



HAL
open science

La fiche information patient dans la consultation pour la rhinopharyngite en médecine générale : ressenti des médecins généralistes et des patients

Camille Sage, Cécile Quiniou

► To cite this version:

Camille Sage, Cécile Quiniou. La fiche information patient dans la consultation pour la rhinopharyngite en médecine générale : ressenti des médecins généralistes et des patients. Sciences du Vivant [q-bio]. 2020. dumas-03109389

HAL Id: dumas-03109389

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03109389>

Submitted on 13 Jan 2021

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.

**La fiche information patient dans la consultation pour la rhinopharyngite
en médecine générale : ressenti des médecins généralistes et des patients.**

T H È S E E N B I N Ô M E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MARSEILLE

Le 18 Décembre 2020

Par Madame Camille SAGE

Née le 17 août 1993 à Aix-En-Provence (13)

Par Madame Cécile QUINIOU

Née le 29 avril 1992 à Sisteron (04)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Madame le Professeur MICALLEF-ROLL Joëlle

Président

Madame le Docteur MARTIN DEVOIR Elisabeth

Directeur

Madame le Docteur (MCU-PH) ELDIN Carole

Assesseur

Monsieur le Docteur THERY Didier

Assesseur

**La fiche information patient dans la consultation pour la rhinopharyngite
en médecine générale : ressenti des médecins généralistes et des patients.**

T H È S E E N B I N Ô M E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MARSEILLE

Le 18 Décembre 2020

Par Madame Camille SAGE

Née le 17 août 1993 à Aix-En-Provence (13)

Par Madame Cécile QUINIOU

Née le 29 avril 1992 à Sisteron (04)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Madame le Professeur MICALLEF-ROLL Joëlle	Président
Madame le Docteur MARTIN DEVOIR Elisabeth	Directeur
Madame le Docteur (MCU-PH) ELDIN Carole	Assesseur
Monsieur le Docteur THERY Didier	Assesseur

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

Asseseurs :

➤ 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

ÉCOLE DE DE MAIEUTIQUE

Directrice : **Madame Carole ZAKARIAN**

Chargés de mission

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

ÉCOLE DES SCIENCES DE LA RÉADAPTATION

Directeur : **Monsieur Philippe SAUVAGEON**

Chargés de mission

- Masso- kinésithérapie 1^{er} cycle : Madame Béatrice CAORS
- Masso-kinésithérapie 2^{ème} 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	MM	DUFOUR Michel
	ALDIGHERI René		DUMON Henri
	ALESSANDRINI Pierre		ENJALBERT Alain
	ALLIEZ Bernard		FAVRE Roger
	AQUARON Robert		FIECHI Marius
	ARGEME Maxime		FARNARIER Georges
	ASSADOURIAN Robert		FIGARELLA Jacques
	AUFFRAY Jean-Pierre		FONTES Michel
	AUTILLO-TOUATI Amapola		FRANCES Yves
	AZORIN Jean-Michel		FRANCOIS Georges
	BAILLE Yves		FUENTES Pierre
	BARDOT Jacques		GABRIEL Bernard
	BARDOT André		GALINIER Louis
	BERARD Pierre		GALLAIS Hervé
	BERGOIN Maurice		GAMERRE Marc
	BERLAND Yvon		GARCIN Michel
	BERNARD Dominique		GARNIER Jean-Marc
	BERNARD Jean-Louis		GAUTHIER André
	BERNARD Pierre-Marie		GERARD Raymond
	BERTRAND Edmond		GEROLAMI-SANTANDREA André
	BISSET Jean-Pierre		GIUDICELLI Roger
	BLANC Bernard		GIUDICELLI Sébastien
	BLANC Jean-Louis		GOUDARD Alain
	BOLLINI Gérard		GOUIN François
	BONGRAND Pierre		GRILLO Jean-Marie
	BONNEAU Henri		GRISOLI François
	BONNOIT Jean		GROULIER Pierre
	BORY Michel		HADIDA/SAYAG Jacqueline
	BOTTA Alain		HASSOUN Jacques
	BOURGEADE Augustin		HEIM Marc
	BOUVENOT Gilles		HOUEL Jean
	BOUYALA Jean-Marie		HUGUET Jean-François
	BREMOND Georges		JAQUET Philippe
	BRICOT René		JAMMES Yves
	BRUNET Christian		JOUE Paullette
	BUREAU Henri		JUHAN Claude
	CAMBOULIVES Jean		JUIN Pierre
	CANNONI Maurice		KAPHAN Gérard
	CARTOUZOU Guy		KASBARIAN Michel
	CAU Pierre		KLEISBAUER Jean-Pierre
	CHABOT Jean-Michel		LACHARD Jean
	CHAMLIAN Albert		LAFFARGUE Pierre
	CHARPIN Denis		LAUGIER René
	CHARREL Michel		LE TREUT Yves
	CHAUVEL Patrick		LEVY Samuel
	CHOUX Maurice		LOUCHET Edmond
	CIANFARANI François		LOUIS René
	CLAVERIE Jean-Michel		LUCIANI Jean-Marie
	CLEMENT Robert		MAGALON Guy
	COMBALBERT André		MAGNAN Jacques
	CONTE-DEVOLX Bernard		MALLAN- MANCINI Josette
	CORRIOL Jacques		MALMEJAC Claude
	COULANGE Christian		MARANINCHI Dominique
	DALMAS Henri		MARTIN Claude
	DE MICO Philippe		MATTEI Jean François
	DESSEIN Alain		MERCIER Claude
	DELARQUE Alain		METGE Paul
	DEVIN Robert		MICHOTEY Georges
	DEVRED Philippe		MIRANDA François
	DJIANE Pierre		MONFORT Gérard
	DONNET Vincent		MONGES André
	DUCASSOU Jacques		MONGIN Maurice

PROFESSEURS HONORAIRES

MM	MONTIES Jean-Raoul	VANUXEM Paul
	NAZARIAN Serge	VERVLOET Daniel
	NICOLI René	VIALETTES Bernard
	NOIRCLERC Michel	WEILLER Pierre-Jean
	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	

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

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

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

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

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

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

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	ANTHROPOLOGIE 20
<p>CHAMPSAUR Pierre (PU-PH) LE CORROLLER Thomas (PU-PH) PIRRO Nicolas (PU-PH)</p> <p>GUENOUN-MEYSSIGNAC Daphné (MCU-PH) <i>LAGIER Aude (MCU-PH) disponibilité</i></p> <p>THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)</p>	<p>ADALIAN Pascal (PR)</p> <p>DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF) POUGET Benoît (MCF) VERNA Emeline (MCF)</p>
ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501
<p>CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH) DANIEL Laurent (PU-PH) FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH) GARCIA Stéphane (PU-PH) XERRI Luc (PU-PH)</p> <p>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) <i>SECQ Véronique (MCU-PH) disponibilité</i></p>	<p>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)</p> <p>AHERFI Sarah (MCU-PH) <i>ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH) disponibilité</i> DUBOURG Grégory (MCU-PH) GOURIET Frédérique (MCU-PH) NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH) NINOVE Laetitia (MCU-PH)</p> <p>CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)</p> <p>LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section) DESNUES Benoît (MCF) (65ème section) MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)</p>
ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ; MEDECINE URGENCE 4801	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401
<p>ALBANESE Jacques (PU-PH) BRUDER Nicolas (PU-PH) LEONE Marc (PU-PH) MICHEL Fabrice (PU-PH) VELLY Lionel (PU-PH)</p> <p>BOUSSEN Salah Michel (MCU-PH) GUIDON Catherine (MCU-PH)</p>	<p>BARLIER/SETTI Anne (PU-PH) GABERT Jean (PU-PH) GUIEU Régis (PU-PH) OUAFIK L'Houcine (PU-PH)</p> <p>BUFFAT Christophe (MCU-PH) FROMNOT Julien (MCU-PH) MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH) ROMANET Pauline (MCU-PH) SAVEANU Alexandru (MCU-PH)</p>
ANGLAIS 11	BIOLOGIE CELLULAIRE 4403
<p>BRANDENBURGER Chantal (PRCE)</p>	<p>ROLL Patrice (PU-PH)</p> <p>FRANKEL Diane (MCU-PH) GASTALDI Marguerite (MCU-PH) KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH) LEVY-MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)</p>
BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5405	
<p>METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH) PERRIN Jeanne (PU-PH) DRH Campus Timone</p>	

MAJ 01.09.2019

BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE 4301

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

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

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

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

CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE 5202**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)

BERDAH Stéphane (PU-PH)
 DELPERO Jean-Robert (PU-PH) *Sumombre*
 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 ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)
 BLONDEL Benjamin (PU-PH)
 CURVALE Georges (PU-PH) *Sumombre*
 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)

CHIRURGIE INFANTILE 5402

GUYS Jean-Michel (PU-PH) *Sumombre*
 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)

<p>CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103</p> <p>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)</p> <p>FOUILLOUX Virginie (MCU-PH) TROUSSE Delphine (MCU-PH)</p>	<p>CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛLOGIE 5004</p> <p>CASANOVA Dominique (PU-PH) LEGRE Régis (PU-PH)</p> <p>BERTRAND Baptiste (MCU-PH) HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)</p>
<p>CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104</p> <p>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)</p>	<p>GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201</p> <p>BARTHET Marc (PU-PH) BERNARD Jean-Paul (PU-PH) <i>retraite au 25/11/2019</i> BOTTA-FRIDLUND Danielle (PU-PH) <i>Surnombre</i> 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)</p>
<p>HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202</p> <p>LEPIDI Hubert (PU-PH) LEPIDI Hubert (PU-PH)</p> <p>PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)</p>	<p>GRANDVAL Philippe (PU-PH) GRIMAUD Jean-Charles (PU-PH) SEITZ Jean-François (PU-PH) VITTON Véronique (PU-PH)</p> <p>GONZALEZ Jean-Michel (MCU-PH)</p>
<p>DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003</p> <p>BERBIS Philippe (PU-PH) DELAPORTE Emmanuel (PU-PH) GAUDY/MARQUESTE Caroline (PU-PH) GROB Jean-Jacques (PU-PH) RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)</p>	<p>GENETIQUE 4704</p> <p>BEROUD Christophe (PU-PH) KRAHN Martin (PU-PH) LEVY Nicolas (PU-PH) SARLES/PHILIP Nicole (PU-PH)</p>
<p>DUSI</p> <p>COLSON Sébastien (MCF)</p> <p>BOURRIQUEN Maryline (MAST) EVANS-VIALLAT Catherine (MAST) LUCAS Guillaume (MAST) MAYEN-RODRIGUES Sandrine (MAST) MELLINAS Marie (MAST) ROMAN Christophe (MAST) TRINQUET Laure (MAST)</p>	<p>NGYUEN Karine (MCU-PH) TOGA Caroline (MCU-PH) ZATTARA/CANNONI Héléne (MCU-PH)</p>
<p>ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5404</p> <p>BRUE Thierry (PU-PH) CASTINETTI Frédéric (PU-PH) CUNY Thomas (MCU PH)</p>	<p>GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403</p> <p>AGOSTINI Aubert (PU-PH) BOUBLI Léon (PU-PH) <i>Surnombre</i> BRETELLE Florence (PU-PH) CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH) COURBIERE Blandine (PU-PH) CRAVELLO Ludovic (PU-PH) D'ERCOLE Claude (PU-PH)</p>

EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION 4601**HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION 4701**

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)

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)

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

DEVILLIER Raynier (MCU PH)
 GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)
 LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)

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

LOOSVELD Marie (MCU-PH)
 SUCHON Pierre (MCU-PH)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

IMMUNOLOGIE 4703**MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603**

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

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

FERON François (PR) (69ème section)

TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

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)

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

BOUCAULT/GARROUSTE Françoise (MCF) 65ème section)

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905**MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503**

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

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

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

ELDIN Carole (MCU-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)
 EBBO Mikael (PU-PH)
 GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)
 HARLE Jean-Robert (PU-PH)
 ROSSI Pascal (PU-PH)
 SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)
 BENYAMINE Audrey (MCU-PH)

DRH Campus Timone

MAJ 01.09.2019

MEDICINE GENERALE 5303	NEPHROLOGIE 5203
-------------------------------	-------------------------

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)

BRUNET Philippe (PU-PH)

BURTEY Stéphane (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)

NUTRITION 4404

DARMON Patrice (PU-PH)

RACCAH Denis (PU-PH)

VALERO René (PU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)

GRAILLON Thomas (MCU PH)

ATLAN Catherine (MCU-PH) disponibilité

BELIARD Sophie (MCU-PH)

MARANINCHI Marie (MCF) (68ème section)

NEUROLOGIE 4901

ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)

SOBOL Hagay (PR) (65ème section)

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)

OPHTALMOLOGIE 5502

DENIS Danièle (PU-PH)

HOFFART Louis (PU-PH) Disponibilité

MATONTI Frédéric (PU-PH) Disponibilité

MAAROUF Adil (MCU-PH)

PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904

DA FONSECA David (PU-PH)

POINSO François (PU-PH)

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501

GUIVARCH Jokthan (MCU-PH)

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)

PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE -

PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE 4803
--

BLIN Olivier (PU-PH)

FAUGERE Gérard (PU-PH) Surnombre

MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)

SIMON Nicolas (PU-PH)

RADULESCO Thomas (MCU-PH)

BOULAMERY Audrey (MCU-PH)

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

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE 4502	PHILOSOPHIE 17
--	-----------------------

RANQUE Stéphane (PU-PH) CASSAGNE Carole (MCU-PH) L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH) TOGA Isabelle (MCU-PH)	LE COZ Pierre (PR) (17ème section) MATHIEU Marion (MAST)
--	---

PEDIATRIE 5401	PHYSIOLOGIE 4402
-----------------------	-------------------------

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)	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)
--	---

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903	PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101
--	---------------------------------------

BAILLY Daniel (PU-PH) LANCON Christophe (PU-PH) NAUDIN Jean (PU-PH) CERMOLACCE Michel (MCU-PH)	ASTOUL Philippe (PU-PH) BARLESI Fabrice (PU-PH) CHANEZ Pascal (PU-PH) GREILLIER Laurent (PU PH) REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)
---	---

PSYCHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PCYCHOLOGIE SOCIALE 16	
---	--

AGHABABIAN Valérie (PR)	TOMASINI Pascale (MCU-PH)
-------------------------	---------------------------

RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302	RHUMATOLOGIE 5001
---	--------------------------

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

STELLMANN Jan-Patrick (MCU-PH)

REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE 4802	THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4804
---	---

GAINNIER Marc (PU-PH) GERBEAUX Patrick (PU-PH) PAPAIZIAN Laurent (PU-PH) ROCH Antoine (PU-PH)	AMBROSI Pierre (PU-PH) VILLANI Patrick (PU-PH) DAUMAS Aurélie (MCU-PH)
--	--

HRAIECH ORH Campus Timone

UROLOGIE 5204	
----------------------	--

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

MAJ 01.09.2019

REMERCIEMENTS COMMUNS

Madame le Professeur MICALLEF, Vous nous faites l'honneur de présider notre jury. Merci de vous être intéressée à notre travail et d'avoir été disponible dans une période particulière. Soyez assurée de notre respectueuse considération.

Madame le Docteur ELDIN, Vous nous faites l'honneur de prendre part au jury de cette thèse. Nous vous remercions sincèrement pour l'intérêt que vous avez porté à ce travail en ayant spontanément accepté de le juger. Soyez assurée de notre estime et de notre considération.

Monsieur le Docteur THERY, Sensibles à l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger notre travail et en représentant le corps enseignant de la médecine générale à la faculté de Marseille. Soyez assuré de notre profonde gratitude et de notre plus grand respect.

Madame le Docteur MARTIN-DEVOIR, nous te remercions d'avoir accepté de diriger notre thèse. Merci pour tes conseils, tes encouragements et ta disponibilité. Merci également pour l'intérêt et l'enthousiasme que tu as porté dans l'élaboration de ce travail.

Aux relecteurs (Emilie, Florent, Jeanne, Joëlle, Iris, Pauline, Rebecca, Rémi, Solène, Tessa, Thibault, Vanille ainsi que nos parents), merci profondément d'avoir pris le temps de relire ce travail, merci pour votre réactivité et efficacité.

Aux patients et aux médecins qui ont accepté de faire partie de cette étude, parce que sans vous nous n'y serions pas arrivé.

REMERCIEMENTS DE CAMILLE

A Cécile. Je t'aime toujours autant, et même encore plus, après toutes ces aventures passées à tes côtés. Cette thèse c'est un peu notre mariage. Merci d'être toi et d'être là.

A mes parents. Pour votre présence. Et pour toutes ces magnifiques ascensions, malgré mes réticences.

A ma sœur, dont je suis si fière.

A ma famille, de Morlochie et d'ailleurs. A ma tatie de cœur.

A Samy, qui m'a tant apporté.

A mes amis, ceux de toujours et les nouveaux. Votre soutien est inestimable.

A tous ceux dont j'ai croisé la route durant ces longues études et qui ont été une aide et une inspiration.

A tous ceux que j'ai pu oublier sur le papier mais pas en pensée.

REMERCIEMENTS DE CECILE

A Camille, une de mes plus belles rencontres, fière d'avoir réalisé ce travail avec toi,

A Florent, pour ta présence durant toutes ces années et ton soutien indéniabte,

A ma famille et belle-famille,

A mes amis,

A l'ensemble des personnes que j'ai pu rencontrer durant mes études et qui ont su me donner goût à ce métier,

Merci à vous d'être là.

