour limiter des addictions

« Le tabac oui aussi, si c'est quelqu'un qui vient nous voir et qui tousse et qui a le faciès du tabagique et qui sent le tabac dès qu'il rentre alors là oui on lui dit qu'il faudrait peut-être qu'on parle un peu de ça. Et voilà l'alcool c'est pareil et ainsi de suite. » (MG7)
« Donc oui l'éducation thérapeutique elle est là. Je regarde un peu le faciès. Le tabagisme ou une consommation d'alcool » (MG4)

D'autres MG insistent sur la prévention secondaire

- en limitant les complications cardio-vasculaires :

« faire de la prévention donc par exemple un homme qui vient pour la tension je vais m'enquérir un petit peu des risques cardiovasculaires, (…) qu'il pisse bien la nuit » (MG2)
« Après leur dire qu'on a une médecine préventive. On a la chance d'avoir le moyen de prévenir les complications pour avoir le moins de conséquences » (MG3)
« C'est de poser les ressorts, stent, avant d'avoir l'infarctus. Voilà parfois. » (MG3)

- en limitant les facteurs déclenchants :

« Par exemple quelqu'un qui fait des œdèmes ou OAP à répétitions et qu'il mange des chips trois fois par jour mais qu'il ne veut pas nous le dire » (MG5)
« Alors le mec hypertendu chronique depuis longtemps il sait qu'il ne faut pas trop de sel » (MG6)

vi. Informations intelligibles

Pour la majorité des MG il apparaît indispensable d'avoir une information compréhensible, à la portée du patient, afin que le patient comprenne et donc adhère à la prise en charge, en particulier le traitement

- grâce à des explications simples.

« Qu'est-ce que ça fait s'il ne le prend pas et de simplifier » (MG1)
« vous avez présenté ça si jamais ça se représente vous saurez qu'il faut faire ça » (MG1)
« la manière de faire c'est la pédagogie » (MG3)

- grâce à la vulgarisation.

« vulgariser les données pour que ce soit plus compréhensible pour lui » (MG1)
« J'essaie vraiment de leur vulgariser le truc je leur image le truc. Avec les soldats, la guerre, les armes, on monte les armes, on enlève les armes donc après il y a moins de défense » (MG1)
« Comme la ceinture de sécurité ou l'airbag. Voilà c'est ce que je leur dis. Le fait de voir le cardio c'est comme la ceinture de sécurité » (MG3)

- grâce à une ordonnance claire.

« la plus courte possible est la toujours la meilleure, la plus simple possible c'est toujours la meilleure, la plus expliquée possible c'est toujours la meilleure. » (MG2)
« Maintenant que c'est informatisé et qu'on les imprime c'est bien écrit c'est propre » (MG3)

vii. Modèle paternaliste

La majorité des MG décrivent une relation paternaliste avec le patient. En effet le MG se place en force par rapport au patient afin qu'il soit observant :

- par une autorité parentale.

« Oui alors je les engueule » (MG1)
« je lui ai dit qu'il ne fallait pas qu'elle fasse ça » (MG1)
« si quelqu'un n'a pas fait la prise de sang et qu'il vient pour le RO, je lui fais mais trois mois après s'il ne l'a toujours pas fait je le sermonne un peu. (…) Mais bon à un moment on se fâche un peu. » (MG7)

- par des choix décisifs.

« soit ils me font confiance soit ils partent » (MG2)

- par facilité.

« mais certains comptent sur moi pour les rappeler et ils ne s'en occupent pas » (MG5)

- pour assurer le suivi

« Ils ne viennent pas juste pour le RO mais c'est moi qui reprends la main je reprends mon rôle de médecin. » (MG4)
« c'est moi qui les (avis spécialisé) programme. » (MG6)
« Alors je ne leur laisse pas le choix, la plupart adhère » (MG7)

Un MG explique l'importance de la durée du traitement qu'il choisit :

- afin de faire revenir le patient plus ou moins rapidement,

« je ne vais pas lui renouveler ou que pour un mois, donc on se sert du traitement pour les faire revenir un peu plus tôt aussi » (MG1)

« Donc en fait je joue sur la durée des prescriptions de mes RO, j'ai des visites à domicile que je vois tous les 4 mois voilà. Parce que je n'ai pas besoin de le voir plus souvent, il y en a même un que je vois tous les 6 mois. » (MG4)

Parfois la durée est décidée par la pathologie en elle-même liée aux habitudes du MG.

« Le cas classique c'est les diabétiques qui viennent tous les 3 à 4 mois. » (MG3)

« Oui alors ça dépend de leur pathologie pour 3 ou 6 mois en effet. Le mec pour le cholestérol c'est 6 mois » (MG6)

- ou bien de libérer des créneaux horaires afin de voir d'autres patients.

« Donc ça me permet de gérer ma patientèle et mon activité les durées de RO. Donc ça me sert de faire du tous les mois tous les 3 mois tous les 4 mois tous les 6 mois. » (MG4)

viii. Décision médicale partagée

D'autres MG ressentent leur relation médecin patient comme équitable où les décisions sont partagées.

- Pour le suivi avec les spécialistes.

« Ils sont en maison de retraite mais c'est eux avec leur famille qui gèrent toutes les consultations avec les spécialistes. Ils ont les clefs en main » (MG3)

- Pour le dossier médical.

« donnent le CR aux patients. (…) sont contents d'avoir le CR dans leur dossier. Et je ne vois pas pourquoi on devrait leur cacher. Et en plus ils se font une photocopie et ils se la gardent » (MG3)

- Pour la gestion de leur(s) pathologie(s) chroniques(s).

« beaucoup de patient ont des ordonnances simples et classiques alors là on peut toujours évaluer assez facilement avec eux » (MG3)

« Après faut aussi que les gens se prennent en charge, c'est leur maladie. Ils ne doivent pas se conduire comme des assistés en permanence. » (MG7)

Résumé : A) Objectifs d'une CRO

A3) *Pour le patient : éducation thérapeutique*

La santé du patient dans son ensemble, une prise en charge globale :

- Le MG est attentif à l'environnement du patient, à ses conditions de vie à domicile,
- La coordination des intervenants est importante,
- Sa qualité de vie est optimisée

Adhésion du patient : primordiale

- **Plusieurs méthodes :**
  → Pédagogie,
  →Sermon,
  →Conseils répétitifs,
  → Cahier (surtout à domicile)

Observance médicamenteuse

- Certains avouent d'autres cachent le fait de ne pas prendre les médicaments
- De simples questions permettent de s'en assurer
- Laisser le patient s'exprimer voire raconter les médicaments qu'il prend dans la journée.

Observation possible par les consultations à domicile avec les stocks de médicaments dans les pharmacies des patients
Conseil du MG : rôle primordial de conseiller en santé ▪ Recommandation sur l'éducation thérapeutique ▪ Bien séance au cabinet ▪ Explications sur l'ordonnance, sur la pathologie ▪ Améliorer le mode de vie, et la qualité de vie →**Tacite et Indissoluble de la CRO** (≠ impossible par téléphone ni mail)
Prévention : primaire, secondaire et tertiaire ▪ Dépistage de masse et individuel ▪ Limiter les addictions ▪ Encourager les règles hygiéno-diététiques →**Pour limiter les maladies, leurs complications, leurs aggravations.**
Information intelligible : cf Serment d'Hippocrate → Ordonnance claire (plus simple depuis l'informatisation), → Explications simples, → Informations vulgarisées ou imagées
Modèle paternaliste : ▪ **Pratiqué selon les objectifs** → Pour exiger des résultats (spécialistes, examens paracliniques) → Pour la durée de prescription : un moyen pour faire revenir le patient, le réévaluer plus ou moins rapidement**.** ▪ **Pratiqué selon les patients et selon le type de décision à prendre**
Décision partagée pour faire adhérer le patient à des règles. →Motivation pour un meilleur suivi. →Confier les résultats au patient pour le rendre responsable de sa pathologie. →Autonomisation du patient avec le suivi spécialisé

B) Éléments facilitants

B1) CRO : spécificité de la médecine Générale

i. Analyse agréable en cabinet

La CRO apparaît pour beaucoup comme l'occasion de bonifier son travail, ses prescriptions et son patient.

- Avec la notion de plaisir.

« un petit plaisir car justement j'ai le temps de me poser les questions de faire la médecine que j'aime » (MG2)
« Consultation détendue, on a moins de pression, l'examen clinique se fait de manière plus agréable et plus détendue. » (MG2)
« Ah Ba bien sur oui (avantage de connaître et revoir ses patients). Mon métier c'est ça, c'est propre à la médecine générale, le métier que j'aime que j'exerce » (MG7)

- De perfectionnement.

« l'occasion de l'opportunité de mieux faire son travail » (MG2)

Un MG ressent la CRO comme un quotidien banal.
« ça fait partie de mon quotidien. Je ne vois pas ça comme une charge ou un truc inutile. Je ne me dis pas ça ne sert à rien » (MG4)

ii. Consultations jusqu'au domicile, un atout des MG

Le patient est pris en charge jusqu'à son domicile par certains MG. Ces derniers ressentent les visites à domiciles comme un avantage pour mieux soigner son patient.
Les consultations à domicile ont une connotation de plaisir.
« plaisir du médecin qui donne du sens et qui retrouve le contact avec les patients » (MG2)
« il faut car c'(les visites à domicile) est parfois du plaisir » (MG3)
« c'est agréable d'aller chez les gens » (MG3)

Elles permettent d'analyser leur mode de vie.
« et la curiosité de regarder comment ils vivent, ce qu'ils font chez eux, de remettre en cause plein de chose » (MG2)

En effet à domicile, le MG se sent plus détendu et sans la pression du cabinet :
« ils sont souvent plus agréables aussi. Et de ne pas avoir la pression » (MG3)
« Mais il y a le côté plus détendu à domicile » (MG3)
« Ba oui il n'y a pas de stress ni de fatigue (… à domicile) » (MG4)

Le confort du patient est privilégié par les visites à domicile selon certains MG, permettant même un interrogatoire plus riche :
« mais pour le patient c'(…visite à domicile) est sûrement un atout » (MG5)
« ils sont bien quoi. Oui pour eux c'est bien » (MG4)
« Parfois les gens sont plus en confiance quand ils sont chez eux, donc ils peuvent dire plus de choses intimes » (MG7)

Le MG peut apprendre sur l'environnement matériel du patient.
« regarder dans ces cas-là les chiottes, la douche voir si c'est adapté son déambulateur on le fait marcher » (MG2)
« C'est bien pour eux car on vient chez eux. Ils sont dans leur environnement » (MG4)
« Alors de voir dans quels contextes ils vivent, leur logement (…) si c'est propre ou sale, si ça sent bon ou mauvais. » (MG7)

Le but est d'adapter le logement si nécessaire.
« Après oui à domicile on voit mieux comment ça se passe à domicile » (MG5)
D'après un MG, voir l'environnement du patient permet d'étayer le diagnostic.
« Moi je pense que c'est très important. C'est bien d'aller chez les gens de voir comment ils vivent. Ça aide au diagnostic ». (MG7)

Les visites à domicile permettent aussi de discuter avec l'entourage du patient pour mieux le soigner.
« Ils sont dans leur environnement on voit la fille, la famille c'est très bien et incontestable » (MG4)
« Oui bien sûr à domicile c'est intéressant de les connaître pour savoir s'il y a des problèmes particuliers. S'il y a des problèmes sociaux d'argent, de couple. Ça fait partie de la médecine ça aussi ». (MG7)
« Alors de voir dans quels contextes ils vivent, (…) leur conjoint, leurs enfants. Voilà on cerne un peu plus la personnalité des gens à domicile » (MG7)

- Le MG peut vérifier l'observance médicamenteuse ou l'éventuelle automédication possible avec les pharmacies à domicile :

« la pharmacie par exemple souvent les gens que je vois à domicile c'est des gens dépendants » (MG2)
« Et ça permet de voir aussi si en farfouillant dans les placards s'il n 'y a pas dix mille boites car en fait il ne les prend pas. » (MG5)

Résumé : B) éléments facilitants d'une CRO
B1) *Une spécificité de la médecine générale*
Analyse agréable en cabinet : ▪ **Le quotidien du MG** ▪ **Bonification de son travail** → Adaptation du traitement fréquente →Réévaluation régulière de l'état de santé du patient**.**
CRO à domicile ▪ **Agréable, plus tranquille pour MG car « loin » de la pression du cabinet.** ▪ **Atouts pour patients** → Meilleure vue de leur quotidien, → Aperçu de leur environnement, de la qualité de vie, → Anticipation des interventions à instaurer (IDE, lit médicalisé, portage repas etc.). → Approche différente grâce à la famille pouvant être présente. →Vérifier automédication et observance avec pharmacie à domicile → patient plus détendu et plus confiant et parfois plus confident

B2) Médecin de famille

i. « Vieux » médecin de famille = référence du patient

Pour certains MG, être médecin traitant signifie aussi être la référence du patient. Ainsi avec l'ancienneté d'installation et/ou avec la qualité relationnelle ils savent s'adapter au patient.
« Ça dépend du patient, de ses attentes, de ce qu'il comprend, des conséquences, du traitement qui est toléré ou pas » (MG3)

Ils font la synthèse des prescriptions pour un meilleur suivi
« faire la synthèse de tous les traitements qu'il prend que ce soit moi ou pas le prescripteur » (MG4)
« Je reprends le traitement de l'endocrinologue ou du cardiologue et je mets « ne pas délivrer » et en tout cas le patient a tout son traitement, et même pour l'infirmier il n'a pas quatre ordonnances, il a tout sur la même et ça j'essaie de le faire » (MG4)

Ils sont vigilants au discours du patient en discernant le vrai du faux.
« des fois on se rend bien compte que ça pipote devant le cardiologue. » (MG3)
« Donc c'est vrai que l'avantage en étant médecin traitant c'est que, quand il enjolive la situation, tu sais au fond ce qui est vrai. » (MG5)

Ils se méfient des pièges d'une prise en charge pluridisciplinaire :
« Parce qu'on voit des loups, on voit le pharmacien qui donne la mauvaise boite on voit le remplacement qui donne une autre posologie ou un autre grammage » (MG4)

Ils connaissent :

- leur patientèle, parfois depuis des années.

« Après oui on a. un peu de bouteille, on connaît les gens » (MG2)
« Car le RO ça va relativement vite, surtout que c'est des patients que je connais bien donc oui. Ça fait 38 ans que je suis là donc il y a des gens que je connais depuis plus de 30 ans. Donc ces gens-là je les connais bien, et leurs pathologies aussi » (MG7)

C'est pour eux un avantage absolu.

« Mais c'est vrai que la connaissance du patient est cruciale pour bien faire le RO. » (MG4)
« Donc c'est un avantage énorme de les connaître pour les soigner. » (MG5)

- leur famille,

« Oui bien sur la beauté de notre métier c'est ça, on les (famille) connaît » (MG4)

- leur dossier médical permettant de mieux cibler l'interrogatoire, et d'aller plus vite à l'essentielle

« nous on a un certain contact, dès qu'on les voit (...) on a déjà les antécédents en tête, on sait pourquoi on pose les questions. » (MG4)
« c'est des gens que je connais. Je ne connais pas la date exacte de leurs examens mais je sais ce qu'ils ont passé, je connais leurs pathologies » (MG6)
« En général ça va un peu plus vite car on a l'historique » (MG7)

- leur tolérance médicamenteuse et leurs habitudes permettant d'adapter un traitement ou un discours pour être plus pertinent selon les patients.

« il a arrêté le traitement, j'ai dû lui donner un traitement similaire mais d'une autre marque donc comme ça j'espère qu'il va le reprendre » (MG5)
« quand tu connais les patients, tu sais comment ils fonctionnent, tu sais s'ils prennent les traitements, quand tu donnes des infos tu sais si c'est écouté ou pas » (MG5)
« Donc en connaissant c'est vrai que c'est beaucoup plus facile de comment prendre le patient savoir comment tu peux modifier ou s'il va accepter un traitement supplémentaire. » (MG5)

ii. <u>Lien affectif</u>

Pour la majorité des MG il existe un lien inconditionnel entre eux et leur patientèle,

« en médecine générale, la relation humaine est essentielle. »(MG2)
« nous on a un certain contact, dès qu'on les voit on a une histoire (...). » (MG4)
« On a une relation plus ou bonne avec les gens, on sympathise. » (MG6)

allant même jusqu'à l'empathie.

« Oui et puis c'est le plaisir du métier, de connaître les gens d'avoir de l'empathie pour eux. » (MG7)

Ce lien affectif interfère dans le soin du patient.

« [le spécialiste] nous raconte que tel patient lui a dit « oh je ne prends pas ce traitement docteur » et elle leur demande « pourquoi vous ne le dites pas à votre médecin traitant » et ils lui répondent « oh je ne veux pas lui faire de la peine. » (MG1)
« ils ne sont pas très francs avec nous » (MG1)

Il peut aussi entrainer un échec personnel mal vécu par le MG si le patient se néglige.

« Donc c'est chiant et c'est un échec quelque part de les pousser à arrêter et en fait on arrive jusqu'au cancer. Mais malheureusement on ne peut pas tout gérer. » (MG6)

Ce lien peut exercer un pouvoir sur les décisions :

- avec le patient,

« Ah oui il y a une pression affective » (MG3)

- avec leur famille.

« Systématiquement ils (les hôpitaux) enlèvent des médicaments puis moi le mois d'après j'ai la pression des familles « (MG3)
« On connaît leur pathologie on connaît leur famille » (MG7)

iii. Chantage

D'après certains MG, la prescription des traitements permet d'exercer une pression sur le patient afin de pouvoir le revoir, de prescrire des examens complémentaires et surtout d'obtenir leurs résultats.

« [il ne fait pas la biologie que je lui demande donc] je ne vais pas lui renouveler ou que pour un mois, donc on se sert du traitement pour les faire revenir un peu plus tôt aussi. » (MG1)
« J'essaie de leur dire je ne veux pas vous voir tous les trois mois dans ce cas-là on se revoit tous les mois » (MG2)
« Voilà en fait je le vois comme un élastique que je mets à la culotte d'un patient pour qu'il revienne me voir. Pour que je l'évalue » (MG4)

D'autres MG pensent qu'une certaine pression est exercée sur eux afin qu'ils leur prescrivent les médicaments souhaités :

- Par le patient lui-même,

« Parce que moi si vous ne me donnez pas ça je ne dors pas. » (MG3)
« Ah oui il y a une pression affective et chantage affectif qui existent oui » (MG3)

- Par le biais de leur famille.

« Systématiquement ils enlèvent des médicaments puis moi le mois d'après j'ai la pression des familles qui veulent que je leur remette car ils ne dorment pas, ils crient toute la nuit. »(MG3)

iv. Disponibilité

La majorité des MG se sentent

- proche,

« parler de tout en fait dans ces cas-là, de la famille » (MG2)
« On connaît leur pathologie on connaît leur famille. On sait ce qu'il se passe. On connaît leur problème de famille. » (MG7)

- accessible, disponible pour le patient,

« Soit ils nous téléphonent soit ils prennent l 'avis du pharmacien » (MG1)
« heureusement que je suis là pour passer derrière (les hôpitaux) » (MG3)
« mais certains comptent sur moi pour les rappeler et ils ne s'en occupent pas » (MG5)

- et à l'écoute.

« Donc les patients même s'ils appellent, pour savoir répondre à l'angoisse parfois puis leur dire repassez ou non c'est bon » (MG5)
« Souvent les infirmières, même quand ils viennent avec la famille, la famille nous le dit et quand ils viennent seuls, les infirmières disent « vous savez qu'on pourrait l'aider à ça ou la toilette ou pour faire un pilulier ». On se rend compte qu'il y a des bugs d'un côté ou de l'autre. » (MG5)

Un MG souligne le fait qu'étant médecin traitant d'un patient il peut recevoir et soigner sa famille. Ceci implique qu'il peut parfois il être amener à parler d'un patient par le biais des proches.

Au retour de l'hôpital

« Systématiquement ils (les hôpitaux) enlèvent des médicaments puis moi le mois d'après j'ai la pression des familles « (MG3)

A domicile

« je demande à ce qu'il y ait quelqu'un le jour de ma visite, un aidant ou un autre membre de la famille. Je lui donne rdv avec le patient. » (MG4)

Au cabinet

« Quand le patient n'arrive plus à conduire par exemple la famille est présente, donc je trouve que c'est bien » (MG5)

« C'est plus la famille qui nous met au courant. Une notion qu'on n'aurait pas à domicile. À la maison « comment ça se passe ? » je trouve ça bien quand il y a la famille » (MG5)

Résumé : B) éléments facilitants d'une CRO

B2) *Médecin de famille*

- **Relation médecin-patient : source de confiance,**
  →Primordiale pour soigner
  →Valorisée par l'ancienneté et/ou par la qualité relationnelle
- **Le MG centralise les prescriptions**
  → Analyse pluridisciplinaire (pouvant être l'objet d'erreur)
- **Le MG connait le patient**
  →L'honnêteté de ses discours,
  →Sa famille,
  →Son dossier médical,
  →Sa tolérance et ses habitudes pour une meilleure prescription

Lien affectif : inconditionnel

- **Prise en charge particulière**
  →Empathie,
  →Pression du patient et/ou de la famille
  →Échec pouvant être ressenti personnellement par le MG

Chantage :

- **Par le MG, afin d'obtenir :**
  → Des résultats,
  → L'adhésion du patient etc
- **Exercée sur le MG par le patient et parfois par les familles pour obtenir :**
  →Des traitements (somnifère),
  →Une prise en charge (avis spécialiste, chirurgie)

Le MG : Proche accessible disponible à l'écoute

- Guérisseur de la famille,
- Lien privilégié pouvant conduire à parler d'un proche pour mieux le soigner, au retour de l'hôpital, à domicile, au cabinet**.**

B3) MSU

La présence d'un interne lors des CRO a été abordée pour deux MG qui étaient MSU. Ainsi la thésarde a pu croiser les informations analysées pour ces deux MG.

i. En amont, crainte des MG d'une difficulté supplémentaire d'être MSU

Pour le deuxième MG, qui était MSU, la présence d'un interne a d'abord suscité en lui l'inquiétude.
« J'étais très inquiet. Je suis nouveau en la matière, ça fait que deux semestres. Je suis nouveau dans la « maison ». J'étais très inquiet de savoir comment ça allait se faire. » (MG4)
« ça (l'interne) risque de me gêner et en fait ça ne me gêne pas du tout » (MG4)

Cette appréhension porte aussi sur la relation avec le patient. En effet elle devient triangulaire.
« donc si en plus on doit parler à l'interne, je n'aurai pas le temps de parler à mes patients, je ne vais plus penser à l'interne qu'à mes patients. » (MG4)
« je suis en train de faire quelque chose surveillée par l'interne. » (MG4)

Il avait aussi des doutes au niveau du temps en plus à prendre avec l'interne. Une durée qui pourrait piétiner sur le temps de consultation.
« Alors en fait spontanément on se dit que sans interne on est hypertendu au niveau de l'activité, au niveau du temps » (MG4)

ii. Interne, un nouveau point de vue plus objectif

Pour les deux MG MSU, la présence d'un interne permet de bonifier la CRO par sa curiosité et ses multiples questions :

- Grâce à son regard neuf et objectif par rapport à lui.

« je le laisse effectivement se poser légitimement des questions sur les prescriptions » (MG2)
« poser aussi la question de pourquoi je prescrits ça, est ce que c'est toujours licite. Est-ce que c'est toujours pertinent, ou valide » (MG2)
« pourquoi tu fais ça, pourquoi tu prescris ça et pas ça.» (MG4)

- Grâce à ses connaissances plus récentes et donc aux nouvelles recommandations.

« Alors des fois c'est parce que je sais mais des fois c'est parce que j'ai l'habitude de faire donc ce n'est pas bien » (MG4)
« on regarde la recommandation et on relit et on se rend compte qu'il faut bien faire comme ça ou que ce n'est pas bien de faire et je corrige. » (MG4)

iii. Interne = innocent sur prescriptions médicamenteuses

Pour les deux médecins généralistes, la présence de l'interne permet de réactualiser le savoir sur les traitements du patient puisqu'il n'en connaît que peu.
« ils ne connaissent pas les médicaments » (MG2)
« donc en thérapeutique ils ne sont quand même pas trop calés, ils sont toujours naïfs » (MG2)
« quand même des grosses lacunes, sur la manière de prescrire ou la posologie » (MG2)

iv. Un binôme formateur

Pour un MG MSU, la présence de l'interne est formatrice puisqu'il permet un échange intergénérationnel et réciproque.
« Médicalement c'est un échange car l'interne me pose des questions » (MG4)
« Donc voilà c'est un échange et ça va dans les deux sens » (MG4)
« J'aime beaucoup ça transmettre ce que j'ai reçu. On a appris de nos pairs et de nos anciens et je pense que la meilleure chose qu'on ait à faire c'est de le rendre. » (MG4)

Cet échange est riche et bonifie le MG.
« l'interne c'est un facteur de bonification du médecin » (MG2)
« Je trouve que c'est très enrichissant c'est un renouveau professionnel. » (MG4)

v. Autonomisation, une compagnie

D'après le deuxième MG MSU la présence d'un interne est un intérêt pour le cabinet et l'allégement de la charge de travail.
« et quand ils sont autonomes c'est sûr que ça compense complètement la perte d'activité qu'il aurait pu y avoir » (MG4)
« l'expérience me dit que ça (MSU) se passe très bien » (MG4)
« Non ce (l'interne) n'est pas une charge » (MG4)

Résumé : B) éléments facilitants d'une CRO

B3) *MG formé MSU*

MSU : réticence, inquiétude en amont
- Nouvelle relation triangulaire MG – patient – Interne
- Chronophage pour le former

Interne, une bonification de la prise en charge de la patientèle
- Un regard nouveau, objectif, à fortiori lors des CRO
- Diverses connaissances avec des recommandations récentes

Mais interne peu formé sur pharmacie
- Posologie, nom des médicaments,
- Pratique de médecine générale (temporiser, prendre rdv pour le patient, l'adresser à un certain confrère)

Un binôme formateur, un renouveau professionnel
- **Au MG**
  →Nouvelles recommandations apprises pendant l'externat/l'internat,
  →Nouveaux sites internet pour la prise en charge des patients
- **Par le MG**
  →Formation de l'interne au métier de la médecine générale
  → Prescriptions, prise en charge, suivi, coordination, visite à domicile etc.

L'interne devient un confrère pour le MG
- Source de confidence
- Un atout pour le cabinet lorsqu'il devient plus autonome,
- Un atout pour le MG
  →Par une présence chaleureuse,
  →Une nouvelle motivation voire réassurance**.**

C) Éléments de difficulté

C1) CRO : une occasion de consulter son MG

i. Plusieurs motifs de consultation :

La CRO apparaît comme une opportunité de consulter son MG avec plusieurs demandes dont le RO,

« [les patients viennent] Très rarement que pour ça en fait » (MG1)
« viennent pour la RO et en fait en parlant ça débouche sur un autre type de consultation » (MG2)
« la consultation classique c'est la consultation diabétique où il y a aussi d'autres motifs » (MG3)

Le RO est parfois demandé en fin de consultation pour un autre motif.

« D'ailleurs au début ils viennent au cabinet pour tout autre chose puis à la fin « ah au fait il me faut mon renouvellement d'ordonnance ». (MG1)
« Ils viennent parfois que pour ça, et d'autres fois pour autre chose. » (MG6)

Il existe des variations selon les pathologies.

« Les diabétiques viennent souvent que pour ça et (hésitations) ceux qui sont plus jeunes pour une pilule ou du Levothyrox ils ne viennent jamais pour ça » (MG3)

Les patients préparent une liste exhaustive des demandes.

« parfois ils viennent pour plein d'autres choses donc ils viennent pour deux trois quatre cinq questions sur un peu tout, le nez qui coule, mal au pied depuis 6 mois ou un certificat de sport ou autres » (MG5)
« Et depuis que je suis installée je trouve que c'est très chronophage car certains viennent avec toute une liste » (MG5)

ii. Chronophage

Certains MG décrivent cette CRO comme chronophage.

« Alors non ça ne me fait pas gagner de temps » (MG1)
« Les consultations de 5 min c'est rare quoi. En général je prends du temps » (MG3)
« Et depuis que je suis installée je trouve que c'est très chronophage » (MG5)

Si le temps le permet, la consultation peut durer beaucoup plus de temps.

« Donc voilà si j'ai le temps, il ne m'est plus compté alors on élargit. » (MG2)
« sinon si je suis contraint et que j'ai le temps, ce n'est pas un problème. » (MG2)

La tenue du dossier informatique demande de la rigueur et du temps.

« le diabétique on regarde son bilan on rentre les données pour que ça fasse des courbes. Ça prend du temps. » (MG3)

Certains différent des tâches dans le temps

« on n'a pas eu le temps vraiment de faire le point sur la pathologie chronique et on se dit ba on le fera la prochaine fois car il n'y a plus de temps » (MG1)
« on n'a pas envie de se prendre la tête en fin de consultations et de rallonger la consultation » (MG1)
« J'essaie de faire le maximum en peu de temps » (MG2)

Un MG critique des durées de prescriptions qui s'avère chronophages.

« Pas besoin de le voir tous les mois. Ça lui casse les pieds. Là pour le coup c'est chronophage. » (MG4)
« il faut les revoir tous les mois alors qu'ils vont très bien et ça c'est lourd pour eux » (MG4)

iii. Gain de temps

D'autres MG pensent que les CRO sont l'occasion de gagner du temps sur leur planning chargé :
« RO parfois je vais gagner du temps » (MG2)
« (le RO c'est) l'opportunité de gagner du temps »
« parfois on vient de passer des consultations difficiles donc il faut gagner du temps. » (MG3)
« Oui un gain de temps en fait. Car le RO ça va relativement vite » (MG7)

- grâce à l'informatique

« Maintenant que c'est informatique ça prend moins de temps. » (MG5)

- grâce à un dossier patient à jour

« Déjà les CRO sont moins chronophages car j'ai pas à remplir de questionnaire. J'ai déjà les antécédents, c'est plus facile, moins chronophage, plus rapide » (MG6)

iv. Demandes surajoutées

Les demandes surajoutées pèsent dans le quotidien du MG notamment lors des CRO :
« ça vient à la fin comme la cerise sur le gâteau » (MG1)
« ils me le disent au fur et à mesure et ils ajoutaient « ah j'ai oublié ça et ça » etc » (MG5)
« Ils se débrouillent toujours pour le goupiller avec un autre truc » (MG3)
« la consultation qui serait que pour RO prendrait moins de temps (…). Mais le problème c'est vraiment ces demandes surajoutées » (MG5)

Elles peuvent porter sur une pathologie aiguë.
« Ils viennent en effet pour leur renouvellement d'ordonnance et ah aussi j'ai mal à l'épaule depuis deux mois » (MG1)

Elle est source d'erreur diagnostic.
« parfois on a tendance à bâcler et ne pas bien examiner le patient » (MG1)

Elle est à l'origine de médicaments additionnels.
« Donc maintenant j'imprime plus l'ordonnance dès le départ mais j'attends j'essaye de voir pourquoi il vient, de bien faire le tour de la question. Et une fois que j'ai bien fait le tour de la question, je tire le RO. Quelques fois je sépare l'ordonnance du Renouvellement, de l'ordonnance exotique. » (MG4)
« Euh oui il y en a en fait certains me demandent quand j'ai fini leur ordonnance, vous ne pouvez pas me marquer ça ou ça. » (MG7)

Certains MG n'hésitent pas à reporter les demandes additionnelles non justifiées.
« si c'est une prescription qui ne me heurte pas pourquoi pas. Si ça me heurte ou c'est parce que ce n'est pas justifié donc dans ces cas-là, je leur dis ou ça ouvre une nouvelle consultation ça m'embête plus » (MG2)
« Si c'est une demande audible je réponds, par contre si c'est une connerie (alors non). » (MG6)
« Donc oui il y en a parfois on accepte ou on refuse mais bon ça dépend de ce que c'est » (MG7)

Un MG gère quelques demandes selon le temps restant.
« J'en gère trois (demandes surajoutées) et les autres on reprendra une prochaine fois. Donc on reprogramme. » (MG5)

v. Automédication

Beaucoup de médecins généralistes soulignent le fait que lors des CRO, on remarque que l'automédication occupe une place importante dans les traitements des patients.
« sujet plus important que ce qu'on croit. Quand on dit automédication on peut aussi l'associer à l'observance médicamenteuse » (MG2)
« je pose en effet de plus en plus « vous avez pris quoi ? » et je ne pose plus « avez-vous pris quelque chose ? » parce qu'ils prennent » (MG3)

Pour un MG, les patients chroniques seraient moins adeptes de l'automédication.
« Mais les pathologies chroniques non il n'y a pas vraiment d'automédication. » (MG7)

L'automédication est difficile à prendre en compte, surtout parce que les patients ne connaissent pas le nom du médicament pris.
« problème c'est qu'ils ne savent pas ce qu'ils ont pris » (MG3)

C'est pour un MG un fléau néfaste :
« Oui alors l'automédication c'est une catastrophe. » (MG4)
« Alors c'est souvent pas du tout adapté et donc oui l'automédication c'est quelque chose d'assez fréquent. » (MG5)

- Selon la classe médicamenteuse prise

« Oui il y en a pas mal, entre les boites d'antibiotiques qui ne font pas le même nombre que la prescription. Donc certains patients arrivent et disent, donc j'ai commencé les antibiotiques depuis hier car il m'en restait de la dernière fois mais comme j'avais pour deux jours, je viens pour continuer. » (MG5)
« Enfin sauf les antibiotiques ou autres qu'ils peuvent avoir en stock » (MG7)

- Selon la posologie

« Le mec qui prend un comprimé de doliprane car il a 40 de fièvre, ça me paraît pas illogique mais celui qui prend comme hier 6 comprimés de colchimax dans la journée ça fait beaucoup ». (MG6)
« je leur dis « ne prenez pas double dose si vous avez juste 17 en prenant votre tension ». (MG4)

- Selon le conseil donné : elle peut être proposée par autrui, par exemple un voisin.

« Bizarrement les voisins ont parfois plus de poids que le médecin. » (MG2)

La CRO est l'occasion pour le médecin de vérifier les « stocks » de médicaments du patient ainsi que leur posologie présumée.
« Regardez dans la boite à chaussure dans le placard. Et puis là il y a de tout il y a le traitement actuel et aussi le traitement d'il y a 6 mois ». (MG4)

Ainsi un MG pense que si la quantité de comprimés prescrits était celle obtenue il y aurait moins d'automédication.
« A priori on leur donne des quantités suffisantes de médicaments. Je ne pense pas qu'ils fassent des stocks. Enfin sauf les antibiotiques ou autre qu'ils peuvent avoir en stock » (MG7)

Résumé : C) éléments de difficulté d'une CRO

C1) *CRO une occasion de consulter son MG*

Plusieurs motifs de consultation, liste de demandes.

CRO chronophage :
- Dossier informatique : rigueur, exhaustivité
- Certaines prescriptions à durée courte sont chronophages**.**

Pour d'autres MG, Gain de temps,
→Grâce aux ordonnances informatiques,
→Au dossier patient déjà rempli
→A la connaissance du patient

Demandes surajoutées en fin de consultation :

- Souvent en fin de consultation, alors que le temps est déjà écoulé
- Autre pathologie aiguë
- Entraine diverses prescriptions
- Selon les types de demande, certaines sont reportées par le MG

Automédication :

- **Récurrente**

Mais prévalence moins importante pour les patients chroniques ?

- **Source de danger selon**
  →La posologie,
  →La classe médicamenteuse,
  →La provenance du conseil
- **Limitée si le nombre de comprimés délivrés par les pharmacies était adapté aux prescriptions**

C2) MG au centre de la CRO

i. Contraintes extérieures

Certains MG décrivent la pression exercée par des organismes extérieurs :

- La sécurité sociale

« Sur les RO ce qui est plus d'actualité dans les objectifs de la sécu. » (MG3)

- Le ministère de la santé par la DGOS

« De nous faire diminuer les prescriptions, les coûts. (…) Baisser la prescription des benzo » (MG3)
« Non les seules qui me posent problème, et pour le coup c'est chronophage, c'est les RO pour les médicaments pour les TDHA, MEDIKINET, KASIN etc. où c'est 28 jours et ordonnance sécurisée tous les 28 jours et il faut les revoir tous les mois (…) Donc c'est un RO qui me pèse, d'ailleurs j'ai bien envie d'en faire trois d'un coup. » (MG4)

ii. MG entre une perpétuelle remise en cause et une routine

Beaucoup de MG se montrent vulnérables du fait d'être seuls dans une certaine routine.

« on a toujours du mal à se remettre en cause » (MG2)
« c'est le fonctionnement humain qui fait ça, il y a la facilité, la fatigue. Les écueils c'est ça c'est une espèce de routine » (MG2)
« Le risque c'est l'endormissement c'est vrai. » (MG4)

Cette routine et cette solitude rendent plus difficile le changement nécessaire à un bon suivi médical.

« En fait le danger c'est de tomber dans la routine et de s'endormir. En fait voilà c'est ça le danger c'est le RO je represcris et du coup je les soigne moins bien » (MG4)
« L'inconvénient c'est qu'on peut passer à côté par moment, par manque d'attention ou par habitude. » (MG6)
« Bon voilà juste faut pas tomber dans le piège à con, voilà je renouvelle au revoir monsieur.
Il ne faut pas passer à coté de quelque chose d'autres. » (MG6)

Le temps accordé aux consultations rend difficile ce travail perpétuel de remise en cause.
« J'essaye oui (de reporter les demandes surajoutées) mais je me suis fait beaucoup avoir au départ et donc j'essaye car sinon je vois d'une manière superficielle tout et en fait tu n'approfondis aucune des demandes donc ce n'est pas de la bonne médecine non plus. » (MG5)
« Il faut toujours se remettre en question. Mais bon le quarantième de la journée parfois lundi soir à 20h par exemple c'est difficile. » (MG6)

Un MG se sous-estime et se sent peu valorisé.
«(Si c'est un) Renouvellement simple et que c'est presque trop facile j'ai l'impression de voler mon argent » (MG2)
« je ne pense pas que le médecin soit sur un piédestal » (MG2)
« Je ne suis que récepteur, je ne suis pas l'émetteur. » (MG2)

iii. MG en difficulté par un temps imposé dans un planning chargé

Les MG se montrent victimes de leur planning chargé,
« Mais bon le quarantième de la journée parfois lundi soir à 20h par exemple c'est difficile. » (MG6)
avec un temps imposé.
« dépend un petit peu du temps que j'ai, et qui m'est imparti » (MG2)
« Car oui on est toujours pressé » (MG2)
« alors on n'a jamais eu le temps d'aborder le sujet ou il n'était pas d'actualité. Donc oui il y a un problème de temps qui se fait ressentir » (MG5)

Le temps est précieux à leurs yeux.
« ça ouvre une nouvelle consultation ça m'embête plus car le temps est compté. »(MG2)

Leur planning change
- Du fait de leur disponibilité,

« 11h50 on se dit tiens aujourd'hui je vais finir tôt. Et non voilà visite à domicile. Ok donc j'en ai déjà 4 et non une 5ième. » (MG3)

- et à cause du trajet à réaliser.

« Donc les trajets c'est 50 min aller-retour donc des fois je passe un quart d'heure là-bas mais je mets 50 min aller-retour. » (MG3)
« Et pareil les maisons de retraites il y a des étages donc ça prend du temps. Celle d'à côté par exemple, alors voilà à moins d'avoir beaucoup de résidents et d'y passer la matinée » (MG3)

D'autres percoivent les CRO comme un moyen de moduler leur planning afin de libérer des créneaux en allongeant la durée de prescription.
« Donc le RO c'est le moyen pour moi d'accepter de nouveaux patients. Parce que je vois les gens les délais de rdv s'accumuler mais quand je fais bien l'analyse la charge de base de l'agenda elle est faite de RO. Donc si je joue sur la base de la durée, je vais décharger de fait d'encombrement de mon agenda de façon à avoir des délais de rdv plus acceptable » (MG4)

iv. Patient d'un collaborateur pour la permanence des soins

Certains MG pensent que la collaboration est un atout pour ces CRO, c'est à dire qu'elle aide à la permanence des soins :
- Pour qu'un associé puisse examiner leur patient.

« on travaille un mode de fonctionnement un peu en alternance car on a des enfants à gérer encore donc d'avoir une permanence des soins et une alternance » (MG3)
« je lui dis que je ne travaille pas ce jour-là et qu'il doit appeler ma collègue » (MG3)

- Pour traiter les patients des autres.

« Oui alors ça m'arrive de le (RO) faire car on est un cabinet de groupe donc je le fais quand l'autre est en vacances » (MG7).

Même si la consultation est plus difficile.

« chez quelqu'un que je ne connais pas c'est pour moi pas un RO. Ce n'est pas une consultation pour renouveler le traitement » (MG2)

v. <u>Mais manque de moyen</u>

Le manque de moyen est récurrent dans le discours des MG :

- Au niveau du système informatique,

« On perd plus de temps sur le démarrage de l'informatique (…) d'ailleurs. » (MG3)

« Mais quelques fois la connexion ne passe pas c'est lent, le téléphone plante et je n'ai pas reçu la bonne ordonnance » (MG4)

- Au niveau de la communication avec les confrères.

« Mais il y en a quelques-uns qui se sont lancés dans les mails mais bon ça a été jugé pas assez sécurisé donc voilà. Et là on a une messagerie sécurisée, je m'étais mis à médisante ou je ne sais pas quoi mais la sécu m'a bloqué mon site ameli pro » (MG3)

« Oui en principe (… je reçois les résultats) sauf bug informatique bien sûr car le labo parfois ça ne marche pas. » (MG5)

Résumé : C) <u>éléments de difficulté d'une CRO</u>

C2) *<u>MG au centre de la CRO</u>*

Contrainte par des organismes extérieurs

- La sécurité sociale (ROSP),
- Le ministère de la santé (classe médicamenteuse, restriction des coûts, déremboursement),
- Les codes de la santé publique (types d'ordonnance (*sécurisée* etc.), durée de prescription)

Remise en cause perpétuelle vs routine

- Solitude du MG, habitude de travail, patients connus
- Réadaptation régulière pour ne pas passer à côté d'une nouvelle pathologie voire une complication malgré une bonne santé apparente du patient
- Temps imparti
- Travail peu valorisé ? Dépréciation du MG.

Temps précieux pour MG

→Planning chargé,

→Créneaux restreints**,**

MG = Disponible et accessible :

→ Les trajets et les consultations urgentes ou imprévues pèsent dans leur planning

Mais le temps est aussi un allié

→ Rallongement de l'intervalle entre deux réévaluations d'un même patient, pour en voir d'autres

Collaboration dans les cabinets de groupe

- **Atout pour le patient,**
  →Puisqu'il peut consulter l'associé,
  →Encore faut-il que le patient le sache pour ne pas déranger le médecin indisponible**.**
- **Mais une difficulté pour le MG qui ne le connaît pas lors de la CRO.**

Manque de moyen : Bugs de certains outils devenus indispensables

- **Pour le fonctionnement du cabinet :**
  →Dossier informatique,
  →Téléphone,
  →Connexion internet
- **Pour la coordination des professionnels de santé :**
  →Messagerie sécurisée,
  →Serveur pour les résultats des laboratoires d'analyses
  →Site Amelipro etc

C3) Patients compliqués

i. Patients polypathologiques

Le MG gère des patients polypathologiques, avec de nombreuses comorbidités ou complications.

« infarctus à qui on a posé un stent, qui est diabétique et VIH » (MG1)
« il est cardiaque il est diabétique il a son artérite, il est asthmatique et puis il fume et il boit » (MG2)
« Il est artériopathie parce qu'il est un grand tabagique parce que si ou ça, parce qu'il a fait son ulcère l'année dernière etc. » (MG4)

Ils sont vigilants aux addictions associées.

« Je regarde un peu le faciès. Le tabagisme ou une consommation d'alcool, le dépressif » (MG4)

ii. Patients exigeants

Pour plusieurs MG, le patient est ressenti comme exigeant, flemmard voir pénible avec de multiples revendications.

« Alors pour les patients oui il y a des flemmards qui ne veulent pas attendre, d'autres dans le confort qui n'aiment pas les contraintes » (MG6)
« Après le problème c'est que des patients veulent récupérer leur ordonnance sans consultation. Ça devient un peu pénible » (MG7)

Certains MG pensent que les patients écoutent peu les conseils.

« En fait on ne sait pas trop s'ils comprennent. » (MG1)
« Alors oui les gens (…) est ce qu'ils entendent bien, ça c'est la question » (MG7)
« Ils croient avoir fait le tour de la question. Ils sont rarement dans le questionnement » (MG6)

Ce constat complique la relation médecin-patient et la prise en charge optimale du patient.

« Oui c'est assez étonnant, les gens sont demandeurs d'une mauvaise médecine. Il y a un peu de déni, ils font l'autruche » (MG2)
« J'ai une patiente diabétique aussi, elle est sous insuline 4 injections par jour. Elle a une hémoglobine glyquée à 10% en permanence. Tous les conseils qu'on donne elle refuse. Elle est dure à convaincre. » (MG5)

iii. Patients vus au domicile, source de biais

Mais le domicile est vu par certains MG comme une source d'erreur.

- Difficultés liées au dossier médical informatique au cabinet :

« Ah c'est plus dégradé (…à domicile). Je trouve que la médecine est rabaissée. (…) on n'a pas forcément le dossier sous les yeux, »(MG4)
« Et le problème c'est que, pour ma part en tout cas, je ne suis pas informatisé à domicile. » (MG5)

  - Pour obtenir l'ordonnance,

« Pour le suivi c'est plus compliqué. Mais voilà on a changé de logiciel alors voilà a un moment donné j'avais réussi à anticiper, je sortais l'ordonnance à l'avance et je changeais à la main dessus. Ce qui me permettait d'avoir des traces. » (MG3)

  - Pour actualiser le dossier

« mais c'est vrai qu'après quand je me retrouve ici au cabinet, à moins de remettre l'ordonnance chronique, de mettre un mot, chose qu'y est très chronophage donc je ne fais pas systématiquement. Sauf si c'est très important. » (MG5)

  - Pour les antécédents

« Parfois à domicile c'est plus difficile, il n'y a pas d'ordinateur, je n'ai pas les antécédents. » (MG6)

- Mauvaises conditions d'examen clinique

« examiner le patient sur un canapé c'est quand même un concept. » (MG4)
« mais en terme de qualité de médecine on est quand même (… à domicile) un peu moins confortable. » (MG4)
« c'est nous qui avons des conditions d'exercice qui sont un peu moins bonnes (… à domicile). » (MG4)

- Suivi compliqué des patients à domicile avec un cahier mal tenu voire perdu

« Donc maintenant qu'on a changé d'année c'est un nouveau cahier et l'autre est rangé. » (MG4)
« Donc voilà il y a fatalement une perte d'information, donc c'est plus difficile » (MG4)
« Donc la plupart ont des cahiers. Sauf que certains ont vraiment des gros troubles de la mémoire, donc le cahier disparaît. Donc il y a moins d'historiques, et le cahier sert donc à rien. Plus tous les cahiers qui restent chez le spécialiste ou à l'hôpital » (MG5)

Cette perte d'information forme deux dossiers distincts, un au cabinet l'autre à domicile.

« Il y a beaucoup de choses qui se font à domicile qui ne sont pas bien tenus et mis dans le dossier je trouve » (MG3)
« Donc je me retrouve ici avec les CR des spécialistes que j'ai informatisés et à domicile je me retrouve avec les petits mots mais sans CR. C'est vrai que c'est compliqué » (MG5)
« Mais c'est vrai qu'on a deux dossiers, avec pas forcément les mêmes choses dedans. » (MG5)

iv. Patients vus différemment par le spécialiste

Certains MG voit le spécialiste comme une savoir scientifique.

« je vais laisser la proéminence au spécialiste en estimant qu'il est plus calé que moi » (MG2)

Cependant il peut ne pas être adapté au vécu du patient. Ainsi des avis divergents peuvent exister.

« ou parfois ça heurte mon esprit critique auquel cas je vais réévaluer la prescription du spécialiste ou alors avec le spécialiste car il n'a pas forcément tous les éléments ou avec le patient. » (MG2)
« juste un autre point de vue un peu différent je lui explique mon point de vue donc je lui suggère de justifier sa prescription ou de réfuter la mienne avec des arguments. » (MG2)

Certains spécialistes laissent la décision au MG permettant d'apporter la meilleure prise en charge.

« s'ils (les spécialiste) sont dans l'expectative ils nous laissent le choix parfois entre deux attitudes. » (MG3)

v. EHPAD, téléphone, une ordonnance automatisée

Les RO sont parfois automatiques pour certains MG :

- Informatiquement en EHPAD.

« Parfois plus difficile c'est le cas des maisons de retraite où les RO sont automatisés » (MG3)

- Un réflexe du MG du fait de la bonne santé apparente du patient avec cette prescription

« Alors ça dépend aussi depuis combien de temps ils l'ont. On ne change pas une équipe qui gagne » (MG3)
« Après c'est toujours pareil si on est en vitesse de croisière il n'y a pas besoin de faire des changements. Encore une fois on ne change pas une équipe qui gagne » (MG3)
« En fait le danger c'est de tomber dans la routine et de s'endormir. En fait voilà c'est ça le danger c'est le RO je represcris. » (MG4)

- ou du fait qu'elle est parfois refaite par téléphone.

« Alors suivant ce que c'est comme médicament. Si c'est juste pour l'HTA, je le fais une fois (par téléphone) et après si c'est la deuxième fois les secrétaires ont la consigne de dire au patient de prendre rdv. Pas plus de six mois quoi » (MG7)

Résumé : C) éléments de difficulté d'une CRO

C3) *Patients compliqués*

Pathologies diverses :

- Grande variété des pathologies entre les patients
- Cumul de pathologies et comorbidités pour un même patient (polypathologiques)

Patients difficiles

- Exigeant, demandeurs d'une mauvaise médecine
- Faible écoute des conseils
- Relation médecin patient mise à l'épreuve

Consultation à domicile source de biais

- Dossier patient informatique absent :
  →Antécédents, ordonnances, CR non consultables,
  →Mise à jour du dossier médical difficile,
  →Résultats du laboratoire d'analyse archivés ou à enregistrer dans le dossier

Un gouffre se creuse entre les deux dossiers (au domicile et celui au cabinet)

- Examen clinique compliqué
- Cahier pour une coordination des soins perdu ou mal tenu

Mais malgré le savoir scientifique des spécialistes, des avis divergents peuvent exister
→ Certains laissent le choix aux MG entre deux protocoles de prise en charge pour qu'ils puissent l'adapter au patient qu'il connaît mieux**.**

RO automatique

- En EHPAD selon les établissements et les logiciels informatiques
- Par téléphone à la demande pressante du patient

D) Synthèse des résultats

Objectifs de la CRO	Éléments facilitants	Éléments de difficulté
Pour le MG : Analyse pluridisciplinaire *Multiples thèmes à aborder* • Suivi - réévaluation • Examens paracliniques • Coordination des soins avec les confrères spécialistes	**CRO : spécificité de la médecine générale** • Analyse agréable en cabinet • Consultations jusqu'au domicile, l'atout des MG	**CRO : une occasion de consulter son MG** • Plusieurs motifs de consultation • Chronophage • Ou gain de temps • Demandes surajoutées • Automédication par l'ordonnance de cette consultation
Pour le patient : l'ordonnance • Boite de médicament	**Médecin de famille** • « Vieux » médecin de famille = référence du patient • Lien affectif • Chantage • Disponibilité	**MG au centre de la CRO** • Contraintes extérieures (Sécurité sociale, Code de loi, gouvernement) • MG entre une perpétuelle remise en cause et une routine • MG en difficulté par un temps imposé dans un planning chargé • Patient d'un associé pour permanence des soins. • Manque de moyen (informatique)
Du conseil à l'éducation thérapeutique • Patient dans sa globalité • Adhésion du patient • Observance médicamenteuse • Conseil du MG, médecin traitant • Prévention • Informations intelligibles • Modèle paternaliste • Décision médicale partagée	**MSU** • *En amont, crainte des MG d'une difficulté supplémentaire d 'être MSU* • Interne, un nouveau point de vue plus objectif • Interne = innocent sur prescriptions médicamenteuses • Un binôme formateur • Autonomisation/une compagnie	**Patients compliqués** • Polypathologiques • Patients exigeants • Patients vus au domicile, source de biais • Patients vus différemment par spécialiste. • EHPAD, téléphone, ordonnance automatisée

Discussion

Discussion

I. Les limites, les biais et les forces de l'étude

➢ *Biais de sélection*

Cette étude n'a pas pour vocation à être parfaitement fidèle à l'ensemble de la population française qui serait la population cible mais se limite à une sélection de MG choisie par la méthode dite « boule de neige ». Ce biais de sélection, inévitable, est courant dans les études qualitatives. Tous les MG contactés pour participer à cette étude ont accepté ; il faut toutefois souligner que le thème a volontairement été abordé sans détail à la prise de contact de manière à conserver une plus grande spontanéité des réponses. Il n'existe pas de biais de non-réponse.

➢ *Biais d'information*

La thèse est basée sur l'interview des MG, c'est à dire sur leurs réponses immédiates aux questions posées par la thésarde. Malgré la volonté de la thésarde d'être objective dans sa communication verbale et non verbale pour ne pas interpréter et ainsi perturber le MG lors de son discours, il est possible que des expressions aient pu gêner le MG interviewé.
De plus le fait que les interviews soient anonymisées permettent de mettre en confiance le MG et ainsi obtenir un meilleur ressenti.
Ce biais peut être défini par le biais de désirabilité sociale décrit dans certaines thèses.

Cependant le fait que la thésarde n'ait jamais pratiqué d'entretien semi-dirigé pour une thèse qualitative (malgré des essais en cours à la faculté et lors d'un premier échange test pour sa thèse avec un MG), peut constituer un biais de subjectivité.
En effet le guide d'entretien a été soigneusement rédigé puis retravaillé une deuxième fois au bout de quelques entretiens avec des questions permettant des réponses ouvertes, il est plus difficile en pratique de ne poser que des questions ouvertes ou des questions non directives ni subjectives.

Le silence de l'interlocuteur a été respecté au maximum par la thésarde lors des entretiens.

On peut aussi constater un biais d'interprétation puisque les interviews ont été interprétées par la thésarde. Mais ce biais a essayé d'être maitrisé par la triangulation des données avec une deuxième interne de MG.

Il aurait été possible de vérifier les résultats de l'interprétation des interviews des différents MG afin d'améliorer la validité et la qualité des résultats pour limiter la subjectivité. Mais pour des raisons organisationnelles, cela n'a pas pu être entrepris.

➢ *Forces de l'étude*

Un des points forts de notre étude est le thème par son originalité puisque rares sont les thèses sur le ressenti des MG à ce sujet et par le fait que la CRO est quotidienne pour un MG mais aussi critiquée par certains patients.

Le RO a été exploré par plusieurs thèses.
La thésarde a choisi une méthode qualitative puisque le sujet de l'étude était le ressenti. Ce type d'étude est donc le plus approprié pour cette analyse. (15)

Une recherche de groupe a été évoquée par le directeur de thèse mais pour des raisons pratiques la thésarde a retenu l'entretien individuel semi dirigé. De plus l'entretien individuel permettait des réponses personnelles sans avoir le risque d'être jugé par ses confrères.
De plus le biais de mémorisation concerne peu ce sujet puisque les RO sont quotidiens et multiples dans une journée type d'un MG, il n'y a donc pas de souvenirs lointains.

La scientificité d'une étude qualitative est fondée sur la validité interne et externe. (15)
La grille COREQ (consolidated criteria for reporting qualitative researche) est basée sur 32 critères avec une « check list » en anglais(20) qui a permis de réaliser le travail de la thésarde de manière rigoureuse. Cette « to do list » COREQ est présentée en annexe 5.

II. Validité externe : confrontation des résultats avec la littérature

A) Objectifs de la CRO

A1) Par le MG : Analyse pluridisciplinaire

i. Suivi – réévaluation

La CRO est l'occasion pour le MG de réévaluer la santé et les pathologies souvent multiples de son patient. Le MG doit faire preuve de vigilance et être à l'affût de toute nouvelle pathologie. Le patient doit être écouté, réexaminé. Un MG précise même se remettre dans la prescription initiale. Ceci renforce le fait que les prescriptions, rarement ad vitam aeternam, doivent être remises en question.

Dans une étude rennaise, la thésarde décrit la CRO comme une situation concrète et vécue, à la différence d'une définition établie. Elle la définie comme limitée dans le temps, aboutissant à une prescription médicamenteuse et servant à la réévaluation régulière de l'état de santé globale d'un patient porteur d'au moins une maladie chronique. (13)

Une étude rapporte que les médecins considèrent l'ordonnance comme un outil de suivi des patients notamment à travers la CRO. Ainsi la durée de la prescription choisie par le médecin fixe la prochaine date de réévaluation médicale. (14)

La réévaluation médicale passe par la révision du traitement en tenant compte de la tolérance, de la balance bénéfice-risque, de l'indication, des interactions possibles, des effets indésirables et de sa durée de prescription.
Concernant les effets indésirables, il en existe plusieurs à rechercher : les effets secondaires de type A mais aussi de type B.(21). L'effet indésirable type A est un effet « attendu » d'un médicament, découvert par les essais cliniques (avant l'AMM). A l'inverse l'effet indésirable de type B est un effet sans lien à priori avec les propriétés pharmacologiques connues du médicament. Il est plutôt rare et représente l'objectif de la pharmacovigilance, réalisé par l'ANSM. Selon la gravité et la fréquence de cet effet, il peut engendrer le retrait du marché du médicament.

C’est pourquoi les effets indésirables doivent être recherchés par l’interrogatoire rigoureux du patient.

Deuxièmement si l’on s’attarde sur les différentes indications d’un traitement et sur la balance bénéfique-risque, on observe des résultats divergents. D’une part, la notion de retrait de certains médicaments est bien vue par le patient, d’après les MG de cette étude, puisqu’il allège l’ordonnance.
Il s’avère que les patients d’une précédente étude ne semblent pas opposés au fait de modifier leur traitement de fond : pour 7 patients sur 10, **réévaluer l'ordonnance** en vue de la modifier est considéré comme essentiel ou très important. (7,12,22)
A l’inverse une étude lyonnaise réalisée en 2010, ayant pour objectif de rechercher les pratiques médicales concernant la CRO, montre que les MG interrogés ressentaient une réticence de leur patientèle vis à vis de la modification de leur traitement allant jusqu’à un sentiment de frein au déroulement optimal de la CRO. (22)

Il est évident alors que le terme de renouvellement d’ordonnance ne représente pas le travail sous-jacent du MG. C’est pourquoi le terme de "consultation de renouvellement d'ordonnance" est très critiqué dans la littérature et ne semble convenir à aucun des deux partis (MG et leurs patients). (22–24)
Une autre étude parle même d’un effet délétère pour la prise en charge des polymorbidités. Il s’agit dans certains cas d’un raisonnement à l'envers, en allant de la décision (le traitement via l’ordonnance) vers le diagnostic. (24)

ii. Examens paracliniques

La CRO étant une occasion de faire le point avec le patient, d’élaborer son suivi. De cette manière elle s’entoure souvent de prescription d’examens paracliniques (biologie, imagerie…). Le nombre de procédures et de résultats lors de cette CRO est plus important.(12)
En effet chaque patient, selon sa pathologie chronique, doit avoir un suivi précis. La plupart du temps le suivi nécessite un suivi biologique rigoureux afin de suivre l’évolution de la pathologie en cours mais aussi d’envisager une pathologie nouvelle voire une complication.