Table des matières

1. Introduction	8
2. Matériel et méthodes	11
2.1. Justification du choix de l'étude	11
2.1.1. Généralités	11
2.1.2. Recherches préalables et apprentissage de la méthode qualitative	12
2.1.3. A propos du sujet en lui-même : recherche bibliographique	12
2.1.4. Déconstruction des <i>a priori</i>	13
2.1.5. Limitation des biais	15
2.1.6. Contrôle et assurance de la qualité	16
2.2. La population étudiée	16
2.2.1. Echantillonnage	16
2.2.2. Population cible	16
2.2.3. Recrutement	17
2.3. Recueil des données	17
2.3.1. Technique de recueil	17
2.3.2. Guide d'entretien	18
2.3.3. Nombre de sujets nécessaires	19
2.4. Analyse des données	19
2.5. Cadres éthique et légal	21
3. Résultats	22
3.1. Généralités	22
3.1.1. Caractéristiques des patients	22
3.1.2. Caractéristiques des médecins	22
3.2. Résultats des patients	23
3.2.1. La rhinopharyngite	23
3.2.1.1. Le vécu du patient	23
3.2.1.1.1. Une maladie banale, universelle	23
3.2.1.1.2. Un sentiment de méfiance	24
3.2.1.1.3. Un sentiment de pénibilité	25
3.2.1.2. Les représentations de la rhinopharyngite par le patient	26
3.2.1.2.1. Des connaissances	26
3.2.1.2.2. Des incertitudes persistantes	27
3.2.1.2.3. Une consultation non justifiée	28
3.2.1.3. Perception de la prise en charge du médecin généraliste	28

3.2.1.3.1. Une prise en charge thérapeutique protocolisée _____	28
3.2.1.3.2. Une valorisation par le médecin appréciée _____	29
3.2.1.4. Les stratégies de prise en charge mises en place par le patient____	30
3.2.1.4.1. Une consultation _____	30
3.2.1.4.2. Automédication _____	31
3.2.1.4.3. Une prise en charge non médicamenteuse _____	31
3.2.1.4.4. Patience _____	32
3.2.1.4.5. Recours à d'autres sources de conseils _____	32
3.2.2. La FIP _____	33
3.2.2.1. La FIP et ses avantages _____	33
3.2.2.1.1. Limiter les consultations chez son médecin _____	33
3.2.2.1.2. Augmenter les performances du médecin pour des motifs plus graves	34
3.2.2.1.3. Recevoir une information fiable _____	35
3.2.2.1.4. Avoir un outil toujours à disposition _____	35
3.2.2.1.5. Transmettre les informations à l'entourage _____	36
3.2.2.1.6. Une aide à la mémorisation _____	37
3.2.2.1.7. Rassurer le patient _____	38
3.2.2.1.8. Mieux comprendre sa maladie _____	38
3.2.2.1.9. Limiter la prescription de traitements _____	39
3.2.2.1.10. Compléter le discours du médecin _____	39
3.2.2.1.11. Être pris en charge de manière globale _____	40
3.2.2.1.12. Des expériences positives _____	40
3.2.2.2. Les limites de la FIP _____	41
3.2.2.2.1. La rhinopharyngite, une pathologie trop simple _____	41
3.2.2.2.2. Des patients trop passifs _____	42
3.2.2.2.3. Un outil risquant d'être éphémère _____	42
3.2.2.2.4. La FIP, insuffisante dans la prise en charge _____	43
3.2.2.2.4.1. Des explications associées indispensables _____	43
3.2.2.2.4.2. Une prescription médicamenteuse attendue _____	43
3.2.2.2.4.3. L'importance de l'échange humain _____	44
3.2.2.2.5. Une adhésion à la FIP non universelle _____	44
3.2.2.2.6. Des conséquences financières pour le médecin _____	44
3.2.2.2.7. Les risques d'une prise en charge autonome _____	44
3.2.2.2.8. Manque d'attrait du support papier _____	45
3.2.2.3. Suggestions _____	45
3.2.2.3.1. Quant à l'attractivité _____	45
3.2.2.3.1.1. Une application mobile _____	45

3.2.2.3.1.2. Une jolie FIP _____	46
3.2.2.3.2. Une FIP évolutive _____	46
3.2.2.3.3. Systématisation de la FIP _____	47
3.2.3. La position du patient _____	48
3.2.3.1. Les compétences que les patients souhaitent de leur médecin ____	48
3.2.3.1.1. L'écoute _____	48
3.2.3.1.2. La bienveillance _____	48
3.2.3.1.3. Un médecin méticuleux _____	48
3.2.3.1.4. Le savoir _____	49
3.2.3.1.5. Être directif _____	49
3.2.3.2. Ce que les patients attendent de leur médecin _____	49
3.2.3.2.1. Une approche globale _____	49
3.2.3.2.2. Se faire examiner _____	50
3.2.3.2.3. Avoir un diagnostic posé _____	51
3.2.3.2.4. Être rassuré _____	51
3.2.3.2.5. Souhait de guérison rapide ou résignation _____	51
3.2.3.2.6. Des attentes variables sur la question des thérapeutiques _____	52
3.2.3.2.7. Demande d'explications _____	55
3.2.3.2.8. L'ordonnance, un outil d'échange _____	55
3.2.3.3. La relation médecin-patient _____	56
3.2.3.3.1. Un lien important et déséquilibré _____	56
3.2.3.3.2. Un lien fragile _____	57
3.2.3.3.3. Une relation commerciale _____	57
3.2.3.4. Importance de la communication _____	58
3.2.3.4.1. Un échange avec le médecin primordial pour le patient _____	58
3.2.3.4.2. La prépondérance de l'oralité _____	58
3.3. Résultats des médecins _____	60
3.3.1. La rhinopharyngite _____	60
3.3.1.1. Le vécu du médecin _____	60
3.3.1.1.1. Une maladie banale _____	60
3.3.1.1.2. Un sentiment d'impuissance _____	61
3.3.1.1.3. L'agacement _____	61
3.3.1.1.4. L'ennui _____	62
3.3.1.1.5. La honte _____	62
3.3.1.1.6. La méfiance _____	62
3.3.1.2. Les représentations de la rhinopharyngite par le médecin _____	63
3.3.1.2.1. Une prise en charge facile _____	63

3.3.1.2.2. Des difficultés mises en avant _____	63
3.3.1.2.3. Une maladie qui n'a pas sa place chez le généraliste _____	65
3.3.1.2.4. Un motif de consultation, qui laisse du temps pour la prise en charge d'autres aspects de la santé _____	66
3.3.1.2.5. Une consultation rentable _____	66
3.3.1.2.6. Renforcer le lien médecin-malade _____	66
3.3.1.2.7. Incompréhension du médecin sur les raisons de la consultation _____	67
3.3.1.2.8. Une vision différente de la pathologie par le médecin et le patient _____	67
3.3.1.3. Perception de la prise en charge _____	68
3.3.1.3.1. Une prise en charge à adapter aux patients _____	68
3.3.1.3.2. Rester directif _____	68
3.3.1.3.3. Réaliser un examen clinique méticuleux _____	69
3.3.1.3.4. Expliquer oralement _____	69
3.3.1.3.5. Rassurer les patients _____	71
3.3.1.3.6. Une décision médicale partagée avec le patient _____	72
3.3.1.3.7. Des thérapeutiques à limiter _____	72
3.3.1.3.8. Un traitement symptomatique à prescrire _____	73
3.3.1.3.9. Des pratiques professionnelles qui évoluent _____	74
3.3.1.4. Les stratégies mises en place par le patient selon le médecin _____	75
3.3.1.4.1. Un recours trop facile à un avis médical _____	75
3.3.1.4.2. Une prise en charge autonome _____	76
3.3.2. La FIP _____	77
3.3.2.1. Une pratique avantageuse _____	77
3.3.2.1.1. Recevoir une information fiable _____	77
3.3.2.1.2. Rester à la disposition des patients _____	78
3.3.2.1.3. Rassurer les patients _____	78
3.3.2.1.4. Également rassurer les médecins _____	79
3.3.2.1.5. Aider à la mémorisation _____	79
3.3.2.1.6. Permettre au patient de mieux comprendre sa maladie _____	79
3.3.2.1.7. Limiter la prescription de traitements _____	79
3.3.2.1.8. Un complément au discours du médecin _____	80
3.3.2.1.9. Gagner du temps _____	81
3.3.2.1.10. Des expériences positives de l'utilisation des FIP _____	81
3.3.2.2. Mais des limites pointées _____	82
3.3.2.2.1. Manque d'intérêt de la FIP _____	82
3.3.2.2.1.1. La rhinopharyngite, une pathologie trop simple _____	82
3.3.2.2.1.2. Le faible impact des messages de santé publique _____	82

3.3.2.2.1.3. Existence d'autres sources d'informations pour le patient	83
3.3.2.2.1.4. L'ordonnance expliquée, suffisante à la prise en charge	83
3.3.2.2.2. Des patients trop passifs	84
3.3.2.2.3. Laisser les patients se gérer de manière autonome	84
3.3.2.2.4. Un outil risquant d'être éphémère	85
3.3.2.2.5. Doute sur l'observance des patients	85
3.3.2.2.6. La FIP, insuffisante dans la prise en charge	86
3.3.2.2.6.1. Primauté de l'oral	86
3.3.2.2.6.2. Un outil qui n'aiderait pas à limiter les prescriptions	87
3.3.2.2.7. Un outil qui ne peut pas être universel	88
3.3.2.2.8. Manque d'attrait du support papier	88
3.3.2.2.9. Argument écologique	89
3.3.2.2.10. Une perte de temps	89
3.3.2.3. Suggestions	90
3.3.2.3.1. Quant à l'attractivité	90
3.3.2.3.1.1. Alternative écologique	90
3.3.2.3.1.2. Développer un outil figuratif et ludique	90
3.3.2.3.2. Systématisation de la FIP	91
3.3.2.3.3. L'importance du médecin traitant	92
3.3.3. La position du MG	92
3.3.3.1. Des compétences particulières mises en avant	92
3.3.3.1.1. Sur le plan relationnel et humain	92
3.3.3.1.2. Mais également des compétences techniques	93
3.3.3.2. Perception du médecin de ce que les patients attendent de lui	94
3.3.3.2.1. Une approche globale	94
3.3.3.2.2. Impatience de guérir	95
3.3.3.2.3. Des attentes variables sur la question des thérapeutiques	96
3.3.3.2.4. Des explications pas forcément attendues	96
3.3.3.2.5. Rassurance	97
3.3.3.2.6. Une posture éducative	98
3.3.3.2.7. Une ordonnance	98
3.3.3.3. Le médecin lié à son patient par une relation particulière	99
3.3.3.3.1. Un lien important et déséquilibré	99
3.3.3.3.2. Une relation commerciale	100
3.3.3.3.3. Une relation qui se construit	101
3.3.3.3.4. Impact de la relation sur la communication	102
3.3.3.4. La communication	103

3.3.3.4.1. Un rôle central _____	103
3.3.3.4.2. Une compétence qui s'acquiert avec l'expérience _____	103
3.3.3.4.3. Adapter son discours à chaque patient et aux patients en général ____	104
3.3.3.4.4. Des difficultés de mise en œuvre _____	105
3.3.3.4.5. Différents moyens employés _____	106
3.3.3.4.6. Facteurs influençant une communication efficace _____	108
3.3.3.4.7. L'ordonnance, un moyen de communication singulier _____	108
4. Discussion _____	111
4.1. Validité _____	111
4.1.1. Forces _____	111
4.1.1.1. Validité interne _____	111
4.1.1.2. Validité externe _____	112
4.1.2. Faiblesses _____	112
4.2. Principaux résultats _____	114
4.2.1. Le patient et son médecin _____	114
4.2.1.1. Les attentes lors d'une consultation médicale _____	114
4.2.1.2. Les compétences du médecin _____	116
4.2.1.3. La relation médecin-patient _____	116
4.2.2. La rhinopharyngite : une maladie banale qui pose pourtant des difficultés _____	118
4.2.2.1. Ce que nous disent médecins et patients de la rhinopharyngite ____	118
4.2.2.2. Mais que fait le patient face à la rhinopharyngite ? _____	120
4.2.2.3. La prise en charge par le médecin généraliste _____	120
4.2.3. La FIP : un outil intéressant mais qui n'est pas la panacée _____	122
4.2.3.1. Des avantages _____	122
4.2.3.2. Des inconvénients _____	124
4.2.3.3. Suggestions _____	126
4.2.3.4. La communication, un élément clé _____	127
4.3. Perspectives _____	129
5. Conclusion _____	131
6. Bibliographie _____	133
7. Annexes _____	138
7.1. Annexe 1 - Guides d'entretiens _____	138
7.1.2. Guides d'entretiens patients (initial et final) _____	138
7.1.3. Guides d'entretiens médecins (initial et final) _____	140

7.2. Annexe 2 - Notice d'information à destination des participants (patient et médecin) _____	143
7.3. Annexe 3 - Formulaire du recueil de consentement des participants (patient et médecin) _____	145
7.4. Annexe 4 - Accord du Comité Éthique _____	147
7.5. Annexe 5 - Caractéristiques des patients _____	148
7.6. Annexe 6 - Caractéristiques des médecins _____	149
7.7. Annexe 7 - Grille COREQ _____	150
8. Liste des abréviations _____	152

1. Introduction

La France est l'un des pays les plus prescripteurs de médicaments en Europe. (1) (2)
Cette sur-prescription se retrouve particulièrement dans les pathologies aiguës bénignes.

A la différence des maladies chroniques, dont la prise en charge est très souvent protocolisée, celle des maladies aiguës bénignes l'est souvent bien moins.

Il existe de ce fait une relative liberté de prescription pour les praticiens, inscrite dans les codes de Santé publique, de Déontologie médicale et de Sécurité sociale. (3)

Les recommandations scientifiques dans la prise en charge de la rhinopharyngite sont de mettre en œuvre un traitement symptomatique. Elles insistent sur la non-indication des antibiotiques mais n'indiquent pas précisément la conduite à tenir. (4)

Durant l'Externat, la plupart des référentiels des collèges des enseignants préparant à l'Examen National Classant, n'abordent pas ou très peu les prises en charge des pathologies aiguës, les résumant simplement à : « prise en charge symptomatique, peu d'intérêt des antitussifs et des corticoïdes ».

Sur le terrain, durant l'Internat, on se rend compte que ces traitements sont pourtant souvent prescrits, et que les pratiques diffèrent beaucoup d'un généraliste à l'autre.

Libre alors au médecin de choisir sa prise en charge, dans les limites des « données acquises de la science », de sécurité pour le patient et, en théorie, en observant « la plus stricte économie compatible avec l'efficacité du traitement ». (5) (6)

On sait toutefois qu'il n'existe pas de prescription médicamenteuse sans risque. Toute thérapeutique est susceptible d'exposer le patient à des effets indésirables plus ou moins graves, et cette multiplication des traitements symptomatiques semble poser de plus en plus question à l'heure actuelle.

Aussi, le développement de la vulgarisation médicale, notamment par le biais d'internet, conduit souvent les patients à réclamer une thérapeutique dont ils auraient entendu parler et qu'ils pensent bénéfique pour eux. Ils vont souvent à la « pêche à l'information », seuls, pour des résultats plus ou moins adaptés à leur problème. Ceci peut alors induire une pression de prescription pour le médecin. La pression de prescription étant définie comme « toute demande venant interférer avec la stratégie

diagnostique et/ou thérapeutique décidée par le médecin ». Si elle est plutôt faiblement rapportée par leurs homologues européens, et plus particulièrement aux Pays-Bas et en Allemagne, il semblerait que près de la moitié des médecins en France l'a déjà éprouvée. (7) Ce sont les antalgiques, les anti-inflammatoires (non stéroïdiens et stéroïdiens) et les médicaments de la sphère ORL qui sont le plus souvent concernés. (8)

Suite à ces constats, le sujet initial que nous avons choisi visait à étudier le ressenti des médecins et des patients quand une consultation pour une pathologie aiguë bénigne s'achevait sans prescription d'ordonnance médicamenteuse. Nous envisagions d'étudier ce sujet et de proposer un « protocole » non médicamenteux pour la prise en charge de pathologie aiguë bénigne. Notre choix portait plus précisément sur la rhinopharyngite, pathologie largement connue, constituant un motif de consultation fréquent en médecine générale. Malheureusement nous avons trouvé ce sujet et notre méthodologie redondants par rapport à une autre thèse préexistante.

En poursuivant nos recherches sur la non-prescription, nous avons trouvé de nombreux travaux semblant montrer que la dispensation de fiches d'informations aux patients (FIP) augmentait de façon significative les connaissances des patients et diminuait la prescription médicamenteuse. En outre de nombreux auteurs s'accordent à dire que l'information écrite, en améliorant la qualité des soins et l'adhésion du patient à sa prise en charge, est un complément intéressant à l'obligation orale. (9) (10) (11)

En effet, une étude a montré que dans les cinq minutes suivant la consultation médicale, seules 50 % environ des informations délivrées par le médecin étaient en pratique retenues par les patients. (12) (13)

Les FIP sont déjà largement délivrées par les spécialistes, depuis longtemps, pour de nombreux motifs. En voyant des FIP, principalement fournies par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM), délivrées par certains médecins généralistes, nous avons nous même fait l'observation empirique que celles-ci étaient a priori bien reçues par les patients. Cependant l'acceptation de ces fiches a peu été évaluée au travers de travaux scientifiques. (14) (15) (16) (12) (17) (18) (19)

Certaines thèses ont cherché à étudier les critères de qualité d'une FIP, mais principalement du point de vue des patients. (20) (21) (22) Peu de publications ont cherché à explorer à la fois la perspective du patient et celle du médecin.

Notre objectif est donc d'étudier le ressenti des patients et celui des médecins généralistes quand une consultation pour une rhinopharyngite se termine avec une FIP, puis de mettre en parallèle le ressenti du patient avec celui du corps médical.

2. Matériel et méthodes

2.1. Justification du choix de l'étude

2.1.1. Généralités

Pour réaliser ce travail, nous avons choisi de réaliser une étude qualitative en binôme. D'abord utilisée dans les sciences sociales et humaines, la recherche qualitative, à laquelle on reproche souvent d'être insuffisamment scientifique, est au contraire le résultat d'une démarche rigoureuse. Son but est différent de celui des études quantitatives : en effet, elle vise à explorer un nouveau domaine de manière globale et à étudier des facteurs conditionnant par exemple des comportements sociaux, tout particulièrement lorsque ces facteurs sont difficiles à mesurer objectivement.

En médecine générale, cette approche est encore récente, mais de plus en plus utilisée depuis quelques années. (23)

Il existe de nombreuses méthodes qualitatives, nous avons plus précisément utilisé dans notre thèse une méthode d'analyse inductive générale.

L'analyse inductive générale est définie comme un ensemble de procédures systématiques permettant de traiter des données qualitatives. Cette méthode validée s'appuie sur différentes stratégies en simplifiant à la fois l'Analyse Phénoménologique Interprétative (IPA) et la théorisation ancrée. Elle consiste notamment à la lecture détaillée de données brutes dont le chercheur extrait des catégories après les avoir interprétées. Elle se prête tout particulièrement à l'analyse de données portant sur des objets de recherche à « caractère exploratoire », pas ou peu référencés dans la littérature. (24)

La théorisation ancrée est une méthode qui consiste à donner du sens à des données et à construire de théories, sans *a priori*, après interprétation de ces données. (25)

L'IPA, aussi appelée phénoménologie, quant à elle, se focalise sur la compréhension d'un phénomène ou d'une expérience. (26) (27)

Pour David R. Thomas, l'approche inductive générale ressemble à la théorisation ancrée, hormis sur la séparation des processus de codage, ouvert (repérer les sous-thèmes dans le texte, à savoir des mots, des morceaux de texte ou des idées de base)

et axial (comparaison et regroupement des sous-catégories en dimensions plus globales et plus larges). De plus, en analyse inductive générale, les chercheurs conservent principalement les catégories les plus importantes ayant émergées de leur analyse pour développer leur modèle ou leur cadre. (28)

2.1.2. Recherches préalables et apprentissage de la méthode qualitative

Avant de débiter le travail de recherche, un certain nombre de prérequis ainsi qu'une démarche rigoureuse ont été nécessaires.

Nous avons étudié avec soin la méthodologie des études qualitatives, aidées par notre Directrice de thèse qui, formée en études qualitatives par le Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE), a pu nous conseiller différents documents sur le sujet et plusieurs ouvrages dont ceux de Christophe Lejeune, *Manuel d'analyse qualitative : Analyser sans compter ni classer* ; Alain Blanchet et Anne Gotman, *L'entretien* ; Jean-Claude Kaufmann, *L'entretien compréhensif*.

Nous avons de notre côté étudié plusieurs documents pour nous former au mieux à cette méthode de recherche.

Mais la grande difficulté de l'analyse qualitative réside dans le manque de standardisation et l'absence d'un ensemble universel de procédures claires qui s'adaptent à chaque type de données. (29)

2.1.3. A propos du sujet en lui-même : recherche bibliographique

Notre premier sujet visait à étudier le ressenti des patients et des médecins lorsqu'une consultation de médecine générale se terminait sans prescription médicamenteuse. En commençant notre bibliographie sur ce thème, nous avons trouvé ce sujet redondant avec une thèse réalisée en 2017 à Tours.

La recherche bibliographique concernant notre sujet actuel a finalement eu lieu tout au long de notre travail, et ceci en parallèle de la collecte et de l'analyse des données. (30) En effet, en vue de ne pas démarrer la recherche avec trop d'*a priori*, la bibliographie doit être réalisée tout au long de l'étude. Ceci est une des spécificités de la méthodologie qualitative.