Les examens paracliniques comme les bilans biologiques permettent de vérifier l’observance médicamenteuse, les effets indésirables mais aussi d’envisager des complications surajoutées.
Un exemple concret serait le diabète avec le dosage de l’hémoglobine glyquée pour surveiller l’observance médicamenteuse et le suivi des règes hygiéno-diététiques ; et pour être attentif à l’évolution de la pathologie. De plus le bilan hépatique permet de contrôler la tolérance hépatique de certains traitements ; et le bilan néphrologique sanguin et urinaire permet de surveiller la non apparition d’une néphropathie diabétique.
Finalement tous les MG évoquent les examens paracliniques mais aucun ne s’attardent sur l’examen clinique. Ce dernier apparaît donc plus accessoire.
Ces constats sont en accord avec une étude versaillaise de 2018 montrant que les patients attendent que leur MG commente les résultats biologiques telles que l’hémoglobine glyquée. De plus ils classent l’examen clinique comme secondaire et critiquent un suivi trop routinier.(25)

iii. Coordination des soins avec leurs confrères spécialistes

Les CRO sont aussi l'objet de consultations spécialisées nécessaire au suivi du patient. Cette coordination des soins est indispensable à sa prise en charge optimale. Mais il ne faut pas oublier que le MG doit être informé de changements éventuels de prescriptions et de prise en charge mais également de leurs poursuite. C'est pourquoi l'obtention des CR est essentielle pour avoir un bon suivi. Il existe plusieurs méthodes : messagerie sécurisée, CR papier envoyé au MG ou donné au patient afin de le transmettre directement au MG.
Nous comprenons que le CR est indispensable à la prise en charge des patients et pourtant elle fait défaut de nombreuses fois.
Comme le souligne une étude de 2018, de nombreux MG sont en difficulté lorsqu'ils revoient le patient avant la réception de compte rendu.(26) Ceci est confirmé par une thèse montrant que pour lors d'infarctus du myocarde, le courrier était adressé directement au médecin traitant dans seulement trois quart des cas, et dans un plus d'un tiers des cas avec un délai supérieur à 8 jours. (27)

Pour reprendre avec l'exemple précédent un patient diabétique asymptomatique doit consulter un cardiologue (afin d'éliminer une cardiopathie ischémique silencieuse dû au diabète par exemple) et un ophtalmologue (pour un fond d'œil) annuellement. Cette notion est constatée dans une étude marseillaise de 2014 qui met en avant que la CRO est également un temps de coordination avec les autres professionnels de santé. (28)

De plus la CRO, via les ordonnances, représente une source d'information primordiale pour les spécialistes dont les médecins urgentistes. (14).
Comme un patient interrogé par Sylvie Fainzang, anthropologue spécialisée dans le domaine de la santé, le souligne : « garder l'ordonnance pour que les médecins puissent savoir ce que je prends. » (29)

A2) Pour le patient : l'ordonnance

i. Boites de médicaments

Les patients consultent principalement, dans le cadre d'une CRO, pour obtenir leur ordonnance et ainsi pouvoir aller à la pharmacie récupérer leurs boites de médicaments. En effet il est courant d'entendre le patient déclarer qu'il ne possède plus un médicament et donc vient pour le renouveler. Cette demande est accentuée par le fait que certaines marques de médicaments sont des boites de 28 comprimés et d'autres de 30. Ainsi au bout d'un certain temps, le patient peut se retrouver avec un manque d'une certaine molécule.
Le patient réduit donc souvent la CRO à l'ordonnance. Dans ce cas, il parait compréhensible que certains patients souhaitent l'ordonnance par téléphone ou par mail.
Il semble donc important d'expliquer au patient l'intérêt d'une CRO, et d'élargir la consultation afin qu'il ressente le bénéfice d'une CRO optimale.

Cette détermination pour l'ordonnance provient de ce qu'elle symbolise pour les patients : la voie de guérison. Elle est vécue de manière symbolique et thérapeutique.(14,29) Les patients attendent donc, d'une CRO, la délivrance de l'ordonnance. (25)
Les MG sont conscients de cette perception et la considèrent comme un objet de matériel sacralisé par l'écrit.(14)

De plus la CRO est aussi l'occasion de refaire le point sur l'ordonnance et donc de retirer certains traitements, à fortiori si le patient fait l'objet de polymédication.
Il est vrai que l'ordonnance fait partie intégrante de la consultation. Les MG s'en servent en général comme un rituel de clôture avec le paiement de la consultation. L'ordonnance peut alors être ressentie comme une monnaie d'échange. (30) Ce point est renforcé par un communiqué officiel indiquant que : « L'ordonnance peut être également considérée, au moment du paiement de la consultation par le patient, comme un contre-don de la part du médecin et comme un acte permettant de clore la consultation » (29,31)
De nombreuses études ont démontré que la grande majorité des consultations (90%) se conclue effectivement par la rédaction d'une ordonnance. Ainsi lorsqu'on demande à un patient de décrire une consultation habituelle, il cite systématiquement l'ordonnance.(5,14)

La polymédication est définie par l'administration de nombreux médicaments de façon simultanée ou par l'administration d'un nombre excessif de médicaments.(32)
Elle est clairement associée à un risque augmenté d'effets indésirables de surdosages, d'interactions médicamenteuses et d'erreur de prise, notamment chez la personne âgée.
A cela s'ajoute la polypharmacie. Elle est définie habituellement comme la prise quotidienne de cinq médicaments ou plus et la polypharmacie excessive comme la prise de dix médicaments ou plus. Elle est favorisée par l'accroissement des maladies chroniques, elle même dû au vieillissement de la population, de l'efficacité de la prévention secondaire y compris au-delà de 75 ans et de l'augmentation de la gamme thérapeutique.(33)
C'est pourquoi, nous pouvons en conclure aussi que la réévaluation du traitement prime sur l'impression de l'ordonnance. (23)

A3) Du conseil à l'éducation thérapeutique

i. Patient dans sa globalité

La santé selon l'OMS un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. (34) Grâce à cette définition nous comprenons l'importance de traiter son patient dans sa globalité.
En effet afin de traiter un patient de manière optimale, il est nécessaire de ne pas se restreindre à une plainte ou une pathologie chronique mais d'élargir la consultation sur le versant psychologique voir psychosomatique et sur le mode de vie.
Il est vrai que le patient peut être l'objet d'une pathologie secondaire mais surtout de difficultés sociales nuisant sa santé.
Premièrement ces difficultés peuvent concerner l'environnement social du patient, notamment par son éventuelle solitude, ses problèmes familiaux.

Deuxièmement ces difficultés peuvent être liées à son domicile possiblement insalubre ou inadapté, mais aussi l'inaptitude du patient à son domicile.
De nombreux MG de cette étude souligne l'importance des visites à domicile afin de constater ces difficultés.
Ce stress influe sur certaines pathologies comme le diabète et ainsi il parait nécessaire de « dépister » ces problèmes afin de mieux soigner le patient.

De nombreuses études soulignent l'importance du suivi de la santé globale des patients. D'après une étude toulousaine de 2017, les patients attendent de la CRO une réévaluation de la maladie chronique, un traitement mais surtout un suivi de la santé globale. (35)

Une étude marseillaise de 2014 montre que la perception de la CRO sont multiples et met l'accent sur l'importance de la surveillance de l'état de santé général, (28)
De plus afin d'assurer un bon suivi médical, beaucoup de MG ont instauré un cahier afin d'optimiser la coordination des soins et d'être à « l'écoute » par les écrits des proches et du personnel paramédical du patient.

ii. Adhésion du patient

L'adhésion du patient est un élément primordial pour le soigner. Plusieurs manières existent : le chantage, l'explication des bénéfices attendus, l'insistance différée dans le temps, c'est à dire de répéter à chaque consultation les bonnes pratiques à suivre ou les conseils du MG, le reproche, la culpabilité, le sermon, ou bien un cahier de suivi. Ce dernier est souvent réalisé pour les patients vus à domicile.

Dans un de ses rapports, l'Organisation Mondiale de la Santé a conclu que « améliorer l'adhésion du patient à un traitement chronique devrait s'avérer plus bénéfique que n'importe quelle découverte biomédicale »(36,37). Nous comprenons donc facilement qu'il existe un intérêt majeur pour le MG d'obtenir une bonne adhésion.
En fait, le terme d' « adhésion » au traitement est large et signifie à la fois l'adhésion primaire mais aussi l'observance, et la persistance.(36,38). L'adhésion représente alors l'adhésion au traitement mais aussi aux règles hygiéno-diététiques et au suivi médical.

iii. Observance médicamenteuse

L'observance est définie par le niveau de concordance entre les recommandations du médecin et le comportement du patient. Elle concerne à la fois le protocole de prescription du médicament, mais aussi les conseils sur le mode de vie, et enfin la planification de l'ensemble des soins (consultations, contrôles biologiques et examens complémentaires).(39)

D'autres la définissent comme le fait de se conformer aux règles et aux prescriptions élaborées de façon consensuelle par les professionnels de santé. (6). Dès les années 70, les auteurs anglo-saxons ont introduit dans la littérature le terme de « compliance » signifiant consentement, obéissance.

En effet afin de soigner un patient, il est indispensable que le patient soit observant en tout point. Dans notre étude les MG soulignent la difficulté de connaître l'observance du patient, à fortiori face à un échec thérapeutique.
Plusieurs méthodes sont exposées par les MG de cette étude : demander au patient de raconter sa prise de comprimés dans la journée, contrôler les stocks de médicament, non pris, dans les pharmacies des patients lors des visites à domicile.

Le problème de l'observance thérapeutique est surement aussi ancien que la pratique de la médecine. Hippocrate l'avait déjà constaté : « Les malades mentent souvent lorsqu'ils disent qu'ils prennent leurs médicaments » (36). En effet une étude montre que la moitié des patients prendrait moins de 80 % des doses prescrites (et 1 patient sur 6 seulement 40 % ou moins) (36,40)

L'importance des médias est exposée par les MG. Ils se méfient de leur influence. Ils constatent que l'observance médicamenteuse est d'autant plus difficile avec la vulgarisation médiatique.
Il est vrai que leur rôle reste controversé, certains auteurs proposent d'utiliser les médias pour accepter la maladie, d'autres se méfient de la publicité, qu'elle soit destinée au grand public ou aux médecins. Selon eux, elle peut favoriser l'automédication voir même diminuer l'observance.(41)
De plus internet joue aussi un rôle important dans l'augmentation des connaissances des patients. Depuis les années 2000, l'économiste Philippe Abecassis décrit une maturation des comportements avec une évolution quantitative (nombre de consultations sur les sites) et qualitative (motifs des recherches et termes employés) de l'utilisation d'Internet par les patients (42). De plus en plus ciblée et précise, l'information acquise sur les sites permet aux patients de mieux comprendre la maladie et le système de santé, et contribue à modifier leur comportement face aux prescriptions et aux prescripteurs.(43)

Hormis le traitement médicamenteux, l'adhésion aux règles hygiéno-diététiques joue un rôle majeur dans la prise en charge de pathologies chroniques, et en particulier dans la prévention des maladies cardio-vasculaires. (44)

Une étude constate que les patients pauci-symptomatiques accordent moins souvent d'importance au fait de recevoir des informations au sujet de la maladie chronique et des médicaments. Par exemple, il était significativement moins important pour ces patients de parler d'observance que pour les patients symptomatiques. (13)
C'est ainsi que, dans une démarche de soins centrée sur le patient, ces sujets de "non demande" doivent être abordés sous un angle motivationnel.(12). L'entretien motivationnel requiert une attitude empathique et un mode d'intervention caractéristique de la part du professionnel de santé. (45) Il est important de donner l'impression aux patients qu'ils ont le choix.
En effet les patients pauci symptomatiques sont moins observants puisqu'ils ne ressentent pas le bénéfice immédiat de la prise en charge. A cela s'ajoutent les effets négatifs (contraintes, effets indésirables) de la prise en charge qui peuvent être perçus plus rapidement, par le patient, que les effets positifs tardifs. (36)

iv. Conseils du MG, le médecin traitant

L'OMS définie l'éducation thérapeutique comme une méthode à disposition des MG pour aider les patients à acquérir ou à maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. (34)

Il est essentiel pour le MG d'éduquer son patient lors de ces CRO avec de nombreuses explications sur sa pathologie, sur l'ordonnance (horaires de prise, nombres de comprimés…) et sur les règles hygiéno-diététiques pouvant améliorer sa prise en charge ou sa qualité de vie. En effet c'est l'occasion de refaire le point sur les risques d'une mauvaise prise en charge et les intérêts de bien suivre son traitement et de modifier certaines habitudes nuisibles, comme les addictions ou les mauvaises habitudes alimentaires.

De plus certains MG accentuent l'intérêt du sport dans la vie quotidienne afin de potentialiser l'effet de la prise en charge déjà mise en place.

En effet une étude expérimentale sur l'impact d'un simple conseil sur l'activité physique a été entreprise en Normandie en 2016. Les résultats semblent satisfaisants. Il est observé une augmentation de l'activité physique chez les patients ayant reçu un conseil minimal abordant la pratique du sport en fin de consultation. (46). On comprend bien que les simples conseils du MG, même en fin de consultation, sont pertinents pour le patient. Les MG de cette étude exposent aussi une nuance importante qui est d'adapter les conseils au patient, notamment en prenant en compte son niveau intellectuel et son environnement socio-culturel.

Pour certains, la CRO est aussi l'occasion de réexpliquer certains fonctionnements du cabinet, particulièrement sur les modalités de consultation (un motif pour une consultation, ou sur l'importance des CRO) ; mais aussi une opportunité pour le MG de réaliser une éducation sur l'automédication.
Ces conseils peuvent être représentés par le terme de « *prescription non médicamenteuse* ».
Ce dernier constat s'intègre dans une étude constatant que la grande majorité des patients français interrogés (environ 80%) est d'accord avec l'idée selon laquelle une consultation ne devait pas systématiquement se conclure par la prescription de médicaments. A fortiori, le principe des règles hygiéno-diététiques se substituant aux médicaments semblait aussi largement approuvé. Et même paradoxalement, les français se déclaraient majoritairement satisfaits en cas d'absence de prescription médicamenteuse à 53%. (42,47)
D'autres pensent que le médicament le plus utilisé en médecine générale est le médecin lui-même. (48)
Les alternatives tels que les conseils, les règles hygiéno-diététiques, la possibilité de consulter à nouveau ou une prescription différée dans le temps sont autant de possibilités de ne pas prescrire de médicaments.

Par ailleurs, certains MG de cette étude ne se sentent pas écoutés. Pourtant il a déjà été observé dans la littérature que les MG surestiment les attentes des patients pour l'obtention d'une ordonnance : 80% des patients pourraient la remplacer par des conseils adaptés.(42)
Une thèse concernant la rhinopharyngite de l'enfant, confirme l'importance d'une « prescription non médicamenteuse » puisque 80% des parents étaient satisfaits de la prescription obtenue et près des 3/4 étaient satisfaits de la prescription uniquement de paracétamol et de désobstruction rhinopharyngée, les conseils et explications étant primordiaux.(49).

L'importance de ces conseils illustrent bien le ressentie de beaucoup de professionnels de santé et même de patients : le terme « CRO » n'est pas adapté. (25,28)
Il est vrai que l'ordonnance ne parait pas être l'élément prioritaire de cette consultation. On peut ici supposer qu'il soit plus secondaire pour le patient de discuter des médicaments avec le médecin car une part de l'information à ce sujet lui est détaillée lors de la délivrance officinale. (12)
De plus il parait cohérent de tenter de répartir au mieux les missions, entre les professionnels de santé, ayant pour objectifs d'améliorer la qualité des soins et d'éviter les redondances. On pourrait imaginer la prise en charge conjointe, du patient porteur de maladie chronique, par "une équipe pluridisciplinaire de soins primaires". A la consultation médicale de suivi pourrait s'associer des interventions complémentaires telles que des informations et conseils, délivrés par des infirmier(e)s spécialisé(e)s en éducation thérapeutique afin de permettre au patient d'évaluer et de compléter ses connaissances, d'acquérir des compétences spécifiques et de gagner en autonomie. (12)
Ceci est déjà mis en place par des infirmières « Asalée » dans certains cabinets voire maison de santé.

v. Prévention

La CRO permet aux MG de pratiquer une médecine préventive. En effet c'est l'opportunité de motiver les patients pour les dépistages de masse (colorectal, mammaire et utérin), et individualisés (dermatologique, endocrinien, prostatique, cardiologique etc.) les vaccins, le sport, l'alimentation, les addictions.
C'est aussi l'occasion de voir les enfants en cabinet et ainsi guetter l'obésité qui est un fléau chez les enfants et adolescents comme le souligne un MG.
La prévention faite par les MG est aussi secondaire permettant la non apparition de complications, notamment pour les risques cardio-vasculaires, ou pour les complications diabétiques par exemple (ophtalmique, néphrologique, cardiaque).
Elle peut être tertiaire en améliorant la qualité de vie chez les patients souffrant d'affections graves, notamment par les visites à domicile pour améliorer leur qualité de vie.

Il est vrai qu'en définissant la santé, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) annonce dès 1948 l'importance de la prévention. En effet, pour l'OMS, la santé doit se définir non seulement comme « l'absence de maladie ou d'infirmité, mais aussi comme un état de complet bien-être physique, mental, social ».
De plus la prévention est définie par « l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps ». L'OMS distingue donc 3 types de prévention : primaire, secondaire ou tertiaire. Ils correspondent en fait à des états successifs de la maladie. Ainsi, cela englobe l'ensemble des combinaisons permettant d'empêcher l'apparition des pathologies jusqu'à leur thérapeutique, et éventuellement, la réinsertion sociale des malades. (50)

vi. Informations intelligibles

Comme le souligne le serment d'Hippocrate, le MG doit avoir un discours intelligible pour le patient afin que les explications soient comprises. La vulgarisation est primordiale pour faire adhérer le patient, et beaucoup décrivent l'intérêt de métaphores concrètes afin que le patient ait compris sa pathologie ou sa prise en charge. En somme le MG doit se mettre au niveau du patient pour que son message soit bien compris.
Mais l'information n'est pas que verbale, elle est aussi écrite. Un MG souligne l'importance de la tenue de l'ordonnance : « *la plus courte possible est la toujours la meilleure, la plus simple possible, c'est toujours la meilleure, la plus expliquée possible c'est toujours la meilleure* ». Ce dernier point est maintenant plus facile grâce aux ordonnances informatiques où les consignes sont explicites.
Une étude nantaise montre que la qualité rédactionnelle de la prescriptions, les conseils écrits, les explications et la discussion sont primordiaux pour l'éducation.(14)

vii. Entre une décision médicale partagée et un modèle paternaliste

La relation médecin-patient de type paternaliste est une méthode permettant de soigner en se substituant au malade pour son bien. Ainsi seul le médecin informe et prend la décision.
L'étude ENTRED de 2007, auprès de patients diabétiques de type 2 et leur médecin, conclue d'une discordance pour plus de 6 patients sur 10. Le plus souvent il existe une différence entre ce que les médecins laissent percevoir et ce que les patients ressentent : le MG a l'impression que la décision est partagée et que le patient décide. Cependant le patient perçoit plutôt que c'est le MG qui a décidé.(51)

Lors des CRO, les MG ont parfois recours à une médecine paternaliste afin d'obtenir des résultats et l'adhésion du patient. Les patients peuvent ainsi être sermonnés par certains MG, d'autres devant un mur : *« soit ils me font confiance soit ils partent »*.
De plus un MG précise l'importance de la durée de prescription, puisqu'elle permet de libérer des créneaux horaires pour consulter d'autres patients ou d'allonger les délais de visites à domicile.

D'autres MG prônent la décision médicale partagée afin de faire rentrer le patient dans sa propre prise en charge pour qu'il devienne acteur sans être victime de sa maladie chronique.
Deux études qualitatives concluent de l'importance que le patient soit acteur de sa prise en charge en favorisant son autonomie pour une meilleure « concordance médecin patient » : « C'est l'approche centrée sur le patient »(30,52)

Les patients attendent de la même manière à participer à la décision médicale et à rester informés sur leur problème de santé (symptômes, examens complémentaires, avis spécialisé). (13) De plus des travaux de Krucien N. et coll confirment cette attente. Ils montrent que l'échange d'informations et le partage de la décision médicale occupent une place prépondérante dans les préoccupations des patients. Ainsi ces derniers sont préparés à être acteurs de leur santé, grâce au changement de la relation médecin - patient : d'un modèle « paternaliste vers une relation de partenariat ». (53)

Le patient atteint de maladie chronique doit et souhaite être acteur de sa prise en charge ; le MG est alors perçu comme « contrôleur » de l'ordonnance.(13)

Fort de ce constat, deux études, l'une toulousaine de 2017 et l'autre versaillaise de 2018, font état que les patients, une fois la maladie acceptée, étaient en demande d'un partenariat avec leur médecin. Il est primordial pour eux d'obtenir une bonne relation médecin-patient, une confiance médicale et une écoute active avec réassurance. (25,35). De plus c'est cette relation de confiance avec le médecin qui permettrait aux patients d'aborder d'autres problèmes de santé. (28)

B) Éléments facilitants

B1) CRO : spécificité de la médecine générale

i. Analyse agréable au cabinet

La CRO est l'occasion pour le MG de mieux faire son travail. Elle permet de refaire le point sur la santé de son patient. En général, les MG prennent le temps. En effet La CRO est plus longue et plus complexe que les autres consultations. (2,12)

La CRO a une connotation positive avec le plaisir de la consultation en elle-même mais aussi de revoir ses patients qui sont, la plupart du temps, en bonne santé. La connaissance du patient pour une CRO est indispensable puisqu'elle permet une prise en charge optimale. Elle est décrite comme une bonification du médecin, un élément indispensable et agréable.

Cette notion de plaisir peut provenir de la relation médecin patient qui prédomine dans le suivi des patients et donc des CRO. Une étude bordelaise montre que la relation médecin-patient s'avère être une finalité indispensable pour les praticiens. Ce point particulier rejoint l'idée générale désignant la relation soignant-soigné comme la motivation profonde de la majorité des vocations de soignants. Or, comme on peut le voir dans cette étude, la relation médecin-patient est pourvoyeuse de satisfaction. Les interviewés rapportent avoir besoin et se « nourrir » de la relation médecin-patient. Elle est source d'accomplissement et est mentionnée dans de nombreux travaux. (54)

ii. Consultations jusqu'au domicile

Les visites à domicile permettent au MG de mieux suivre leur patient. En effet elles offrent une vision plus proche et complète du patient, avec ses habitudes de vie notamment. Elles permettent au MG de voir les éventuels problèmes du quotidien (courses, toilette, pilulier déplacement à l'intérieur et à l'extérieur de leur habitation) qui ne pourraient pas être constaté au cabinet.

Une étude de Montpellier de 2019 confirme que la visite à domicile permet de construire un lien plus fort et d'améliorer la relation médecin-patient de qualité pour des personnes âgées, polypathologiques ou dépendantes. Elle permet d'être vigilent sur l'environnement du patient, en apportant des informations supplémentaires sur le mode de vie, l'observance médicamenteuse, l'autonomie réelle du patient. (55)

De plus elles permettent de vérifier les pharmacies des patients, source d'automédication à risque chez les patients âgés et surtout signe de mauvaise observance.
Scheen AJ partage cette remarque : l'évaluation de l'observance thérapeutique peut faire appel à différents moyens plus ou moins élaborés dont la vérification au domicile des « armoires de pharmacie ». (36,56,57).

Pour les MG, elles offrent aussi un cadre de consultation plus tranquille puisque loin des salles d'attente pleines du quotidien. Il est vrai que les patients sont plus à l'aise à domicile, plus agréables, ils ont plus de confort et donc ils deviennent, par rapport au cabinet, plus détendus et ainsi plus bavards et plus enclins à se confier.

L'étude de Montpellier retrouve cette notion et précise même que les MG les ressentent comme un moment privilégié avec le patient, avec un environnement moins formel qu'au cabinet. De plus les MG apprécient l'accueil à domicile qui est plutôt chaleureux, positif avec une proximité et une reconnaissance du patient. Ces visites améliorent d'autant plus la relation médecin – patient représentant une relation de confiance. Elles valorisent le MG en étant invité et admis au domicile et donc dans l'intimité du patient.(55)

B2) Médecin de famille

i. « Vieux » médecin de famille, la référence du patient

Le MG se représente comme le pilier du suivi de ses patients. En effet il permet de faire le point sur l'ordonnance voir même de centraliser l'ensemble des ordonnances du patient.

Il est vrai que la multiplicité des ordonnances est source d'erreur de prescription mais aussi de mauvaise observance. Ainsi la coordination des différents partenaires de santé est essentielle.(36,58). C'est pourquoi le MG occupe une position primordiale dans cette prise en charge coordonnée par une approche multidisciplinaire, comme l'a souligné l'Organisation Mondiale de la Santé. (37)

De plus dans le cadre de maladies chroniques ils existent plusieurs soignants, médecins spécialisés pour un même patient. Un des rôles du MG est de réaliser la synthèse de la prise en charge globale du patient et de son traitement.
Ainsi la HAS met en exergue la responsabilité du médecin traitant pour coordonner le parcours de soins, pour un suivi médical cohérent à plusieurs prescripteurs, organiser les interventions des différents acteurs et gérer les médications multiples.
De plus elle met en garde sur les risques liés aux patients polypathologiques, auxquels s'ajoutent les risques de la polymédication, et de la multiplicité des prescripteurs.(59)

Dans notre étude, les MG montrent qu'ils s'adaptent aux attentes et aux particularités de chaque patient. Il est vrai que du fait de les connaître, il discerne la vérité, des entourloupes. Le patient est capable de mentir ou d'enjoliver une situation. Par exemple, lors de symptômes alarmants, le MG sait les recadrer, notamment dans un contexte psychosomatique. Il est d'autant plus vrai que le MG connaît personnellement son patient et ses antécédents médicaux voir même de ses problèmes familiaux, a fortiori s'il suit l'ensemble de la famille.
Ainsi comme le souligne un MG, il est courant d'observer, une différence de gestion et de perception de la patientèle entre les remplaçants et le MG. J'ai pu constater pendant mon SASPAS de réelles contradictions entre ce que je pensais d'un patient et ce que le MG estimait. Je me suis demandée si la cause était mon objectivité ou une naïveté, une innocence.

Certains spécialistes consultent les MG pour demander des précisions sur les antécédents et les traitements des patients.(26). Ils sont donc vu comme la source d'information sur la santé de ces patients.
De cette manière la consultation est orientée dès les premières minutes. Il sait ajuster un traitement mal toléré ou initier une prescription médicamenteuse adaptée au patient. L'ensemble des MG souligne que le fait de connaître ses patients permet de mieux les soigner.

ii. Lien affectif

Les MG décrivent un lien affectif important avec leur patient. Ce lien leur permet d'avoir une certaine franchise mais aussi parfois une pression de la part des patients voire même de leur famille. Ce lien est aussi le moyen d'obtenir une adhésion ou la motivation du patient, (pour le sevrage tabagique cité par exemple par un MG ou le sport par un autre).

Cette pression par la patientèle du MG se retrouve dans la littérature : une étude parisienne de 2013 montre que « plus de 80% des médecins d'Ile de-France interrogés ont déclaré recevoir des demandes de médicaments venant des patients ou parfois de leurs proches »(42,60) et ainsi ressentir une certaine pression de leur part.

Comme le souligne un article, la relation médecin-malade est prépondérante dans toutes les étapes thérapeutiques (élaboration, mise en place et suivi)(36) Ainsi cette relation influe sur les prescriptions et sur le comportement du patient notamment son observance thérapeutique.

En effet une étude britannique montre que la première étape de l'observance médicamenteuse, qui s'avère être l'achat du traitement, est sous l'influence de cette relation puisque selon les médecins, les scores d'achat du traitement sont différents. (61)

iii. Chantage affectif

Ainsi certains MG utilisent cette ordonnance demandée et attendue par les patients pour faire revenir le patient afin de le revoir en consultation pour obtenir le résultat d'examens paracliniques. Il est vrai que si le patient est peu observant ou négligeant, il est intéressant de se servir de la durée de ses prescriptions afin qu'il revienne avec les résultats demandés. En effet le MG peut prescrire pour une durée de 1 à 6 mois selon les pathologies et la stabilité de la maladie chronique.

Deux études qualitatives montrent que les MG perçoivent l'ordonnance comme un « objet transitionnel qui permet de clore la consultation et faire une synthèse. » (30,52)

A l'inverse de ce chantage médical, les patients peuvent exercer une certaine pression sur leur MG lors de la rédaction de l'ordonnance, notamment pour les somnifères. Cette pression est renforcée par le lien affectif qui existe entre le patient et le MG.
Dans la littérature deux études exposent l'ordonnance comme un « transfert du pouvoir de guérir entre les mains du médecin vers celle du patient », à l'aide de leurs connaissances scientifiques et de leurs représentations.(30,52) C'est bien par la confiance en leur médecin et l'action des médicaments que les patients souhaitent être soigné.
Une thèse de Poitier, en 2016, montre que la négociation s'installe entre le "souhaitable" du médecin et le "possible" du patient, pour s'accorder sur un "acceptable" commun.(62)

iv. Disponibilité

L'atout essentiel du MG est l'accessibilité et la disponibilité. En effet ils sont disponibles pour le patient si nécessaire et ce rapidement dans les quelques heures ou jours qui suivent la demande.
Ils sont bien entendu présents pour le suivi après une hospitalisation ou après un examen paraclinique. Mais ils représentent aussi l'interlocuteur rapproché des infirmiers à domicile, ou des familles.
Cette coordination est indispensable pour un suivi optimal (55), puisque le patient peut omettre certains détails nécessaires à sa prise en charge.
Cependant cette accessibilité peut aussi être source de pression par les familles qui consultent pour un proche en son absence.

Dans la littérature, on retrouve un autre sentiment de gêne dû à la proximité du MG : la présence de la famille ou des auxiliaires de vie peut altérer la franchise du patient ou lui apporter une gêne si l'interrogatoire se porte devant plusieurs personnes.(55)

B3) MSU

i. En amont, crainte des MG d'une difficulté supplémentaire d'être MSU

La méfiance est un des premiers sentiments annoncés par les MG doutant de se former pour devenir MSU. En effet une tierce personne de plus avec le patient peut interférer dans la prise en charge.
Premièrement l'interne est l'interlocuteur du patient mais aussi du MG et ainsi un discours triangulaire s'initie dans la consultation.
Deuxièmement le temps passé à expliquer à l'interne certaines prise en charge peut être chronophage, parfois lourd pour le MG déjà pressé par un planning souvent chargé.

ii. Bénéfice d'un interne lors d'une CRO

L'interne pose un regard neuf, plus objectif sur le patient. Le lien affectif précédemment décrit est différent voir absent. Ainsi la relation médecin – patient est elle aussi différente. L'interne peut aussi connaître des prises en charges et des recommandations différentes voire nouvelles ; et en discuter avec le MG. Ce nouveau point de vue bonifie la CRO. Finalement l'interne devient source d'information, parfois de confidence du patient.