2.1.4. Déconstruction des *a priori*

D'après Christophe Lejeune : "Un paradigme théorique peut être comparé à une paire de lunettes. S'il permet d'identifier certains phénomènes, il occulte également d'autres éléments. Les lunettes deviennent alors des œillères. Ainsi entendue, la théorie rime avec les *a priori* et l'étroitesse d'esprit du sens commun. Mieux vaut donc s'en passer." (31)

Afin de ne pas orienter nos questions et de ne pas nous laisser influencer dans nos résultats de recherche nous avons cherché à déconstruire nos *a priori* en répondant aux questions préalables à l'élaboration d'une étude qualitative, proposées par le CNGE.

- Comment en suis-je venue à me poser cette question de recherche ?

En médecine générale, spécialité à part entière quoique plus récente, on rencontre de nombreuses pathologies non protocolisées. En découvrant les FIP délivrées par certains médecins généralistes, nous avons fait l'observation empirique que celles-ci étaient *a priori* bien reçues par les patients. Nous nous sommes demandé quelle était l'étendue de cette pratique, et surtout son intérêt et son impact.

- Si j'étais moi-même interrogée, quelle serait ma réponse ?

Notre point de vue étant surtout celui de jeunes médecins, nous avons pensé *a priori* que cette FIP pourrait permettre un gain de temps aux médecins, et pourrait permettre de mieux intégrer le patient dans la prise en charge en l'informant sur cette pathologie courante.

- Pourquoi suis-je convaincue que cette question est pertinente ?

L'expérience au cours de nos différents terrains de stage nous a permis d'émettre l'hypothèse selon laquelle l'émission de ces FIP pourrait avoir un intérêt, à la fois pour les patients qui pourraient ainsi avoir un support écrit et une information sur cette pathologie courante, mais également pour les médecins en les aidant à s'appuyer sur les recommandations de non-prescription. En outre, notre question de recherche est mentionnée dans plusieurs études dont celle d'Alix Isaac Mandil - "Impact de la remise d'une information écrite au cours de la consultation en médecine de premier recours par le professionnel de santé sur les connaissances, attitudes et comportements des patients : une revue de littérature" (31) et de Virginie Gallet - "Critères qualité d'une fiche d'information : le point de vue des patients". (20)

- Quelle réponse est-ce que j'attends des participants ?

Nous avons listé *a priori*, pour chacune des parties, un ensemble de réponses et ressentis positifs et négatifs concernant ces FIP. Par exemple, pour les médecins : ces FIP pourraient permettre une traçabilité de l'information délivrée, mais cela exposerait également au risque de délivrance d'une FIP "périmée" si non mise à jour régulièrement. Pour les patients, entre autres : les FIP permettraient une autonomisation concernant sa pathologie, une meilleure mémorisation des dires du médecin, mais ils pourraient être agacés du fait de devoir reconsulter quelques jours plus tard, comme indiqué possiblement dans la FIP ; ils pourraient au contraire être déçus de ne pas repartir avec un traitement efficace mais seulement avec une fiche facilement trouvable sur internet.

- Quelles réponses me sembleraient complètement aberrantes ?

Pour les médecins : l'incompréhension de délivrer seulement un "papier" en tant que médecin car cela signifierait que le médecin n'ait pas compris le but de notre travail. L'idée en effet est que cela ne constitue pas un simple support papier mais aussi une aide pour éventuellement pallier une prescription médicamenteuse non justifiée.

Pour les patients : s'ils préféreraient dans tous les cas une prescription médicamenteuse même après information du manque de preuve d'efficacité dans cette pathologie (en dehors du Paracétamol).

En outre, tout au long de l'étude nous avons chacune tenu un carnet de bord, permettant de regrouper nos ressentis propres, nos idées et suggestions concernant l'évolutivité de la grille d'entretien, ainsi que nos difficultés.

2.1.5. Limitation des biais

Dès le début de notre travail nous avons tenté de limiter certains biais, notamment :

- Le biais de circularité ou d'*a priori* ;

Par lequel le chercheur retrouve sans difficulté dans son matériau les théories qu'il y a mises, et pense avoir « vérifié » ces théories. Pour cela, nous avons essayé de parler le moins possible lors des entretiens dans le but d'éviter au maximum d'induire les réponses qu'on aurait eu envie d'entendre et nous avons respecté la phase de déconstruction des *a priori* recommandée dans toute étude qualitative.

- Le biais de recueil de données ;

L'utilisation du dictaphone est susceptible de gêner certains participants, qui peuvent se sentir « sur écoute » et parler avec moins de naturel. Nous avons donc préféré favoriser l'enregistrement avec le téléphone, cet objet du quotidien pouvant être plus rapidement oublié.

- Le biais de surinterprétation des données ;

Il correspond au fait qu'on cherche parfois à donner trop de sens à une donnée. Il est décrit par J-P Olivier de Sardan dans « Violence faite aux données ». (32) Pour cela, nous avons choisi de réaliser cette thèse en binôme afin de faciliter le double codage de chaque entretien. Notre Directrice de thèse a également fait une relecture de notre analyse.

2.1.6. Contrôle et assurance de la qualité

Cette étude est réalisée en binôme pour en assurer la qualité, via une triangulation des données. Elle est dirigée par le Dr Martin-Devoir, formée à la recherche qualitative et ayant déjà dirigé des thèses de médecine générale qualitatives.

2.2. La population étudiée

2.2.1. Echantillonnage

Contrairement à une étude quantitative, nous n'avons pas besoin d'un grand échantillon de participants ni d'un échantillon représentatif de la population, cependant nous avons tenté d'avoir des participants d'âges, de catégories socio-professionnelles ainsi que de lieu de vie et d'exercice les plus variés possibles, c'est-à-dire d'avoir un échantillon raisonné. A défaut de pouvoir généraliser les résultats obtenus, il est plus intéressant de constituer un échantillonnage qui consiste à interroger des participants supposés concernés par la question de recherche.

2.2.2. Population cible

Les critères d'inclusion pour le choix des patients et des médecins étaient en premier lieu la volonté de participer à l'étude.

Les médecins devaient être des médecins généralistes installés ou internes en médecine générale avec licence de remplacement ou remplaçants thésés non installés. Ils devaient exercer dans les départements des Bouches-du-Rhône ou des Alpes-de-Haute-Provence.

Les patients devaient être majeurs et vivre dans les départements des Bouches-du-Rhône ou des Alpes-de-Haute-Provence.

Les critères de non-inclusion étaient l'absence de consentement ainsi que les personnes non francophones.

2.2.3. Recrutement

Les médecins généralistes et patients ont été sollicités par mail ou sms.

Seule une partie du titre a été communiquée aux participants avant le début de l'entretien afin de ne pas amener les participants à réfléchir préalablement sur le sujet. La seule indication donnée était le thème portant sur « rhinopharyngite et médecine générale ».

Le recrutement s'est fait sur la base du volontariat et par effet « boule de neige » ou échantillonnage par réseau, c'est-à-dire que les participants ont été choisis à travers des réseaux sociaux, professionnels ou d'amitié. Ceci consiste par exemple à choisir des personnes correspondantes au profil concerné et de leur demander des contacts de personnes pouvant être également intéressées par le sujet.

2.3. Recueil des données

2.3.1. Technique de recueil

Le recueil des données a été réalisé par entretiens semi-dirigés, qui visent à collecter des données en interrogeant les participants en face-à-face (ou à distance) par des techniques de conversation. (28)

Nous avons essayé d'aborder certains thèmes dont la représentation de la FIP, les rôles des médecins et les attentes des patients sur leur médecin.

Cette liste est non exhaustive car les guides d'entretien ont été évolutifs et les réponses dépendantes des participants.

Tous les entretiens ont été enregistrés avec nos téléphones, après accord des participants, pour être analysés ensuite. Les entretiens ont eu lieu aux horaires convenant aux participants, soit de visu, soit via le logiciel Skype®. Lorsqu'ils étaient réalisés en face-à-face, ils ont eu lieu au domicile des participants, ou sur leur lieu de travail pour certains généralistes.

2.3.2. Guide d'entretien

Nous nous sommes aidées de la formation du CNGE à laquelle notre Directrice de thèse avait participé pour construire nos guides d'entretien. Il est conseillé de commencer par des questions générales, notamment une première question dite de « brise-glace » et d'aller au plus précis avec environ dix questions au total.

Ayant choisi de réaliser des entretiens semi-directifs, nos questions devaient être au maximum des questions ouvertes. Il est nécessaire de faire preuve de « souplesse », c'est-à-dire être prêt à sortir du guide d'entretien, et à laisser place à l'inattendu.

Sur la forme des entretiens, nous avons tenté d'utiliser la règle des 4 R, également utilisée dans les entretiens motivationnels et conceptualisée par William R. Miller et Stephen Rollnick qui consiste à : Reformuler, Recontextualiser, Résumer, Renforcer. (33)

Comme recommandé nous avons testé nos deux guides avant les premiers participants enregistrés, afin de revoir certaines questions et de nous entraîner.

Nos guides (patients et médecins) ont été modifiés après quatre entretiens. En effet, il est préconisé d'alterner la réalisation d'entretiens (par tranches de quatre ou cinq par exemple) et d'analyses pour pouvoir ensuite reformuler et réajuster l'analyse en fonction du discours des précédentes personnes interviewées.

Nous avons réfléchi avec application à nos questions initiales et il a été plus simple de les modifier par la suite, en fonction des pistes que nous cherchions à explorer et développer.

Ces guides qui ont donc été évolutifs sont disponibles en annexe 1.

2.3.3. Nombre de sujets nécessaires

La taille exacte de l'échantillon n'a pas été déterminée en amont du travail par une règle de calcul mais par la réalisation de l'étude elle-même.

En effet, le nombre de sujets à inclure a été défini par le phénomène de « saturation des données ».

Ceci arrive lorsque :

- Les données recueillies n'apportent plus aucune nouvelle information,
- Les catégories incluent tous les éléments du phénomène et ne sont plus enrichies par de nouvelles données,
- Les liens entre les catégories sont établis et validés.

Un cours sur la méthodologie des études qualitatives nous a rappelé qu'une analyse réussie demande du temps, de la réflexion, du dialogue et de plus grands échantillons tendent à inhiber ces aspects, spécialement pour des chercheurs inexpérimentés. Un échantillon plus grand n'est alors pas un indicateur de meilleur travail. (34) (35)

En effet, pour John A. Smith (2011), les analyses ne relèvent pas d'une addition de thèmes caractérisés. Le chercheur doit être en mesure d'avoir une vision globale, et donc maîtriser au mieux les textes du corpus, ce qui est d'autant plus difficile que l'effectif est grand. Dans son évaluation des articles utilisant l'IPA, il recense ainsi des travaux dont les effectifs sont autour de neuf participants en moyenne (entre un et quatorze). (36)

2.4. Analyse des données

L'analyse de contenu consiste en une analyse nécessairement méthodique des matériaux d'étude, afin de minimiser les biais cognitifs et culturels et la subjectivité de l'interprétation. (37)

D'après Mortelmans (2009), l'analyse qualitative permet de transformer un ensemble de données, après déconstruction de celles-ci, en une analyse ou une théorie. (28)

La retranscription des entretiens est d'abord très précise, préalable indispensable à l'étape de décontextualisation ou « préanalyse ». (38) Cette première étape consiste à sortir des idées indépendantes d'un extrait de texte du corpus. (39)

La deuxième partie est le « codage ». C'est la transformation des données brutes en une première formulation scientifique. Il s'agit de se demander pour chaque extrait « que me dit-il à ce sujet » ou « qu'est-ce qu'il ressent sur ce qu'il nous dit ». (30) Nous avons donc chacune fait ce long et minutieux travail de lecture, relecture et codage de tous les verbatims. Chaque verbatim a fait l'objet d'un encodage double, c'est-à-dire que nous avons toutes deux analysé chaque entretien, y compris ceux que nous n'avions pas mené nous-même.

Sur les conseils du manuel de Christophe Lejeune nous avons analysé chaque nouvel élément dès qu'il était disponible. En effet, « cette analyse draine, avec ses résultats temporaires, de nouvelles questions, et ces questions orientent les collectes suivantes ».

Ensuite, la « recontextualisation » consiste à mettre en commun les codes et catégories précédemment décontextualisés afin de leur donner une signification, un sens. (39) Pour ce faire nous avons repris tous les extraits codés et nous les avons organisés par thème afin de créer des catégories. Cette catégorisation est instable, se déforme au fur et à mesure du travail d'étude puis se transforme, elle a pu évoluer pendant notre analyse.

Enfin vient la phase de mise en relation des thèmes et la modélisation qui permettent une systématisation de la théorie.

Ce travail revient, à l'aide de thèmes, à répondre progressivement à la question générique type : « Qu'y a-t-il de fondamental dans ce propos, dans ce texte, de quoi y traite-t-on ? » (40)

Chaque étape permet de conceptualiser de plus en plus les données empiriques, pour progressivement parvenir à théoriser les phénomènes observés.

Nous avons choisi de faire ce travail d'analyse avec un logiciel Excel® en partage. En effet de nombreux logiciels informatiques adaptés au codage qualitatif existent mais demandent un nouvel apprentissage et ne dispensent pas de la réflexion du chercheur. Ce choix de ne pas recourir à un logiciel d'analyse de données qualitatives

a découlé tout d'abord de l'avis de plusieurs internes ayant réalisé avant nous des thèses qualitatives. Ils avaient fait l'observation que l'appropriation de ces logiciels était longue et laborieuse, sans apporter un bénéfice majeur. En outre, en nous renseignant plus précisément, ces logiciels semblaient présenter plusieurs contraintes. Les risques cités dans la littérature étaient : le risque d'enfermement ou le fait de privilégier une quantification à tout prix au détriment de l'analyse fine et de l'esprit critique, le risque de rigidité de l'analyse ou le fait que la lecture et la réflexion soient contraintes par la structure même du logiciel. Enfin, d'après C. Lejeune : « un adjuvant, le logiciel ne sera jamais un garant du sérieux de l'analyse conduite ». (38)

2.5. Cadres éthique et légal

Le formulaire de consentement (annexes 2 et 3) a été délivré et signé par chaque participant avec la fiche d'information.

Toutes les données ont été conservées de façon anonyme, nous n'avons alors pas eu besoin de solliciter la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL). L'anonymisation des données s'est déroulée de la manière suivante : numérotation des participants et lecture à voix haute d'une fiche comprenant leurs principales caractéristiques (médecin/patient, âge, sexe, catégorie socioprofessionnelle et milieu de vie pour les patients, type de lieu d'exercice et durée d'installation pour les médecins).

Les verbatims ont été consignés dans un CD-ROM inclus dans le manuscrit de thèse.

Nous avons sollicité l'avis du Comité d'éthique (annexe 4) et demandé à être inscrites sur le registre des protections de données auprès du Pr Hervé Isar, Professeur des universités qui est nommé Délégué à la protection des données pour Aix-Marseille Université (AMU).

Les risques de notre étude sur les participants ont été considérés comme étant minimes. Il s'agit essentiellement du temps pris pour répondre aux entretiens et pour les patients un possible risque psychologique, du fait du sujet traitant du « ressenti ». Nous avons alors tenté de faire preuve d'écoute bienveillante au cours des entretiens.

3. Résultats

3.1. Généralités

Nous avons recruté 17 personnes entre janvier 2019 et février 2020 dont 9 médecins et 8 patients.

Après avoir présenté les caractéristiques des deux populations, nous exposerons les résultats de l'analyse pour les patients dans un premier temps et les médecins dans un deuxième temps.

3.1.1. Caractéristiques des patients

Les patients interrogés étaient âgés de 22 à 59 ans, avec une médiane de 28,5 ans.

Les entretiens ont duré de 11 à 37 minutes, et la médiane était de 17 minutes.

Un tableau rapportant l'âge, le sexe, le milieu de vie, la catégorie socioprofessionnelle et la durée des entretiens des patients est consultable en annexe 5.

La saturation des données a été obtenue avec P6 et confirmée avec P7 et P8.

3.1.2. Caractéristiques des médecins

Les médecins interrogés étaient âgés de 28 à 68 ans avec une médiane de 45 ans.

Les entretiens ont duré de 15 à 29 minutes, avec une médiane de 20 minutes.

De même que pour les patients, un tableau rapportant l'âge, le sexe, le lieu d'exercice, la durée d'installation et la durée des entretiens des médecins est reporté en annexe 6.

La saturation des données a été obtenue avec M8 et confirmée avec M9.

3.2. Résultats des patients

Dans cette partie, nous exposerons dans un premier temps les différentes perceptions qu'ont les patients de la rhinopharyngite, ce qu'elle signifie pour eux, comment leur médecin la prend en charge et ce qu'eux-mêmes mettent en place lorsqu'ils ont une rhinopharyngite.

Dans un deuxième temps, nous aborderons les diverses représentations qu'ont les patients de la FIP.

Nous présenterons enfin la position du patient, avec ses attentes envers le médecin en termes de compétences et de prise en charge, la relation qu'il entretient avec lui, et l'importance qu'a pour lui la communication au cours de la consultation.

3.2.1. La rhinopharyngite

3.2.1.1. Le vécu du patient

Les patients interrogés n'avaient pas tous la même représentation de la rhinopharyngite. Certains la percevaient comme une maladie simple, banale, qui peut atteindre tout le monde mais d'autres pouvaient ressentir de l'anxiété, ainsi qu'un désagrément.

3.2.1.1.1. Une maladie banale, universelle

Plusieurs des patients interrogés qualifiaient la rhinopharyngite de « banale », sans importance.

P1 : "Euuuh là pour le coup on parle d'une maladie vraiment banale on va dire."

P4 : "Ouais, ouais, carrément ouais. C'est carrément bidon, ouais." [À propos de la rhinopharyngite]

P6 : "Ben parce que déjà j'pense que c'est un peu de la bobologie." [En parlant de la rhinopharyngite]

Le patient P3 trouvait que c'était même une maladie trop simple pour en parler.

P3 : "Tu as choisi quelque chose de léger. Pour moi on vient pas voir le médecin pour une rhinopharyngite."

C'est une maladie qui pouvait concerner tout le monde.

P1 : "Je pense que c'est pas grave je pense que c'est une des premières maladies, que tout le monde a à chaque épisode, euh fin que ce soit euh aux inter saisons ou l'hiver. Ça je pense que tout le monde y passe."

3.2.1.1.2. Un sentiment de méfiance

Malgré le fait que ce soit une pathologie simple et banale, plusieurs patients ressentait de l'inquiétude à l'égard de la rhinopharyngite. Des patients craignaient, ou se sont interrogés, sur l'évolution et les complications possibles de la rhinopharyngite.

P1 : "Mais c'est plus que y a peut-être des sujets que euh si tu le traites pas bien ou quoi ça traîne dans le temps ou ça peut après euh euh aboutir sur autre chose."

P2 : "Est-ce que ça peut atteindre le poumon aussi enfin est-ce que ça peut dégénérer en fonction des poumons ?"

Pour le patient P5, le fait de ne pas en connaître précisément les symptômes provoquait de l'anxiété.

P5 : "Euh beaucoup d'inquiétude du coup derrière parce que je me suis dit bon "est-ce que c'est normal que j'ai la gorge qui gratte derrière ? ou est-ce que c'est normal que ben la nuit j'arrive pas à respirer ?" que ben je suis sortie j'avais beaucoup de questions."

Cependant il semblait bien exister, pour P5, une dissonance entre ce qu'il ressentait, de l'inquiétude, et la manière dont il percevait cette maladie.

P5 : "Je suis pas la seule je suppose à être inquiète pour un petit rhume."

Le ressenti pouvait aussi varier selon le statut du patient, P5 mettait en évidence l'anxiété que peut donner une rhinopharyngite en étant jeunes parents.

P5 : "Peut-être les parents tout fraîchement parents on va dire d'enfants c'est là à ce moment-là qu'on est plus inquiets quand on a un rhume avec un enfant le rhume il prend une dimension complètement différente. Euh et euh, pour les mêmes symptômes (...) on dramatise très rapidement."

3.2.1.1.3. Un sentiment de pénibilité

Plusieurs patients nous ont fait part du désagrément que pouvait causer cette maladie.

P1 : "Plutôt que moi j'ai tendance à avoir vite les sinus pris ou ça me prend vite la tête quoi le rhume."

P4 : "Parce que je sais que quand j'ai ça je sais que je suis embêté il faut que je vire tout le merdier là-dedans (en montrant avec sa main le nez et la bouche)."

P8 : "En fait ce genre de, ce genre de maladie en fait c'est un truc (...) en fait c'est des choses qui qui sont pas du tout grave tout ça mais qui moi me saoule beaucoup dans ma vie (rires) parce que j'en ai souvent genre j'en ai au moins, là pendant l'hiver j'en fais au moins trois pendant sur deux trois mois fin et euuuhh et voilà du coup je trouve ça juste super relou (rires) euh j'sais pas comment le dire autrement."

Malgré l'agacement généré par la rhinopharyngite, P8 soulignait la discordance entre son ressenti et la gravité objective de cette maladie.

P8 : "Quand Camille elle m'en a parlé j'lui ai dit "Ah mais moi j'pourrais en parler pendant des heures hein parce que ça me saoule" j'lui dis, "j'ai les sensations, j'ai le nez qui brûle, l'Homéoplasmine® le soir avant de me coucher sur le nez je déteste ça ces sensations ces trucs". (...) mais après effectivement en soi c'est rien de c'est rien de grave et ça prouve notre intolérance à ce genre de truc de la vie qui sont euh voilà."

3.2.1.2. Les représentations de la rhinopharyngite par le patient

3.2.1.2.1. Des connaissances

La rhinopharyngite n'était pas inconnue des patients, ils avaient tous des notions plus ou moins précises sur cette pathologie. Certains patients utilisaient même un langage médical, et connaissaient l'étiologie et la localisation de cette maladie.

P1 : "Euh pour moi, rhinopharyngite c'est une maladie plutôt virale qui affecte l'appareil ORL, donc c'est surtout le nez, la gorge...(…) 'Fin peut-être plutôt le nez parce qu'après y a pharyngite laryngite donc ouais plutôt la partie nez euh parce que oui c'est un peu pris au niveau de tout l'appareil ORL quoi."

P6 : "La rhinopharyngite c'est déjà « ite » c'est une inflammation (rires) c'est une inflammation donc du pharynx, et rhino je pense que c'est au bout du nez, au fond

du nez (rires) donc je dirais que c'est dans ce carrefour-là. C'est une inflammation de la gorge et du nez."

3.2.1.2.2. Des incertitudes persistantes

Toutefois certains points nécessitaient d'être éclaircis.

P1 : "Je sais pas, j'y connais pas grand-chose mais une otite ou peut être un truc plus bas dans la gorge ou... (...) Ça peut évoluer quoi..." [Au sujet des complications possibles de la rhinopharyngite]

P2 : "Ouais oui parce que c'est vrai qu'on sait pas quoi faire, ouais c'est vrai, parce que..." [A propos de la prise en charge de la rhinopharyngite]

P4 : "Euh ben un rhume ça s'attrape comment réellement ? Le froid quoi ? Euh... (...) Ça se transmet aussi mains à mains aussi ? (...) Hum non. (Murmure) Un rhume, un rhume, comment ça peut arriver un rhume ?."

Il n'était pas évident de faire le lien entre le langage médical et le langage courant.

P6 : "Euh je dirais des maux de gorge euh peut être un peu de rhume euh je sais pas s'il y a forcément de la température ou pas, je dirais que non euh pas forcément ah ben si s'il y a inflammation il y a forcément un peu de température alors euh voilà.
E : C'est différent du rhume alors ? I : Euh tu me pièges (...) Oui oui oui pardon, je dirais que c'est différent parce que ça touche le pharynx aussi et quand on a un simple rhume ça touche pas forcément le pharynx."

3.2.1.2.3. Une consultation non justifiée

Plusieurs patients disaient ne pas consulter pour une symptomatologie évoquant une rhinopharyngite.

P1 : "Euuuhh ben en général pour euh quand je suis juste prise du nez ou quoi j'ai pas tendance à aller chez le médecin."

P2 : "Mais sinon je consulte pas pour un rhume."

P3 : "E : Est-ce que tu as déjà consulté chez le médecin pour... (...) I : Noooon." [À propos de la rhinopharyngite]

P4 : "Euh non j'ai jamais consulté pour ça." [En parlant de la rhinopharyngite]

Certains précisait même le manque d'intérêt de cette consultation.

P3 : "On va pas chez le médecin pour une rhinopharyngite. Voilà on la soigne avec du bon sens et point. Tu vois ?"

P6 : "Mais si c'est un simple rhume sans douleur à côté pff pour moi y'a pas nécessité de consulter quoi."

3.2.1.3. Perception de la prise en charge du médecin généraliste

3.2.1.3.1. Une prise en charge thérapeutique protocolisée

Généralement, les patients précisait qu'ils avaient été examinés puis qu'ils avaient reçu des médicaments qui n'étaient pas inconnus pour eux. Cette "fameuse

ordonnance" comme l'a dit P5, standardisée et peu adaptée à la personne, pouvait évoquer un manque d'intérêt du médecin qui avait l'habitude de prescrire un protocole de médicaments.

P1 : "Elle va regarder du coup mes oreilles, euh la gorge, euh le nez y a pas trop de moyen de regarder ou alors appuyer sur les sinus voir si j'ai pas mal. (...) Dernièrement quand j'y suis allée elle va me prescrire euh ben un spray pour la gorge et euh ça va être quoi (?), du Doliprane® ou un truc comme ça et un truc pour nettoyer le nez."

P5 : "Bon voilà elle vérifie généralement à l'examen au niveau de la gorge nez elle réécoute mes symptômes puis elle finit par me prescrire la fameuse ordonnance avec le Pivalone® le nettoyage pour le nez et puis le Doliprane® si besoin donc après voilà c'est vrai que je repars rassurée avec mes médicaments."

P7 : "Moi je me retrouve dans des cas où en fait à chaque fois j'ai les mêmes médicaments à la maison des fois je me dis que limite ça sert à rien limite d'aller chez le médecin ou d'aller les acheter car je sais déjà ce qu'elle va me donner..."

P7 : "Been en général il me diagnostique 'fin il fait ses analyses et après il va m'annoncer que j'ai ça puis il va me prescrire des médicaments. Mais après euh j'ai l'impression que c'est toujours les mêmes médicaments qu'on me donne donc du coup euh..."

3.2.1.3.2. Une valorisation par le médecin appréciée

Il est également apparu qu'il était important et marquant pour le patient P5 d'être soutenu par le médecin dans sa prise en charge.

P5 : "Je me souviens c'était ses mots elle m'a dit « vous avez bien fait vous aviez besoin d'être rassurée que vous aviez fait les choses dans l'ordre et que vous n'étiez pas passée à côté de quelque chose sans traitement de votre enfant » elle m'a dit « vous avez tout bien fait y a pas de soucis quoi »."

3.2.1.4. Les stratégies de prise en charge mises en place par le patient

3.2.1.4.1. Une consultation

C'était la fièvre principalement qui pouvait conduire certains patients à consulter leur médecin.

P4 : "Ouais, ouais c'est la fièvre, ouais à partir du moment où je suis fiévreux j'irai plus voir le médecin."

P8 : "J'ai réussi à avoir vraiment qu'un tout petit rhume cet hiver qui n'a pas eu besoin enfin voilà je veux dire y avait pas j'avais pas de fièvre quoi que ce soit enfin j'ai pas eu besoin d'aller consulter pour ça."

La durée prolongée des symptômes pouvait aussi amener à prendre contact avec un médecin.

P6 : "J'essaye et si ça marche pas ben j'consulte mais vraiment si ça dure."

P7 : "Aahh si je l'ai déjà fait c'est-à-dire que, 'fin je, des fois je vais attendre une semaine mais des fois ça passe, mais des fois ça passe pas donc du coup à l'issue de la semaine je vais quand même aller voir un médecin."

3.2.1.4.2. Automédication

Certains patients avaient des habitudes d'automédication et un protocole établi pour se soulager lors d'une rhinopharyngite.

P1 : "Voir dans la pharmacie qu'on a chacun un peu voir si y a quelque chose qui peut faire l'affaire." [Au sujet de la prise en charge de la rhinopharyngite]

P8 : "Je vais pas hésiter à prendre du Doliprane® ou de l'Ibuprofène® si j'ai voilà si j'ai mal à la tête alors j'ai aussi euh des pastilles euh des pastilles genre marque de base genre Strepsil® pour la gorge quand je vois que ça commence à piquer et voilà, voilà j'agis vraiment avec le cuivre. (...) Je fais aussi des inhalations."

3.2.1.4.3. Une prise en charge non médicamenteuse

Pour certains autres comme P3, P6 et P7, les médicaments n'étaient pas toujours indispensables pour la guérison.

P3 : "Euuuh sérum phy et moucher régulièrement pff c'est tout."

P6 : "Euh je me mouche beaucoup, je pense que c'est important d'éliminer le mucus euh j pense que voilà c'est la base ensuite euh qu'est-ce que j'fais ? J'essaye de mettre de l'eau de mer dans mon nez si j'en ai euh ensuite si j'ai de quoi faire une fumigation euh j'essaye d'en faire une avec des huiles essentielles."

P7 : "Parce que moi souvent quand je suis pas bien je vais faire une tisane et puis je vais prendre du miel."

3.2.1.4.4. Patience

D'autres enfin attendaient simplement que la rhinopharyngite guérisse spontanément.

P2 : "J'ai l'impression de me soigner en attendant (rires), mais (rires) ouais Doliprane® ben c'est juste pour soigner enfin juste pour euh soigner la manifestation du rhume mais ouais j'attends."

P4 : "J'ai la règle des trois jours, même si j'ai de la fièvre je vais patienter trois jours encore à moins que ce soit vraiment euh très très dur."

P7 : "Euh en général j'attends que ça passe 'fin je prends du miel et j'attends que ça passe."

3.2.1.4.5. Recours à d'autres sources de conseils

La pharmacie pouvait permettre d'obtenir des conseils et soulager dans un premier temps les symptômes.

P1 : "Ben tu peux aller à la pharmacie et prendre conseil." [A propos de la prise en charge d'une rhinopharyngite]

P5 : "J'ai été longtemps consommatrice de médicaments en pharmacie euh donc c'est-à-dire d'aller directement à la pharmacie récupérer mes médicaments sans passer par un médecin."

La famille avait aussi un rôle à jouer.

P6 : "E : Et t'as appris ça comment tu te souviens ? I : Euh ben par ma mère je pense en premier et qui est très dans les huiles essentielles et tout ça donc."

P8 : "Alors le cuivre c'est ma tante qui m'en a parlé (..) une fois elle m'a parlé de ces ampoules et du coup voilà j'en prends trois par jour et voilà ça nettoie euh le euh ça nettoie la gorge quoi et du coup j'ai essayé."

Certains patients avouaient avoir eu parfois recours à Internet pour obtenir des renseignements médicaux.

P5 : "Ouais c'est ce que j'allais vous dire, oui et non parce que nous les premiers, moi ça m'est déjà arrivé de taper un mot clé sur le, 'fin pour l'exemple des petits comment soigner un rhume chez un enfant, (...) bon voilà ça m'est déjà arrivé d'aller chercher sur Internet mais bon."

3.2.2. La FIP

3.2.2.1. La FIP et ses avantages

3.2.2.1.1. Limiter les consultations chez son médecin

La FIP pouvait permettre aux patients de se prendre en charge de façon autonome, principalement en début d'évolution et donc limiter les consultations pour ce motif.

P1 : "Oui peut-être les symptômes, savoir parce que, comme je t'ai dit tout à l'heure si elle donne une fiche ou quoi ça évite en tout cas peut-être de reconsulter six mois après ou l'année d'après quand ça revient."

P2 : "Ben ils auront moins peut-être de cas qu'ils auraient 'fin ouais de cas comme ça à traiter (baille) qui n'ont pas besoin de docteur pour euh pour être soigné quoi."

P5 : "Tu peux penser à aller voir le médecin et euh, peut-être que mine de rien si c'est écrit je me dis bon ben du coup j'me retiendrai peut-être d'aller chez le médecin, en me disant essaye de te soigner toute seule déjà et euh, et puis si tu vois vraiment que ça va, que ça passe pas à ce moment-là et ben tu rencontres ton médecin. Mais voilà je pense que du coup si tout le monde c'est vrai réagissait comme ça peut-être que y aurait moins de monde en salle d'attente au bout du deuxième jour de nez qui coule."

P6 : "Ben ça permettrait aux patients de pas revenir euh consulter si la pathologie est identique."

Une limitation des consultations qui pouvait aussi être un avantage pour les médecins.

P3 : "Ben de faire dans le préventif et dans le but qu'ils aient plus de rhinopharyngite et qu'ils viennent plus te consulter. Le but c'est qu'ils mettent en place des actions pour éviter de revenir te voir pour la même chose."

P6 : "Euh j'pense ça désengorgerait un peu la bobologie chez les médecins."

3.2.2.1.2. Augmenter les performances du médecin pour des motifs plus graves

Certains patients ont évoqué le fait que le médecin pouvait être d'autant plus concentré sur d'autres pathologies jugées plus graves, s'il voyait moins de patients. Et ce, notamment en limitant les consultations pour la rhinopharyngite.

P2 : "Pour les médecins, ben oui je dirai. De se concentrer sur ce qui en vaut la peine. Après faut ouais y'a des trucs qui paraissent pas grave et qu'au final c'est faut consulter mais pour moi y'a beaucoup de petites euh de petits trucs que le médecin il doit s'en occuper alors que c'est pas forcément peut-être dans sa tête il se dit « celle-là elle vient alors que euh » (rires) ouais que c'est pas grand-chose. Et

du coup c'est fatigant. Du coup ça augmente les capacités du médecin pour d'autres cas qui nécessitent de l'attention enfin d'augmenter l'attention sur d'autres cas qui demandent plus d'efforts et de euh ouais d'efforts."

P5 : "Elle aurait peut-être plus de temps pour les patients qui ont besoin et ou peut-être même un peu plus de temps tout simplement même pour les consultations qui n'en nécessitent pas mais... Voilà peut-être un peu plus de temps pour leur accorder."

3.2.2.1.3. Recevoir une information fiable

A la différence d'autres sources d'informations, dont Internet, la fiche délivrée par le médecin pouvait permettre d'avoir des renseignements fiables.

P6 : "Euh est-ce que les infos sur Internet sont exactes ou pas euh ça on sait pas non plus donc finalement le médecin serait euh serait c'est une personne sûre qui délivrerait une fiche sûre du coup euh donc j pense que ouais ça serait bien quoi."

3.2.2.1.4. Avoir un outil toujours à disposition

Ramener un document écrit au domicile pour prendre le temps de s'y référer était apprécié des patients. Le patient P5 avait même spontanément déjà eu recours aux FIP, qu'il faisait lui-même.

P3 : "Les gens qui vont au cabinet euh des fois ils pensent à plusieurs euh fin ils sont pas forcément à l'écoute donc le fait qu'ils ressortent avec quelque chose d'écrit après ils peuvent euh le consulter calmement effectivement pour certaines personnes ça peut-être bien."

P5 : "J'en suis arrivée à me faire une fiche pour vous dire, j'en suis arrivée à me faire une fiche, quand je lui pose une question sur un médicament par exemple s'il peut être combiné avec un autre ou bien s'il faut que je protège mon estomac après alors je me suis fait une fiche (...) c'est des petits trucs au quotidien qui m'évitent en fait de lui reposer la question donc pour revenir à la question de votre fiche, mine de rien, cette fiche-là dans notre possession dans l'armoire à pharmacie parmi les autres trucs hein j'en ai pleins hein de petites fiches, homéo hein des trucs comme ça."

P6 : "Et au moins ça permettrait de garder ces fiches et de les ressortir euh en cas de besoin. Et puis ça permet de les garder aussi et de pas rechercher à chaque fois comment soigner tel truc euh d'où vient la maladie ça permettrait de sortir des fiches et de les avoir avec ses médicaments et de pouvoir prendre le médicament qu'il faut après quoi."

P7 : "Ben je pense que la fiche conseil ça te permettrait aussi quand même de euh de s'y référer aussi de temps en temps."

3.2.2.1.5. Transmettre les informations à l'entourage

Du fait de la disponibilité de la FIP, les patients soulignaient l'avantage de pouvoir diffuser les informations écrites à leurs proches.

P2 : "Et après la fiche peut se transmettre aussi à des amis dans la famille."

P6 : "Euh ça informe les gens entre eux euh j'veux dire si j'ai cette fiche à la maison et que j'vois que ma mère a ces symptômes par exemple j'peux lui sortir cette fiche et lui passer euh voilà."

3.2.2.1.6. Une aide à la mémorisation

En outre, les patients rapportaient que les nombreuses informations énoncées à l'oral par le médecin durant la consultation étaient parfois difficiles à retenir.

P2 : "Tu peux le revoir quand tu viens chez toi, tu... Parce que le dialogue tu oublies vite ce qu'il s'est dit."

P4 : "Oralement parce que ça peut rentrer, ça va ressortir, si je suis fiévreux je suis dans le gaz et de toute manière si je vais voir le médecin c'est que je suis vraiment dans le gaz donc il faut me le dire, il faut me l'écrire, après c'est bon."

P5 : "J'entends beaucoup de choses toute la journée et c'est vrai qu'arrivé un moment je sature d'informations donc je pense que c'est pour ça aussi que vous enregistrez, c'est-à-dire qu'arrive un moment je filtre les informations, donc je retiens (rires) l'essentiel et y'a des morceaux que j'oublie hein que je stocke dans un coin de ma tête alors des fois elle va peut-être me dire des trucs et je vais sortir de la consultation et je vais me dire, « purée mais qu'est-ce que c'était qu'elle m'avait dit déjà ? c'était quoi ? » et en fait je m'en souviens plus."

P6 : "Euh ben j'pense que ça serait pas mal j'pense que c'est bien de les recevoir sous format papier parce que souvent on ressort 'fin moi j'ai tendance à sortir du médecin et d'avoir complètement zappé ce qu'elle m'a dit."

P7 : "Des fois elle [le médecin] les a elle te donne pleins de conseils et tout mais après dès que t'arrives chez toi tu oublies la moitié ou tu oublies la fréquence de ce qu'elle t'a dit par rapport aux aliments et c'est vrai que ça permettrait de s'y référer régulièrement en fait."

3.2.2.1.7. Rassurer le patient

Les FIP étaient également perçues comme une assurance supplémentaire, notamment pour P5.

P5 : "Étant anxieuse sur les maladies les microbes les machins et tout, je me dis que voilà des fiches moi ça pourrait me rassurer au quotidien."

3.2.2.1.8. Mieux comprendre sa maladie

Plusieurs patients étaient intéressés à l'idée de mieux comprendre les mécanismes de la rhinopharyngite.

P4 : "(Pause) Mais qu'est-ce que c'est qu'un rhume ça c'est vrai que c'est important à ajouter réellement ça, ça m'intéresserait."

P5 : "Maintenant si vous me rajoutez une fiche qui explique ce que c'est la rhinopharyngite (rires) le processus la période où on va être infesté et le pourquoi du comment ça se soigne et pourquoi ça se soignera tout seul franchement moi j'adhère."