Cependant l'interne connaît souvent les classes médicamenteuses mais reste peu formé sur le nom des traitements médicamenteux et leurs posologies. Le MG apparaît alors comme source de savoir et de conseils. Ce constat valorise le MG qui ressent un renouveau professionnel et un devoir de transmission à ses paires. Ainsi cette formation est réciproque. La relation est donc très enrichissante et formatrice pour l'interne mais aussi pour le MG a minima.

Cette transmission de savoir et de prise en charge en médecine générale est essentielle pour la formation lors de l'internat de médecine générale.
En effet avec une formation plutôt hospitalière à la faculté, l'identification professionnelle des futurs généralistes reste difficile, voire négative(63). Les MG sont en général en accord avec l'évolution de cette formation qui tend de plus en plus vers des stages ambulatoires.(54)

Dès lors que l'interne devient autonome en cabinet, sa présence est vue comme une aide et un gain de temps puisqu'il peut recevoir des patients seul. Il n'est alors plus ressenti comme une charge mais comme une compagnie voire un confrère avec un nouveau regard sur le patient et parfois une CRO différente.

J'ai pu constater pendant mes stages de SN1 et de SASPAS ce regard différent porté sur le patient, allant de plus empathique à plus sévère par rapport au MG.
La relation interne – MG est très enrichissante :

Premièrement pour la formation que l'on obtient grâce à leur transmission dense de savoir mais aussi par la reconnaissance progressive de notre travail. Ce stage est très valorisant et indispensable à la formation. En effet après des cours théoriques à la faculté suivi d'une formation plutôt hospitalière, où le patient est considéré comme un cas médical, il est indispensable de se rendre compte de la prise en charge en médecine générale. Le patient est en effet pris en charge dans sa globalité en tenant compte de ses attentes et de son caractère. Il est donc primordial et difficile en SASPAS de s'adapter à chaque patient ayant leurs habitudes au sein du cabinet.

Deuxièmement de nouvelles recommandations et nouveaux sites médicaux émergent chaque année. Il est donc intéressant d'échanger les connaissances avec les MSU. J'ai remarqué, grâce aux retours des médecins formés et à ma propre expérience, que la présence d'un interne au sein du cabinet permettait d'apporter un dynamisme, voire de la gaieté et parfois un soutien moral dans de longues journées, où le MG est seul au cabinet.

C) Éléments de difficulté

C1) La CRO : une occasion de consulter son MG

i. Plusieurs motifs de consultation

La CRO est malheureusement souvent sous-estimée par les patients et introduite en fin de consultation classique. En effet les MG soulignent le faible nombre de patients venant uniquement pour une CRO, a fortiori les patients jeunes lors des ordonnances de contraception ou les patients traités pour une hypothyroïdie périphérique. Il est vrai que certains profitent d'une pathologie aiguë pour demander en fin de consultation l'ordonnance du RO.
L'étude ECOGEN montre que, lors des CRO, le nombre moyen de motifs de consultation est plus grand, tout comme les nombres de procédures et de résultats de consultation.(12)

ii. Chronophage

La CRO est souvent chronophage du fait de la multiplicité des points à aborder, notamment si le patient vient aussi pour autre chose. De plus l'assiduité pour un dossier patient bien tenu est importante et la rentrée des données selon les logiciels peut s'avérer longue.
Cependant selon un MG, le caractère chronophage est modulé par la durée des prescriptions.

Il a été estimé que si un MG devait appliquer les recommandations de bonne pratique à la lettre pour chaque patient porteur de maladie chronique, il devrait y consacrer 10,6 heures supplémentaires par jour.(64)

iii. Demandes surajoutées

Pendant la CRO, le MG est l'objet de plusieurs demandes surajoutées, qui peuvent être facilement acceptées par le MG, mais parfois plus complexes à satisfaire du fait du temps déjà alloué à la CRO. Même si les MG rendent favorables les demandes du patient, ils décrivent un examen clinique moins bien réalisé source d'erreur diagnostic ou de prise en charge. Ces demandes additionnelles sont finalement fréquentes chez les jeunes patients ou pour des pathologies chroniques moins chronophages (Hypothyroïdie, contraception orale).
En connaissant bien ce type de pratique et leurs patients, certains MG avouent même ne plus imprimer rapidement l'ordonnance mais attendre que le patient soit cadré en tout point. Selon la demande, il est aussi probable d'obtenir deux ordonnances de traitements distincts.

Une étude nantaise de 2015 montre que 20 % des CRO font l'objet d'une demande d'ajout de médicaments, plus de 80% pour une seule spécialité et 15% pour deux. Il est intéressant de constater aussi que le médecin accepte la prescription dans plus de 80% des demandes, la modifie pour 6% et la refuse pour 10%. (65) Ainsi dans la plupart des cas (9 fois sur 10) le médecin a « accepté de prescrire sous la dictée du patient », notamment à cause du temps qui lui est imparti mais aussi face à la difficulté de dire non.
Un article montre trois types de comportements face à une demande injustifiée : agressif, passif, assertif.(66)
Dans une étude lyonnaise de 2017, on retrouve le sentiment chez les MG de « distribuer les ordonnances » ou la notion « des listes de courses » et même d'être « dealer ».(14).

iv. Automédication par l'ordonnance de cette consultation

L'automédication est définie par les « situations dans lesquelles le médecin est absent de l'une des trois séquences : diagnostic, prescription ou surveillance du traitement ».(67)

Ainsi la CRO peut-être l'opportunité pour le MG de faire de la prévention pour la mauvaise automédication. En effet avec l'ajout de traitement sur une ordonnance et avec la durée ou la quantité de boite prescrite, le patient peut réaliser des stocks de médicaments à son domicile et se traiter seul ou traiter son voisin. En effet certains patients avouent prendre des médicaments donnés par des voisins, ou prendre leurs médicaments stockés selon les conseils d'un voisin.
La plupart des patients pratiquant l'automédication ne se souviennent plus des noms de comprimés pris. Ainsi le MG doit faire face aux imprécisions des patients. L'automédication, selon l'indication, est source d'iatrogénie : premièrement du fait de la classe médicamenteuse, deuxièmement du fait de la posologie, troisièmement du fait des effets indésirables et interactions médicamenteuses.
Un MG souligne l'importance de la durée de traitement minimale sur les ordonnances afin d'éviter ce fléau.

Selon une étude, la dispensation à l'unité de certains médicaments comme les antibiotiques est expérimentée depuis le 1er avril 2014. Ainsi le gaspillage, l'automédication et les dépenses médicamenteuses inutiles seraient réduits. (42)

En effet la polypharmacie est un des facteurs source de la mauvaise automédication. Afin de la réduire, des auteurs ont été développés et testés des stratégies.
L'une des méthodes possibles est l'utilisation de listes de prescriptions à éviter comme la liste Beers (Annexe 7) aux États-Unis(68) (69)
Une autre possibilité est l'application stricte de critères d'évaluation pour chaque molécule prescrite. En ce sens des index ont été développé. Le premier a était le *Medication Appropriateness Index* (MAI) (Annexe 8) qui est décrit comme « exhaustif » mais serait compliqué à mettre en pratique selon certains auteurs.(70)
De la même manière, un nouveau score a été développé, le *Good Palliative-Geriatric Practice* (GPGP), puis testé auprès de patients gériatriques. Il réduit et améliore la prescription.
En s'inspirant du GPGP, certains auteurs ont développé un outil applicable en cabinet médical (Annexe 9). Il est à l'essai dans une randomisée contrôlée. (71)

C2) MG au centre de la CRO

i. Contraintes extérieures

Le MG est contraint par divers organismes lors de ses prescriptions, en particulier lors des CRO. En effet la sécurité sociale a mis en place des récompenses, appelées ROSP, de prescription (ou de non prescription) de médicaments, d'examen paraclinique selon les pathologies et l'âge des patients.(72). Afin d'être suivi, ces objectifs sont motivés par une rémunération qui, si l'ensemble des critères sont validés, peut être conséquente.
Ces objectifs peuvent être bien perçus grâce à cette rémunération. Cependant certains MG les perçoivent comme une surveillance de leurs prescriptions devenant alors moins libres.
Un autre point fâchant les MG sont les contraintes de prescriptions de certains médicaments, sur ordonnance sécurisée, manuscrite, en texte, sans chiffre pour une durée imposée. Selon la pathologie, par exemple les TDHA, comme le souligne un MG, cette modalité de prescription est très contraignante obligeant le patient à revenir tous les mois alors que sa maladie est stabilisée et en cours de suivi.

Un article nantais expose la relation conflictuelle entre l'Assurance maladie et le MG :
- premièrement par l'enjeu économique puisque « les médecins, par leurs prescriptions, contribuent à définir le montant des dépenses collectives en matière de santé tandis que les caisses cherchent à réduire ce coût. ».
- Deuxièmement par l'enjeu politique puisque « l'intervention des caisses d'assurance maladie dans la gestion et le contrôle des ordonnances peut être perçue comme une entrave à la liberté de prescription des médecins, un des fondements de l'exercice libéral de la médecine en France. »(73)

ii. MG entre une perpétuelle remise en cause et une routine

La CRO est perçue comme une habitude pour certains MG. Certains MG se placent comme victime lors des CRO du fait d'être seul devant sa prescription, avec un patient bien connu. En effet la CRO peut être l'opportunité de gagner du temps en cédant rapidement l'ordonnance tant attendu par le patient.
De plus selon l'heure du rendez-vous, le MG peut être plus pointilleux ou au contraire pressé. C'est pourquoi certains se dénigrent en ayant une image négative d'eux même, assimilant sa personne à « un simple émetteur » ou à un « voleur ».
Cette routine peut être source de dévalorisation allant même jusqu'à l'épuisement professionnel. (74)

iii. MG en difficulté par un temps imposé dans un planning chargé

Le MG est aussi soumis à son succès par l'importance de sa patientèle, par le délai de rendez-vous, par l'assaillie de sa salle d'attente, et par son planning chargé (visite en EPHAD souvent éloignés de son cabinet, visites à domicile). C'est pourquoi certaines CRO peuvent être plus raccourcis et donc moins exhaustives.

Des contraintes organisationnelles sont mises en évidence avec la gestion du temps de trajet et de coordination entre les différents interlocuteurs (professionnels de santé et famille.) Ainsi l'aspect chronophage de l'acte est au premier plan ce qui la rend peu rentable. (55)

iv. Patient d'un collaborateur pour la permanence des soins

La CRO est aussi permise grâce aux cabinets de groupe et aux « médecins traitants de substitution ». Mais elle est aussi difficile pour certains MG qui critiquent l'absence d'uniformité des logiciels informatiques au sein d'un même cabinet.
De plus une perte d'informations existe pour le prescripteur mais aussi pour le MG qui n'aura pas accès à cette CRO.

Ce constat a été vécu lors de mon SASPAS alors qu'une maison de santé ne disposait pas du même logiciel informatique. Dans certains cas où le logiciel était le même, le partage des dossiers n'était pas systématique. Ceci altérait aussi de manière importante les consultations classiques n'ayant pas les antécédents détaillés du patient à prendre en charge.

v. Manque de moyen

Les MG se plaignent d'un manque de moyen lors des CRO au niveau du système informatique tant au cabinet qu'au niveau des visites à domicile.
Ce constat est un problème majeur et entraine des difficultés techniques lié à l'outil informatique en lui-même mais aussi au niveau de la sécurité des données personnelles informatisées.(75)
En effet le système de démarrage informatique peut être long dans certains cabinets.
Il est aussi difficile pour certains MG d'échanger avec les spécialistes soit à cause d'échec de connexion ou bien à cause du refus d'une messagerie classique plus simple pour certains.
Ce constat est déjà observé lors des visites à domicile (75)

De plus il persiste une fluctuation dans l'utilisation et la tenue du dossier médical du MG au cabinet et en visite à domicile. Fort de ce constat, le gouvernement élargit les conditions de partage des données dans le domaine de la santé. Cependant les MG ont encore des lacunes pour assurer la confidentialité des données.
Parallèlement les autres pays européens progressent dans ce domaine. Alors que l'utilisation du smartphone se démocratise dans la médecine libérale, la France garde un retard sur l'utilisation de nouvelles techniques de l'information et donc de la communication.(75)

C3) Patients compliqués

i. Patients polypathologiques

La CRO est aussi le siège d'un regroupement assez diversifié de maladies chroniques qui peuvent se cumuler chez un même patient. Cette polymorbidité implique une gestion complexe de la prescription, souvent polymédicamenteuse, tout en hiérarchisant les problèmes et tenant compte de la dynamique des maladies.(12)
C'est pourquoi comme évoqué précédemment, la CRO est l'occasion de faire le point sur l'ensemble des pathologies (pouvant être associé à une polymédication) et addictions du patient.

La CRO permet de réévaluer les traitements du patient suivi pour des maladies chroniques. Un patient peut avoir de nombreux médicaments, voire même plusieurs ordonnances.

Dans la littérature, il existe la notion de « polypharmacie », définie comme la prise durable par le même patient de quatre à six médicaments ou plus. C'est un problème croissant dans la prise en charge des patients âgés et souffrant de maladies chroniques multiples. (32,68)

En effet, la polypharmacie peut avoir des conséquences négatives, à cause du cumul des effets secondaires potentiels et des interactions. Même si toutes les interactions médicamenteuses ne sont pas cliniquement problématiques, leur nombre augmente de façon exponentielle avec la quantité de médicaments prescrits. (Annexe 10).
C'est ainsi que lors de l'ajout de médicament sur l'ordonnance d'un patient, les médecins doivent savoir que chaque médicament supplémentaire augmente de 8,6 % les effets indésirables (EI).
Avec le vieillissement de la population, la polypharmacie augmente en parallèle avec le nombre de patients polypathologiques : le nombre de médicaments est en effet corrélé avec l'âge, les comorbidités et le degré d'invalidité. (68)

ii. Patients exigeants

La CRO est aussi compliqué par le fait que les patients sont des humains différents et parfois caractériels ou difficiles à cadrer. Ils peuvent être exigent sur d'innombrables demandes mais finalement laxiste sur leur prise en charge. Pour les MG, les patients semblent parfois peu ouverts à la discussion pensant connaître entièrement leur pathologie. Il semble donc difficile de pratiquer une éducation thérapeutique ou une information continue sur leur pathologie.
De plus certains peuvent être impatient, en salle d'attente ou au téléphone afin d'obtenir leur souhait. On remarque là que le MG doit faire l'objet d'une certaine autorité, ressemblant à une autorité parentale.
Une étude réalisée en 2012, portant sur l'état des lieux des pratiques médicales concernant la CRO, conclue qu'elle est vécue par les MG comme étant difficile à mener puisqu'ils ressentent un désintérêt des patients. (22)
Il est vrai qu'en fonction du vécu de la maladie et/ou de sa gestion, la CRO est ressentie par le patient comme une contrainte et/ ou une routine, de surcroit pour une maladie stable ou une maladie perçue comme peu grave. Finalement les patients souhaitent peu d'informations ayant déjà été reçues ou recherchées. Le MG est même ressenti par le patient comme un « prestataire de soin ».(35)(28)

Cette relation peut se modifier allant jusqu'à une dégradation assez conséquente de la relation médecin-patient. Des difficultés peuvent être ressenties, par le MG, altérant les soins. Ainsi la position du soignant est remise en question. Le mal être s'installe et un décalage prédomine entre l'idéal de départ et la réalité d'exercice plus fastidieuse : entre exigences de la patientèle, relations compliquées avec certaines institutions, et défaut de reconnaissance. (74)

A l'inverse une autre étude conclue que les patients considèrent la CRO comme « aussi importante qu'une consultation pour un autre motif ». Elle constate aussi que les patients attendent beaucoup de l'échange pendant la consultation que ce soit au niveau de la décision médicale partagée que des explications sur la pathologie.(13) Cette étude est pertinente est accentue l'écart connu entre ce que les médecins pensent que les patients attendent et les attentes réelles de ces patients.
Fort de ce constat, les patients ressentent le fait d'« avoir assez de temps pendant la consultation » et d'« être reçu par le même médecin » comme non essentiels.(13)

iii. Patients vus au domicile, source de biais

Il a été démontré les avantages des visites à domicile ; cependant elles peuvent être sources d'erreur.
Premièrement le patient est difficilement examinable chez lui. En effet les conditions d'exercice sont plus rudimentaires en l'absence de table d'examen et parfois en l'absence de certains outils disponibles uniquement au cabinet.
Deuxièmement le suivi des patients est plus difficile. Il est vrai que les dossiers patients sont largement informatisés et donc difficilement consultable à domicile. Certains MG s'organisent avec des logiciels sur smartphone d'autres avec des CR imprimés la veille au cabinet pour des visites à domicile programmées. Ainsi il peut exister des pertes d'informations lors des visites puis une nouvelle altération au cabinet n'ayant pas récupéré certains courriers ou ordonnance du domicile.
Un MG interrogé parle même de deux dossiers distincts : « *on a deux dossiers, avec pas forcément les mêmes choses dedans »* pour souligner l'importance de la perte d'information.
Le dossier médical reste un inconvénient majeur des visites à domicile. (55)(75)

Ces résultats sont retrouvés dans une étude lyonnaise de 2018 montrant que les MG ressentent les visites à domicile comme difficiles et où les conditions des consultations ne sont pas optimales, notamment du fait de l'absence d'accès au dossier informatisé et aux résultats biologiques, mais aussi du fait de la mauvaise qualité de l'examen clinique.(26)(75)

iv. Patients vus différemment par le spécialiste

La médecine générale nécessite régulièrement des avis et des suivis spécialisés. Les MG décrivent une discordance entre l'opinion qu'ils ont du patient et ce que les spécialistes pensent d'eux. Cette différence est dû au discours du patient qui peut être parfois plus honnête ou au contraire plus idéalisé.
C'est pourquoi un ajustement du traitement par le MG est parfois nécessaire. De plus les habitudes et la qualité de vie sont différentes lorsque les patients sont hospitalisés. Ainsi il est courant de devoir ajuster le traitement après une sortie d'hospitalisation, a fortiori pour les traitement anxiolytiques ou antidiabétiques.(26) (26)
Même si le DMP est en voie de développement, certaines pathologies ou allergies peuvent être méconnues du spécialiste et ainsi être réajusté par le MG.

v. EHPAD, ordonnance automatisée

Cependant d'après un MG, certains RO en EHPAD sont automatisés informatiquement.
Pour beaucoup de MG, la prescription du RO est automatique selon l'ancienneté de la prescription et sujette à peu de changements de molécules. « On ne change pas une équipe qui gagne » précise un MG. Ceci pourrait expliquer la demande excessive des patients de renouveler leur ordonnance par téléphone sans consultation.

Conclusion

Conclusion

La CRO, indispensable au suivi des patients atteints de maladies chroniques (dont les ALD), est en augmentation progressive et représente le premier motif de consultation en médecine générale. Notre étude a permis de mettre en évidence les éléments de complexité d'une CRO à travers le vécu des MG.
Cette CRO, spécifique de la médecine générale, permet aux MG de valoriser leur travail et de bonifier leurs prises en charge en réévaluant la santé globale de leurs patients.

Outre son rôle de fournisseur d'ordonnance, la CRO permet de soigner un patient dans son intégralité. Pour cela, le MG soigne la pathologie actuelle du patient tout en prenant en compte d'éventuelles complications ou de nouvelles maladies. Elle a pour objectif une analyse pluridisciplinaire avec de multiples thèmes à aborder, un suivi permettant une réévaluation régulière du patient, une analyse des examens paracliniques et des avis spécialisés.

Les MG pensent que le principal objectif d'une CRO pour le patient est l'ordonnance. Ce ressenti est pourtant critiqué dans la littérature où des études montrent que les patients attendent surtout des conseils et une décision médicale partagée.

La CRO est aussi l'opportunité d'éduquer le patient, d'obtenir son adhésion et l'observance médicamenteuse, de fournir des conseils et de réaliser de la prévention. Tout ceci doit être réalisé par le biais d'informations intelligibles (imagées, vulgarisées etc.). Dans cette étude, les MG n'ont pas tranché pour un modèle de décision mais tendent vers une alternance entre une décision médicale partagée et un modèle paternaliste, selon le type de décision.

De plus les visites à domicile aident dans cette prise en charge globale en recherchant des problèmes dans l'environnement du patient. Elles permettent notamment d'installer des mesures anticipées à domicile pour éviter des situations à risques comme la grabatisation ou la dénutrition (par exemple : instauration d'un passage infirmier, d'un lit médicalisé, de portage des repas etc.).

Le rôle de médecin de famille est omniprésent dans la CRO. Par sa relation privilégiée avec le patient, dû à l'ancienneté de la confiance médicale, et/ou dû à la qualité de la relation construite, le médecin traitant devient référent du patient. Cette relation est souvent l'objet d'un lien affectif avec le patient, allant jusqu'à un chantage réciproque. Une autre qualité indispensable du MG est sa disponibilité. De plus il sait être à l'écoute et présent pour assurer le suivi médical.

Cependant la CRO est aussi polluée par de nombreux facteurs comme les demandes surajoutées, l'automédication, l'aspect chronophage de la consultation par la multiplicité des points à aborder.
De plus, grand regret des MG, elle est aussi la cible d'une certaine routine. Elle contraste avec une vigilance accrue à chaque consultation malgré une « vitesse de croisière » pouvant être ressentie face à un patient apparemment en bonne santé.

A la complexité du travail s'ajoute la contrainte de prescriptions, a fortiori dans une CRO, faisant l'objet d'une surveillance par la sécurité sociale et le ministère de la santé. Malheureusement le MG est soumis à la demande croissante des patients et à l'accentuation de la pénurie de médecin. Ainsi avec leur planning chargé, chaque créneau est compté interférant avec une CRO chronophage.
La collaboration dans un cabinet médical permet la permanence médicale mais est parfois peu optimale (partage des dossiers informatiques non systématique, méconnaissance du patient).

Les MG se plaignent d'un manque de moyens informatiques, notamment à domicile où le dossier médical dématérialisé reste peu accessible. De plus les visites à domicile sont freinées par un manque de temps et une qualité d'examen clinique plus faible. Cette étude souligne, le manque d'intérêt des visites à domicile pour une partie des nouveaux médecins généralistes. Quelles facteurs pourraient les rendre plus attractives ?

Les patients quant à eux sont souvent polypathologiques compliquant une prise en charge pluridisciplinaire. Les spécialistes, pourtant indispensables au suivi, peuvent avoir des avis divergents dont une des causes est la vision idéalisée du patient (observance médicamenteuse théorique, conditions de vie enjolivées). Le MG apparaît donc comme un tampon entre une médecine de terrain et une médecine spécialisée utopique.

Les maisons de retraite et/ou EHPAD semblent être peu attractives pour les MG. L'aspect chronophage est prépondérant. Parallèlement le facteur temps revient de nombreuses fois lors des entretiens, on peut alors se demander comment optimiser ces visites de RO en EHPAD et comment les rendre attractives pour les MG ? Avec l'accroissement récent de la télémédecine, quelle pourrait être sa place en maison de retraite ?

Le travail accompli lors de ces CRO apparaît plus intéressant et amélioré, par la présence d'un interne en médecine générale. Un échange médicalement riche et une formation réciproque s'installent, contrastant avec une solitude parfois pesante du médecin généraliste en cabinet. L'interne de médecine générale en stage chez un MSU deviendrait-il une source de diminution du burnout chez les MG ?

Nous pouvons en conclure que le nom « CRO », aussi critiqué dans la littérature, représente un quiproquo entre ce que le terme sous-entend et la réalité : cette consultation représente l'opportunité pour le médecin généraliste de revoir, réexaminer et réévaluer la santé globale des patients. Il paraît plus opportun de l'appeler « consultation de suivi » déjà proposé par certains auteurs.

Président de jury
Pr Gaëtan Gentile
Marseille le 13/05/20

Références bibliographiques

1. Haut Conseil de la SP. Évaluation du plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques 2007-2011. In 2013. p. p81.
2. Labarthe G. Les consultations et visites des médecins généralistes - Un essai de typologie - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. 2004. Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/les-consultations-et-visites-des-medecins-generalistes-un-essai-de-typologie
3. IRDES ESF. Liste des 30 maladies ouvrant droit à l'exonération du ticket modérateur ALD CNAMTS [Internet]. 2014. Disponible sur: http://www.ecosante.fr/DEPAFRA/800431.html
4. Données relatives à l'ensemble des bénéficiaires du dispositif des ALD en 2017 - Régime général. [Internet]. 2018. Disponible sur: https://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/donnees-statistiques/affection-de-longue-duree-ald/prevalence/prevalence-des-ald-en-2017.php
5. Le poids grandissant des maladies chroniques [Internet]. egora.fr. 2018. Disponible sur: https://www.egora.fr/actus-medicales/sante-publique/35569-le-poids-grandissant-des-maladies-chroniques
6. Population par âge − Tableaux de l'économie française | Insee [Internet]. [cité 1 avr 2020]. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/4277619?sommaire=4318291
7. Guillemaud C. Analyse des déterminants de la gestion des ordonnances de polyprescription des patients chroniques en médecine générale (Thèse d'exercice) [Internet]. [Le Kremlin-Bicêtre, Val-de-Marne, France, Université de Paris-Sud. Faculté de médecine]; 2010. Disponible sur: http://www.sfmg.org/data/generateur/generateur_fiche/601/fichier_cguillebaud_these_vfde0b2.pdf
8. Paul E. Gestion de la maladie chronique en soins primaires [Thèse d'exercice]. [Université de Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines, UFR des Sciences de la Santé Simone Veil;]; 2015.
9. OMS F. Profils des pays pour les maladies non transmissibles (MNT). En France. [Internet]. 2018. Disponible sur: https://www.who.int/nmh/countries/fra_fr.pdf?ua=1
10. DGOS. Qu'est-ce-que le parcours de soins ? [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2004. Disponible sur: http://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-de-sante-vos-droits/liberte-de-choix-et-acces-aux-soins/article/qu-est-ce-que-le-parcours-de-soins
11. Levrault B. Mission « Évaluation des compétences professionnelles des métiers de la santé », CNGE, CNOSF, CASSF CNGOF. Référentiels métiers et compétences : médecins généralistes, sages- femmes et gynécologues-obstétriciens. Vol. 155 p. Paris; 2010.
12. Marquant J. Les consultations pour renouvellement d'ordonnance en médecine générale : étude descriptive des éléments de consultation associés au motif « renouvellement d'ordonnance », à partir des données de l'étude ECOGEN. [Internet]. [Lille, France]: Université Lille 2 Droit et santé Faculté de Médecine Henri WAREMBOURG; 2014. Disponible sur: https://pepite-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/8e396016-ab10-4f38-9bde-dd89509bf144
13. Siproudhis-Frère J. La « consultation de renouvellement d'ordonnance » en médecine générale : qu'en attendent les patients ? (Thèse d'exercice) [Internet] [N° 122 - Pages 252 à 253]. [Rennes]: Université de Rennes 1; 2014. Disponible sur: http://www.exercer.org/numero/122/page/252/
14. DUMAS M. L'ordonnance : représentations des médecins généralistes. (thèse

d'exercice) [Internet]. [Université Claude Bernard Lyon 1]; 2017. Disponible sur: http://bibnum.univ-lyon1.fr/nuxeo/restAPI/preview/default/f3c6e4e9-3046-4285-86d3-8f25606b6aed/default/
15. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P. Introduction à la recherche qualitative. Exerc 2008 1984 142-5. 2008;19:4.
16. Blanchet A, Gotman A. L'enquête et ses méthodes, L'entretien 2ieme édition,. Paris : A. Colin; 2010. (128,).
17. Gotman A. L'enquête et ses méthodes : l'entretien. Paris: Nathan Université; 1992.
18. Frappé P. Initiation à la recherche - 2° édition [Internet]. 2018 [cité 15 avr 2020]. (Association française des jeunes chercheurs en médecine générale). Disponible sur: https://www.unitheque.com/initiation-recherche/la-revue-praticien/Livre/123213
19. Touboul P. Guide méthodologique pour réaliser une thèse qualitative. [Internet]. Nice; 2013. Disponible sur: https://nice.cnge.fr/rubrique.php3?id_rubrique=53
20. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. Int J Qual Health Care. 1 déc 2007;19(6):349-57.
21. Site du Collège National de Pharmacologie Médicale e. Effets indésirables [Internet]. pharmacomedicale. 2019. Disponible sur: https://pharmacomedicale.org/pharmacologie/risque-des-medicaments/47-effets-indesirables
22. Ducos D. La consultation de renouvellement d'ordonnance en médecine générale: enquête de pratique [Thèse d'exercice]. [Internet]. [Lyon, France]: Université Claude Bernard; 2010. Disponible sur: https://www.worldcat.org/title/consultation-de-renouvellement-dordonnance-en-medecine-generale-enquete-de-pratique/oclc/758802298#borrow
23. Société Française de Médecine Générale - . Le médecin généraliste, le pharmacien et le photocopieur ! [cité 12 avr 2020]; Disponible sur: http://www.sfmg.org/actualites/editorial/le_medecin_generaliste_le_pharmacien_et_le_photocopieur.html
24. Chouilly J, Gabillard G, Jouteau D, Kaendel O. Le renouvellement d'ordonnance un vrai « mal » entendu : vers une approche professionnelle du suivi des pathologies chroniques [. Communication lors du Congrès de la Société Française de médecine Générale;]. [Nice, France]; 2013.
25. Calve B. Attentes des patients diabétiques de type 2 lors de la consultation de « renouvellement d'ordonnance » en médecine générale (Thèse d'exercice). [Internet]. Université de Versailles-Saint-Quentin-en-Yvelines.; 2018. Disponible sur: http://www.sudoc.abes.fr/cbs/xslt/DB=2.1//SRCH?IKT=12&TRM=233761217
26. Bosveil E, Favro E. Perception des médecins généralistes des modifications d'ordonnances par les gériatres hospitaliers [Internet]. [Lyon]: Université Claude Bernard Lyon 1; 2018. Disponible sur: http://bibnum.univ-lyon1.fr/nuxeo/nxfile/default/3f25dc60-327b-4e71-8ba9-c464a8b11668/blobholder:0/THm_2018_BOSVEIL_Edith_et_FAVRO_Elodie.pdf
27. Le Page T. Parcours de soin d'un patient au décours d'un infarctus du myocarde: transmission d'information hôpital-médecin traitant [Thèse d'exercice]. [2012-, France]: Aix-Marseille Université. Faculté de Médecine; 2015.
28. Sarradon D. La consultation de renouvellement d'ordonnance : le point de vue du patient atteint de pathologie(s) chronique(s) (Thèse d'exercice) [Internet]. Aix-Marseille Université.; 2014. Disponible sur: http://www.sudoc.abes.fr/cbs/xslt//DB=2.1/SET=3/TTL=11/SHW?FRST=17
29. Fainzang S. Médicaments et société. Le patient, le médecin et l'ordonnance. Paris, Presses Universitaires de France; 2001. 156 p. (Ethnologies-Controverses »)).