P6 : "J'ai tendance à sortir euh du docteur sans sans trop avoir compris ce qu'elle m'a raconté tout ça le blabla donc euh oui ça peut servir ça peut servir des fois d'avoir des fiches de savoir exactement d'où vient la pathologie, comment la soigner euh oui ça peut être intéressant."

P8 : "Juste prendre de produits naturels et surtout pas bloquer [la toux] je trouve ça intéressant en fait. C'est quelque chose de très anodin qui devient en fait beaucoup moins anodin quoi."

P5 mentionnait également l'avantage de pouvoir faire, à travers la FIP, un rappel simplifié des gestes barrières.

P5 : "Ça permettrait p't-être de rappeler aux gens les consignes de bases se laver les mains pourrait y avoir un petit explicatif se laver les mains éternuer dans son coude euh euh jeter les papiers dans une poubelle euh tous ces petits trucs que les gens ne savent pas forcément les gestes simples pour éviter les transmissions de maladie."

3.2.2.1.9. Limiter la prescription de traitements

Certains patients préféraient éviter de prendre des médicaments.

P2 : "Je pensais à une fiche à, de se laver les mains pour pas transmettre les bactéries et trucs comme ça et peut être pas forcément prendre trop de médicaments."

P7 : "Peut-être réduire aussi le j'sais pas les médicaments."

3.2.2.1.10. Compléter le discours du médecin

Pour plusieurs patients, le discours oral et les explications écrites étaient complémentaires.

P1 : "Et pas se répéter à chaque fois fin même s'il réexplique la feuille mais au moins il a tout dit et il dit pas peut-être après « mince j'aurais pu peut-être en parler, je l'ai pas fait ou ... » (Pause)."

P2 : "Alors que si tu as le dialogue plus tu repars avec la fiche c'est plus efficace."

P5 : "Euh ben d'avoir des des réponses à mes questions que je pourrais me poser lors d'une consultation en fait."

3.2.2.1.11. Être pris en charge de manière globale

La FIP délivrée en consultation pouvait permettre d'ouvrir une discussion sur des sujets parfois oubliés et même de renforcer la relation médecin patient.

P2 : "Enfin peut-être le fait de donner une fiche ça veut dire que tu vas parler de la prévention et parler de toutes les étapes ouais peut-être de créer un dialogue entre le médecin et le patient."

P7 : "Ben je pense que ça peut un peu donner le sentiment quand même d'être un peu plus attentif aux gens qu'on reçoit dans le cabinet."

P7 : "Je pense que c'est bénéfique et pour le patient et pour le médecin aussi parce que du coup ça change aussi les rapports je pense."

La fiche ouvrait le débat sur d'autres thèmes de la consultation et permettait au patient de se sentir plus écouté.

P7 : "Avoir vraiment le sentiment que le médecin il est là il euh il va au-delà de juste « vous avez ça ou ça comme pathologie » mais c'est « qu'est-ce que vous mangez comment vous le mangez en ce moment il faut arrêter de faire ça »."

3.2.2.1.12. Des expériences positives

Certains patients étaient satisfaits d'avoir reçu une fiche explicative lors d'une consultation. P5 avait même déjà pris l'initiative de créer ses propres fiches.

P1 : "Ouais moi j'avais déjà eu une fiche comme ça par un phlébologue sur les habitudes à prendre pour les jambes lourdes 'fin des choses comme ça, et donc c'était une feuille type que tu peux retrouver même des conseils qu'on trouve très clairement sur internet ou quoi mais elle me l'avait quand même expliqué, j'avais trouvé ça bien."

P5 : "C'est un peu comme quand vous allez chez la gynécologue ! Vous allez chez la gynécologue pour une contraception euh vous sortez avec un petit livret avec l'implant avec les différents types de pilules et j'veux dire euh et vous êtes rassuré parce que vous avez toutes les possibilités qui sont à vous dans ces petits livrets."

3.2.2.2. Les limites de la FIP

3.2.2.2.1. La rhinopharyngite, une pathologie trop simple

La FIP n'était pas intéressante pour des pathologies jugées trop simples telles que la rhinopharyngite.

P3 : "Ben là [dans le cadre de la rhinopharyngite], y'a pas besoin. Sur des choses simples, juste oralement ça suffit."

P3 : "Pour moi c'est ça, c'est pour ça que j'ai été euh au départ récalcitrante tu m'aurais donné un, un truc [une pathologie] plus où la par exemple aussi quelqu'un qui est suivi avec des antidépresseurs, là là t'as un truc important (...) le but c'est d'arrêter cet antidépresseur et de tu vois quelque chose de plus grave tu vois ?"

La rhinopharyngite et sa prise en charge étaient déjà connues des patients. La FIP n'apportait donc pas de bénéfices à la consultation.

P6 : "Après si c'est des conseils vraiment médicaux poussés ou j'sais pas ils disent de faire le poirier trois fois par jour j'sais pas moi (rires) mais non si c'est des conseils simples et basiques euh j'pense que je suis au courant des choses à faire dans ce cas-là quoi. J'apprendrai rien. J'ai un minimum euh je sais un p'tit peu comment soigner les maladies de base on va dire."

3.2.2.2. Des patients trop passifs

La FIP, sans la volonté d'agir émanant des patients, était inutile.

P3 : "Eh bien mettre en place les choses mais en fait tant que c'est mentalement ils, on leur rabâche pas ils euh il faut que ça se mette en place d'eux même aussi."

3.2.2.3. Un outil risquant d'être éphémère

La fiche simplement délivrée au patient risquait d'être jetée sans que le patient s'y soit intéressé.

P2 : "Ben que parce que souvent quand ils te donnent euh une fiche comme ça, tu sors du docteur ben tu la jettes ou tu fais pas trop attention à ça quoi."

P4 : "Ça [la FIP] fait un peu prospectus quoi à donner."

Et cela d'autant plus si elle n'avait pas un aspect attrayant.

P6 : "Après si c'est écrit avec la main du médecin sur un bout de papier volant euh sur un post-it euh j'trouve ça un peu nul j'pense pas que j'le garderai j'pense que j'le jetterai..."

3.2.2.2.4. La FIP, insuffisante dans la prise en charge

3.2.2.2.4.1. Des explications associées indispensables

Il était important que la FIP ne soit pas seulement délivrée, les explications l'accompagnant et une première lecture par le médecin semblaient essentielles pour plusieurs patients.

P1 : "Ça me dérangerait pas que ce soit une feuille qui soit pas personnalisée (...) mais je pense que c'est bien quand même qu'elle la détaille avec la personne."

P2 : "Tandis que si elle le lit [le docteur lit la FIP] avec toi elle t'oblige à y réfléchir, c'est plus efficace je trouve."

P4 : "Si on veut faire passer un message c'est pas que en donnant des trucs quoi il faut le dire. Parce que c'est rapport à... C'est le « parlé » quoi. Si je te donne un papier ça n'a pas le même rapport que si je te parle à l'oral."

3.2.2.2.4.2. Une prescription médicamenteuse attendue

De plus, pour certains patients, il était clairement insuffisant de quitter la consultation seulement avec une FIP. La prescription de médicaments avait son importance.

P6 : "Bon maintenant j' préfère sortir avec des médocs que sortir avec une fiche (rires) mais j' préférerais dans l'idéal sortir avec une fiche et des médocs."

P7 : "Après j'avoue que pour moi c'est euh je sais pas si c'est possible de guérir juste à travers des conseils qu'un médecin traitant peut te donner."

P8 : "Ah non ouais ce serait pas pareil, j'serais très contente d'avoir cette feuille d'avoir une explication euh d'avoir pu en parler avec euh, avec euh, le médecin en question mais j'attendrais également euh (...) j'aurais besoin d'avoir quelque chose ouais un médicament avec moi. (Rires)"

3.2.2.2.4.3. L'importance de l'échange humain

Le lien social et la rencontre avec le médecin étaient aussi primordiaux dans le processus de guérison.

P5 : "Maintenant y a des personnes qui ont vraiment besoin de rencontrer quelqu'un d'avoir une relation humaine, d'avoir quelque chose, un échange qui se passe."

3.2.2.2.5. Une adhésion à la FIP non universelle

La FIP ne pouvait pas convenir à tous les patients.

P5 : "Mais euh honnêtement je sais pas euh, je sais pas. Tout dépend euh tout dépend du caractère de la personne." [à propos de l'acceptation de la FIP]

3.2.2.2.6. Des conséquences financières pour le médecin

Un patient a évoqué le risque de perte de "clients" si les fiches entraînaient une diminution des consultations.

P6 : "Après ils [les médecins] perdraient un peu des clients j'pense."

3.2.2.2.7. Les risques d'une prise en charge autonome

Une prise en charge autonome grâce à la FIP pouvait engendrer des erreurs de diagnostics en enlevant l'expertise du médecin.

P7 : "Après dans quelle mesure en fait est-ce qu'on peut pas juger d'un autre côté qu'en fait c'est enlever une prérogative au médecin ? Celui du diagnostic."

3.2.2.2.8. Manque d'attrait du support papier

Un support papier pouvait ne pas être attractif à l'ère du numérique.

P3 : "Ou (parle plus fort) alors maintenant on est plus dans l'air du temps de l'écrit c'est plutôt dans le téléphone ! Eh oui parce que les gens maintenant c'est plus l'écriture c'est par le téléphone, tout passe par le portable. Non moi je ferais même pas d'écrit c'est c'est ça."

3.2.2.3. Suggestions

Plusieurs patients ont été inspirés par ce concept de fiches conseils et nous ont proposé différentes modifications afin d'être mieux accepté.

3.2.2.3.1. Quant à l'attractivité

3.2.2.3.1.1. Une application mobile

A l'ère du numérique, une application mobile pouvait être plus séduisante pour les patients.

P3 : "Par exemple ils peuvent avoir sur leur, sur leur portable euh euh conseil du médecin et de temps en temps « toc toc » (en mimant avec ses doigts le scroll sur un écran de smartphone) comme ils déroulent leur truc et bien ils ont des conseils pour...Et ils le lisent et voilà ils se l'imprègnent."

3.2.2.3.1.2. Une jolie FIP

La présentation de la FIP n'était pas anodine pour les patients. Il était important qu'elle soit attrayante et non banale.

P5 : "Un truc joliment une sorte de papyrus (...) ou une petite fiche astuce ou peut être plus détournée du cadre médical qui fait trop justement comme vous dites euh où on sort de chez le médecin on vous donne une fiche euh ça peut être rébarbatif."

P6 : "Euh des petites cartonnettes quoi (rires) je l'imagine comme ça hein après si c'est format papier moi j'la met dans ma trousse à pharmacie j'peux le garder aussi mais j'trouve que c'est plus ludique et plus conservable on va dire en format cartonné."

3.2.2.3.2. Une FIP évolutive

Certains patients ont proposé de faire une fiche à ajuster au public visé. Ils étaient en demande d'une consultation plus personnalisée.

P3 : "Mais effectivement suivant, faut l'adapter suivant les gens."

P5 : "Après selon la classe d'âge effectivement je pense que vous pouvez toucher peut-être une partie qui peuvent [peut] être intéressée par cette fiche type mais encore p't'être pas."

Un patient a proposé de faire des fiches pictographiques afin de pouvoir être utilisées avec des patients parlant une autre langue.

P6 : "Même ça permettrait aux gens qui parlent pas français par exemple avec des images un peu à la japonaise de montrer c'qu'il faut faire un peu la démarche à suivre tout ça. Voilà."

La portée de la fiche pouvait être variable selon les événements, et notamment les pandémies, et devait pouvoir se modifier pour s'y adapter.

P8 : "Alors après vous allez peut-être avoir une variable dans votre questionnaire avec ce qu'il se passe en ce moment, là en ce moment j'imagine que les gens qui ont un rhume vont avoir d'autant plus envie d'être rassurés avec cette histoire de coronavirus voilà ça je pense que ça va être une variable."

3.2.2.3.3. Systématisation de la FIP

Au-delà d'une belle présentation, un patient a proposé et trouvait intéressant qu'il existe des fiches uniformisées entre médecins pour se créer un référentiel de prise en charge.

P6 : "Si tous les médecins ont les mêmes fiches ça te permettrait d'avoir euh comme une boîte à fiches de docteur quoi."

Dans un but d'être mieux acceptée, la fiche devait être proposée dès le plus jeune âge aux patients pour pouvoir entrer progressivement dans les habitudes.

P5 : "Selon effectivement la classe d'âge, vous allez donner ça à une personne âgée elle va vous regarder euh c'est même pas la peine quoi (rires), mais c'est toujours pareil si on met en place ce genre de fiches dès le plus jeune âge on va dire dès l'entrée dans la vie des jeunes gens euh j'me dis que ça va p't'être rentrer dans leurs mœurs à eux ça paraîtra plus normal. (...) pour mes enfants je suis sûre que pour leur futur à eux ça sera totalement normal de voir leur médecin sur le téléphone sans une consultation physique parce que c'est l'évolution des choses."

3.2.3. La position du patient

3.2.3.1. Les compétences que les patients souhaitent de leur médecin

3.2.3.1.1. L'écoute

Une écoute attentive de la part de leur médecin était une qualité très appréciée.

P5 : "Elle a pris le temps de m'écouter et que je me souviens que le rendez-vous avait duré super longtemps et j'étais sortie j'étais satisfaite « tiens pour une fois quelqu'un qui écoute (...) j'avais trouvé quelqu'un d'humain."

P6 : "Très satisfait, elle [le docteur] était très à l'écoute."

3.2.3.1.2. La bienveillance

Il était important que le médecin ait une attitude bienveillante, notamment lors de la délivrance de messages de prévention.

P3 : "Euh (pause) ben sans être moralisateur euh fin donner des conseils simples mais efficaces quoi."

3.2.3.1.3. Un médecin méticuleux

Les patients appréciaient de leur médecin qu'il soit attentif et sérieux.

P5 : "J'ai la chance d'avoir un médecin qui est assez consciencieuse."

3.2.3.1.4. Le savoir

Pour d'autres patients, il était important de souligner qu'ils pouvaient bénéficier des connaissances de leur médecin.

P8 : "J'imagine vraiment le médecin comme quelqu'un qui a un savoir euh, mais du coup voilà qui a, qui a, qui a un savoir particulier je dirais pas supérieur, mais un savoir particulier par rapport à moi."

P8 : "En fait quand on va chez le médecin on s'attend, (...) on paye pour quelqu'un qui sait."

3.2.3.1.5. Être directif

Le patient P2, regrettait que son médecin ne soit pas plus directif dans sa prise en charge.

P2 : "C'est-à-dire si elle [le docteur] hésite à faire les tests que par exemple moi chez mon docteur la dernière fois, euh je lui disais tout ce qu'il fallait qu'elle fasse quoi et ça c'est pas bien pour moi."

3.2.3.2. Ce que les patients attendent de leur médecin

3.2.3.2.1. Une approche globale

Les patients appréciaient et étaient en demande que leur médecin s'intéresse à eux de façon holistique, c'est-à-dire qu'il prenne le temps de sortir du motif principal de consultation.

P3 : "Maintenant ce que j'aimerais bien c'est que le médecin euh soit euh 'fin pose des questions si euh euuhh si y a d'autres problèmes d'autres choses, quoi qu'il extrapole un peu (...) de faire le point à tous les niveaux quoi, tu vois ?"

P7 : "J'ai l'impression qu'elle est plus attentive en fait à notre hygiène de vie au quotidien plutôt que le truc "prenez ci, prenez ça" donc des fois d'elle-même elle nous dit "ça je vous le donne pas parce que faudrait plutôt faire ça à la place." Donc plutôt avoir peut-être un médecin en fait qui réfléchit davantage à, qui pose l'état des choses ..."

3.2.3.2.2. Se faire examiner

Pour plusieurs patients, l'examen clinique, même simplifié à une prise de la tension artérielle, était un élément essentiel de la consultation. Il était gage de qualité de la prise en charge du médecin.

P2 : "Ouais en gros j'arrive et elle [le docteur] sait pas quoi faire enfin je lui dis ce que j'ai ce qu'il me faut et euh elle vérifie pas quoi."

P3 : "Maintenant ce que j'aimerais bien c'est que le médecin (...) un peu de vérifier par exemple bon la tension, qu'il le fasse en systématique, de voir au niveau tabac, au niveau alcool bon moi je fais pas mais de faire le point à tous les niveaux quoi, tu vois ?"

P6 : "Qu'il [le docteur] m'ausculte au moins suivant ma pathologie mais qui qui ait quand même un contact physique et sinon si c'est pas ça au moins une prise de tension tu vois ? Les paramètres vitaux de base euh voilà j'attends ça et si, j'attends qu'il me prescrive quelque chose... (Rires)"

3.2.3.2.3. Avoir un diagnostic posé

Le fait d'avoir un diagnostic établi rassurait les patients.

P1 : "Mais déjà du moment qu'il sait ce que c'est."

P8 : "Euh j'attends que [qu'il] y ait un p'tit euh voilà que y a [qu'il y ait] des mots qui soient posés sur euh, sur euh, sur euh les maux justement M-A-U-X (rires)."

3.2.3.2.4. Être rassuré

Plusieurs patients consultaient essentiellement pour être rassurés.

P5 : "Quand euh je vais à des consultations je suis très rapidement rassurée c'est ce que je recherche en premier me rassurer."

P7 : "Ben en fait j'attends juste d'être euh rassuré sur ce que j'ai, qu'on me dise que c'est pas que c'est un truc qui va passer en fait mais après c'est vrai que j'ai du mal à être rigoureux sur le traitement mais c'est juste pour qu'on me dise que voilà c'est quelque chose de classique "ne vous inquiétez pas, vous prenez ça au bout d'une semaine ça va passer"."

3.2.3.2.5. Souhait de guérison rapide ou résignation

Il apparaît évident que les patients souhaitaient également être soulagés.

P1 : "Euh qu'elle [le docteur] atténue mes symptômes."

P8 : "Ben moi je j'attends euh bah qu'il [le docteur], qu'il réponde à euh j'veux dire moi j'ai envie d'être le moins dérangé possible."

Beaucoup exprimaient le souhait d'une guérison rapide.

P1 : "En tout cas éviter que ça [la rhinopharyngite] traîne dans le temps."

P8 : "Quand ça arrive souvent ben voilà l'idée c'est faire en sorte que ça passe le plus vite possible quoi."

Mais d'autres patients semblaient ne rien attendre en termes de guérison de la part du médecin, qui ne pourrait rien faire de plus pour les soigner.

P1 : "J'ai pas l'impression qu'on peut y faire vraiment quelque chose en fait. Euh comment et comment éviter que ça revienne non, parce que j'ai l'impression que tu peux tout faire, tu pourras jamais éviter de le ré-attraper."

P4 : "C'est-à-dire qu'un rhume, d'aller voir un médecin ça sert à rien quoi. Parce que le médecin il fera rien de plus."

3.2.3.2.6. Des attentes variables sur la question des thérapeutiques

Certains patients consultaient chez leur médecin pour bénéficier d'une prescription médicamenteuse. L'hypothèse de ne pas recevoir d'ordonnance à l'issue d'une consultation pouvait entraîner de la frustration et de l'incompréhension.

P6 : "J crois que ce serait difficile s'il me donne rien."

P6 : "J pense que même si c'est que du Doliprane® c'est quand même repartir avec quelque chose, je trouve."

Le patient P8, pouvait avoir l'impression de s'être fait tromper par son médecin s'il ne lui avait rien donné. C'était son rôle, sa principale mission de lui délivrer une ordonnance.