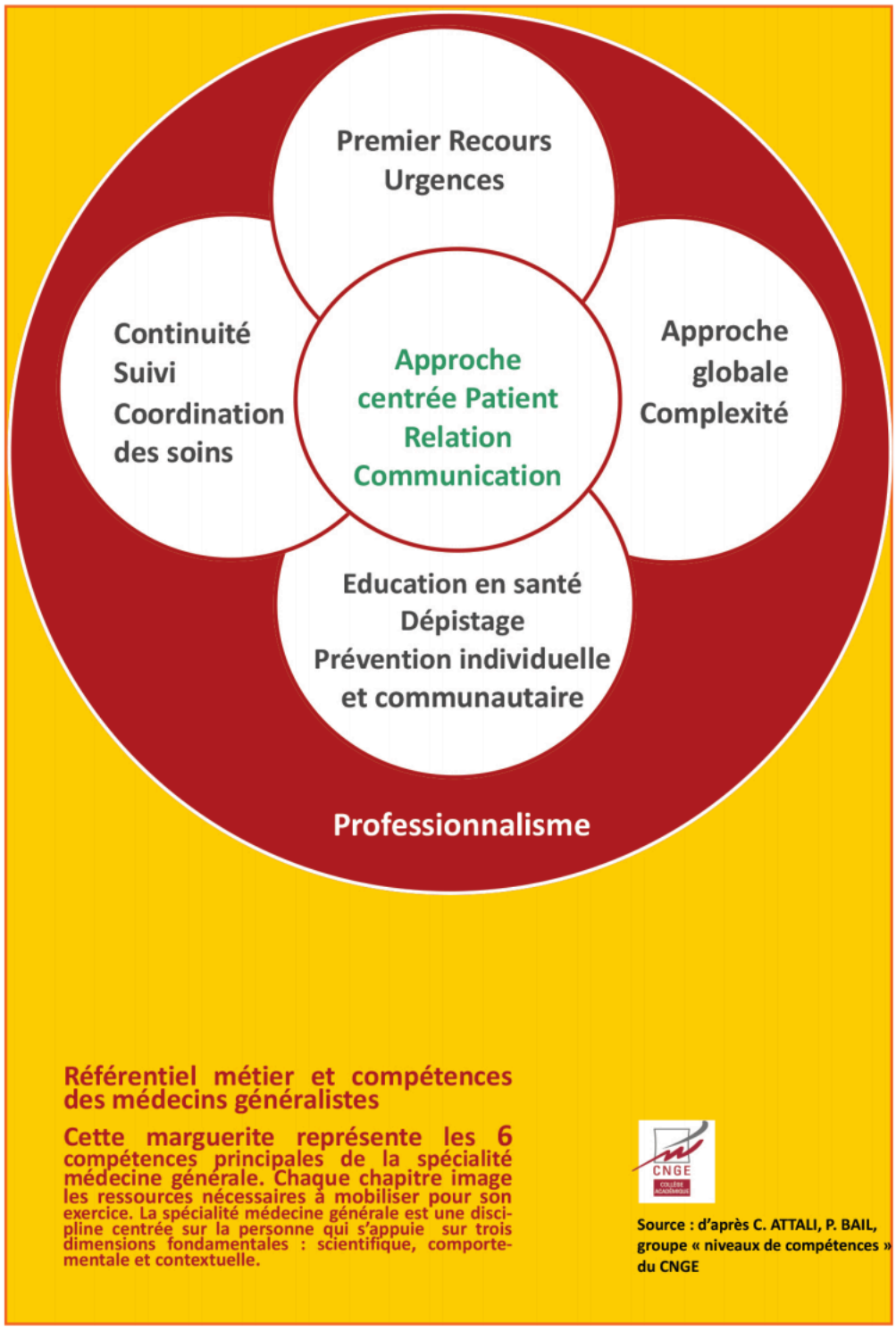
30. Hauvespre B. La non prescription : représentations et vécu des médecins généralistes : étude qualitative par 13 entretiens. (Thèse d'exercice en médecine) [Internet]. [Lyon]: Université Lyon 1; 2012. Disponible sur: https://www.prescrire.org/Docu/PostersRencontres2014/Poster_FARGEthierry.pdf
31. Gimbert V, Chauffaut D. Les médicaments et leurs usages : comment favoriser une consommation adaptée ? Commissariat général à la stratégie et à la prospective, la note d'analyse N°9,; 2014.
32. Polymédication chez les personnes âgées : l'IRDES et « Que Choisir » sonnent l'alerte. Quotid Médecin [Internet]. 28 janv 2015; Disponible sur: https://www.lequotidiendumedecin.fr/actus-medicales/medicament/polymedication-chez-les-personnes-agees-lirdes-et-que-choisir-sonnent-lalerte
33. David S, Monod S, Benaroyo, L, Mazzocato, C. Polymédication et personne âgée : ni trop ni trop peu ! Rev Médicale Suisse. 2013;9:1026-31.
34. OMS . Therapeutic Patient Education – Continuing Education Programmes for Health Care Providers in the field of Chronic Disease, traduit en français en 1998. 1996.
35. Delanneau L, Magréault J. Attentes des patients atteints de pathologie(s) chronique(s) vis-a-vis de la consultation dite de « renouvellement d'ordonnance » [Internet] [exercice]. Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2017. Disponible sur: http://thesesante.ups-tlse.fr/2034/
36. Scheen A, Giet D. Non observance thérapeutique; causes, conséquences, solutions. 2010; Disponible sur: https://orbi.uliege.be//bitstream/2268/70194/1/20100506_03.pdf
37. Organisation Mondiale de la Santé.— . Adherence to longterm therapies. Evidence for action. [Internet]. 2003. Disponible sur: https://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_report/en/
38. Cramer J, Roy A, Burrell A. Medication compliance and persistence : terminology and definitions. 2008; Disponible sur: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18237359
39. Salvador M. OBSERVANCE MÉDICAMENTEUSE. Disponible sur: http://www.medecine.ups-tlse.fr/dcem4/module11/chamontin/2010_2011/169/OBSERVANCE%20POLYCOPIE.pdf
40. Urquhart J. Role of patient compliance in clinical phar- macokinetics. A review of recent research. 1994. (Clin Pharmacokinet,).
41. Bureau M. L'observance thérapeutique: ses facteurs et ses enjeux (Thèse d'exercice) [Internet]. [Nancy]: Université de Henri Poincaré; 2001. Disponible sur: https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01733161/document
42. Mouret - Bonzi M. L'ordonnance médicamenteuse en France et en Europe : les attentes de prescription des patients. Une revue systématique de la littérature de 2005 à 2014 » [Internet]. [Lille, France]: Université Lille 2 Droit et santé, Faculté de médecine Henri WAREMBOURG; 2015. Disponible sur: https://pepite-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/c18c5111-ecee-41b8-8fe4-43144ac5ad4e
43. Abecassis P, Coutinet N. Caractéristiques du marché des médicaments et stratégies des firmes pharmaceutiques [Internet]. 2008. (Horizons Stratégiques). Disponible sur: https://www.cairn.info/revue-horizons-strategiques-2008-1-page-111.htm#
44. Scheen A. La non-observance thérapeutique : problème majeur pour la prévention des maladies cardiovasculaires. 1999. (Rev Med Liège,).
45. Miller W, Rollnick S. L'entretien motivationnel : Aider la personne à engager le changement. Dunod. Paris; 2006. 241 p.
46. Vallée É, Vastel É, Piquet M-A, Savey V. Efficacité d'un conseil minimal abordant l'activité physique et délivré par les médecins généralistes lors d'une consultation pour renouvellement d'ordonnance. Nutr Clin Métabolisme. 1 sept 2017;31(3):194-206.
47. Institut Politique de Sondages et d'Opinions Sociales (IPSOS) pour Les Entreprises

du M. Médicament : que disent les français aujourd'hui ? [Internet]. 2014. Disponible sur: https://www.leem.org/publication/observatoire-societal-du-medicament-ipsos-pour-le-leem-4eme-edition-2014
48. Balint M. Le médecin, son malade et la maladie. Payot et Rivages. Paris; 1996.
49. Leroux-Bolteau H. Rhinopharyngite de l'enfant : attentes médicamenteuses parentales en consultation de médecin générale. [Thèse d'exercice en médecine générale]. [Internet]. [Nantes]: Faculté de médecine de Nantes; 2012. Disponible sur: http://www.sudoc.abes.fr/cbs/xslt/DB=2.1//SRCH?IKT=12&TRM=160230047&COOKIE=U10178,Klecteurweb,D2.1,E12c3f9ef-2,I250,B341720009+,SY,QDEF,A%5C9008+1,,J,H2-26,,29,,34,,39,,44,,49-50,,53-78,,80-87,NLECTEUR+PSI,R88.120.90.162,FN
50. Flajolet A. Rapport Flajolet, ANNEXE 1 : LA PREVENTION : définition, notions générales sur l'approche française, et comparaisons internationales [Internet]. 2004. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/annexes.pdf
51. SFMG . Décision médicale partagée. Fiche n°34. Disponible sur: http://www.sfmg.org/data/generateur/generateur_fiche/836/fichier_fiche34_decision_medicale_partagee6347f.pdf
52. Farge T, Charra E. La non prescription d'une ordonnance : représentations des médecins généralistes et des patients, 4 focus groupes [Internet]. [Lyon]; 2014. Disponible sur: https://www.prescrire.org/Docu/PostersRencontres2014/Poster_FARGEthierry.pdf
53. Krucien N. Analyse de la qualité de l'offre de soins de médecine générale du point de vue des patients. [Thèse de doctorat]. [Paris]: [Villejuif, Val-de-Marne, France]: Université Paris Sud - Paris XI; 2012.
54. Vodounnou M-S. Les affects des médecins généralistes: leurs approches et leurs solutions pour ne pas déborder le cadre de la relation médecin-patient: une étude qualitative exploratoire auprès de 24 médecins généralistes du grand Sud-Ouest [Internet]. [Bordeaux]: Université de Bordeaux U.F.R. des sciences médicales; 2015. Disponible sur: https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01237866/document
55. Tekaya E. Analyse des contraintes et des apports de la visite à domicile dans la prise en soins des patients à travers l'expérience vécue de médecins généralistes (Thèse d'exercice) [Internet]. [Montpellier]; 2019. Disponible sur: http://www.biu-montpellier.fr/florabium/jsp/nomem.jsp?NOMEM=2019MONT1009
56. Le Bot M. Dossier Observance. 1999;(13, 1335-1348).
57. Scheen A. L'observance thérapeutique. 1999;(54, 854-858).
58. Cutler DM, Everett W. Thinking outside the pillbox--medication adherence as a priority for health care reform. N Engl J Med. 29 avr 2010;362(17):1553-5.
59. HAS S. Prendre en charge une personne âgée polypathologique en soins primaires [Internet]. Haute Autorité de Santé. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2028194/fr/prendre-en-charge-une-personne-agee-polypathologique-en-soins-primaires
60. Darlak M. Les déterminants de la prescription médicamenteuse en médecine de ville. [Thèse d'exercice en médecine générale]. [Paris]: Université Paris-Nord; 2013.
61. Beardon PH, McGilchrist MM, McKendrick AD, McDevitt DG, MacDonald TM. Primary non-compliance with prescribed medication in primary care. BMJ. 2 oct 1993;307(6908):846-8.
62. Berthonneau M. Démarches cindyniques en médecine générale (Thèse d'exercice) [Internet]. [Poitier]: Université de Poitiers Faculté de Médecine et Pharmacie; 2016. Disponible sur: http://nuxeo.edel.univ-poitiers.fr/nuxeo/site/esupversions/b0df16fe-2cc3-4864-86d2-f606cd24ce23
63. Velluet L. Clinique de la formation psychologique. La théorisation et la pratique du groupe balint et la formation des médecins de famille. Monographie. 2012.

64. Bodenheimer T. Primary care--will it survive? 2006; Disponible sur: https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp068155
65. Huchet C. Les demandes de prescriptions complémentaires au cours des consultations de renouvellement. Enquête par observation directe auprès de médecins généralistes de Loire [Internet]. [Nantes]: Université de Nantes; 2015. Disponible sur: https://www.prescrire.org/Docu/Rencontres2017/006_BrutusL_Poster_PrescrireAutomedication.pdf
66. Galam E. Oser dire « non » avec sérénité. 20 nov 2007;21(788/789):2.
67. Pouchain D. Médecine générale. Concepts et pratique. Paris; 1996. (Masson).
68. Neuner-Jehle S. La polypharmacie : une nouvelle épidémie. Rev Médicale Suisse. 2016;12:942-7.
69. Pr Hanon O. La gériatrie pour l'ENC [Internet]. Disponible sur: https://slideplayer.fr/slide/3688399/
70. Hanlon JT, Weinberger M, Samsa GP, Schmader KE, Uttech KM, Lewis IK, et al. A randomized, controlled trial of a clinical pharmacist intervention to improve inappropriate prescribing in elderly outpatients with polypharmacy. Am J Med. avr 1996;100(4):428-37.
71. Hasler S, Senn O, Rosemann T, Neuner-Jehle S. Effect of a patient-centered drug review on polypharmacy in primary care patients: study protocol for a cluster-randomized controlled trial. Trials [Internet]. 26 août 2015;16. Disponible sur: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4549970/
72. Ameli . La rémunération sur objectifs de santé publique (Rosp) [Internet]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/remuneration/remuneration-objectifs
73. Masson P. La prescription des médecins généralistes : conflits entre la profession médicale et l'Assurance maladie. Soc Contemp. 20 sept 2011;n° 83(3):33-57.
74. Bontoux E. Prévalence et facteurs de risque du Burnout chez les médecins généralistes du Gers (thèse d'exercice) [Internet]. [Toulouse]: Université Paul Sabatier Toulouse III; 2016. Disponible sur: http://thesesante.ups-tlse.fr/1564/1/2016TOU31111.pdf
75. Le Maner A. Le dossier médical libéral et la visite à domicile : quelles sont les problématiques persistantes pour le médecin généraliste ? [Internet]. [Lorraine]; 2018. Disponible sur: http://www.sudoc.abes.fr/cbs/xslt/DB=2.1//SRCH?IKT=12&TRM=224366807

Annexe

Annexe 1 : Marguerite des compétences en médecine générale



Annexe 2 : Guide d'entretien n°1

- « **Voudriez-vous bien me raconter une consultation que vous avez eu récemment pour RO ?** », ou *« racontez-moi une CRO qui vous a marquée ?* »
Relances : « *comment cela se passe-t-il en pratique* ? », « *Comment les qualifieriez-vous ?*», « chronophage ou courte pour rattraper le retard ? » « *Plutôt redondant ou Fatiguant et embêtant ou toujours différente et passionnante* ? »
« le nombre dans une journée ou une semaine ? »

- « **Quelles sont pour vous les principales difficultés liées à de telles consultations ?** », relances : « *Comment gérez-vous les interactions médicamenteuses* ?» « *et observance médicamenteuse des patients* ? » « *Comment mettez-vous en lien toutes les co-prescriptions (spécialistes, pharmaciens, automédication* ? »

- « **Comment abordez-vous (ou pas) l'éducation thérapeutique avec le patient** ? », relance « à *quel sujet ? » « en avez-vous un en particulier qui vous parait primordial »*, « *comment faites-vous pour motiver/accrocher le patient* ? »

- « **Quelles seraient vos suggestions pour améliorer l'efficience de ces CRO** ? »,

Relances : « *Comment utilisez-vous votre réseau de confrères* ? », « *avez-vous une méthode particulière* ? » si déjà eu un interne : « *Quels sont les changements éventuels que vous avez constatés depuis que vous avez un interne* ? » « *interne = plutôt une aide ou un frein pendant ces CRO* ? »

- « **Que pensez-vous personnellement des demandes surajoutées en fin de consultation** ? » « *Comment les gérez-vous* ? » « *De quelle manière vous y répondez ? Positivement ou négativement* ? »

Annexe 3 : Présentation téléphonique de l'objet d'étude aux MG

"Bonjour je suis interne en S5 à la fac de Marseille actuellement en stage SASPAS chez trois médecins généralistes à La Seyne et Toulon.
Je voudrais avoir votre avis au cours d'un entretien de 20 à 30 min sur la complexité d'une CRO vue par le MG.
En effet J'élabore une thèse sur "comment les MG prennent-ils en charge la complexité d'une CRO", et je souhaite interroger 5 à 8 MG.
Je pense que les CRO remplissent beaucoup vos journées et sont très hétérogènes.
C'est pourquoi je m'interroge sur leur complexité et le ressenties des MG.
C'est une étude qualitative. Ainsi je vous poserai quelques (3 à 5) questions ouvertes et vous pourrez me raconter vos expériences et me donner vos avis personnels. Pour cela je peux venir à votre cabinet. Les entretiens seront enregistrés pour être retranscrits, analysés et surtout anonymisés. Quand seriez-vous disponible."

Annexe 4 : Grille d'entretien n°2

- **racontez-moi une CRO qui vous a marquée ?**
Relances : *comment cela se passe-t-il en pratique* ?
Comment les qualifieriez-vous ?

Chronophage ou courte pour rattraper le retard ?
Plutôt redondant / Fatiguant / embêtant ou souvent différentes / diversifié

Quelles différences existent il pour vous par rapport aux autres C ?
Sur quoi insistez-vous plus pendant une CRO ?

Que pensez-vous des C à domicile ? comment cela se passe t il en pratique ?
Quels thèmes abordez-vous plus à domicile ou différemment ?

- Que pensez-vous de l'automédication ?

- **Que pensez-vous l'éducation thérapeutique avec le patient** ?
En avez-vous un en particulier que vous abordez fréquemment ?
Y a-t-il selon vous une place pour la prévention dans les CRO ?

- **Quelles sont pour vous les principales difficultés liées à de telles consultations**
Comment gérez-vous les interactions médicamenteuses
et observance médicamenteuse des patients ?
comment obtenir l'adhésion du patient ?

- **Que pensez-vous personnellement des demandes surajoutées en fin de consultation** ?
Comment les gérez-vous ?
De quelle manière vous y répondez ? Positivement ou négativement ?

Si MSU :
- Quels sont les changements éventuels que vous avez constatés depuis que vous avez un interne ?
interne = plutôt une aide ou un frein pendant ces CRO ?

Annexe 5 : Grille d'analyse méthodologique selon les lignes directrices COREQ

Domaine 1 : Research team and reflexivity

- Personal Characteristics :

No	Item	Guide questions/description	Réponse
1.	Interviewer/facilitator	Which author/s conducted the interview or focus group?	Justine Labbé
2.	Credentials	What were the researcher's credentials? *E.g. PhD, MD*	Interne en MG 5°semestre
3.	Occupation	What was their occupation at the time of the study?	Cabinet de MG : SASPAS
4.	Gender	Was the researcher male or female?	Femme
5.	Experience and training	What experience or training did the researcher have?	Première expérience en travail qualitatif.

- Relationship with participants

6.	Relationship established	Was a relationship established prior to study commencement?	**non**
7.	Participant knowledge of the interviewer	What did the participants know about the researcher? e.g. *personal goals, reasons for doing the research*	Présentation lors du premier contact avec le MG
8.	Interviewer characteristics	What characteristics were reported about the interviewer/facilitator? e.g. *Bias, assumptions, reasons and interests in the research topic*	Pas de conflit d'interêt

Domain 2: study design

- Theoretical framework

9.	Methodological orientation and Theory	What methodological orientation was stated to underpin the study ? *E.g. grounded theory, discourse analysis, ethnography, phenomenology, content analysis*	Analyse des entretiens semi dirigés au fur et à mesure de l'étude

- Participant selection

10.	**Sampling**	**How were participants selected? *e.g. purposive, convenience, consecutive, snowball***	**« Boule de neige »**
11.	Method of approach	How were participants approached? e.g. *face-to-face, telephone, mail, email*	Téléphone
12.	Sample size	How many participants were in the study?	7

- Setting

13.	**Non-participation**	**How many people refused to participate or dropped out? Reasons?**	**0**
14.	Setting of data collection	Where was the data collected? e.g. *home, clinic, workplace*	Cabinet du MG
15.	Presence of non-participants	Was anyone else present besides the participants and researchers?	non
16.	Description of sample	What are the important characteristics of the sample? *e.g. demographic data, date*	Age, Localisation

- Data collection

17.	**Interview guide**	**Were questions, prompts, guides provided by the authors? Was it pilot tested?**	**Oui voir les 2 grilles d'entretien en annexe**
18.	Repeat interviews	Were repeat interviews carried out? If yes, how many?	Non
19.	Audio/visual recording	Did the research use audio or visual recording to collect the data?	Enregistrement audio (dictaphone sur Iphone)
20.	Field notes	Were field notes made during and/or after the interview or focus group?	non
21.	Duration	What was the duration of the interviews or focus group?	17 min en moyenne
22.	Data saturation	Was data saturation discussed?	Oui, au 6 ieme entretien, un 7 ieme a été réalisé pour vérification
23.	Transcripts returned	Were transcripts returned to participants for comment and/or correction?	Non

Domain 3: analysis and findingsz

- Data analysis

24.	**Number of data coders**	**How many data coders coded the data?**	**1, la thésarde**
25.	Description of the coding tree	Did authors provide a description of the coding tree?	non
26.	Derivation of themes	Were themes identified in advance or derived from the data?	Identifié par l'analyse des données
27.	Software	What software, if applicable, was used to manage the data?	Non, Word
28.	Participant checking	Did participants provide feedback on the findings?	non

- Reporting

29.	**Quotations presented**	**Were participant quotations presented to illustrate the themes / findings? Was each quotation identified? e.g. *participant number***	**Oui, illustration par les verbatims**
30.	Data and findings consistent	Was there consistency between the data presented and the findings?	oui
31.	Clarity of major themes	Were major themes clearly presented in the findings?	oui
32.	Clarity of minor themes	Is there a description of diverse cases or discussion of minor themes?	oui

Annexe 6 : Retranscription des 7 entretiens

Entretien n° 1

Racontez-moi une CRO qui vous a marqué

- Alors (hésitations)

Comment cela se passe-t-il en pratique ? Est ce qu'ils viennent que pour ça ?

Non. Très rarement que pour ça en fait Il y a toujours un petit truc à la fin. D'ailleurs au début ils viennent au cabinet pour tout autre chose puis à la fin « ah au fait il me faut mon renouvellement d'ordonnance ». Du coup on n'a pas eu le temps vraiment de faire le point sur la pathologie chronique et on se dit Ba on le fera la prochaine fois car il n'y a plus de temps.

Ou alors oui ils viennent en effet pour leur renouvellement d'ordonnance et ah aussi j'ai mal à l'épaule depuis deux mois, ou au pied depuis quelques jours.

Ok Il y en a une en particuliers qui vous a marqué

Euh je ne sais pas, une en particulier alors (hésitations)

Et pour vous c'est plutôt chronophage ou pour rattraper le temps, c'est redondant diversifié ?

Alors non ça ne me fait pas gagner de temps parce qu'à chaque fois que j'ai un RO, je fais le point sur tout le dossier et comme moi je suis installée depuis pas très longtemps mes patients je ne les connais pas bien non plus. Donc je fais toujours le point est ce qu'ils sont bien à jour de tous leurs dépistages du cancer colo rectal, du cancer du sein et puis s'ils sont à jour de leur vaccination tétanos et puis après je fais le point sur leur pathologie. Par exemple est ce qu'ils ont fait leur protéinurie dans l'année s'ils sont hypertendus, ou diabétique, ou quand ils ont fait leur dernière hémoglobine glyquée etc. Parce qu'on en a qui viennent peu finalement.

Ah oui j'ai un patient qui est venu pour un RO en début de semaine. Je vais te raconter celui-là du coup. (Rire)

C'est un monsieur assez jeune de 45 ans qui a déjà fait un infarctus à qui on a posé un stent, qui est diabétique et VIH, il est tatoueur, pour le moment je l'avais vu que deux fois, et je ne l'avais pas vu depuis un bon moment, cet été je pense et donc il vient pour son renouvellement, et donc je lui ai dit déjà la dernière fois « vous n'avez toujours pas fait votre bilan sanguin avec l'hémoglobine glyquée ».

Ça faisait beaucoup de mois que je le lui demandais et je lui avais dit la prochaine fois vous la faite, et je ne l'avais toujours pas reçu.

Et il me dit « ah justement je l'ai fait ce matin vous allez le recevoir, ça fait trois semaines que j'ai plus de traitement. » Donc il n'a plus de Kardégic ni d'antidiabétique oral plus rien quoi. Donc je lui explique qu'il ne peut pas rester comme ça.

Du coup donc quand il est venu sans son bilan sanguin que je lui demandais depuis longtemps, je me suis dit qu'il me prenait pour une idiote et donc je ne vais pas lui renouveler ou que pour un mois, donc on se sert du traitement pour les faire revenir un peu plus tôt aussi.

Mais du coup oui on fait toujours le point sur ce qui a été fait ou pas, et on peut voir les patients observant avec le suivi de leur pathologie.

Ok et alors Quels sont les principales difficultés alors avec ce genre de consultations ?

(Hésitation) Réadapter le traitement au mieux pour le patient, j'essaie toujours moi d'enlever des traitements si je peux les retirer de leur liste de médicaments pour ne pas renouveler bêtement le traitement, comme c'est le cas parfois de médecins beaucoup plus vieux qui partent à la retraite et donc je me retrouve avec de nouveau patients qui ont des traitements complétement aberrants, et donc moi, jeux peux faire le point avec un regard nouveau sur le patient. Donc voilà ça permet de faire le point sur la totalité de l'ordonnance, les interactions, le suivi.

(Hésitation) c'était quoi déjà ta question

Non c'est ça les principales difficultés

(Hésitation)

Ok très bien. Et au niveau de l'observance médicamenteuse comment vous faites pour la vérifier ?

Ba c'est ce que dit le patient, mais ce n'est pas évident.

Pour un diabétique on voit très bien s'il prend son traitement avec les bilans sanguins et l'hémoglobine glyquée s'il le prend vraiment et la personne qui a du cholestérol on le voit aussi.

J'ai plein de patients qui ne veulent pas de leur traitement.

Mais c'est vrai que combien de fois on discute avec l'endocrinologue qui est dans la maison de santé et qui nous raconte que tel patient lui a dit « oh je ne prends pas ce traitement docteur » et elle leur demande « pourquoi vous ne le dites pas à votre Médecin traitant » et ils lui répondent « oh je ne veux pas lui faire de la peine. »

D'accord ok. (Rire)
Donc oui ils ne sont pas très franc avec nous, donc ils vont le dire aux spécialistes, car ça ne touche pas leur pathologie enfin leur organe à eux mais à nous ils ne nous le disent pas forcement
Ok
Ou inversement d'ailleurs ils vont dire des choses à nous Médecin traitant qu'ils n'osent pas dire à leur spécialiste

Et pour les spécialistes, le suivi, vous les programmer avec les patients, et les comptes rendus comment faites-vous ?
Alors oui pour les spécialistes, justement pour les diabétiques ça prend du temps car je vérifie toujours quand est ce qu'ils ont fait leur fond d'œil, leur échographie TSAo et membres inférieurs et leur dernier ECG. J'essaie de voir voilà qu'ils soient suivis régulièrement. Certains sont un peu dur à faire suivre.

Et pour les CR parfois c'est difficile de les obtenir ?
Non ça va on les reçoit régulièrement ça dépend des correspondants.
Et pour vous la meilleure méthode pour recevoir les CR ?
(Hésitation) Alors on les reçoit beaucoup par courrier et quelques-uns par mails mais les deux sont corrects

Ok et l'éducations thérapeutiques vous l'abordez avec le patient ?
(Hésitations) Oui je pense qu'on l'aborde toujours un petit peu.

Ok et de quelle manière alors ?
(Hésitations) Ba j'essaie de lui expliquer comment et pourquoi il prend son traitement, et surtout qu'est-ce que ça fait s'il ne le prend pas et de simplifier et vulgariser les données pour que ce soit plus compréhensible pour lui. (Hésitations)
Après c'est ça dès qu'il se présente pour quelque chose je vais lui dire Ba voilà là vous voyez vous avez présenté ça si jamais ça se représente vous saurez qu'il faut faire ça. Par exemple un BPCO qui fait une décompensation, une exacerbation, on sait qu'il va en refaire donc voilà je vais l'éduquer là-dessus

Est-ce que vous avez des suggestions pour améliorer l'efficience des CRO ?
Alors (Hésitations)
Est que vous avez une méthode particulière à chaque fois ? ou c'est en fonction du patient en fonction de ce qu'il dit ?
Non je regarde toujours ce qu'il a au début puis j'enchaine. Non je n'ai pas de méthode. C'est un automatisme en fait je n'ai pas de méthode. Ou en tout cas pas consciemment.

Ok et pour les demandes surajoutées en fin de consultations comment tu gères ?
Ah alors ce n'est pas facile. Surtout que j'ai du mal à dire non moi. Et du coup soit c'est en effet un gros trucs et je lui dit de prendre rendez-vous pour approfondir la prochaine fois soit parfois on a tendance à bâcler et ne pas bien examiner le patient parce que le patient nous oh en fait j'ai mal au dos depuis quelques jours , et ça en fin de consultations quand je l'ai déjà examiné , qu'il est déjà rhabillé ,et qu'on est en train de terminer la feuille de soin électronique et qu'il nous dit ah au fait j'ai mal au dos etc. vous pouvez me mettre la kiné, là on a pas envie on voudrait l'examiner voir ce qu'il se passe, mais bon Ba on lui met sa kiné sur une ordo parce que ça vient à la fin comme la cerise sur le gâteau et on a pas envie de se prendre la tête en fin de consultation et de rallonger la consultation donc pas envie de lui dire de revenir pour ça. C'est vrai qu'on pourrait lui dire de revenir pour son motif mais c'est compliqué.
Ah oui d'accord. Et en pratique c'est difficile ?
Oui évidemment. Et d'autres viennent dès le début je viens pour deux choses voir trois choses, alors que c'est bien écrit sur doctolib une consultation égale un motif de consultation et qu'ils doivent cliquer sur la case oui j'ai bien compris.
Ok
(Rire) Mais ils le savent hein. Mais ils le font mais on n'arrive pas à dire non. C'est compliqué
OK merci (rire)
Ah oui et pour l'automédication vous abordez le sujet ?
Oui.
D'accord et comment ?
Oui alors je les engueule quand ils prennent des antibiotiques tout seul.

Ah oui ? (Rires)

Oui.
Et il y a d'autres types de médicaments ?
Oui la dernière fois j'ai eu une patiente qui était sous anticoagulant et qui avait mal au dos type sciatique et elle a pris les anti-inflammatoires de son mari et donc elle est venue en consultation et je lui ai dit qu'il ne fallait pas qu'elle fasse ça. Je lui ai expliqué qu'il ne fallait pas prendre de médicament sans consulter avant et donc qu'il fallait prendre un avis médical surtout quand ils ont un traitement lourd comme ça.
Soit ils nous téléphonent soit ils prennent l 'avis du pharmacien, enfin il ne faut pas qu'ils prennent comme ça les médicaments.
Et aussi l'autre fois un patient qui avait une insuffisance rénale sévère qui a pris des anti-inflammatoire comme ça, et il vient car il urinait du sang. Je lui ai dit bon ok vous allez faire une prise de sang mais sa femme ne voulait pas l'amener au laboratoire, il la fera dans quelques jours et ils ne comprennent pas en fait.
C'est pour ça qu'il faut leur expliquer, resituer dans le contexte mais certains n'en font qu'à leur tête. Au niveau de l'automédication c'est vrai que c'est compliqué. Une fois qu'ils ont chez eux les médicaments et qu'il y a un tel l'a pris pour quelque chose ils pensent qu'eux aussi ils peuvent le prendre
Ok
Donc oui j'essaye de le dire
Et ça marche après ?
Alors lui je ne l'ai pas encore revu, il n'est pas très intelligent. (Rires)
Sur les antibiotiques En fait je ne sais pas je n'ai pas assez de recul sur ma patientèle car je suis jeune installée.
Ok et en règle générale ils écoutent ?
En fait on ne sait pas trop s'ils comprennent.
J'essaie vraiment de leur vulgariser le truc je leur image le truc avec les soldats la guerre les armes, on monte les armes, on enlève les armes donc après il y a moins de défense. Donc j'essaie vraiment de leur imaginer le truc pour que ça leur reste en mémoire mais ce n'est pas leur quotidien donc je comprends qu'ils oublient aussi. Mais c'est vrai que c'est tentant de prendre un truc chez eux quand il y a un truc qui traine. Donc j'essaie toujours de les éduquer là-dessus.
Ok donc la solution ça serait qu'ils appellent
Oui
C'est déjà arriver ça ?
Qu'ils appellent pour avoir un conseil ?
Oui, pour avoir un conseil ou un avis ?
Oui bien sûr et comme ça après en général je leur propose de venir au cabinet pour les examiner, en urgence dans ce cas voilà je les reçois j'ai des créneaux d'urgence et ils le savent.
OK merci parfait merci beaucoup

Des choses à ajouter ?
Non
Merci

Entretien n° 2

Pour vous comment cela se passe-t-il en pratique pour les RO ? -
Oui
Il y en a une qui vous a marqué dont vous voudriez me parler ?
C'est la vrai RO ou non ? parce qu'il y a des gens qui viennent pour la RO et en fait en parlant ça débouche sur un autre type de consultation ?
Oui évidement.
Donc en général quand c'est un Renouvellement simple et que c'est presque trop facile j'ai l'impression de voler mon argent donc j'essaye souvent mais pas toujours, ça dépend un petit peu du temps que j'ai, et qui m'est imparti, de faire de la prévention donc par exemple un homme qui vient pour la tension je vais m'enquérir un petit peu des risques cardiovasculaires, de ses vaccinations et est ce qu'il pisse bien la nuit donc voilà j'essaie d'élargir un petit peu le champ de la consultation

Au niveau de l'éducation vous avez un sujet en particulier qui vous tient plus à cœur ?
Euh alors
Est-ce que vous aborder l'éducation thérapeutique à chaque fois ?
Lors d'un RO ?
Oui
Alors non Pas forcément. Alors après c'est toujours pareil on essaie toujours de faire bien. Souvent c'est ma prescription en fait et on a toujours du mal à se remettre en cause, souvent je laisse l'interne, car oui je suis Maitre de stage, je le laisse effectivement se poser légitimement des questions sur les prescriptions comme ça, ça m'oblige à remettre en question ma prescription, c'est vrai on essaie de la faire mais honnêtement on ne le fait pas systématiquement.

Il y a une raison pour ça ? le temps ou autre chose ?
Alors euh non c'est le fonctionnement humain qui fait ça il y a la facilité, la fatigue. Les écueils c'est ça c'est une espèce de routine et c'est vrai que le soir, un patient qui vient pour un RO c'est vrai que je suis crevée donc c'est vrai que je suis très content de faire qu'un RO.
En général je ne vais pas faire que ça car en médecine général la relation humaine est essentielle.
Donc je vais parler mais on peut parler de tout en fait dans ces cas-là, de la famille, si effectivement s'il y a sur son ordonnance des médicaments particuliers oui on peut en parler, si c'est une maladie chronique oui on peut en parler donc euh maintenant les médicaments qui ont une spécificité particulière où je peux être amener à en parler. Ce n'est pas systématique. Je serai bien malhonnête de dire que c'est systématique mais euh globalement oui je ne peux pas me contenter de faire qu'une renouvellement de traitement comme ça sans me poser des questions
D'accord, donc ce que vous voulez dire c'est que ça vous paraît plus complexe que ça ?
Oui
Ok. Et par rapport à l'interne, vous en parliez. Est-ce que la présence de l'interne ça a changé quelque chose de particulier pour vous ?
Si pour moi les internes c'est très, enfin on ne va pas rentrer dans la consultation de l'interne, mais spécifiquement sur le renouvellement d'ordonnance, oui effectivement.
Enfin ils ne connaissent pas les médicaments. Maintenant on a deux types d'internes on a ceux qui sont en phase socle, donc en thérapeutiques ils ne sont quand même pas trop calés, ils sont toujours naïfs je dirais, donc il me demande ce que c'est comme médicament.
Alors s'il y a un nom de molécules heureusement ils en connaissent quelques-uns.
Mais en effet je suis étonnée effectivement ils ont quand même des grosses lacunes, sur la manière de prescrire ou la posologie donc je dirai que ça m'ouvre sur la conversation sur le RO chronique donc le R du traitement. Forcément ça va déboucher sur quelque chose d'intéressant, donc moi ça va me poser aussi la question de pourquoi je prescrits ça, est ce que c'est toujours licite. Est-ce que c'est toujours pertinent, ou valide c'est comme ça qu'on peut avancer. Donc non l'interne c'est un facteur de bonification du médecin

Ok et pour vous il y a des difficultés face à ce genre de Consultations ?
En fait la difficulté, c'est la facilité en fait. Tout ce qui est facile est suspect. Répète-moi la question.

Est-ce que vous rencontrez des difficultés, avec les spécialistes ou les interactions médicamenteuses ou l'observance médicamenteuse ?
Oui l'observance médicamenteuse est un grand débat. Donc une ordonnance la plus courte possible est la toujours la meilleure, le plus simple possible c'est toujours la meilleure, la plus expliquée possible c'est toujours

la meilleure. A côté de ça il y en a toujours qui ne prennent pas les traitements et qui n'osent pas vous le dire alors après (hésitations).

Comment vous faites par rapport à ça ?
Déjà la première question face un échec thérapeutique première question est-ce qu'il prend bien le traitement ? c'est toujours la faute du malade hein ce n'est jamais la faute du médecin évidemment (rire).
Mais après on peut avoir des indices du fait qu'ils ne prennent pas le traitement.
Par exemple un qui a un Beta bloquant, il n'est pas bradycarde ou voilà tient c'est bizarre ou on peut avoir des incohérences dans l'examen ou dans le discours du patient.
Après effectivement avec les spécialistes je ne suis pas forcément d'accord avec les prescriptions si c'est sur un détail ça ne me gêne pas et je vais laisser la proéminence au spécialiste en estimant qu'il est plus calé que moi ou parfois ça heurte mon esprit critique auquel cas je vais réévaluer la prescription du spécialiste ou alors avec le spécialiste car il n'a pas forcément tous les éléments ou avec le patient.
Ok donc dans ces cas-là ce n'est pas téléphone ? ou par courrier ? comment faites-vous ?
Plutôt par courrier en fait sauf si je connais le praticien et que je peux le joindre par téléphone. Si c'est une urgence je téléphone ou si c'est juste un autre point de vue un peu différent je lui explique mon point de vue donc je lui suggère de justifier sa prescription ou de réfuter la mienne avec des arguments.

Et par rapport à l'automédication des patients est ce que c'est souvent abordé ?
Oui alors on ne l'aborde pas assez souvent car c'est un sujet plus important que ce qu'on croit. Quand on dit automédication on peut aussi l'associé à l'observance médicamenteuse, il ne prend pas ça mais un autre. L'automédication c'est important
Et bizarrement les voisins ont parfois plus de poids que le médecin. Ou le voisin ou le cousin a dit toi « tu prends ça moi ça ? Pourquoi il te donne ça ». Donc faut que je justifie encore une fois de plus ma prescription. Après pourquoi pas mais je ne pense pas que le médecin soit sur un piédestal ça ne me gêne pas de discuter dans la limite du raisonnable. C'est sûr que si je dois justifier toutes mes prescriptions ça et que je dois réciter tous mes cours de médecines à chaque prescription c'est sûr qu'à un moment donné je vais lui dire de changer de crèmerie soit ils me font confiance soit ils partent.

Et pour les demandes surajoutées en fin de consultation comment vous gérez ?
A Ba ça c'est toujours pareil, si c'est une prescription qui ne me heurte pas pourquoi pas. Si ça me heurte ou c'est parce que ce n'est pas justifié donc dans ces cas-là, je leur dis ou ça ouvre une nouvelle consultation ça m'embête plus car le temps est compté. Donc ça peut être dans certains cas l'ouverture à une autre consultation. Alors à faire sur le moment ou à programmer.
En général est ce que vous préférez ?
Non je n'ai pas de préférence. Si c'est une douleur thoracique non je ne reprogramme pas hein (rires).
Donc oui il y a des choses qu'on ne peut pas programmer après ou s'ils ont ça depuis 3 ou 6 mois, il n'y a pas d'urgence absolue. Donc il n'y a pas de raison que je leur fasse pendant la consultation. Donc voilà si je peux ne pas la faire je programme sinon si je suis contraint et que j'ai le temps, ce n'est pas un problème.
Parfois je le fais quand même car je sais qu'il ne reviendra pas. Donc j'essaie d'adapter. Après oui on a. un peu de bouteille, on connaît les gens,
Oui alors l'expérience ça vous aide ?
Oui on peut faire le tri.
C'est sûr qu'un renouvellement de traitement chez quelqu'un que je ne connais pas c'est pour moi pas un RT ce n'est pas une consultation à renouveler le traitement. Donc ça se justifie
Par rapport aux antécédents ou autre ?
Oui quelqu'un que je ne connais pas il vient avec une grosse ordonnance, il est cardiaque je n'en sais rien je ne peux pas me contenter de prendre une tension et au revoir monsieur. Je vais forcement le questionner. On est responsable quand même de ce qu'on prescrit on appelle ça des toxiques donc on ne peut pas permettre de voilà
Donc le RO parfois je vais gagner du temps. C'est vrai que ça dépend du patient si il est simple que son traitement est simple et peu toxique et que ça pose pas de problème est que je le sais enfin que je peux le savoir assez vite et bien je vais faire une Consultation brève mais non une CRO c'est pour moi presque un petit plaisir car justement j'ai le temps de me poser les questions de faire la médecine que j'aime c'est à dire de questionner les gens sur leur vie leur environnement ca pas un lien dans l'immédiat ou direct en apparence avec la prescriptions mais ça peut en voir évidement, par exemple je peux me dire tiens pourquoi je lui donne ca et donc je vais regarder dans le dossier la cause, depuis quand et effectivement on peut la revoir . Donc oui ça ouvre le débat, tu vois quand on fait des visites ce n'est pas que des RO malgré que ce soit des patients chroniques.
Voilà avec baptiste quand on a le temps, la consultation, qui dure normalement dure 20 environ, peut durer 30 à 45 min car il y a un plaisir à du médecin qui donne du sens et qui retrouve le contact avec les patients et la curiosité de regarder comment ils vivent, ce qu'ils font chez eux, de remettre en cause plein de chose. Il pourrait

t'en reparler l'interne. Donc on va regarder dans ses cas-là les chiottes la douche voir si c'est adapté son déambulateur on le fait marcher, donc j'ouvre. C'est pareil si j'ai du temps éventuellement elle pourrait durer vraiment très longtemps donc le plus souvent c'est des RT, les gens t'appellent pour les traitements, c'est la chronicité je dirai mais si je n'ai pas le temps voilà on l'examine on s'enquiert de savoir si ça va bien voilà s'il y a des accompagnants on pose des questions
Donc voilà si j'ai le temps, il ne m'est plus compté alors on élargit.

Donc vous parliez de la salle de bain, il y a d'autres choses que vous regardez systématiquement à domicile ?
Ba oui la pharmacie par exemple souvent les gens que je vois à domicile c'est des gens dépendants, ils ont des traitements un petit peu lourds donc moi j'ai un cahier donc je remplis je note
Un cahier c'est à dire ?
Oui un cahier du patient, je leur demande d'en avoir un. Je le remplis. Ça me fait la transmission avec les infirmiers, avec l'auxiliaire de vie voir s'il y a quelque chose d'intéressant pareil je suis ouvert
Dès qu'on m'apporte des renseignements sur la vie du patient ou sur des problèmes. Quand tu vois les patients ça ne dure pas forcément très longtemps, ils ne disent pas forcément tout, on ne pense pas à lui poser forcement toutes les questions donc euh le fait d'avoir d'autres intervenants c'est toujours très intéressant d'avoir d'autres points de vue.
Quand le conjoint est là ; j'interroge le patient et je regarde la mimique de l'aidant ou l'accompagnant pour voir s'il est d'accord avec ce qu'il me dit. Souvent il y a des distorsions Donc je tends la perche. Ça c'est la technique je dirai ce n'est pas forcément le RT simple.
Voilà le renouvellement de traitement c'est l'occasion de l'opportunité de mieux faire son travail voilà si je devais résumer. Il ne faut pas que ce soit la facilité c'est un peu le piège.
Oui on est tous des hommes. Donc parfois on peut trouver l'opportunité de gagner du temps. Car oui on est toujours pressé donc oui si c'est ça. J'aime bien car c'est une Consultation détendu, on a moins de pression, l'examen clinique se fait de manière plus agréable et plus détendu. Donc voilà et ça ouvre sur autre chose.
D'accord et donc en général ils viennent que pour ça ?
Oui il y en a qui viennent que pour ça
Ba oui il y en a qui viennent que pour ça.
Et vous préférez qu'ils viennent que pour ça ?
Non parce qu'en pratique je préfèrerais qu'ils viennent que pour ça puisque ça me permettrait d'ouvrir mais en pratique le plus souvent ils viennent pour un problème et puis ils me disent à tiens il me faut le RT donc ça c'est la facilité pour les gens, parfois ça correspond.
Mais parfois ils attendent le RT pour me parler de leur problème. Mais ce n'est pas toujours licite. Parfois ils me disent j'ai mal au ventre et donc je pose des questions, donc parfois ils ont mal depuis plusieurs semaines mais ils viennent le jour où ils RT, ça je ne peux rien y faire
Et vous préférez dans ce cas-là ou autre ?
Je n'ai pas à préférer ce n'est pas moi qui décide là. Je ne suis que récepteur, je ne suis pas l'émetteur.
Après oui, les gens on peut les former, on peut les éduquer. Les gens qui ont des pathologies très lourdes avec beaucoup d'antécédents, je vais leur expliquer qu'en 15 20 min on ne peut pas faire une consultation sérieuse donc voilà je leur dis là on va voir que ça, on parle de ça. La prochaine fois on abordera ça. Oui j'essaie de leur dire mais ils comprennent rarement hein parce que certains, ça ne les arrange pas ils aiment bien que ce soit fait rapidement si ça dure 5 min, oui c'est assez étonnant. Les gens sont demandeurs d'une mauvaise médecine il y a un peu de déni, ils font l'autruche. Donc si ça va vite c'est que ça va bien.
Enfin c'est assez complexe ce qu'il se passe dans la tête des patients (rires)
Dès que je leur dis, des fois j'ai pas le choix il est cardiaque il est diabétique il a son artérite , il est asthmatique et puis il fume et il boit donc ça fait beaucoup donc j'essaie de faire le maximum en peu de temps mais c'est pas facile donc ça va déborder euh mais voilà j'essaie de leur dire je ne veux pas vous voir tous les trois mois dans ce cas-là on se revoit tous les mois mais ça ils acceptent pas toujours parfois il y en a qui sont contents car ils sont angoissés donc ça les rassure mais d'autres ça les emmerde car ils n'ont pas envie d'être là souvent, voilà le diabète ça fait pas mal, la tension ça fait pas mal donc euh voilà. (Rire)
Ok super vous avez d'autre choses à ajouter ?
Non.

Entretien n° 3

Voulez-vous bien me racontez une CRO qui vous a marqué ?
Alors rien de spécial. Alors je distingue deux cas, les cas des personnes autonomes qui viennent au cabinet, beaucoup de patients ont des ordonnances simples et classiques alors là on peut toujours évaluer assez facilement avec eux.
Le cas classique c'est les diabétiques qui viennent tous les 3 à 4 mois. Ils ont normalement leur prise de sang, quelques conseils hygiéno-diététiques, si quelques fois que ça échappe, on réévalue le traitement. Bon après la consultation classique c'est la consultation diabète où il y a aussi d'autres motifs.
Qu'est-ce que je peux dire de plus (hésitations).
En général ils viennent que pour ça ?
Les diabétiques viennent souvent que pour ça et (hésitations) ce qui sont plus jeunes pour une pilule ou du Levothyrox ils ne viennent jamais pour ça.
Oui c'est à dire
Ils se débrouillent toujours pour le goupiller avec un autre truc et c'est à la fin « ah tiens vous pouvez me rajouter ma pilule ou mon traitement «. Donc ça se trouve ils l'ont fait renouveler ailleurs en voyant quelqu'un d'autre avant et ils leur restent encore six boites mais (rire) voilà ils me le demandent au cas où.
Donc ça c'est des cas assez voilà.
Parfois plus difficile c'est le cas des maisons de retraite ou le RO sont automatisés tous les mois et des fois ça tombe mal car c'est le jour où il faut voir autre chose ou il y a des urgences qu'on me demande de voir, donc voilà le traitement n'est pas toujours réévalué tous les mois c'est sûr.

Et en général vous le faites tous les combien ?
Alors en général c'est tous les trois mois sauf en maison de retraite comme je vous le disais c'est tous les mois. Certains c'est toutes les semaines voire plus (rire). Pas en ce moment mais j'en ai eu (rire).
OK et quels points vous abordez avec eux ?
Alors c'est toujours pareil les effets secondaires. Alors ça dépend aussi depuis combien de temps ils l'ont. On ne change pas une équipe qui gagne. Après ça dépend ou on en est. C'est tellement variable les RO. Ça regroupe beaucoup de chose. Les traitements psy réévalué une dépendance aux benzodiazépines par exemple. Souvent ils ne veulent pas en entendre parler.
Oui c'est à dire ?
Alors oui ils ne veulent pas en entendre parler parce que moi si vous ne me donnez pas ça je ne dors pas. Des choses comme ça.
Comme un chantage alors ?
Ah oui il y a une pression affective et chantage affectif qui existent oui. Oui pour cela oui.
Parce que les diabétiques et hypertendus si on leur enlève un ils sont contents souvent. (Rire).
Et vous pensez que vous particulièrement vous avez un autre regard par rapport à d'autres médecins qui pourrait le faire ?
Ah je trouve mes confrère globalement pas mauvais (rire).
Mais peut être que vous connaissez mieux vos patients ?
Ah pour le RO de mes patients ?
Oui voilà.
Je ne sais pas quand je vois les remplaçants qui passent ici je n'ai pas l'impression qu'ils font des révolutions sur les traitements qu'on fait. Ils ont pourtant le temps de les voir et de les revoir. Surtout quand ils restent longtemps trois semaines par exemple.
Alors quand ils sortent d'hospitalisation systématiquement, on en envoie moins à l'hôpital des patients très âgés je veux dire.
Systématiquement ils enlèvent des médicaments puis moi le mois d'après j'ai la pression des familles qui veulent que je leur remette car ils ne dorment pas, il crie toute la nuit.
Ah pour les benzo c'est ça ?
Oui voilà par exemple. Sur les RO ce qui est plus d'actualité dans les objectifs de la sécu.
Oui c'est à dire ?
De nous faire diminuer les prescriptions, les coûts.
Ah par rapport au ROSP ?
Oui entre autres. Baisser la prescription des benzo

Et par rapport à la CRO vous la caractériseriez comment ? Fatiguant ? chronophage ? redondante ? ou plutôt courte ?

Alors non ça dépend des fois. Alors nous, avec mon associé, on a un mode de fonctionnement assez similaire, oui on est tous les deux gémeaux, on travaille sans rendez-vous ce qui est rare dans le coin. J'aime bien ça change car on passe du bébé au jeune adulte à la personne âgée. Que ce ne soit pas toujours la même chose quoi.
Donc le RO ça tombe bien car parfois on vient de passer des C difficiles donc il faut gagner du temps. Maintenant que c'est informatisé et qu'on les imprime c'est bien écrit c'est propre. On perd plus de temps sur le démarrage de l'informatique ou autre chose d'ailleurs. Donc ça dépend des patients.
Donc le RO ce n'est pas la C la plus difficile mais c'est celle qui permet d'aborder d'autres choses.
Ok comme quoi ?
Le tabagisme par exemple chez un hypertendu car renouveler ce n'est pas (hésitations). Après c'est toujours pareil si on est en vitesse de croisière il n'y a pas besoin de faire des changements. Encore une fois on ne change pas une équipe qui gagne. Par contre à coté il y a peut-être des choses qui n'a pas été cerné. Car il y a des patients qui nous font comprendre que parler du tabac c'est comme si on pissait dans un violon. Mais passé un certain temps parfois on peut revenir sur le sujet. Pour parler de cet exemple-là.
Donc ça fait partie de l'éducation du patient alors ?
Oui voilà il y a tous ces aspects-là. Je sais que moi je ne fais pas de courtes consultations. Les consultations de 5 min c'est rare quoi. En général je prends du temps.
Pour les vaccins ?
Non pour tout donc ce qui va le plus vite c'est le vaccin de l'adulte. Voilà il doit faire son tétanos. On lui a prescrit quand il est venu pour x ou y. Et voilà il revient donc ça prend 5 min effectivement. Mais les autres ça prend du temps.

OK
Même le RO. Effectivement il y a des questions qu'on peut se poser. Voilà une hypertension, le diabétique on regarde son bilan on rentre les données pour que ça fasse des courbes. Ça prend du temps. Vérifier qu'ils ont fait le font d'œil, le machin le truc. Ça permet tout ça.
Oui quand on me dit RO ça me fait penser à hypertendus diabétiques les trucs qui reviennent de manière les plus récurrentes.
Un patient qui n'aurait pas ces CRO ils passeraient encore plus à l'as au niveau des consultations cardio d'ophtalmo, l'écho-doppler des MI et les surveillances de la protéinurie.
Il faut parfois plusieurs C pour obtenir ces examens. Et encore il faut revenir à la charge.
Parce que je pense que j'essaye d'avoir une action de médecine préventive. Pour qu'il le fasse mais voilà parfois je suis surpris qu'on ait laissé passer autant de temps pour le faire.

Et vous avez des manières de le faire ? des conseils ? pour obtenir ce que vous préconiser au final ?
Ah alors la manière de faire c'est à pédagogie. D'expliquer les bénéfices attendus. Après leur dire qu'on a une médecine préventive. On a la chance d'avoir le moyen de prévenir les complications pour avoir le moins de conséquences. Comme la ceinture de sécurité ou l'airbag. Voilà c'est ce que je leur dis. Le fait de voir le cardio c'est comme la ceinture de sécurité. C'est de poser les ressorts, stent, avant d'avoir l'infarctus. (Rire) voilà parfois.
Ok. Et au niveau des visites à domicile, vous en faites ?
Oui je viens justement d'une visite. Une petite mamie de 98 ans qui a fait une gastro.
OK et pour vous ça change du cabinet c'est intéressant ?
Moi les visites à domicile ?
Oui qu'est-ce que vous en pensez ?
Alors c'est vrai que j'en ai eu beaucoup fait. J'ai fait 5 ans de remplacement à une époque où il faisait beaucoup de remplacement donc je trouvais ça normal de les faire.
Mais plus ça va et plus on a des grosses journées alors y aller…
Mais il faut car c'est parfois du plaisir mais plutôt une corvée.
Oui du plaisir c'est à dire ?
C'est agréable d'aller chez les gens, ils sont souvent plus agréables aussi. Et de ne pas avoir la pression de la salle d'attente avec 10 personnes qui attendent. Euh ils ne se rendent pas compte que tu as la pression des 5 visites à faire. Mais il y a le coté plus détendu à domicile et, moi j'aime bien mais c'est le côté non programmé qui est parfois dérangeant.
Voilà on m'appelle alors j'y vais mais avant j'ai dit bon c'est bon j'arrive lancez les lasagnes et j'arrive (rires) et merde une visite.
Et il y a des points que vos abordez plus à domicile ?
Alors pour le suivi et les RO pour en revenir à votre sujet je trouve ça plus compliqué les RO à domicile qu'au cabinet.
Par rapport à quoi ?

Au début j'ai essayé de lancer les petits carnets. Pour le suivi c'est plus compliqué. Mais voilà on a changé de logiciel alors voilà a un moment donné j'avais réussi à anticiper, je sortais l'ordonnance à l'avance et je changeais à la main dessus. Ce qui me permettait d'avoir des traces.
Il y a beaucoup de choses qui se font à domicile qui ne sont pas bien tenus et mis dans le dossier je trouve parce que bon voilà quand on doit enchainer avec le cabinet puis des visites qui t'attendent alors voilà tu te dépêches. Après il y une question d'organisation. Moi je suis un vrai gémeaux donc j'enchaine. (Rires)
Et au niveau des demandes surajouté en fin de consultations vous en avez beaucoup.
Oui ça arrive (hésitations). Régulièrement oui ça arrive il y a toutes les semaines une ou deux visites qui se rajoutent au dernier moment.
11h50 on se dit tiens aujourd'hui je vais finir tôt. Et non voilà visites à domicile.
Ok donc j'en ai déjà 4 et non une 5ième.
C'est souvent des personnes âgées ?
Oui voilà des personnes âgées qui ne comprennent pas que c'est la demi-journée où on ne travaille pas, ou la demi-journée où on va chercher les enfants. J'en ai c'est systématique. A chaque fois c'est toujours au même moment. Quand j'ai un coup de file à cette heure-là, je sais que c'est lui.
Ça fait 50 fois que je lui dis que je ne travaille pas ce jour-là et qu'il doit appeler ma collègue. Mais non c'est moi qu'il appelle. Après on s'entend bien. Donc voilà ce n'est pas mon créneau mais on s'appelle. C'est moi qui fais les visites, est ce que tu peux voir M machin.
Ah donc les patients vous connaissent bien finalement ?
Oui voilà et on travaille un mode de fonctionnement un peu en alternance car on a des enfants à gérer encore donc d'avoir une permanence des soins et une alternance ça permet de dégager des temps ou on n'est pas là. En plus je fais pas mal de maison de retraite donc c'est embêtant.
Chronophage du coup ?
Oui et puis les trajets ici c'est signe. Donc les trajets c'est 50 min aller-retour donc des fois je passe un quart d'heure là-bas mais je mets 50 min aller-retour. Et pareil les maisons de retraites il y a des étages donc ça prend du temps.
Celle d'à côté par exemple, alors voilà à moins d'avoir beaucoup de résident et d'y passer la matinée, il faut monter deux étages, traverser, remonter, traverser pour peu que le patient ne soit pas là-bas tu retournes au bureau médical tu repars tu remontes tu traverses.
OK et dans une maison de retraite qu'est-ce que vous évaluez ?
Sur les RO ? ah oui votre sujet j'ai un peu dévié (rire)
Non ce n'est pas grave (rires).
Alors c'est toujours pareil. Là j'ai fait une visite lundi avec plusieurs patients, il allait chez le cardio je n'avais pas grand-chose à faire, une autre qui délire un peu donc coté neuro-psy à gérer, une autre bronchite. Puis après il y avait deux trois RO basiques, d'ailleurs celle qui devait aller chez le cardiologue.
Et pour le cardio, c'est vous qui l'envoyez ?
Alors là c'est particulier il y en a qui sont semi-autonomes. Ils sont en maison de retraite mais c'est eux avec leur famille qui gèrent toutes les consultations spé. Ils ont les clefs en main.
Ils ont un rdv tous les 6 mois ou tous les ans.
Donc moi je regarde quand même, quand ils ont des risques cardio-vasculaires qu'ils soient allés chez le cardio c'est toujours pareil on arrive parfois à des stades ou le cardio me dit « qu'est-ce que tu veux que je fasse quoi ».
OK et le CR vous l'avez comment ?
Alors c'est un vrai problème actuel. Avant on recevez tout par courrier. Mais il y en a quelques-uns qui se sont lancés dans les mails mais bon ça a été jugé par assez sécurisé donc voilà. Et là on a une messagerie sécurisée, je m'étais mis à médisante ou je ne sais pas quoi mais la sécu m'a bloqué mon site Ameli pro c'est bon c'est enregistré (rire) et donc j'ai appelé la maintenance mais c'était évidemment pendant les vacances donc j'ai appelé la hotline et il m'a reformaté Firefox et m'a désinstallé médisante donc voilà.
Donc c'est un problème vous n'avez pas vos CR ?
Oui donc là je sais pas du tout. Je reçois encore des courriers. Alors de plus en plus les médecins donnent le CR aux patients. Donc je trouve ça pas mal car les patients sont contents d'avoir le CR dans leur dossier. Et je ne vois pas pourquoi on devrait leur cacher (rire). Et en plus ils se font une photocopie et ils se la gardent. Donc après ils nous la donnent en revenant et ça c'est bien car on n'a pas besoin d'aller les chercher.
Et ils reviennent ?
Oui si on n'est pas trop surbooké ou fatigué. On se dit « Où est le courrier ». Je ne suis pas assez rigoureux donc voilà c'est bien qu'il l'ait en main. Après je les classe par ordre alphabétique
Parfois vous avez des avis divergents avec les spécialistes ?
Même les spécialistes entre eux ont des avis divergents donc bien sûr il y en a.
Parfois ça arrive de prendre des deuxièmes avis. Ça m'est déjà arrivé. Cardiologues c'est assez rare je suis ce qu'ils font. Jusqu'à présent on était avec des équipes ou ça fonctionne bien. Voilà s'ils sont dans l'expectative ils nous laissent le choix parfois entre deux attitudes.