P8 : "Euuuh bah j'aurais pas trop compris. Euh parce que ben voilà j'veux dire je sais que euh il aurait pu me prescrire du Doliprane® en plus c'est remboursé (rires) donc voilà euh oui euh non j'aurais attendu de repartir avec une petite ordonnance voilà quelque [chose] genre du Paracétamol, euh un spray oui voilà un spray, un spray pour la gorge, un spray pour le nez, 'fin voilà j'aurais attendu ça. (...) j'veux dire euh les conseils j'peux les avoir au téléphone donc si j'me déplace c'est que j'attends et que 'fin je vois la personne 'fin j'attends de repartir avec une ordonnance de médicaments, d'aller à la pharmacie les chercher pour rentrer chez moi me recoucher (...) du coup moi j'attends voilà j'attends pas d'une personne que j'aurais pu 'fin voilà des pff des conseils ou j'sais pas quoi, le médecin il est associé aux médicaments aussi aujourd'hui dans notre société je trouve."

Les médicaments étaient considérés comme étant efficaces et nécessaires pour la guérison par certains patients.

P6 : "J'vais pas chez le médecin pour des petits bobos j'y vais quand j'suis vraiment pas bien et souvent quand on est pas bien on ressort soit avec un antibio soit soit quelque chose qui a besoin d'ordonnance."

P8 : "Moi j'attends de mon médecin du coup qu'il soit 'fin qui propose des produits qui règlent la chose le plus rapidement possible."

Pour P1, la non-prescription était envisageable et mieux acceptée si un diagnostic était posé et si le médecin se montrait rassurant.

P1 : "Même si admettons je repars pas de là avec une liste de médicaments à acheter au moins il ait pu me dire ce que c'est et que c'est pas grave."

Pour d'autres patients, les médicaments n'étaient pas indispensables dans la prise en charge.

P4 : "Ben c'est de la consommation qui sert pas forcément à grand-chose quoi enfin j'trouve quoi."

Les médicaments pouvaient ne pas avoir leur place dans certaines cultures et donc ne pas être dans les habitudes des patients.

P7 : "Ben parce que j'ai pas pour habitude, 'fin j'ai grandi à Mayotte et on avait pour habitude d'utiliser des plantes et en général on dit que 'fin c'est vraiment le dernier recours quoi d'aller chez le médecin. 'Fin j'ai pas grandi dans la culture de ça donc en général j'attends toujours."

La mauvaise observance thérapeutique était alors sensiblement liée à la croyance de ses effets.

P7 : "Ohh je connais pas les noms. (...) J'ai un problème avec ça quand on me dit faut le prendre cinq jours, j'ai tendance à le prendre quatre jours et le cinquième jour je le prends pas. Pareil je suis pas assez je suis pas très sérieux et très attentif sur le protocole quoi qu'on me conseille. (...) (Rires et ralentissement de l'élocution) Parce que je pense que j'y crois pas trop."

Il était aussi nécessaire d'agir en amont de la maladie à titre préventif...

P3 : "Le médicament ça va un moment donné mais après y a une action en préventif."

... Ou agir de manière naturelle.

P5 : "S'il y a d'autres alternatives que ce soit naturel ou bien non médicamenteuse vraiment je partirais là-dessus parce qu'au quotidien on se bourre déjà suffisamment de médicaments on se fracasse aussi la santé avec tout ce qu'on respire au quotidien et ce qu'on mange donc voilà."

3.2.3.2.7. Demande d'explications

Les attentes des patients pouvaient inclure des explications précises concernant les principaux critères devant amener à consulter.

P1 : "Et à quel moment consulter par exemple euuuhh par exemple « faites ça pendant trois jours par exemple si les symptômes persistent venez fin de consulter » ou..."

P2 : "Euh peut-être euh numéros à appeler en cas de questions euh euh qui consulter en cas de quoi."

Mais également inclure la précision de gestes barrières afin de limiter les récurrences et la transmission à l'entourage.

P5 : "Peut-être comment l'éviter aussi euh parce qu'après bon si c'est un microbe qui se transmet entre nous y'a p't-être des moyens de l'éviter comme le lavage de main ou éviter de se tousser dessus enfin je vous dis ça c'est naïf mais, mais voilà quoi voilà c'est un peu comme quand on a la gastro et après quels sont les moyens pour y remédier."

3.2.3.2.8. L'ordonnance, un outil d'échange

L'ordonnance était un intermédiaire entre le patient et son médecin, qui semblait avoir un rôle emblématique au cœur de la consultation.

P5 : "Une ordonnance qui rappelle un peu le mode médecin."

P6 : "Je crois que je suis toujours sorti avec une ordonnance de chez le médecin."

3.2.3.3. La relation médecin-patient

3.2.3.3.1. Un lien important et déséquilibré

La relation médecin-patient avait une importance particulière chez certains patients. Ils ne considéraient cependant pas leur médecin comme un "égal" mais le plaçaient sur un piédestal.

P5 : "Elle [Le docteur] sait que voilà je lui suis reconnaissante beaucoup parce que je pense sinon je serais peut-être restée dans la spirale sans médecin à devoir aller à la pharmacie et pas accorder la confiance que que que je lui accorde aujourd'hui quoi donc que c'est vrai que voilà c'est quelqu'un de très humain."

P6 : "Après y a beaucoup de gens qui s'en fichent euh le Docteur c'est le Messie euh j'pense que y a des gens qu'ont besoin de consulter parce que le Docteur a la connaissance."

D'ailleurs, il pouvait exister un "effet placebo" du médecin. Le seul fait de voir son médecin était rassurant.

P5 : "Généralement rien qu'en me voyant déjà elle [le docteur] me rassure en me disant que déjà c'est pas si grave que ça."

La confiance envers son médecin en était alors un pré-requis indispensable.

P5 : "Moi ça me suffira si elle [le docteur], elle estime qu'à ce moment-là que mon état ne nécessite pas de médicaments à ce moment-là je m'inquiéterais pas parce que encore une fois j'ai confiance en elle je sais qu'elle ne me laisserait pas sortir sans traitement si elle estimait qu'il y avait le moindre risque."

3.2.3.3.2. Un lien fragile

Cette relation nécessitait d'être entretenue afin d'éviter qu'elle ne se rompe.

P5 : "Bon je suis restée vraiment sans réponse et puis ça m'a frustrée donc ben j'ai perdu confiance du coup envers les médecins j'ai perdu confiance dans le euh comment dire dans le diagnostic."

3.2.3.3.3. Une relation commerciale

Certains patients ont évoqué la relation marchande qui les liait à leurs médecins. Il était alors important pour eux de rentabiliser cette consultation. L'absence de prescription à l'issue d'une consultation était de ce fait difficilement acceptable.

P6 : "Ben c'est un peu comme aller au supermarché (rires) au supermarché et d' ressortir sans rien j'trouve on va pas au supermarché sans rien acheter et j'dis pas que le docteur est un supermarché mais j'pense que euh quand on fait le déplacement euh surtout dans nos régions rurales euh quand on fait un déplacement j'pense que c'est important d'arriver avec au moins soit une prescription d'examen soit d'un p'tit médicament soit quelque chose j'pense que c'est c'qu'il solde la fin c'est le but de notre visite quoi en quelque sorte."

P8 : "Et là même si effectivement si c'est du Paracétamol et un spray que j'aurais pu trouver euh si 'fin voilà si j'y vais j'ai j'ai envie qu'il me donne quelque chose, vous voyez ? Comme si c'était une espèce de rapport euh je sais pas un peu euh donnant donnant (rires) un peu bizarre mais."

3.2.3.4. Importance de la communication

3.2.3.4.1. Un échange avec le médecin primordial pour le patient

Il apparaissait primordial d'avoir des explications et un échange avec son médecin. Ne pas recevoir toutes les explications souhaitées pouvait engendrer une inquiétude.

P5 : "Je me suis sentie euh ben je savais pas exactement ce que j'avais, j'avais mon ordonnance dans les mains avec les médicaments à prescrire mais je savais pas combien de temps ça allait durer je savais pas si en phase de complications et si complications y avaient quelles étaient euh les précautions à prendre derrière."

3.2.3.4.2. La prépondérance de l'oralité

Certains patients étaient en demande de renseignements et souhaitaient comprendre au mieux leur pathologie.

P5 : "Ben déjà peut-être expliquer le le euh comment le processus de la bactérie elle s'installe euh ce que c'est déjà la rhinopharyngite parce que est-ce que c'est une infection du nez ou plutôt au niveau de la gorge ou les deux comment elle se transmet et puis donc quels sont les symptômes quelle est la période sur laquelle ça peut durer est-ce que c'est deux jours est-ce que c'est cinq jours est-ce que c'est dix jours."

P8 : "C'est vrai que moi quand je vais chez le médecin euh la dernière fois on a 'fin on a discuté 'fin j'avais envie d'avoir des explications sur ce que j'avais ce que c'était comment pourquoi euh donc ça c'est quelque chose que j'attends de toute façon chez mon médecin effectivement."

Cela pouvait même passer par une demande de démonstration des gestes thérapeutiques.

P3 : "Tu vois là y a une démonstration à faire [à propos de la désobstruction rhinopharyngée] et ça de bien nettoyer le nez des enfants régulièrement quand ils ont une rhinopharyngite, voilà."

Le manque de communication chez les médecins pouvait être reproché par certains patients.

P6 : "Mais ressortir de chez le médecin avec des conseils oui c'est, c'est bien c'est bien mais c'est rarement fait, et voilà."

P8 : "Qui y ait un petit échange pas juste j'arrive vous m'écrivez trois trucs que j'arrive pas à lire sur un bout de papier et je repars."

3.3. Résultats des médecins

Dans un premier temps, nous étudierons de manière large le vécu que les médecins ont de la rhinopharyngite, la manière dont ils perçoivent cette maladie, leurs prises en charge propres et ce qu'ils pensent que les patients mettent en œuvre face à cette pathologie.

Nous verrons ensuite comment ils se représentent la FIP : les avantages qu'ils peuvent y trouver, leurs réserves et leurs suggestions.

Enfin nous aborderons les compétences que les médecins jugent nécessaires pour exercer leur métier, leur perception des attentes des patients envers eux, et leur point de vue sur la relation médecin-patient. Nous terminerons par évoquer le rôle de la communication.

3.3.1. La rhinopharyngite

3.3.1.1. Le vécu du médecin

3.3.1.1.1. Une maladie banale

Pour beaucoup des médecins interrogés, la rhinopharyngite était jugée très commune.

MG3 : "Euh... Rhinopharyngite. Ouais c'est du banal."

MG4 : "Faire comprendre au patient qu'une rhinopharyngite c'est banal."

3.3.1.1.2. Un sentiment d'impuissance

Plusieurs médecins précisaient avec regret l'absence de thérapeutiques disponibles dans cette pathologie.

MG5 : "Non mais je, je blague même pas hein. Encore une [patiente] ce matin. Que, qu'est-ce-que je peux dire à ça bah... "Tu tousseras demain !" "

MG5 : "En fait ils [les patients] aimeraient quelque chose qui n'existe pas donc euh... On peut pas leur prescrire quelque chose qui n'existe pas. Y'a pas de médicament "miracle" qui fait guérir le rhume."

MG9 : "Je leur explique qu'il y a rien à faire malheureusement."

3.3.1.1.3. L'agacement

Plusieurs médecins semblaient exaspérés par ce motif de consultation.

MG1 : "Les patients qui sont très demandeurs d'antibiotiques ou de, ceux qui disent ça me tombe tout le temps dans les bronches, il faut traiter tout de suite, comme si euh j'avais une baguette magique ! (...) Ça m'énerve !"

MG5 : "Oui, oui, non mais c'est un constat général, c'est pas difficile à gérer, mais, on a l'impression de toujours dire la même chose, et de réexpliquer aux gens et souvent la même population, qui a un rhume d'année en année, on redit la même chose, et souvent on se demande si euh... Vraiment... (...) Pour les mêmes personnes, pour la même pathologie hein. Soit c'est parce qu'ils comprennent pas, soit c'est parce que la société fait que les gens sont totalement intolérants à la maladie. A la maladie bénigne."

3.3.1.1.4. L'ennui

Pour d'autres, la rhinopharyngite évoquait de l'ennui.

MG3 : "Souvent c'est plus le débat avec le patient pour des antibiotiques "non y'en a pas besoin", donc euh c'est pas passionnant."

MG7 : "Un peu de la lassitude, mais bon, c'est mon activité professionnelle. Je sais que c'est fait de, prioritairement dans les saisons difficiles, enfin les saisons difficiles, l'HIVER ! Notamment, ou l'intersaison, c'est fait de cohortes de trachéites, de, de viroses, de rhinopharyngites, de, de trucs un petit peu banals, qui sont un peu barbants parce que c'est pas très drôle."

3.3.1.1.5. La honte

Le médecin MG3 n'appréciait pas que son rôle de généraliste puisse être résumé à la prise en charge de la rhinopharyngite.

MG3 : "Souvent l'image des patients, pas les patients, des relations que j'ai qui sont pas dans le monde du médical, c'est euh "alors tu soignes des rhumes, tu soignes des gripes" euh... si je faisais que ça, j'aurais arrêté ce métier parce que c'est pas ce qui m'intéresse dans le métier."

3.3.1.1.6. La méfiance

Pour plusieurs médecins, malgré la bénignité de cette pathologie, il était nécessaire de rester sur ses gardes.

MG4 : "L'expérience à partager c'est que quand il faut prendre toujours au sérieux, même si d'emblée on sait que c'est pas grave."

MG9 : "Euh non, hormis toujours la crainte de rater autre chose (rires), non. Bah disons que, comme c'est... Enfin comme y'a pleins de pathologies qui se ressemblent beaucoup quand c'est viral etc, moi j'ai toujours une crainte de rater quelque chose."

3.3.1.2. Les représentations de la rhinopharyngite par le médecin

3.3.1.2.1. Une prise en charge facile

La rhinopharyngite ne posait pas de difficultés pour plusieurs des médecins interrogés.

MG4 : "Non, le doute que l'on a dans la profession... (...) Persiste dans d'autres domaines plutôt que dans la prise en charge de chaque pathologie banale et fréquente."

MG7 : "Sinon [la rhinopharyngite chez] les adultes, ça va, c'est pas, c'est pas un problème." (Rires)

MG8 : "Oui parce que c'est [la rhinopharyngite] quand même un problème qui est quand même assez rapidement cadré 'fin franchement, 'fin on fait vite le diagnostic et après ça laisse du temps pour voir éventuellement d'autres choses si on en a besoin quoi."

3.3.1.2.2. Des difficultés mises en avant

Finalement, la prise en charge de cette pathologie entraînait des difficultés qui contrastaient avec sa bénignité et sa simplicité apparentes.

Ce n'était pas tant le diagnostic qui s'avérait compliqué, mais des participants ont souligné un malaise vis-à-vis de la pression de prescription induite par certains patients.

MG1 : "Mais après, pour justifier l'absence d'antibiotique, je trouve ça compliqué parfois, parce que les patients sont très demandeurs, ils sont... Donc du coup tu te justifies tout le temps pour expliquer ta conduite."

MG2 : "Ah c'est toujours... On sait toujours que ça va être de la négociation, d'autant plus quand on est remplaçant."

MG4 : "Je le vis mal, oui. Parce que... C'est moi qui assume toutes les responsabilités de la prescription. Et... Là je, j'ai pas la main dessus, alors là, je fais toujours attention à ce que je prescris mais... Je vérifie plusieurs fois la pertinence des choses avant de faire l'ordonnance "auto-suggérée" du patient."

MG7 : "Bah... A part euh... Le plus ennuyeux, c'est en bas âge. Voilà, les tous petits, les bébés, parce qu'on sait plus trop quoi leur donner, ils ont supprimé tous les sirops, les, euh, on peut pas donner grand-chose, et c'est vrai que les mères sont souvent en demande et euh inquiètes, donc faut arriver à les rassurer, en espérant que ça tourne pas à une surinfection, voilà. C'est ce qui est le plus problématique pour moi."

Cela pouvait même engendrer des conflits relationnels avec le patient.

MG9 : "Une des fois [à propos d'une consultation pour rhinopharyngite] où j'ai le plus tenu tête et où j'ai refusé de prescrire son Solupred®. (...) Euh, et j'ai refusé de lui prescrire un sirop antitussif (...) Ah bah j'étais énervée parce que comme comme elle me demandait sa liste de course, c'est toujours un peu perturbant de dire à son patient... 'Fin, c'est compliqué disons que j'aime pas les rapports de force, et donc

devoir dire non, qu'elle me dise « non ça passera pas », j'ai envie de dire « bah siii, ça va passer », mais le patient..."

3.3.1.2.3. Une maladie qui n'a pas sa place chez le généraliste

Certains médecins sont même allés jusqu'à déclarer que la rhinopharyngite ne devait pas être prise en charge en cabinet de médecine générale.

MG2 : "Bah je trouve que c'est un peu dommage, enfin c'est mon avis personnel mais je trouve que c'est un peu dommage qu'aujourd'hui on ait encore des consultations pour des rhino."

MG6 : "Une fièvre de moins de trois jours, elle a RIEN à faire en cabinet médical."

Certains avaient une volonté d'informer les patients pour éviter ces consultations.

MG8 : "Et même siii c'est rare et que, voilà, ça reste quand même médicaliser un truc qui pour moi n'a pas besoin d'être SUR médicalisé quoi, avec l'éducation, la DRP, le Doliprane®, c'est accessible à tous et j pense qu'avec une BONNE, bonne éducation et bah on peut permettre, (...) on peut éviter des consultations [pour rhinopharyngite] peut être inutiles et tout et faciliter la vie des parents quoi, enfin des patients."

Certains médecins étaient même prêts à déléguer ces consultations aux pharmaciens sous couvert de conditions particulières à mettre en œuvre.

MG6 : "Tu sais qu'il est question de délégation de soins. (...) Nous perdons notre temps à traiter des rhinopharyngites. Banales, virales. Hein, ce qui est le cas dans 92% des cas à peu près. Euh... Que le pharmacien soit tout à fait apte... A condition qu'il y ait un espace de confidentialité, qu'il ait posé les questions, que ce soit le pharmacien qui le fasse... Et là y'a beaucoup de bémols hein, qui arrivent par contre. Mais je pense que la rhinopharyngite, c'est pas notre boulot quoi."

3.3.1.2.4. Un motif de consultation, qui laisse du temps pour la prise en charge d'autres aspects de la santé

MG8 soulignait que ces consultations pour la rhinopharyngite n'étaient pas inutiles en médecine générale, elles permettaient d'aborder d'autres aspects de la santé des patients.

MG8 : "De toute façon toute consultation permet de faire le point sur l'évolution, le développement psychomoteur de l'enfant, sur, et si t'as un adulte aussi, comment est-ce qu'il va globalement, dans sa vie en général, donc moi je trouve que c'est pas des consultations perdues quoi."

3.3.1.2.5. Une consultation rentable

Pour MG3, cette consultation était lucrative.

MG3 : "Ça va vite et c'est rentable et tout ce qu'on veut."

3.3.1.2.6. Renforcer le lien médecin-malade

Les patients qui consultaient pour ce motif avaient besoin d'un échange humain en plus de la simple prise en charge de la rhinopharyngite. Cet échange pouvait aussi être plaisant pour le médecin et pouvait donc renforcer leur relation.

MG7 : "Mais bon, voilà. Ça me permet de, de, moi je me dis que ces gens-là [à propos des patients consultant pour une rhinopharyngite] ont besoin d'être entendus, écoutés et de repartir avec une ordonnance, donc, euh... ça me suffit. (Sourit) (...) C'est ma fonction ! (Sourit en me regardant directement) C'est ça oui, c'est ma fonction, je ferais pas ça depuis euh, bientôt quarante ans si c'était, si je l'acceptais pas comme tel quoi."

3.3.1.2.7. Incompréhension du médecin sur les raisons de la consultation

Plusieurs médecins avaient souvent du mal à saisir la raison pour laquelle les patients consultaient pour une rhinopharyngite.

MG1 : "D'accord bah la rhinopharyngite j'ai du mal à comprendre pourquoi ils viennent à chaque fois."

MG5 : "E : Alors à ton avis, pourquoi est-ce qu'un patient vient te voir quand il a une rhino ? Pourquoi il vient voir le généraliste ? I : Alors ça... J'ai toujours pas compris ! (Rires)"

3.3.1.2.8. Une vision différente de la pathologie par le médecin et le patient

Malgré l'incompréhension de certains médecins quant aux raisons poussant les patients à consulter, d'autres étaient conscients de la différence de perception pouvant exister sur la rhinopharyngite entre soignant et malade.

MG5 : "Tous ceux qu'on reçoit pour un rhume quand même ils sont intolérants, ce qui est vrai hein ! Forcément hein.... Ils le ressentent comme quelque chose euh... D'ingérable. Quelque chose qui a vraiment un impact inadmissible sur leur qualité de vie et qui leur pose un problème... Alors que nous je reconnais que ça nous pose pas trop de problème ! (...) Et on a du mal à comprendre où est la gravité !"

MG8 : "Tous les trucs qu'on répète aux gens, bah ça nous paraît ACQUIS, ça nous paraît EVIDENT, mais je sais pas, pour les gens qui ont un travail qui n'a absolument rien à voir avec le milieu de la santé, qui, sont débordés d'activités et tout, et qui euh, ont pas forcément le temps de se pencher sur ce genre questions, bah c'est pas forcément EVIDENT que euh, euh ben, les mouchage de nez, le, les, les, les

DRP, le Doliprane®, bah ça peut aider à soigner, fin, ça peut aider sur le plan symptomatique, que euh, bah il faut pas s'affoler tant que ceci cela."

3.3.1.3. Perception de la prise en charge

3.3.1.3.1. Une prise en charge à adapter aux patients

Tout d'abord, ce qui revenait parmi les réponses des participants interrogés était le fait de devoir adapter sa prise en charge au patient reçu. Cette prise en charge variait tantôt du fait du terrain des patients, tantôt pour ne pas risquer de heurter leur sensibilité individuelle.

MG2 : "Après y'a la théorie et la pratique, et la théorie elle est pas forcément applicable selon les patients qu'on a en face."

MG3 : "C'est sûr, chez un obèse diabétique hypertendu avec des antécédents asthmatiques, oui on réagit pas de la même façon que chez un sujet âgé, que chez un gars de trente ans en pleine forme qui a aucun antécédent."

3.3.1.3.2. Rester directif

La prise en charge était alors plutôt variable selon les sujets. Toutefois certains n'hésitaient pas à garder leur ligne de conduite habituelle face à des pressions de prescription du patient voire à des demandes administratives qu'ils jugeaient abusives.

MG1 : "I : "Il faut que j'aille voir l'ORL". Ah oui. E : Ou "prescrivez-moi ça, docteur". (...)
I : Bah... Je dis non."

MG1 : "Non c'est "no way" !" [concernant l'arrêt de travail]

MG6 : "Dans le domaine de la rhinopharyngite, je mets les antibiotiques largement de côté, ça par contre, si je considère qu'il y a pas besoin, je ne prescris pas, même en ordonnance de réserve, "ah mais si au bout d'un nombre de jours..." Bon bah dans 2 jours, vous reverrez votre médecin."

3.3.1.3.3. Réaliser un examen clinique méticuleux

L'examen clinique avait son importance dans la prise en charge de la rhinopharyngite, il permettait d'exclure d'autres diagnostics plus graves et de garder le contrôle de la consultation.

MG2 : "Bon tout en vérifiant l'examen clinique."

MG4 : "Parce que une rhinopharyngite n'est une rhinopharyngite que, véritablement une rhinopharyngite, qu'après être passée chez le médecin, c'est-à-dire après que toi tu aies vérifié qu'il y ait pas autre chose : que c'est pas une rhinite allergique, que c'est pas une pharyngite..."

MG8 : "Elle est pas complètement inutile parce que moi je trouve qu'il y a jamais de consultation inutile. Déjà parce que je pense que un petit qui a de la fièvre faut toujours s'assurer qu'il y a pas un autre point d'appel et que euh... (...) pour moi c'est toujours bien d'éliminer une pathologie potentiellement grave, moi je trouve que c'est jamais inutile, même si quand c'est une rhino on se trompe rarement quand même."

3.3.1.3.4. Expliquer oralement

Les médecins prenaient le temps d'expliquer plus ou moins précisément la pathologie.

MG1 : "Ah leur dire que c'est pas grave, les rassurer, leur expliquer comment faire la DRP euh leur dire qu'il y a pas de traitement miracle, qu'il faut attendre quelques jours et que ça va passer et que faut consulter si jamais y'a beaucoup de fièvre sur plusieurs jours ou si jamais y'a une toux qui traîne ou des choses comme ça, des signes, qui forcément nécessiteraient d'être revus."

MG2 : "Voilà, en disant que c'est pas grave, que le traitement principal, moi je dis de tousser, moucher, cracher, voilà faut que ça sorte."

MG6 : "Rassurer le patient sur l'évolution, le fait qu'il en a pour une semaine, qu'il va moucher, enfin ce que tu connais par cœur... Il va moucher, il va avoir bien mal pendant trois jours, puis après il va moucher gras, mais que c'est pas grave, que ça élimine les résidus, et qu'il en a pour à peu près quinze jours à tousser gras, surtout le matin et le soir."

MG7 : "Et euh, je dis : « bah voilà, c'est le vivant, c'est comme ça, il faut que le cycle viral aille à son terme, vous allez avoir des symptômes tout ce que je peux faire pour vous c'est d'essayer de les atténuer avec un traitement ». Voilà, c'est pas la peine de mal vivre le, le développement viral, avec la phase de début, phase d'état puis la rémission, bon généralement ça dure que quelques jours mais c'est très désagréable !"

Il leur arrivait même de faire une démonstration sur la manière de désobstruer les voies ORL.

MG1 : "Oui, à montrer ou leur expliquer [à propos de la DRP] ou... Surtout chez les enfants."

MG6 : "Ça paraît des trucs tout bêtes qu'on apprend pas à l'hôpital, de leur expliquer que la narine, ça va vers l'oreille, et que donc, si on a le pulvérisateur on va se pencher en avant. Enfin bon tu fais le geste, je pratique comme ça, quand c'est pré orienté, bah leur dire "ça vient droit et puis vous n'avez qu'à appuyer"."

Cette posture éducative était satisfaisante pour le médecin MG6.

MG6 : "J'aime bien expliquer, justifier pourquoi je fonctionne d'une façon très particulière."

D'autant qu'il la jugeait souvent efficace, ce qui lui permettait de limiter les consultations de ses patients pour ce motif.

MG6 : "Parce que ma patientèle est quand même, parce que quand même je suis un vieux médecin, est quand même très habituée pour une rhinopharyngite en général ils viennent pas me voir."

3.3.1.3.5. Rassurer les patients

La rassurance avait une place importante dans la prise en charge.

MG1 : "Ah leur [les patients] dire que c'est pas grave, les rassurer."

MG6 : "A partir de là, les thérapeutiques, purement thérapeutiques bien entendu, et puis rassurer le patient sur l'évolution, le fait qu'il en a pour une semaine."

3.3.1.3.6. Une décision médicale partagée avec le patient

Le médecin devait souvent mettre en balance une prise en charge "scientifique" et la demande du patient. Finalement il optait parfois pour une décision médicale partagée, à condition tout de même que la demande ne soit pas déraisonnable.

MG3 : "Après ça peut arriver, dans des rares cas où le patient arrive à me convaincre, s'il a des arguments précis, ça peut arriver..." [à propos d'une demande de traitement dans la rhinopharyngite]

MG5 : "Si c'est quelque chose que je leur ai déjà prescrit parce que j'estime que ça a un intérêt euh, oui ça m'arrive de le faire [à propos de l'ordonnance suggérée par le patient]. Sorti de là, à part prendre des Doliprane® y'a pas grand-chose."

3.3.1.3.7. Des thérapeutiques à limiter

Pour beaucoup de médecins, il était important de restreindre les prescriptions médicamenteuses.

MG2 : "Aujourd'hui les recommandations c'est euh de plus traiter."

MG3 : "C'est que "je veux des antibiotiques parce que je veux pas que ça traîne", et on sait que ça a aucune indication."

Ceci concernait les antibiotiques mais aussi certains traitements symptomatiques tels que les corticoïdes et antitussifs dont se méfiait particulièrement MG9.

MG3 : "C'est à la marge mais disons que j'essaie dans ma pratique de pas être trop agressif au niveau des traitements."

MG6 : "Pfff et encore, hein, seulement si il y a besoin. Paracétamol et sérum phy, paaarfois des inhalations, il y a des patients qui répondent bien, heinnnn. Surtout à la vapeur d'eau, ce que je leur explique c'est que c'est surtout la vapeur d'eau qui est importante, même si ils ont pas d'essences particulières."

MG9 : "Ouais je lui ai dit ça, je lui ai dit que le Solupred® ça avait quand même des effets secondaires, des ostéoporoses, des maculopathies, que c'est pas un traitement bénin d'effets secondaires, que le sirop antitussif ça augmentait les surinfections pulmonaires, que le seul traitement c'était le lavage le nez, qu'on le faisait très mal, et que si elle voulait aller mieux fallait surtout se laver le nez et se reposer, voilà, que c'était tout quoi. Mais qu'en gros le Solupred® et le traitement antitussif c'était des traitements que je ne prescrivais pas, et que je ne prenais pas moi-même."

3.3.1.3.8. Un traitement symptomatique à prescrire

Il persistait parfois une prescription médicamenteuse, qui semblait quasiment protocolisée, pour un médecin donné.

MG3 : "On donne un peu de Paracétamol, de Vitamine C, éventuellement un sirop pour la toux, voilà... Des trucs..."

MG5 : "Des fois un petit décongestionnant nasal genre, Rhinofluimucil® Doliprane® si y'a de la fièvre euh..."

MG9 : "Sterimar®, Doliprane®. Voire un peu d'Actisoufre®."

3.3.1.3.9. Des pratiques professionnelles qui évoluent

Pour plusieurs médecins, les pratiques professionnelles évoluaient au fil des ans. Au niveau individuel d'abord, par gain d'assurance des médecins au cours de leur pratique.

MG2 : "Ah je dis plus facilement, je mets plus de limites et y'a des choses que je refuse plus facilement, notamment dans les ordonnances suggérées qu'au début, notamment parce je suis peut-être plus sûre de moi."

MG4 : "Dans le sens de mettre moins de médicaments. J'en mets moins maintenant que quand j'ai commencé. (...) Ça s'explique par l'expérience, et puis, dans... Plus on avance en âge dans la médecine, plus on est sûrs de ce que l'on fait."

MG5 : "C'est vrai qu'au début comme on s'installe, d'abord on n'est moins sûr de soi et, et euh... On a plus besoin de se rassurer en marquant quelque chose. Et... Avec les années on arrive plus facilement à dire non."

Mais également à plus large échelle, via une évolution des mœurs de prescription.

MG2 : "Parce que c'est vrai que ce sont, pendant longtemps ils ont prescrit beaucoup de choses pour des rhinopharyngites, donc euh... "

MG4 : "Y'a des médicaments qui étaient distribués larga manu, et qui le sont beaucoup moins, parce qu'on s'est aperçu qu'ils faisaient beaucoup euh, qu'ils avaient des effets, par exemple euh pour les rhinopharyngites tu avais le fameux Aturgyl®, bon maintenant plus personne ne demande l'Aturgyl®, alors qu'à une époque, c'était à tout va. Par exemple pour les petits, la Pivalone®, tout le monde mettait de la Pivalone®, maintenant les gens ont compris, ils leur donnent plus de la Cortisone pour ça."

MG7 : "Oui. Je crois que ça a changé. Et les gens se sont, ont entendu les slogans de la, de la CPAM ; notamment le fameux slogan "les antibiotiques c'est pas automatique". Donc ça, ça nous a beaucoup aidé, parce que, on avait du mal (insiste sur "mal") à les dissuader de repartir avec un traitement symptomatique purement. (...) Ils étaient persuadés que l'antibiotique allait TOUT régler."

3.3.1.4. Les stratégies mises en place par le patient selon le médecin

3.3.1.4.1. Un recours trop facile à un avis médical

Les médecins nous ont évoqué leur perception des différents comportements mis en place par les patients lors d'une rhinopharyngite. Cela pouvait être le recours à un avis médical, jugé souvent trop rapide selon MG2, MG5 et MG6.

MG2 : "Parce que les gens, les rhino aujourd'hui... On voit encore des gens, ça commence, dans les heures qui suivent ils sont chez nous donc... "

MG5 : " "Je tousse depuis hier" (Rires) (...) Non mais je, je blague même pas hein. Encore une ce matin."

MG6 : "Ah beh, au début, ils venaient pour ça, ils avaient trente huit de fièvre depuis douze heures ou et encore parfois moins, et le nez pris."

Selon MG3, ceci pouvait s'expliquer par la culture, avec notamment l'habitus familial de certains patients.

MG3 : "Ou que c'est dans leur culture familiale que dès qu'il y a un pet de travers et bah on consulte."

Ce recours au généraliste était également variable selon le milieu de vie et la profession, selon le médecin MG8.

MG8 : "Bah, j'pense que c'est, soit des gens quiii, fin par exemple je vois dans les milieux un peu plus ruraux, je trouve que, j'ai quasiment jamais vu des gens consulter pour des rhinopharyngites quoi (...) j'ai l'impression à la campagne, les gens euh j'ai l'impression, de toute façon ils viennent que pour, ils viennent pour des motifs quand même plus GRAVES quoi, fin j'ai l'impression qu'il faut qu'il y ait quelque chose de VRAIMENT, VRAIMENT, pour qu'ils viennent chez le médecin quoi. Parfois c'est même euh, on aurait voulu qu'ils viennent un peu plus tôt quoi. (Rires) Donc le rhume, la rhinopharyngite, je pense que euh ils s'en foutent quoi, ils font avec et... Ouais... De toute façon, ils vont quand même bosser."

Le milieu social pouvait également jouer un rôle selon MG2.

MG2 : "Dans les milieux défavorisés c'est vrai que les gens sont peut-être un peu plus inquiets, y'a peut-être ... Enfin ils ont besoin d'être plus rassurés je dirais. (...) Bah ils vont consulter plus facilement ouais."

3.3.1.4.2. Une prise en charge autonome

Les médecins nous ont également fait part d'autres stratégies employées par les patients, différentes de la consultation d'emblée. Selon eux, certains patients préféraient patienter, d'autres s'automédiquer.

MG3 : "Y'en a d'autres [des patients] qui vont laisser faire les choses et... "

MG4 : "Parce que effectivement quand c'est une rhino simple, beaucoup de gens ne consultent pas."

MG8 : "Je pense qu'ils mettent en place des méthodes classiques de mouchage et de Doliprane®, je sais pas s'ils font vraiment des lavages de nez mais je pense que d'eux-mêmes, ce qu'ils peuvent."

D'après les médecins, certains patients se renseignaient auprès de sources diverses, tels que Internet. Pour MG6, ceci rendait d'ailleurs difficile la prise en charge. En effet il incombait alors au médecin de déconstruire certains messages trouvés sur des sites web, qui avaient pu effrayer le patient.

MG6 : "Je sais pas si tu connais les recommandations mais, souvent y'a dans les recommandations Prescrire® les, des possibilités pour eux d'aller se rendre sur des sites, qui là du coup sont des sites médicaux, pas des forums parce que c'est l'Enfer hein, c'est terrifiant. Ils [Les patients] y vont, c'est très très bien, mais y'en a qui arrivent comme ça (mime un tremblement avec sa main) des fois."

D'autres choisissaient un référent paramédical, le pharmacien, en premier recours.

MG1 : "Les gens ils s'automédiquent en pharmacie puis finalement ils viennent voir le médecin."

3.3.2. La FIP

3.3.2.1. Une pratique avantageuse

3.3.2.1.1. Recevoir une information fiable

Le médecin délivrant la FIP était garant de la fiabilité de l'information écrite, d'après plusieurs généralistes interrogés. Ceci pouvait ainsi éviter au patient une mauvaise compréhension de ce qu'il aurait pu lire sur d'autres supports au contenu non contrôlé, sur Internet notamment.

MG6 : "Je m'appuie quand même sur des données d'autres [professionnels], des recommandations, des choses comme ça... (...) En tous cas moi ça me satisfait comme ça. De leur donner le sentiment que c'est pas dogmatique, et que c'est argumenté, que c'est documenté avec des choses récentes en plus. Et que ils peuvent aller plus loin en plus." [à propos de fiches conseils délivrées]

MG8 : "Euh... Bah moi ça me rassurerait que les gens aient MES fiches, enfin ou mes fiches, après ça peut être des recommandations faites de la HAS ou je sais pas qui, ça me rassurerait beaucoup plus qu'ils aient ça plutôt qu'ils aillent sur des forums de gens paniqués, parce que en fait, en fait je me rends compte que si nous on prenait un peu de recul et qu'on regardait avec un œil un peu naïf ce qui est dit sur certains forums euh..."

3.3.2.1.2. Rester à la disposition des patients

La FIP constituait un support de référence, réutilisable.

MG4 : "Et en plus le patient l'aurait à demeure quoi, sur lui donc il pourrait les consulter."

3.3.2.1.3. Rassurer les patients

La FIP, en détaillant la prise en charge et les critères de gravité devant conduire le patient à re-consulter, pouvait être rassurante.

MG1 : "Bah pour justifier la prise en charge, pour rassurer les gens, pour leur dire quand consulter, pour que ça leur serve pour la fois prochaine ou pour leurs proches ou..."

3.3.2.1.4. Également rassurer les médecins

Elle pouvait également contribuer à rassurer le médecin car les informations délivrées seraient exhaustives.

MG8 : "Même nous [à propos des médecins] on voulait donner cette information là et puis on a oublié de la donner parce que parfois, y'en a une qui passent à la trappe, du coup c'est clair que si, en ajout de ma consultation, où, je donne un diagnostic, où j'explique un peu à l'oral, bah du coup cette fiche, un peu récapitulative, (...) ce serait TOP quoi."

3.3.2.1.5. Aider à la mémorisation

Pour plusieurs médecins, la FIP constituait un support mémoriel pour les patients.

MG7 : "Bah, ça peut être un support à ce que je leur ai dit [en référence aux patients], parce que bon, ce qu'on dit à un patient, après on se dit "mais qu'est-ce qu'il a compris de ce que je lui ai dit, qu'est-ce qu'il va raconter euuh à Mme Michu qui va lui dire "Ah t'as vu le docteur, qu'est-ce-que le docteur t'as dit?" (Rires), donc déjà c'est déjà déformé, donc le document c'est peut-être déjà un support mémoriel pour lui, enfin mémoriel, c'est un support, "oui tiens c'est vrai que le médecin m'a dit ça"."

3.3.2.1.6. Permettre au patient de mieux comprendre sa maladie

Elle pouvait également permettre d'appuyer les explications du médecin.

MG4 : "La fiche permettra au patient de comprendre sa pathologie."

3.3.2.1.7. Limiter la prescription de traitements

Pour plusieurs médecins, ces FIP constituaient une aide à la non-prescription médicamenteuse, face à la pression de prescription des patients. Elle rendait légitime

le fait de ne pas prescrire de médicaments, en apportant un poids supplémentaire aux explications orales du médecin.