Comment vous choisissez alors par rapport à ces deux attitudes ?
Ça dépend du patient, de ses attentes, de ce qu'il comprend, des conséquences, du traitement qui est toléré ou pas
Vous les connaissez les patients peut être mieux que le cardiologue du coup ?
Alors parfois les cardiologues les connaissent depuis plus longtemps que moi. Et d'ailleurs ils vont partir à la retraite tous les trois, je ne sais pas si vous suivez l'actualité local.
Donc ils les connaissent mieux que moi parfois, ils les voient moins souvent ou pour leur problème de leur spé mais voilà des fois on se rend bien compte que ça pipote devant le cardiologue. Donc je pense que globalement ça se passe bien avec les spés libérales. Pour l'instant en tout cas !
L'hospitalier c'est plus compliqué
Par rapport à quoi ?
Alors les urgences c'est la cata de chez cata. Je ne leur reproche pas car j'y ai travaillé donc je connais les difficultés. J'ai fait 6 mois d'urgence. Tout le monde était en burnout, le chef de service en arrêt depuis 2 mois. Ils parlaient que de ça et des agressions. A un moment donné je leur ai dit « pour un jeune interne qui débarque vous n'êtes pas très encourageant. La première chose qu'on a envie de faire c'est de se barrer ». (Rires)
Mais c'est à un moment où ils vivaient mal les choses. Mais je n'ai pas l'impression qu'ils le vivent mieux aujourd'hui qu'avant.
Voilà par exemple un proche s'est cassé les deux jambes la semaine dernière, elle est sortie avec les deux jambes cassées, pas de fauteuil, la botte pas à la bonne taille et rien n'est prescrit quoi. Donc heureusement que je suis là pour passer derrière. C'est un peu la cata quoi. Donc vendredi soir débrouillez-vous pour prendre rdv avec un chirurgien lundi. Nous ça va qu'on s'est vu pendant le weekend pour cadrer tout ça mais les patients c'est compliqué.
Des fois voilà après il y a aussi des changements de normes. J'ai envoyé une patiente qui avait une Pancréatite aiguë. Elle est sortie une heure après et voyez votre médecin traitant pour faire un scanner lundi en urgence.
AH bon ?
Donc elle se pointe lundi à 17h 30 donc je passe du temps à prendre des coups de fil pour avoir un radiologue de disponible mais pas de créneau donc hop retour à l'envoyeur. Mardi matin il y a le biologiste de l'hôpital qui m'appelle « je ne comprends pas samedi matin il y a une patiente qui est arrivé que vous avez envoyé pour une pancréatite avec une lipase à 600 et quelques ou 10x la norme je ne sais pas où elle est, je ne la retrouve pas à l'hôpital. » alors oui je lui ai répondu qu'ils l'ont renvoyé à la maison.
Après il parait qu'on les fait plus forcément en urgence.
Oui 3 jours mais bon mais elle reste surveillée en attendant
J'en ai fait 4 ou 5 et j'ai perdu une heure au téléphone pour trouver un créneau. Et ils m'ont tous dit mais non à cette heure-là on le renvoi aux urgences. Donc voilà retour à l'envoyeur. Genre de petit problème. Alors voilà parfois le timing n'est pas le bon. Je ne jette pas la pierre
Parfois c'est compliqué. On sait plus trop si on peut s'appuyer sur eux
Vous êtes plutôt libéraux alors ?
Par forcé. J'ai travaillé à l'hôpital donc je connaissais les médecins et j'étais content de travailler avec eux mais dans certains cas c'est compliqué maintenant. Puis surtout dans les urgences et la géronto. Après ils ont de bons géronto. Il y en a qui gère bien.
Souvent le problème c'est l'urgence. Et il y a des trucs qui se mettent en place après ça ne dure pas ou les HAD c'est un beau sujet aussi mais ça ne suit pas derrière. A chaque fois ça ne suit pas derrière. Ils viennent une semaine puis Ils nous confient le bébé en disant c'est plus possible Docteur c'est trop compliqué pour nous donc c'est à nous de prendre la suite.
Alors après j'ai appris qu'on fait de l'HAD en maison de retraite. Un patient par exemple OAP pendant les vacances il est sorti en HAD et le cardiologue envoie une infirmière tous les jours pour faire le suivi. Et bon moi je suis rentré de vacances et ça allait bien, c'était bien suivi donc tant mieux (rires).
Le relais était pris quoi
Ils m'ont pas appelé alors j'étais content (rires)
SI ça suit tant mieux oui. (Rires)
Oui ça a bien suivi oui.

Ah oui et Juste l'automédication qu'est-ce que vous ne pensez ?
Ah Ba ça de plus en plus. C'est encouragé par le gouvernement. Maintenant une angine on la voit au stade scarlatine (rires). J'exagère mais (hésitation) moi quand j'étais dans les années 90 aux urgences, on avait tous été appelé pour voir la scarlatine qu'on ne devait plus voir par ce que ça n'existait plus mais voilà dix ans après épidémie de scarlatine à l'école. Mais voilà les antibiotiques ce n'est pas automatique (rires).
Vous abordez ça à chaque fois avec le patient ?
C'est une question que je pose en effet de plus en plus « vous avez pris quoi ? » et je ne pose plus « avez-vous pris quelque chose ? » parce qu'ils prennent. Le problème c'est qu'ils ne savent pas ce qu'ils ont pris. Humex ou reflexe

Et je leur oui mais quelle molécule car ça c'est la marque il y en a plusieurs, et il me dise « ah Ba je ne sais pas c'est le pharmacien qui me l'a donné ». Et je leur demande s'ils ne l'ont pas avec eux et ils me disent « ah non pas sur moi ».
Oui ça fait trois semaines que je prends de l'éphédrine et ça ne marche pas j'ai la tension à 28 mais ça ne marche pas (rires).
Même sur la tension vous avez observé l'automédication ?
Non pas l'automédication sur la tension mais il soigne les épisodes infectieux chez eux ils ne viennent jamais en première intention. C'est rare ou alors le bébé comme en salle d'attente, en fait la crèche ou l'école appelle les parents et ils viennent.

Entretien n°4

Voulez-vous bien me racontez une CRO qui vous a marqué ?
Alors un RO qui m'a marqué (hésitations). Je n'ai pas le sentiment ni le souvenir d'un RO qui m'a marqué. En revanche pour moi le RO c'est l'occasion de revoir le patient, de revoir pourquoi il a le traitement, si le traitement est toujours adapté, s'il est toujours nécessaire ou indispensable, si les posologies sont convenables si les produits utilisés sont aussi convenables.
Enfin voilà de toujours chercher à se remettre dans le regard de la prescription initiale. Je ne fais pas de RO par téléphone mais je revois toujours les patients. Ça j'y tiens. Ça peut être un peu lourd mais d'un autre coté systématiquement, c'est ce que j'essaie de faire passer car je suis Maitre de stage, il y a un traitement anti-hypertension, est ce que vous suivez votre tension, quelles sont les chiffres, le diabète, est ce que vous prenez bien votre traitement. Est ce qu'il est bien toléré. Enfin voilà c'est de relire un petit peu l'indication de la molécule, en termes de posologie et l'indication aussi de tout ça la tolérance l'observance aussi. Il y a des gens qui ont entendu une info sur le paracétamol ou sur la simvastatine et ils l'arrêtent d'eux-mêmes. Donc on va voir le bilan cholestérol qui s'enflamme et on ne va pas savoir pourquoi. Alors qu'ils ont simplement arrêté leur traitement. Donc si on ne leur pose pas la question explicitement, ils ne vont peut-être pas nous le dire. donc c'est l'occasion de faire maigrir l'ordonnance.

Ok et par rapport à l'observance comment vous gérez ?
Alors je leur demande ce qu'ils prennent. Je leur demande qu'est-ce que vous prenez le matin le midi le soir, je ne parle pas de leur ordonnance, et je ne leur demande pas est ce que vous prenez l'irbesartan. Je ne leur dis pas ça je leur dis que prenez-vous le matin le midi et le soir. Puis je fais le décompte sur l'ordonnance et je vois ce qu'il manque. OU s'ils me disent je prends le 5 mg et qu'ils n'ont pas de 5 mg sur l'ordonnance je me pose des questions. Parce qu'on voit des loups, on voit le pharmacien qui donne la mauvaise boite on voit le remplaçant qui donne une autre posologie ou un autre grammage. On peut faire des erreurs aussi. Donc je pense que c'est intéressant de repartir du patient.

Et par rapport aux internes, vous en parliez est ce que ça a changé quelque chose dans votre prise en charge ?
(Hésitations) Qu'il y ait des internes ou pas ça n'a pas changé grand-chose. Je me souviens toujours du cours de pharmaco qui disait que si au bout de deux ou trois, le quatrième n'est pas efficace. J'ai un doute quand je vois mes ordonnances. Je me dis que j'ai un peu oublié ma médecine quoi. Bon j'essaie à chaque fois enfin j'essaye à chaque fois de baisser l'antihypertenseur, d'enlever l'hypnotique ou d'enlever l'anxiolytique qui ne sert à rien.

OK et comment les qualifieriez-vous ces CRO ? chronophages ou un gain de temps ?
Non ça fait partie de mon quotidien. Je ne vois pas ça comme une charge ou un truc inutile. Je ne me dis pas ça ne sert à rien. OU alors si je me dis ça ne sert à rien c'est que je dois revoir la durée de l'ordonnance. Voilà en fait je le vois comme un élastique que je mets à la culotte d'un patient pour qu'il revienne me voir. Pour que je l'évalue.
Par exemple pour une dysthyroïdie complètement stable depuis des années je le mets à 6 mois ou même 12 mois. Pas besoin de le voir tous les mois. Ça lui casse les pieds. Là pour le coup c'est chronophage. Et c'est à cause de moi, c'est moi qui fais la bêtise. C'est à moi de fixer la durée.
Donc en fait je joue sur la durée des prescriptions de mes RO, j'ai des visites à domiciles que je vois tous les 4 mois voilà. Parce que je n'ai pas besoin de le voir plus souvent, il y en a même un que je vois tous les 6 mois.

Et justement à domicile il y a des choses que vous voyez différemment ou des points que vous abordez ?
AH c'est plus dégradé. Je trouve que la médecine est rabaissée. On n'a pas forcément le dossier sous les yeux, et examiner le patient sur un canapé c'est quand même un concept.
C'est bien pour eux car on vient chez eux. Ils sont dans leur environnement on voit la fille la famille c'est très bien et incontestable mais en termes de qualité de médecine on est quand même un peu moins confortable.
Et Il y a des atouts à côté de ça ?
Ba oui il n'y a pas de stress ni de fatigue, ils sont bien quoi. Oui pour eux c'est bien, c'est nous qui avons des conditions d'exercice qui sont un peu moins bonnes. Donc je ne réserve ça qu'a des gens qui ne peuvent pas se déplacer.
Donc le RO c'est le moyen pour moi d'accepter de nouveaux patients. Parce que je vois les gens les délais de rdv s'accumuler mais quand je fais bien l'analyse la charge de base de l'agenda elle est faite de RO. Donc si je joue sur la base de la durée, je vais décharger de fait d'encombrement de mon agenda de façon à avoir des délais de rdv plus acceptable

Donc ça me permet de gérer ma patientèle et mon activité les durées de RO. Donc ça me sert de faire du tous les mois tous les 3 mois tous les 4 mois tous les 6 mois.

Ok donc il y a des points que vous abordez plus par rapport aux autres consultations ?
En fait le danger c'est de tomber dans la routine et de s'endormir. En fait voilà c'est ça le danger c'est le RO je represcris et du coup je les soigne moins bien.
Alors en fait je me suis mis une méthode je regarde la date de naissance et je me fixe comme objectif de reprendre un œil neuf, je reprends leur dossier, leurs antécédents, la prise de sang, leur le kiné, l'orthophoniste donc voilà autant en dehors de cette date d'anniversaire je suis dans le RO stéréotypé et je me cantonne au renouvellement plus les demandes du moment. Mais autour de la date de visite qui sera la plus proche de la date d'anniversaire mais celle-là c'est moi qui reprends la main. Ils ne viennent pas juste pour le RO mais c'est moi qui reprends la main je reprends mon rôle de médecin

OK et l'éducation thérapeutique vous l'abordez ?
Oui à cette occasion ou à d'autres.
OK et il y a des points qui vous tiennent à cœur ou que vous abordez systématiquement ?
Alors j'ai un dada c'est mon affiche manger bouger.

Ok et comment vous leur expliquer du coup ?
Et bien que ce soit la santé. Que manger bouger c'est le premier médicament, si je pouvais le mettre sur mon ordonnance ça me ferait plaisir. Si on mangeait tous mieux si on bougeait mieux, il y aurait moins de patient en salle d'attente.
Ok
Donc oui l'éducation thérapeutique elle est là. Je regarde un peu le faciès. Le tabagisme ou une consommation d'alcool, le dépressif, quand je connais la famille je prends des nouvelles, pour savoir où est ce qu'ils en sont, le psychologique etc.
L'éducation thérapeutique est là-dessus. Pour voir si en dehors du renouvellement, il ne faut pas se cantonner qu'au RO parce que si je me cantonne au RO je n'envisage pas une pathologie nouvelle. Je vais chercher une nouvelle. Artériopathie, un nouveau problème rhumatologique enfin voilà faut traquer une fois de plus.
Le risque c'est l'endormissement c'est vrai.
Ok et vous parliez des familles, c'est vrai que c'est un avantage de les connaitre.
Oui bien sur la beauté de notre métier c'est ça, on les connaît c'est probablement ce que vous en tant qu'interne vous avez du mal comme vous ne les connaissez pas, nous on a un certain contact, dès qu'on les voit une histoire on a déjà les antécédents en tête, on sait pourquoi on pose les questions.
Il est artériopathie parce qu'il est un grand tabagique parce que si ou ça, parce qu'il a fait son ulcère l'année dernière etc.
Mais c'est vrai que la connaissance du patient est cruciale pour bien faire le RO. Le risque de s'endormir c'est de se limiter au Crestor à l'antihypertenseur ou au diabétique.

Ok est ce que vous avez des difficultés face à ce genre d'ordonnance ? des choses qui vous posent problème ?
Non les seules qui me posent problème et pour le coup c'est chronophage c'est les RO pour les médicaments pour les TDHA, MEDIKINET, KASIN etc. où c'est 28 jours et ordonnance sécurisée tous les 28 j et il faut les revoir tous les mois alors qu'ils vont très bien et ça c'est lourd pour eux. C'est lourd pour les parents les enfants, quand c'est des jeunes adultes, j'en ai quelques-uns qui sont encore sous traitements c'est un peu lourd pour eux voilà.
Donc c'est un RO qui me pèse, d'ailleurs j'ai bien envie d'en faire trois d'un coup.

OK. Et les demandes surajoutées vous en avez souvent ? comme les gérez-vous ?
Alors mal (rires). Le piège c'est que je tirais l'ordonnance tout de suite puis ah j'ai oublié de vous demander. Donc maintenant j'imprime plus l'ordonnance dès le départ mais j'attends j'essaye de voir pourquoi il vient de bien faire le tour de la question. Et une fois que j'ai bien fait le tour de la question je tire le RO. Quelques fois je sépare l'ordonnance du Renouvellement, de l'ordonnance exotique.
AH oui et quelque chose que je fais aussi c'est de faire la synthèse de tous les traitements qu'il prend que ce soit moi ou pas le prescripteur de façon à ce que si un SOS ou un Samu vient ils sortent une ordonnance et ils ont tous les traitements
Donc voilà je demande quels médicaments sont donnés par votre psychiatre ou autre vous donne et voilà je les mets dessus et j'inscris "ne pas délivrer"

Je reprends le traitement de l'endocrinologue ou du cardiologue et je mets « ne pas délivrer » et en tout cas le patient a tout son traitement, et même pour l'infirmier il n'a pas quatre ordonnances, il a tout sur la même et ça j'essaie de le faire.

OK et à domicile par rapport à l'environnement, vous regardez les pharmacies ou d'autres choses ?
Alors la difficulté c'est que quand on est sur un RO c'est d'avoir l'antériorité, c'est à dire quelle était la dernière ordonnance. Pourquoi elle était comme ça, donc est ce que la dernière fois c'était le moment où on a réévalué le traitement antihypertenseur et bon normalement il y a un cahier. Normalement il est quotidien donc pour trouver la visite d'il y a trois mois, il faut trouver et éplucher toutes les pages de CR quotidiens de toute l'équipe donc ça peut être assez laborieux et fastidieux.
Donc maintenant qu'on a changé d'année c'est un nouveau cahier et l'autre est rangé. Donc voilà il y a fatalement une perte d'information, donc c'est plus difficile. Je sais qu'il y a des médecins qui lisent la veille de la visite le dossier de leur patient le soir ou avant de quitter le cabinet ils se rafraichissent la mémoire ça peut être une façon moi j'essaye de consulter le dossier du patient sur internet au moment de la visite. C'est à dire que le logiciel est sur internet donc je peux le consulter comme ça. Mais quelques fois la connexion ne passe pas c'est lent, le téléphone plante et je n'ai pas reçu la bonne ordonnance.
Donc voilà la difficulté est là.
Alors on demande qu'est-ce que vous prenez, le patient répond « Ba je ne sais pas moi c'est le pharmacien qui l'a gardé, regardez dans la boite à chaussure dans le placard ». Et puis là il y a de tout il y a le traitement actuel et aussi le traitement d'il y a 6 mois.

Et pour le traitement justement dans cette pharmacie vous jouez un rôle vous triez ?
AH non je reconnais que je ne vais pas là. Déjà je fais en sorte de ne pas me gourer et d'être dans la continuité, et d'ailleurs quand il y a des troubles cognitifs je demande qu'il y ait quelqu'un ou une infirmière me fait un compte rendu ou je demande à ce qu'il y ait quelqu'un le jour de ma visite, un aidant ou un autre membre de la famille. Je lui donne rdv avec le patient.
Sinon je lui demande est ce que vous prenez votre traitement et il me dit « oui bien sûr ». (Rire) alors qu'il ne s'en souvient pas. Ils ne se souviennent même pas de ce qu'ils ont pris le matin même.

OK. Et par rapport à l'automédication, c'est quelque chose qui vous intéresse ?
Oui alors l'automédication c'est une catastrophe.

Comment en parlez-vous avec les patients ?
Alors c'est un vrai problème. Par exemple l'antihypertenseur, je leur dis « ne prenez pas double dose si vous avez juste 17 en prenant votre tension ». Je ne le fais pas systématiquement.

OK et par rapport à l'interne, c'est plutôt une charge ou un aidant ?
Non ce n'est pas une charge. J'étais très inquiet. Je suis nouveau en la matière, ça fait que deux semestres. Je suis nouveau dans la « maison ». J'étais très inquiet de savoir comment ça allait se faire. Et l'expérience me dit que ça se passe très bien.
Oui c'est à dire ?
Alors en fait spontanément on se dit que sans interne on est hypertendus au niveau de l'activité, au niveau du temps donc si en plus on doit parler à l'interne, je n'aurai pas le temps de parler à mes patients, je vais plus penser à l'interne que à mes patients.
Et de penser que je suis en train de faire quelque chose surveillé par l'interne, ça risque de me gêner et en fait ça ne me gêne pas du tout. Et dans le déroulement des consultations en fait je me suis enlevé une consultation par demi-journée et ça me génère du temps pendant la demi-journée pour parler à l'interne correctement et quand ils sont autonomes c'est sûr que ça compense complètement la perte d'activité qu'il aurait pu y avoir.
Et c'est pas du tout une perte d'activité, médicalement c'est un échange car l'interne me pose des questions pourquoi tu fais ça, pourquoi tu prescris ça et pas ça. Alors des fois c'est parce que je sais Mais des fois c'est parce que j'ai l'habitude de faire donc ce n'est pas bien. Alors on regarde la recommandation et on relit et on se rend compte qu'il faut bien faire comme ça ou que ce n'est pas bien de faire et je corrige.
Alors je me souviens typiquement au dernier stage, ma génération a appris qu'il ne fallait pas prescrire d'anti inflammatoire avec des contraceptions. Donc je disais à chaque fois aux consultations de traumatologie du sport à mes patients : « ne prenez pas ça ».
Donc mon interne m'a dit pourquoi vous dites ça. Et c'était une habitude. Elle m'a questionné, on a retrouvé les recommandations et l'étude. Et on a observé que en effet entre temps une étude a montré qu'il n'y avait aucun lien entre anti inflammatoire et contraception.

Donc voilà c'est un échange et ça va dans les deux sens. Je trouve que c'est très enrichissant c'est un renouveau professionnel. J'aime beaucoup ça transmettre ce que j'ai reçu. On a appris de nos pairs et de nos anciens et je pense que la meilleure chose qu'on ait à faire c'est de le rendre. Non ce n'est pas une charge

Ok super merci.

Entretien n° 5

Alors veux-tu bien me raconter une CRO qui t 'a marqué ? Ou comment cela se passe-t-il en pratique ?
Ce matin RO sur le diabète avec le patient qui a décidé d'arrêter son traitement car il a décrété que le Traitement qu'il prenait lui faisait mal à la tête et il est arrivé avec une hémoglobine glyquée à 9% et il m'a affirmé que c'était dû aux fêtes et pas au fait qu'il a arrêté son traitement. Et ça c'est une bataille à chaque RO. Il faut expliquer pourquoi il faut prendre son traitement, les conséquences, et qu'avoir mal à la tête oui ça peut être dû au traitement mais quand ça apparaît après 6 ans de traitement je ne pense pas que ce soit dû au traitement en lui-même.

OK et ça il l'a avoué ou c'est en questionnant que tu l'as appris ?
Alors vu l'augmentation de l'hémoglobine glyquée, et non lui il l'a avoué spontanément en plus, mais c'est vrai qu'ils ne l'avouent pas toujours spontanément ou ils ne le disent pas du tout. Mais lui comme c'était dû au médicament il me l'a dit assez facilement.
Mais il reste persuadé que c'est parce qu'il a mangé la galette des rois.
Comme les maux de tête s'étaient stoppés alors qu'il a arrêté le traitement, j'ai dû lui donner un traitement similaire mais d'une autre marque donc comme ça j'espère qu'il va le reprendre avec une hémoglobine glyquée dans trois mois pour voir s'il le prend bien. (Rires)

Alors quel thème abordes-tu pendant ces RO ?
Alors (hésitations). Quel thème ? (Hésitations)
Oui par exemple l'éducation thérapeutique où ?
Oui alors pendant le RO parfois l'éducation thérapeutique ou parfois ils viennent pour plein d'autres choses donc ils viennent pour deux trois quatre cinq questions sur un peu tout, le nez qui coule, mal au pied depuis 6 mois ou un certificat de sport ou autres. Donc ça laisse peu de temps après pour l'éducation thérapeutique qui devrait prendre plus de temps. Il faudrait les éduquer déjà sur le RO qu'ils viennent pour ça pour se consacrer à la pathologie chronique et avoir le temps d'expliquer les choses. Alors soit on l'a déjà expliqué et ils ont oublié ou alors on n'a jamais eu le temps d'aborder le sujet ou il n'était pas d'actualité. Donc oui il y a un problème de temps qui se fait ressentir.
Et par rapport à ces demandes surajoutées, comment tu les gères ?
Ba j'accepte et je suis d'ailleurs souvent en retard, en permanence d'ailleurs, car je suis gentille. Avant je me faisais avoir car ils me le disent au fur et à mesure et ils ajoutaient « ah j'ai oublié ça et ça » etc. Et souvent d'ailleurs c'est la dernière demande qui est la plus importante ou tu ne peux pas dire revenez dans 15 jours. Donc maintenant je leur demande quand ils arrivent « avez-vous plusieurs choses à me demander » comme ça je fais le tri dans l'urgence des demandes, j'en gère trois et les autres on reprendra une prochaine fois. Donc on reprogramme.
J'essaye oui mais je me suis fait beaucoup avoir au départ et donc j'essaye car sinon je vois d'une manière superficielle tout et en fait tu n'approfondis aucune des demandes donc ce n'est pas de la bonne médecine non plus.
Donc quand ça peut attendre j'essaye de reprogrammer. Ou si en plus il y a besoin, pour une des demandes, d'une radio ou d'une prise de sang Ba je vais gérer les autres problèmes quand ils ramènent la prise de sang ou la radio comme ça, ça ne reporte pas à trois mois mais quand ils reviennent avec le reste des examens.
Ou ils reviennent spécialement pour ça ou quand ils ramènent des résultats paracliniques.

Les résultats c'est difficile à avoir ou c'est eux qui les ramènent ?
Ça dépend des patients il y en a qui ramène les résultats sans soucis mais certains comptent sur moi pour les rappeler et ils ne s'en occupent pas. Donc en général je les reçois, quand c'est quelque chose d'important je les rappelle et quand c'est juste le cholestérol un peu augmenté, je leur dis que je ne vais pas les appeler mais ils doivent repasser pour en discuter et que ça ne se fait pas par téléphone car dans ce cas il y a des changements de régime à mettre en place. Justement l'éducation thérapeutique. Donc ça ne se fait pas par téléphone en deux minutes. Et surtout je leur dis comment prendre le traitement ou les effets secondaires.
Donc quand c'est un problème aigu par exemple une infection urinaire où il y a besoin du résultat pour voir si le traitement antibiotique est adapté ou s'il faut changer le traitement.
Mais quand c'est quelque chose de chronique, je leur demande de repasser.

Car les résultats te sont envoyés en fait ?
Oui en principe sauf bug informatique bien sûr car le labo parfois ça ne marche pas.
Donc oui je les reçois par Apycripte donc messagerie sécurisée en même temps. Donc les patients même s'ils appellent, pour savoir répondre à l'angoisse parfois puis leur dire repasser ou non c'est bon. Donc oui je les reçois.

Souvent je les regarde le soir. Donc un taux de cholestérol limite ce n'est pas grave. Mais une fois j'ai eu 12% d'hémoglobine glyquée je les rappelle pour leur demander de repasser dans le mois ou les deux mois qui suivent.

Et par rapport à ces patients le fait de les connaître c'est un avantage ?
Alors oui car j'ai fait longtemps des remplacements et quand je me suis installée je n'en connaissais aucun, je regardais dans le dossier pourquoi je les avais vu récemment, je ne me souvenais plus forcément à quoi il ressemblait donc je ne savais plus exactement qui c'était, donc tu ne sais pas si un taux de cholestérol un peu élevé ou les triglycérides si c'est ponctuel ou si c'est plutôt chronique et qu'il faut réexpliquer certaines choses. Si c'est ponctuel tu refais un bilan, quand tu connais les patients, tu sais comment ils fonctionnent, tu sais s'ils prennent les traitements, quand tu donnes des infos tu sais si c'est écouté ou pas.
J'ai une patiente diabétique aussi, elle est sous insuline 4 injections par jour. Elle a une hémoglobine glyquée à 10% en permanence. Tous les conseils qu'on donne elle refuse. Elle est dure à convaincre. Donc quand tu reçois un bilan tu sais ce qu'il faut moduler s'ils acceptent bien le traitement. Donc en connaissant c'est vrai que c'est beaucoup plus facile de comment prendre le patient savoir comment tu peux modifier ou s'il va accepter un traitement supplémentaire. Tu insistes plus sur le régime ou sur un médicament car le régime il ne suivra pas. Ou tu sais qu'un autre si tu réexpliques bien, sans traitement ça va aller.
Il y a des méthodes pour faire adhérer le patient ?
Je pense que c'est patient dépendant. Certains il faut leur faire un peu peur, d'autres plus en souplesse. En tout cas on ne m'a pas appris de méthodes, mais c'est plus au feeling. Mais c'est vrai que certains comprennent les explications alors que d'autres pas du tout. Donc si tu leur expliques les dangers, ils vont suivre le régime pendant deux mois et encore je suis optimiste puis et rien (rires).
Ou ceux que je traite pour le diabète ou la tension avec un traitement chronique et en fait ils reviennent et la tension ne va pas et toujours très haute. Et là ils m'expliquent qu'ils ont bien pris le traitement pendant un mois. Alors je leur demande la suite et ils me répondent « ah Ba je pensais qu'il fallait qu'un mois ». Donc tu reprends tout (rires) et tu lui réexpliques. Donc des fois tu lui dis soit je ne suis pas clair soit il ne comprend pas. Mais en tout cas on ne s'est pas compris.
Ils pensent que le traitement chronique c'est comme un antibiotique pour l'angine, ils le prennent un mois puis ils l'arrêtent.
Donc je leur dis j'ai marqué à renouveler sur l'ordonnance. Et ils me répondent « ah oui je n'avais pas vu ».

Donc comment qualifierais-tu les CRO ? chronophage ? ou un gain de temps ?
Alors quand j'étais remplaçante je trouvais que c'était un gain de temps car les patients me demandaient leur boite de médicaments. Et depuis que je suis installée je trouve que c'est très chronophage car certains viennent avec toute une liste.
Et en fin de compte c'est chronophage. Quand tout est équilibré ça va ça ne prend pas de temps et ils savent. Maintenant que c'est informatique ça prend moins de temps. Mais quand ils viennent et qu'il y a des déséquilibres tensionnels ou de la maladie chronique, et voir quand ils ont vu le spécialiste pour la dernière fois plus la pathologie aiguë d'un côté sachant que les pathologies aiguës avec les chroniques ça prend plus de temps à soigner. Donc oui c'est chronophage. Donc ça prend plus de temps que celui qui vient pour une gastro ou une grippe ou une entorse de la cheville.
Souvent il y a aussi des pathologies chroniques sur des personnes âgés, il faut plus de temps pour leur expliquer les problèmes aigus et chroniques donc c'est des consultations qui prennent plus de temps.
Mais c'est toujours pareil, la consultation qui serait que pour RO prendrait moins de temps qu'une consultation aiguë même s'il y avait de l'éducation thérapeutique. Mais le problème c'est vraiment ces demandes surajoutées.

Et la famille des patients est-elle présente ? comment cela se passe-t-il en pratique ?
Alors ça dépend. Quand le patient n'arrive plus à conduire par exemple la famille est présente, donc je trouve que c'est bien. Car à partir d'un certain âge, le patient ne veut pas avouer et s'avouer que le médicament il les prend quand il y pense ou pas d'ailleurs. C'est plus la famille qui nous met au courant. Une notion qu'on n'aurait pas à domicile. À la maison « comment ça se passe ? » je trouve ça bien quand il y a la famille. Et si barrière de la langue, c'est quand même mieux pour comprendre d'un la plainte du patient et ensuite pour qu'il comprenne, pourquoi les prendre pourquoi les changer et faire de l'éducation thérapeutique.
Donc la famille présente c'est bien pour d'abord une éventuelle barrière de la langue et ensuite pour savoir ce qu'il se passe au quotidien, dans la prise de médicaments, dans les repas qui sont pris ou non. Par exemple quelqu'un qui fait des œdème ou OAP à répétitions et qu'il mange des chips 3 x par jour mais qu'il ne veut pas nous le dire et que la famille l'avoue c'est quand même un avantage.

OK et pour les domiciles c'est un atout un inconvénient ? comment cela se passe-t-il en pratique à domicile ?

Alors pour moi c'est un inconvénient mais pour le patient c'est surement un atout. Le domicile je le réserve vraiment pour des patients âgés qui ne peuvent pas se déplacer ou que la famille n'est pas là pour justement les amener. C'est quand même assez limité.
Après oui à domicile on voit mieux comment ça se passe à domicile. Après c'est chronophage. Et le problème c'est que, pour ma part en tout cas, je ne suis pas informatisé à domicile. Je leur laisse toujours une trace. Donc la plupart ont des cahiers. Sauf que certains ont vraiment des gros troubles de la mémoire, donc le cahier disparaît.
Donc il y a moins d'historiques, et le cahier sert donc à rien. Plus tous les cahiers qui restent chez le spécialiste ou à l'hôpital. Donc je mets des mots car c'est important d'échanger avec l'infirmière et tout ce qui passe mais c'est vrai qu'après quand je me retrouve ici au cabinet, à moins de remettre l'ordonnance chronique, de mettre un mot, chose qu'y est très chronophage donc je ne fais pas systématiquement. Sauf si c'est très important. Donc je me retrouve ici avec les CR des spécialistes que j'ai informatisé et à domicile je me retrouve avec les petits mots mais sans CR. C'est vrai que c'est compliqué.
En principe avec le nouveau logiciel, on devrait l'avoir sur le téléphone et pouvoir obtenir directement en rentrant au cabinet les consultations sur informatique. Mais c'est vrai qu'on a deux dossiers, avec pas forcément les mêmes choses dedans.
La dernière fois pour un patient hospitalisé en urgence, l'hôpital m'appelle, ils n'ont pas l'ordonnance, le patient ne la connait pas. L'ordonnance est chez le patient, car je le vois toujours à domicile, mais pas forcément sur l'ordinateur.
Donc c'est vrai que j'ai commencé à prendre en photo les ordonnances pour les rentrer mais parfois tu n'as pas forcément tout. A part ma mémoire je ne suis pas forcément d'une grande aide quand ils m'appellent.
C'est vrai que c'est le problème du domicile en plus que ça prend beaucoup de temps c'est que tu risques de faire des erreurs. Ou quand tu appelles il manque ça ou prescrire ça et que tu n'as pas forcément tous les médicaments sous les yeux ou que tu es à domicile et que tu oublies qu'il a vu le spécialiste car tu n'as pas tout sous les yeux et donc tu fais des examens en doublon.

Ah oui ok. Et l'environnement du patient à domicile, il y a des choses que tu vérifies souvent ?
Alors oui déjà on voit un peu à quoi ressemble la cuisine, la propreté ou autre ; on voit un peu plus comment il vit et donc s'il n'y a rien dans le frigo et pas de portage de repas, et qu'il maigrit, qu'il y a quelque chose à faire, le ménage. Donc voilà dans le quotidien, voir s'il y a quelque chose qu'on peut ajouter pour qu'il ne soit pas grabataire. Et ça permet de voir aussi si en farfouillant dans les placards s'il n 'y a pas dix mille boites car en fait il ne les prend pas. Donc on peut mettre en place une infirmière pour un pilulier.
A domicile tu vois plus de choses.
Souvent les infirmières, même quand ils viennent avec la famille, la famille nous le dit et quand ils viennent seules les infirmières disent « vous savez qu'on pourrait l'aider à ça ou la toilette ou pour faire un pilulier ». On se rend compte qu'il y a des bugs d'un côté ou de l'autre.

Donc le fait d'être médecin de famille ou médecin traitant, il y a des avantages ?
Oui alors quand tu remplaces, à moins de remplacer régulièrement dans le même cabinet souvent tu finis par les connaître. Mais sinon le patient il peut dire ce qu'il veut tu le crois car tu ne le connais pas. Donc c'est vrai que l'avantage en étant médecin traitant c'est que, quand il enjolive la situation, tu sais au fond ce qui est vrai.
Donc c'est un avantage énorme de les connaître pour les soigner.

Ok et l'automédication il y en a beaucoup ?
Oui il y en a pas mal, entre les boites d'antibiotique qui ne font pas le même nombre que la prescription. Donc certains patients arrivent et disent, donc j'ai commencé les antibiotiques depuis hier car il m'en restait de la dernière fois mais comme j'en avais pour deux jours je viens pour continuer. Alors c'est souvent pas du tout adapter et donc oui l'automédication c'est quelque chose d'assez fréquent. Pas forcément dans les pathologies chroniques car c'est assez souvent des patients âgés. Et ils ne vont pas forcément y penser et ils viennent chez le médecin plus facilement.
Alors par contre chez le jeune actif qui n'a pas le temps d'aller chez le médecin c'est sûr que c'est important et surtout plus fréquent même que ce qu'ils avouent ouvertement.

Ok c'est parfait merci.

Entretien n° 6

Racontez-moi une CRO qui vous a marqué ? ou en général comment ça se passe ?
Qui m'a marqué ? alors non (hésitations)

En général ils viennent que pour ça ?
Ils viennent parfois que pour ça, et d'autres fois pour autre chose.

Oui c'est à dire ?
Ba ils viennent tous les 3 à 6 mois en fonction de la pathologie. Et puis ils viennent pour les médicaments alors je leur remarque les médicaments et je leur demande l'évolution et ce qu'il s'est passé les 3 ou 6 derniers mois. Voilà c'est tout.

Et quels thèmes vous abordez en général ?
Alors ça dépend de leurs pathologies. Si c'est un diabétique, je lui parle de diabète, si c'est un cardiaque je lui parle de ce qui le concernerait. Enfin voilà je ne vais pas lui parler de la pluie et du beau temps.

Et il y a des choses qu'ils demandent ?
Les questions qu'ils posent c'est rarement en rapport avec leur pathologie c'est souvent en rapport avec l'actualité. En ce moment c'est le coronavirus.
Après le reste ils s'en foutent et on n'en parle pas.
Ils veulent leur traitement et voilà. Ils croient avoir fait le tour de la question. Ils sont rarement dans le questionnement,

Vous vous abordez des thèmes ?
Ça dépend si le mec a une hygiène de vie déplorable, je lui fais remarquer pour qu'il fasse quelque chose. Mais s'il fait ce qu'il faut et s'il est dans le respect des règles, Ba il continue sa vie. Je ne vais pas les harceler

L'éducation thérapeutique donc en général vous la réaliser chez qui et comment ?
Alors je la fais essentiellement chez le diabétique, j'emmerde les fumeurs, je les harcèle.

AH oui ? comment vous faites ?
Alors comment je fais ? je prescris un scanner des poumons. Et quand ils vont le faire en général ils sont stressés. Ça les calme un certain temps.
Malheureusement quand ils reviennent avec un scanner normal ou sans pèche ils n'arrêtent pas de fumer. Après quand il y a des signes d'emphysème ou de bronchite chronique ou des signes évidents de tabac, ça les freine un peu mais pas toujours.

OK et vous abordez ce thème-là dans le RO ?
Oui bien sûr.

Ok et il y a d'autres thèmes que vous abordez ?
Non à part les diabétiques et les fumeurs non. Car le tabac et le diabète c'est les premières pathologies en général hein. Donc le reste il n'y a pas grand-chose à dire.

Ok et pour les hypertendus par exemple ?
Alors le mec hypertendu chronique depuis longtemps ils savent qu'il ne faut pas trop de sel Je leur ai déjà dit. Mais ça ce n'est pas le renouvellement. Je leur dis quand je les vois. Est-ce que vous prenez bien votre médicament et est-ce que vous faites ci ou ça. Après quand je les vois pour ça non.

Pour les médicaments vous disiez que vous prescriviez pour 3 ou 6 mois ?
Oui alors ça dépend de leur pathologie pour 3 ou 6 mois en effet. Le mec pour le cholestérol c'est 6 mois.

Ok et donc c'est peut-être le moment où vous prescrivez d'autres examens complémentaires ?
Oui alors les diabétiques c'est bilan tous les trois mois et cholestérol c'est tous les ans.

OK et pour les spécialistes ? comment vous les envoyez ?
Alors très facilement.

Ok c'est à dire ?

Alors le diabétique je sais qu'il va chez l'ophtalmo tous les ans, le cardio tous les deux ans, l'endocrino s'il a envie d'y aller il y va. En général je les envoie au moins une fois. Le néphro si nécessaire

Ok et c'est le patient qui réclame ou c'est vous qui programmez ?
Non c'est moi.

Ok et il y a des difficultés par rapport à ce genre de C ?
Non rien de spécial, ma patientèle sont des jeunes, ou âgée, j'ai beaucoup d'ALD je les connais depuis 30 ans, j'ai 64 ans donc le calcul est vite fait. On a une relation plus ou bonne avec les gens, on sympathise.
Non pas de problème de particulier

Et vous disiez connaître vos patients, pensez-vous que c'est un avantage ?
Oui je pense que c'est un avantage voire un inconvénient aussi. L'avantage c'est qu'on ressent la personne, l'inconvénient c'est qu'on peut passer à côté par moment, par manque d'attention ou par habitude. Comme dans un couple (rires). L'habitude vous joue des tours et Ba là c'est pareil.
L'habitude c'est parfois utile mais c'est quand même un peu négatif. Il faut toujours se remettre en question. Mais bon le quarantième de la journée parfois lundi soir à 20h par exemple c'est difficile.

Vous faites des domiciles aussi ?
Oui très rarement, de moins en moins. Quand j'étais jeune médecin j'en faisais beaucoup, je faisais moitié cabinet, moitié domicile. En plus j'avais un associé. Actuellement j'en fais très peu. Actuellement si j'en fais quinze dans la semaine c'est beaucoup.

OK et à domicile quelle différence existe-t-il par rapport au cabinet ?
Alors je vais à domicile pour les gens qui sont moins à l'aise. Par exemple hier je suis allé à domicile car l'un peut plus marcher à cause d'une arthrite goutteuse, l'autre un cancer du pancréas, le truc qui nécessite un domicile quoi. Sinon je ne me déplace pas`

OK et il y a un avantage à domicile pour les patients ?
Alors pour les patients oui il y a des flemmards qui ne veulent pas attendre, d'autres dans le confort qui n'aiment pas les contraintes donc qui essaient que je vienne à domicile. Mais si ce n'est pas justifié je n'y vais pas.
Parfois à domicile c'est plus difficile, il n'y a pas d'ordinateur, je n'ai pas les antécédents.

Ok donc comment faites-vous à domicile pour gérer sans ordinateur ?
Alors à domicile j'ai leur ordonnance déjà, et puis c'est des gens que je connais. Je ne connais pas la date exacte de leurs examens mais je sais ce qu'ils ont passé, je connais leur pathologie. Je regarde leur ordonnance pour me rafraichir la mémoire. Et puis voilà
Et puis l'ordinateur je l'ai depuis 10, 15 ans

Et à domicile il y a des thèmes que vous abordez qui seraient différent du cabinet ?
Non c'est pareil.

Et parfois vous regardez les pharmacies ou les placards ?
Non.

Et l'automédication, qu'est-ce que vous en pensez ? est-ce que vous l'abordez en consultation ?
Non je ne l'aborde pas spontanément. S'il me pose la question je réponds c'est tout.

OK et qu'est-ce que vous en pensez alors ?
Le mec qui prend un comprimé de doliprane car il a 40 de fièvre, ça me paraît pas illogique mais celui qui prend comme hier 6 comprimés de colchimax dans la journée ça fait beaucoup donc je lui explique. (Rires).

Ok et par rapport à ces CRO, quelles différences par rapport aux autres C ?
Déjà les CRO sont moins chronophages car je n'ai pas à remplir de questionnaire. J'ai déjà les antécédents, c'est plus facile, moins chronophages, plus rapides.

Ok et les demandes surajoutées en fin de consultation ?
Si c'est une demande audible je réponds, par contre si c'est une connerie comme « j'aimerai faire une IRM du genou car mon ostéopathe m'a demandé d'en faire un ». Je leur propose que l'ostéopathe fasse médecine et puis on verra. Ça s'arrête là.

Ok donc vous les éduquez par rapport à ça aussi alors ?
Oui car si l'ostéopathe leur a dit de faire ça ou ça, attention je n'ai rien contre les ostéopathes mais je leur dis soit ils vont voir un médecin ostéopathe qui leur prescrit soit c'est non. Une IRM ça coute cher je ne prescris pas ça comme ça. C'est comme les transports en ambulance c'est cher et souvent trop prescrits.

Ok et par rapport à la prévention vous parliez du tabac ?
Oui vraiment le tabac, bon j'étais fumeur mais j'ai arrêté. J'ai vu un nombre de patients à qui j'ai dit de ne pas fumer pendant x année, et un jour on découvre une pèche au scanner tho et ils me disent « AH c'est bon docteur j'ai arrêté de fumer ». Mais je ne peux pas leur dire que c'est trop tard. Donc je ferme ma gueule mais franchement ça me gonfle car je perds mon temps. Voilà certains se sont tués voire suicidés en fumant. Et au scanner Ba voilà cancer. Donc c'est chiant et c'est un échec quelque part de les pousser à arrêter et en fait on arrive jusqu'au cancer. Mais malheureusement on ne peut pas tout gérer.
Donc voilà je suis chiant. (Rires)

Ah ok et juste comment vous les qualifierez ces CRO ? chronophages, redondantes fatigantes ?
Aucun qualificatif, c'est pour moi moins chronophage en tout cas que la première fois.
Non ça ne me pose pas de problème particulier, je n'ai pas de qualificatif. Le quotidien quoi.

Et c'est diversifié ou plutôt. Redondant ?
Oui alors i y a de tout mais c'est toujours les mêmes hein, le diabète la tension l'insuffisance respiratoire
La pathologie du chronique quoi.
Bon parfois à cote une connerie une prostatite ou infection urinaire. Mais bon ça fait partie du boulot.
Bon voilà juste faut pas tomber dans le piège à con, voilà je renouvelle au revoir monsieur.
Il ne faut pas passer à côté de quelque chose d'autre.

Ok super merci.

Entretien n° 7

Racontez-moi une CRO qui vous a marqué ou comment ça se passe en pratique ?
Pas spécialement non. C'est le quotidien. Le RO soit les gens viennent et à ce moment-là on les examine et on voit avec eux médicament par médicament s'il y a lieu de continuer ou pas. Après le problème c'est que des patients veulent récupérer leur ordonnance sans consultation. Ça devient un peu pénible.

Comment vous gérez ça du coup ?
Alors je négocie. C'est un peu difficile. Alors suivant ce que c'est comme médicament. Si c'est juste pour l'HTA, je le fais une fois et après si c'est la deuxième fois les secrétaires ont la consigne de dire au patient de prendre rdv. Pas plus de six mois quoi.
Je n'ai rien de plus à dire sur le RO.

Ok et qu'est que vous prescrivez lors de ces RO ? examens complémentaires ? spécialiste ? comment est-ce que vous planifiez ?
Alors ça dépend de leur pathologie. Par exemple pour le diabétique c'est tous les trois mois prise de sang, tous les ans on fait analyse d'urine, le fond de l'œil. Tout est planifié. En général les diabétiques par exemple je les vois tous les trois mois avec leur bilan sanguin (hémoglobine glyquée et créatinine).

Ok et comment vous faites pour faire adhérer le patient.
Alors je ne leur laisse pas le choix la plupart adhère mais d'autres ne font pas leur prise de sang leur examen. Le quotidien quoi. Mais c'est comme ça
Du coup vous reportez ?
Ba oui si quelqu'un n'a pas fait la prise de sang et qu'il vient pour le RO, je lui fais mais trois mois après s'il ne l'a toujours pas fait je le sermonne un peu, mais je peux pas refuser de lui donner ses médicaments. Mais bon à un moment on se fâche un peu.

Et il y a des difficultés face à ces CRO ?
Non pas du tout.

Ok et l'automédication, vous en parlez ?
Alors je n'ai pas beaucoup de problème avec ça, ça dépend pourquoi, les rhumes les choses comme ça oui. Mais les pathologies chroniques non il n'y a pas vraiment d'automédication.
A priori on leur donne des quantités suffisantes de médicaments. Je ne pense pas qu'ils fassent des stocks. Enfin sauf les antibiotiques ou autre qu'ils peuvent avoir en stock.
Pour les RO il n'y a pas de problèmes avec l'automédication.

Ok. Et comment les qualifieriez-vous ces CRO ? redondantes chronophages, un gain de temps ?
Oui un gain de temps en fait. Car le RO ça va relativement vite, surtout que c'est des patients que je connais bien donc oui. Ça fait 38 ans que je suis là donc il y a des gens que je connais depuis plus de 30 ans. Donc ces gens-là je les connais bien, et leur pathologie aussi. C'est moins chronophage qu'un patient qui arrive pour la première fois avec quinze radios, vingt-huit prises de sang et qui me dit j'en ai pour cinq minutes alors qu'une heure après il est toujours là. (Rires)

Ok et vous dites que vous connaissez bien vos patients, vous pensez que c'est un avantage ?
Ah Ba bien sur oui. Mon métier c'est ça, c'est propre à la médecine générale, le métier que j'aime que j'exerce. Pas celle qui va arriver à votre génération pour les années à venir.

Ah oui c'est à dire ?
Alors votre génération ça va être d'être médecin dans des centres de santé ou des groupes de médecins et le patient il verra le médecin qui est là et pas forcément celui qui le suit normalement. Comme ça se passe maintenant dans les zones rurales. Je trouve que c'est pas très bien.

Ah oui car c'est plus facile de les connaître du coup ?
Oui et puis c'est le plaisir du métier, de connaître les gens d'avoir de l'empathie pour eux. On connaît leur pathologie on connaît leur famille. On sait ce qu'il se passe. On connaît leur problème de famille. Donc oui il n'y a pas que l'ordonnance et la pathologie il y a aussi l'ensemble.

Et au niveau de la famille ça vous aide de les connaître ?

Oui bien sûr à domicile c'est intéressant de les connaître pour savoir s'il y a des problèmes particuliers. S'il y a des problèmes sociaux d'argent, de couple. Ça fait partie de la médecine ça aussi. C'est pour ça qu'il faudrait que les médecins généralistes continuent à faire des visites à domicile.

Ah oui ok vous en faites aussi ?
Bien sûr. Je trouve que c'est très important. Contrairement à quelques collègues qui disent que c'est une parte de temps. Moi je pense que c'est très important. C'est bien d'aller chez les gens de voir comment ils vivent. Ça aide au diagnostic.

Ok c'est à dire qu'est-ce qu'il y a des plus qu'au cabinet par exemple ?
Alors de voir dans quels contextes ils vivent, leur logement leur conjoint, leurs enfants, si c'est propre ou sale, si ça sent bon ou mauvais. Voilà on cerne un peu plus la personnalité des gens à domicile.

Ok et il y a des points que vous abordez plus à domicile du coup ?
Non pas spécialement. Parfois les gens sont plus en confiance quand ils sont chez eux, donc ils peuvent dire plus de choses intimes.

Ok et les pharmacies à la maison vous regardez un peu à la maison ?
Oulà oui et je prends peur souvent. Il y en a qui accumulent du paracétamol ou des antibiotiques. Donc quand je fais des RO à domicile, un médicament qui est prescrit régulièrement et je vois quatre boites d'avance dans la pharmacie, je me doute qu'en fait ils ne le prennent pas.

Ah oui et ils ne vous le disent pas ?
Non les patients ne disent pas qu'ils ne prennent pas leurs médicaments. Et après quand on voit les pharmacies, on voit que l'observance n'est pas terrible.

OK et ça l'observance comment vous faites ? à part les pharmacies ?
Après on est coincé. Si quelqu'un vous dit je prends mes médicaments, vous ne pouvez pas lui dire : prouvez-moi que vous les prenez bien ? (Rires)
Après faut aussi que les gens se prennent en charge, c'est leur maladie. Ils ne doivent pas se conduire comme des assistés en permanence.

Oui ok (rires) et par rapport aux demandes surajoutées en fin de consultation ? vous en avez beaucoup ? comment vous les gérer ?
Euh oui il y en a en fait certains me demandent quand j'ai fini leur ordonnance, vous ne pouvez pas me marquer ça ou ça. Donc oui il y en a parfois on accepte ou on refuse mais bon ça dépend de ce que c'est.
Donc s'ils me demandent, ah je pars en vacances donnez-moi un antibiotique, je leur dis Ba non. Ou si c'est juste du doliprane Ba c'est oui.

Ok. Et par rapport à l'éducation thérapeutique du patient est ce que vous l'abordez souvent ou parfois ? il y a des points que vous aimez en particuliers
Alors oui les gens quand je leur prescrits leur médicament j'insiste bien sur les horaires de prise, de ne surtout pas oublier, est ce qu'ils entendent bien, ça c'est la question.

Oui et il y a des thèmes qui vous tiennent à cœur ?
En fait c'est fonction des pathologies. Après les enfants si j'insiste plus, avec le surpoids. Il y a des mamans qui ne sont pas très contentes quand je leur dis que leur enfant est trop gros mais on il faut insister car on en voit de plus en plus.
Le tabac oui aussi, si c'est quelqu'un qui vient nous voir et qui tousse et qui a le faciès du tabagique et qui sent le tabac dès qu'il rentre alors là oui on lui dit qu'il faudrait peut-être qu'on parle un peu de ça. Et voilà l'alcool c'est pareil et ainsi de suite.

Et quelle différence existe-t-il entre les RO et les C basiques ?
En général ça va un peu plus vite car on a l'historique. Ça dépend en fait. Si quelqu'un a un cancer et qu'il vient pour un RO ça prend du temps parce qu'on passe d'une autre pathologie. Après une rhinopharyngite ça va vite un autre qui a une pathologie lourde ça prend plus de temps.

Ok et renouvelez un patient que vous ne connaissez pas c'est plus dur ?
Oui alors ça m'arrive de le faire car on est un cabinet de groupe donc je le fais quand l'autre est en vacances. Je regarde leurs pathologies je les examine, je les interroge et je renouvelle ce qui est à renouveler.

Et du coup ça prend plus de temps qu'un patient que vous connaissez déjà ?
Oui bien sur puisqu'on le connaît pas ?

Alors les spécialises vous avez un réseau comment ça se passe ?
Oui j'ai un réseau de spécialistes que je connais depuis longtemps. Oui je leur fais un courrier et ils me répondent par courrier ou par mail. Par contre si c'est urgent je les appelle directement.
Ok et pour les courriers vous avez des réponses à chaque fois ?
Non pas de problème je reçois des réponses. En fait quand j'écris un courrier à un confrère ils se doit de nous répondre. Oui donc j'ai toujours une réponse. Sauf les hôpitaux (rires).

Ok et avez-vous des avis divergents avec eux ?
Oui bien sur j'adhère. Enfin j'ai confiance en eux surtout que je les connais depuis longtemps. Donc si je me suis trompé, enfin si eux ils pensent que je me suis trompé alors je les crois.

Annexe 7 : Liste de Beers

Iatrogénie

Liste de « Beers », molécules considérée comme inappropriée chez les sujets âgés

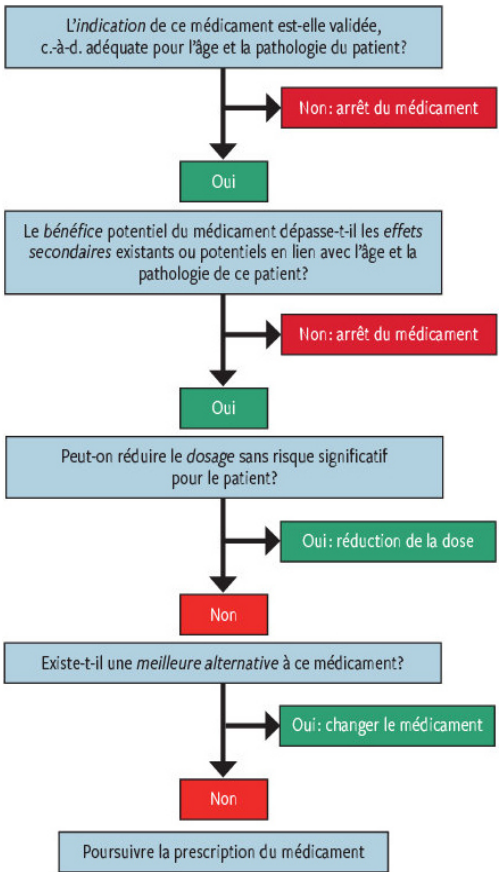
MEDICAMENTS	MOTIF
Dextropropoxyphène	Peu avantage / paracetamol
Indométacine, phenylbutazone	Bénéfice/risque < autres AINS
métoclopramide	Sd extrapyramidal
Certains antispasmodiques *(visceralgine, buscopan, ceris, ditropan)*	anticholinergiques
BZD à demie vie longue *(lysanxia 65h, urbanyl 50h, rohypnol 35h, lexomil 20h,)* *(préférer : Stilnox 2h, imovane 5h, seresta 8h, buspar 5h)*	Sédation, chutes
Digoxine dose élevée	intoxication
Methyldopa, reserpine	Préférer les autres anti HTA
Vasodilatateurs cérébraux	Efficacité non prouvée

Arch Intern Med 1997; 157:1531-1536

Annexe 8 : Medication Appropriateness Index

	Item	Weighting
1	Is there an indication for the drug?	3
2	Is the medication effective for the condition?	3
3	Is the dosage correct?	2
4	Are the directions correct?	2
5)	Are the directions practical?	1
6	Are there clinically significant drug-drug interactions?	2
7	Are there clinically significant drug-disease/condition interactions?	2
8	Is there unnecessary duplication with other drug(s)?	1
9	Is the duration of therapy acceptable?	1
10	Is this drug the least expensive alternative compared to others of equal utility?	1

Annexe 9 : Algorithme de revue critique du traitement médicamenteux



Annexe 10 : Nombre de combinaisons possibles d'interactions en fonction du nombre de médicaments pris

Nombre de médicaments pris par un même patient	Nombre de combinaisons possibles d'interactions
3	4
4	11
5	26
6	57
7	120
8	247

Serment d'Hippocrate

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

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

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

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

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

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

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

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

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

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

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

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

Mme Justine Labbé : Complexité des consultations de renouvellement d'ordonnance : ressenti des médecins généralistes (MG). (Thèse d'exercice)

Résumé

INTRODUCTION. La CRO, premier motif de consultation en médecine générale, est primordiale pour la santé des patients atteints de pathologies chroniques. Elle permet, entre autres, de fournir l'ordonnance des traitements aux patients. Cependant le travail du MG lors d'une CRO apparaît beaucoup plus complexe. L'étude s'intéresse à cette complexité à travers le vécu des MG.

METHODES. Étude qualitative par entretiens individuels à l'aide d'un guide d'entretien semi-dirigé. La population cible était les MG exerçant dans le Var.

RESULTATS. Les objectifs d'une CRO sont multiples : premièrement une analyse pluridisciplinaire de la pathologie actuelle du patient ; deuxièmement l'ordonnance, représentant la principale motivation du patient ; troisièmement l'éducation thérapeutique pour promouvoir la santé globale du patient (observance médicamenteuse, adhésion, conseils, prévention). La CRO a une connotation positive et agréable pour les MG. Les MG l'optimisent par des visites à domicile ressenties comme primordiales pour analyser l'environnement du patient et mieux le soigner. Elle est facilitée par la relation médecin-patient, source de confiance mais aussi de chantage. Les MG se sentent accessibles et référents du patient. Cependant la CRO est difficile à mener puisqu'elle est chronophage, et vue par certains patients comme une occasion de consulter le MG avec de nombreuses demandes surajoutées malgré un temps restreint. La CRO est aussi contrainte par des organismes dont la Sécurité Sociale. De plus le patient, ressenti comme exigeant, est souvent polypathologique. Les MG se plaignent d'un manque de moyen, notamment à domicile. La présence d'un interne bonifie la CRO.

CONCLUSION : Cette étude a permis de préciser les éléments de complexité d'une CRO ressentis par le MG. La CRO vise à réévaluer la santé globale du patient en suivant la pathologie chronique mais surtout en envisageant une nouvelle. Ainsi elle soulève à nouveau les interrogations autour de son nom ; beaucoup d'auteurs souhaitent la renommer « consultation de suivi » représentant mieux le travail sous-jacent d'une telle consultation par le MG. Le tableau résumant les résultats pourrait être intéressant pour les internes de médecine générale lors du stage chez le MG afin de mieux cerner cette consultation de suivi.

Jury :

Président : Monsieur le Professeur Gentile Gaëtan

Membres : Monsieur le Professeur Guida Pierre, Directeur de la thèse,
Madame le Docteur Durand-Rousseau Raphaëlle
Monsieur le Docteur Thery Didier

Mot clé :

étude qualitative, consultation de renouvellement d'ordonnance, ressenti, médecin généraliste

Date de soutenance :

Mercredi 17 Juin 2020