MG4 : "Et d'accepter, si il y avait une demande thérapeutique déraisonnable, d'accepter que bon bah, pour la rhinopharyngite il faut juste fluidifier les sécrétions et calmer éventuellement la douleur avec du Paracétamol. Pas besoin de prendre la Néosynéphrine, pas besoin de, de prendre des antibiotiques, voilà."

3.3.2.1.8. Un complément au discours du médecin

La FIP représentait un complément intéressant au discours oral pour plusieurs des médecins interrogés.

MG1 : "Ils [Les patients] prennent plus conscience de la chose, ou ils ont l'impression d'être un peu plus écoutés. [à propos de la distribution des FIP]"

MG7 : "Je pense que la meilleure solution, enfin la moins mauvaise, serait que le médecin, à la fin de la consultation, donne un petit flyer, sur lequel tout serait expliqué ou résumé un petit peu tout ce qu'il a dit, ça permettrait déjà de mettre en accord notre discours avec l'éventuelle fiche."

MG8 : "Et puis y'a des fois, j'pense que les gens ils ont peut-être, peut-être qu'ils craignent un peu de nous déranger, (...) ils veulent pas trop poser de questions et tout, donc parfois, ils disent « oui oui j'ai bien compris et tout » et puis peut-être que finalement quand ils rentrent chez eux ils se disent « haaargh, en fait j'ai oublié ! » (...), ça [la FIP] permettrait, ça permettrait de COMPLÉTER la prise en charge en consultation quoi."

MG9 : "J'pense que elle [la FIP] permettrait juste d'appuyer nos dires, et de leur permettre [aux patients] p't'être d'être rassurés."

3.3.2.1.9. Gagner du temps

Pour les médecins, les consultations pour rhinopharyngite étaient souvent chronophages. Les FIP permettraient d'alléger ce temps de consultation.

MG1 : "Ouais ouais ouais, je pense que c'est bien. Ça [la FIP] fait gagner du temps."

MG4 : "Les fiches, ça permettrait de, d'économiser du temps, de gagner du temps. Le temps d'explication serait plus court."

MG9 : "Donc je pense que si j'ai un papier, j'arriverais pas à me passer de l'oral... Mais bon, c'est vrai que ça nous ferait peut-être gagner du temps. Parfois on est vraiment trop trop dans le rush, de se dire, bah « je dis l'essentiel, je dis pas tout, et j'ai le papier qui permet de s'appuyer pour euh... »"

3.3.2.1.10. Des expériences positives de l'utilisation des FIP

Enfin, certains médecins ayant déjà fait l'expérience de ces FIP ont déclaré que celles-ci semblaient appréciées des patients.

MG1 : "Bah les gens ils sont contents en général d'avoir un support."

MG9 : "Non j'pense que dans l'ensemble les gens ils trouveraient ça [la FIP] bien, ils se diraient euh que ça les informe un petit peu plus."

3.3.2.2. Mais des limites pointées

3.3.2.2.1. Manque d'intérêt de la FIP

3.3.2.2.1.1. La rhinopharyngite, une pathologie trop simple

La rhinopharyngite était considérée par plusieurs des praticiens interrogés comme étant trop simple pour justifier d'autant d'explications. Ils estimaient donc que les patients n'en avaient pas vraiment besoin.

MG6 : "Oui, oui y'a toutes les fiches "patients". Honnêtement, je l'ai fait pour d'autres choses, je l'ai fait pour les pédiculoses, pour la gale, les bilans pour la prostate, tu vois ? Mais alors pour la rhinopharyngite, honnêtement non. On en parle et puis euh... Mais j'ai pas donné de fiches dans ce cadre-là."

MG9 : "Ce serait rêver de penser qu'ils [les patients] retiennent tout ce qu'on dit. (Rires) Après c'est aussi pour ça qu'il faut être un peu synthétique et qu'il faut pas balancer six milliards d'infos, et c'est notamment le problème avec l'alimentation pour la grossesse, parce que typiquement y'a tellement d'informations, que ce serait impossible. (...) Mais ouais, c'est vrai que pour la rhino, j'en ressens moins le besoin."

3.3.2.2.1.2. Le faible impact des messages de santé publique

Certains médecins ont également fait le rapprochement entre la FIP et les messages de santé publique, pour lesquels les patients manquaient souvent d'intérêt.

MG4 : "Et ensuite, je mets du temps pour les convaincre [les patients] de pas mettre [prescrire] beaucoup de médicaments, parce que y'a une demande thérapeutique, les campagnes de la sécu "les antibiotiques pas toujours", n'ont pas beaucoup d'impact semble-t-il."

MG8 : "Une campagne de santé publique... Bah y'a certains slogans et tout qui marquent et qui restent mais, est-ce que ça a un vraiment un impact sur les gens ? Moi j'men rends pas trop compte.... Fin (Soupire), j'pense que un truc un peu personnalisé ou individualisé à mon avis ça peut être plus efficace quoi, qu'une campagne de santé pub."

MG9 : "La communication indirecte ? J'suis pas sûre que ça marche, mais euuh... Parce que j'ai l'impression que les gens font pas forcément attention à ce qui se passe en salle d'attente."

3.3.2.2.1.3. Existence d'autres sources d'informations pour le patient

L'existence d'autres sources d'information a également été pointée, rendant peut-être non indispensable cette FIP.

MG2 : "Les informations elles peuvent être trouvées."

3.3.2.2.1.4. L'ordonnance expliquée, suffisante à la prise en charge

Certains médecins estimaient que l'ordonnance était un support suffisant, soit du fait des explications écrites qui y étaient notées, soit compte tenu des explications orales qu'ils y associaient.

MG9 : "Pfff, non pas sur la rhinopharyngite. En fait tout est marqué sur l'ordonnance en soi. C'est-à-dire que le lavage de nez il est marqué, avec la quantité, etc... Après [donner] plus de consignes que l'ordonnance.... C'est-à-dire que l'ordonnance je leur explique en leur donnant..."

3.3.2.2. Des patients trop passifs

MG5 se montrait assez fataliste, constatant à l'échelle de sa pratique que de nombreux patients se montraient passifs dans leur prise en charge. Les raisons évoquées étaient aussi bien individuelles, par désintérêt de la part de certains, que sociétales, du fait de la surmédicalisation de certains problèmes de santé bénins. MG5 était lassé de constater que cela forçait le médecin à adopter une attitude paternaliste malgré lui.

MG5 : "Peut-être que c'est... La population est pas encore assez euh... Prête à se prendre en charge. Je crois qu'ils se prennent très peu en charge les gens. (...) Je pense qu'ils s'en moquent en fait. Ils veulent qu'on les prenne en charge totalement, mais ils veulent pas EUX s'impliquer dans leur prise en charge."

MG5 : "Je donne juste un exemple : les fiches dans la salle d'attente, les gens passent un certain temps dans la salle d'attente, avant j'avais des affiches partout avec pleins de messages subliminaux, euh non non très, très clairs. (...) Les gens ils arrivent à s'asseoir ici, je leur dis "vous avez vu ?", ils avaient rien vu, ils ne voient rien, alors peut-être qu'il y a un petit pourcentage hein qui prend connaissance de ce qu'on leur propose. (...) Mais quand même, la majorité... Donc euh écrire, ou leur passer un papier écrit, j'ai paaaas vu non plus que c'était très évident."

MG5 : "C'est pas la société actuelle. Actuellement on est vraiment en train de décharger totalement les gens de leurs responsabilités, globalement. Et en santé alors là... Complètement."

3.3.2.3. Laisser les patients se gérer de manière autonome

MG8 craignait de laisser ses patients se prendre en charge seuls. Même s'il jugeait la rhinopharyngite suffisamment simple et bénigne pour cela, il appréhendait qu'ils sous-estiment par exemple des signes nécessitant de re-consulter.

MG8 : "Après moi, les supports écrits, le truc qui me fait toujours un peu peur mais bon, moi je suis craintive de... (Rires) de laisser de l'autonomie aux gens, je suis trop paternaliste, mais... (...) Ce qui me fait toujours un peu peur, c'est de me dire : « est-ce qu'on risque pas de rater un truc, est-ce que les gens risquent pas d'être faussement rassurés par euh, si ils se trompent quoi »..."

3.3.2.2.4. Un outil risquant d'être éphémère

MG5 et MG9 appréhendaient que les patients considèrent la FIP comme une brochure publicitaire, et la jettent sans s'en servir.

MG5 : "Ça c'est plutôt les années qui m'ont fait prendre avec beaucoup de recul tous les papiers, les ... Les trois-quarts finissent dans le barbecue, ou à la poubelle, ou je sais moi ?"

MG9 : "Franchement les gens 'fin, j'me dis, faudrait étudier si ça [la FIP] leur servirait, qu'ils le mettent pas dans leur poche, en le froissant, en le jetant par la fenêtre euh... 'Fin parce que là ça m'embêterait quoi. E : Ça t'empêcherait de le délivrer rien que pour ça ? I : Ouais, tout à fait."

3.3.2.2.5. Doute sur l'observance des patients

Tout comme pour les thérapeutiques prescrites, plusieurs médecins redoutaient un manque d'observance des malades vis-à-vis des FIP.

MG1 : "Euh bah non, ils [les patients] les [fiches] prenaient pour le lire, enfin je sais pas si après ils le lisent, mais..."

MG2 : "Bah je pense que les gens le, ils le [support] prendraient, y'a pas de...c'est surtout des fois je me dis quand l'ordonnance, des fois ce qu'on prescrit c'est pas forcément des fois pris jusqu'au bout... Je sais pas si la fiche euh..."

MG4 : "Ce serait pas mal si on pouvait remettre ces fiches.... Pour peu qu'ils [les patients] les lisent."

MG8 : "Et j'leur [aux patients] dis « si jamais vous oubliez tout ce que j'ai dit, j'ai tout marqué là ! » (Rires) Mais après, qu'est-ce qu'ils en font, est-ce qu'il y a déjà un seul de mes patients qui s'est déjà référé à ce que j'avais marqué ? (...) Franchement, je suis pas sûre... (Rires) Parce que déjà je sais même pas si ils arrivent bien à me lire euh... Franchement l'écriture manuscrite, bon je m'applique un peu mais euhh, je suis pas sûre que ce soit (Rires) idéal ! Donc si ça se trouve en fait je passe des plombes à écrire pour rien ! (Rires)"

MG9 : "Après est-ce que les gens vont le lire [la FIP], je ne sais pas."

3.3.2.2.6. La FIP, insuffisante dans la prise en charge

3.3.2.2.6.1. Primauté de l'oral

Le discours oral primait largement dans la pratique de plusieurs médecins.

MG2 : "Je pense que y'a plus dans le dialogue et ce qu'on fait avec le patient que la fiche."

MG3 : "Moi je suis plus dans l'explication directe avec le patient, je pense que ça porte plus de lui expliquer en le regardant dans les yeux que en allant plus vite en lui disant « vous lirez ça [la FIP] et c'est tout expliqué dedans »."

MG9 : "(Hésitante) Pouuurquoi pas... Après disons que. Oui pourquoi pas. Après généralement comme je fournis les explications à l'oral... Pfff Je sais pas s'ils auraient besoin d'un papier supplémentaire..."

Des participants nous ont d'ailleurs fait part de leur crainte que cette FIP soit finalement délivrée au détriment des explications orales, ...

MG3 : "C'est vrai que si on donne le papier plus pour s'économiser du temps en disant : « je vous explique pas tout mais c'est tout écrit dans le papier », je pense que c'est d'une moindre portée que d'expliquer."

... voire au détriment de la consultation.

MG4 : "Donc euh... La fiche ne fera pas l'économie de la consultation."

3.3.2.2.6.2. Un outil qui n'aiderait pas à limiter les prescriptions

En ce qui concerne la pression de prescription de certains patients, MG4 et MG7 considéraient que la FIP ne constituait pas réellement une aide. Ils craignaient même que leurs patients soient frustrés de ne pas repartir avec un traitement et que la relation thérapeutique soit mise à mal.

MG4 : "E : Donc dans le cadre de la rhino qu'est-ce qui euh... qu'est-ce qui pourrait vous empêcher de ne délivrer que des conseils, et ne pas du tout délivrer d'ordonnance à la fin de la consultation ?

I : Parce qu'on va chez le médecin pour partir avec des médicaments, l'exigence du patient."

MG7 : "Je pense que quelqu'un qui vient pour rhinopharyngite avec mal de gorge, nez qui coule, euh, des maux de tête et cetera, accepterait très mal de repartir euh, avec de bonnes paroles."

3.3.2.2.7. Un outil qui ne peut pas être universel

Selon plusieurs médecins, cet outil ne pouvait pas être accepté par l'ensemble des patients. En effet, ces derniers avaient des attentes très variables en termes d'explications, et les médecins devaient s'adapter constamment. Il était donc difficile d'imaginer une FIP standardisée, notamment pour MG7.

MG2 : "Y'a des gens qui ont besoin de beaucoup d'explications, donc effectivement d'avoir une fiche euh ça peut être un apport, y'en a d'autre j'pense euh..."

MG7 : "C'est très difficile de standardiser une explication parce que je sais pas du tout comment elle pourrait être prise, peut-être très bien d'ailleurs ! Voilà j'ai plein d'affiches dans ma salle d'attente, des messages, de la CPAM, sur des tas de choses, bon alors par contre je sais pas le ressenti des gens, est-ce que..."

MG9 : "Oooh, j'pense que.... Y'aurait une partie des gens qui seraient contents en se disant « Tiens, un truc [la FIP] qui m'informe un peu » euuh voilà. Et après j'pense qu'il y a des gens qui s'en ficheraient à mon avis."

3.3.2.2.8. Manque d'attrait du support papier

En outre, certains craignaient qu'un support papier soit peu attrayant pour les patients.

MG4 : "Le problème de la fiche c'est que maintenant, c'est... le numérique quoi. (...) Ah beh, pour les jeunes générations."

3.3.2.2.9. Argument écologique

La problématique écologique d'un support papier nous a également été opposée. Les conséquences du gaspillage de papier étaient le principal frein à la délivrance de FIP, et ce d'autant plus dans le cadre d'une pathologie simple telle que la rhinopharyngite.

MG6 : "Et je pense beaucoup de papier gâché [la FIP]."

MG9 : "Et puis après l'autre problème que je soulèverais vis-à-vis de ça [la FIP], ça n'a pas de rapport mais, ce serait sur l'écologie quoi. (...) On utilise une tonne de papier, les papiers des examens, les papiers des ordonnances... du coup d'avoir des papiers à donner aux patients, enfin des flyers... En fait c'est très bien, parce que je sais que j'en aurais l'utilisation pour plein d'autres choses, par exemple l'alimentation de la grossesse tout ça, mais foncièrement je sais que ça me pose un souci cette histoire de papier."

3.3.2.2.10. Une perte de temps

Pour plusieurs généralistes, la FIP pouvait même relever davantage d'une perte de temps, que d'une aide à leur pratique. Que ce soit lors de la délivrance...

MG6 : "J'ai jamais donné [de fiche]. (Secoue la tête) Et en tous cas dans ma pratique, elle n'est que ce qu'elle est mais, ce serait du temps pris pour pas grand-chose."

MG9 : "Il faut que ce [la FIP] soit SIMPLE par contre. (...) parce que les consultations elles sont déjà longues, le temps de faire les ordonnances, machin. Il faut pas que ça soit une perte de temps. Il faut que ça nous fasse gagner du temps quoi. (...) Le, le, délivrer, en parler, faut que ce soit une aide pour nous, une béquille, et pas, j'fais une manip sur l'ordi, l'ordi marche une fois sur deux... "

... Ou pour MG7, une perte de temps dans la création de ces FIP qui n'étaient pas assez disponibles.

MG7 : "Pourquoi pas, si elle est bien faite. J'y vois aucun inconvénient, si une fiche explicative sur le déroulement des, euh, voilà de la pathologie ORL virale, moi je vois rien contre hein, mais encore faut-il que j'en ai à disposition, j'en ai jamais vu hein..."

3.3.2.3. Suggestions

3.3.2.3.1. Quant à l'attractivité

3.3.2.3.1.1. *Alternative écologique*

En ce qui concerne la problématique de l'écologie évoquée plus haut, du papier recyclé pouvait être une piste intéressante, selon le médecin MG9.

MG9 : "Bah je sais pas. Faudrait y réfléchir, ce serait HYPER intéressant. En tous cas si c'est du papier recyclé, du... [concernant les alternatives aux fiches conseils sur papier]"

3.3.2.3.1.2. *Développer un outil figuratif et ludique*

Le médecin MG8 a proposé l'idée de développer un outil pictographique, plus attirant qu'un texte écrit en noir et blanc pour le patient, et qui donnerait au patient davantage envie de s'y intéresser.

MG8 : "Ça m'est déjà arrivé d'me dire en consultation j'sais pas par exemple « j'aurais bien aimé avoir une petite BD de 3 petites cases qui montre de quelle manière on positionne le bébé, comment on met la pipette, euh qui, et voilà quoi... Ce qui doit inquiéter, ce qui doit pas inquiéter »."

MG8 : "Bah un truc mixte quoi. Plus en quoi, que ce soit un peu, plus agréable à l'œil parce que, voilà un papier, blanc, avec des trucs écrits en noir dessus, c'est un peu rébarbatif quoi. Si y'a un peu des dessins, un peu des... couleurs. (...) C'est toujours plus, toujours plus, visuellement, c'est plus parlant quoi."

3.3.2.3.2. Systématisation de la FIP

Certains participants sont allés jusqu'à suggérer d'étendre la démarche en amont, au niveau national, via des campagnes de santé publique à large échelle.

MG2 : "Je pense que par contre une campagne de santé publique sur la rhino du type comme les "antibiotiques c'est pas automatique", ça pourrait être intéressant."

MG5 : "L'éducation des gens serait importante mais dans quelque chose de global, expliquer aux gens que la maladie c'est pas, c'est pas forcément à prendre en charge, ça fait partie de la vie, de la vie normale."

Une FIP qui évolue selon les épidémies pourrait être intéressant selon MG4.

MG4 : "Donc cette FIP elle serait surtout beaucoup utile en période d'épidémie de grippe par exemple."

Selon MG5, il était intéressant de donner des FIP dès le plus jeune âge, afin de familiariser très tôt les patients à cet outil, à l'instar du carnet de santé chez l'enfant, qui fait partie intégrante des pratiques.

MG5 : "Je suis plus optimiste [concernant l'efficacité de ses explications] pour les parents et les enfants parce que... (...) On explique, on écrit, on refait sur les carnets de santé, ça nous sert... De fil directeur."

3.3.2.3.3. L'importance du médecin traitant

Enfin, les conditions de délivrance de la FIP étaient importantes à prendre en compte. Pour MG3, la FIP était d'autant mieux acceptée qu'elle était remise par le médecin traitant du patient, qu'il connaît et avec qui il entretient une relation de confiance.

MG3 : "Je pense que si c'est le médecin traitant qui, qu'il connaît, ça a toujours plus de poids que... ça c'est d'une façon générale je pense, parce que c'est ce qu'on disait au départ, c'est la relation de confiance. [concernant la délivrance de la FIP]"

3.3.3. La position du MG

3.3.3.1. Des compétences particulières mises en avant

3.3.3.1.1. Sur le plan relationnel et humain

Plusieurs médecins s'accordaient à dire que l'écoute et l'empathie étaient des qualités primordiales au métier de médecin généraliste.

MG3 : "Alors je dirais, l'écoute. Euh l'empathie, bon ça va un peu avec."

MG5 : "D'abord une capacité d'écoute. Ecouter la plainte, comprendre quelle est la plainte... C'est pas toujours évident hein ! Des fois on sait pas trop pourquoi les gens viennent."

MG6 : "L'écoute et l'humanité. (sans hésitation) (...) Pour moi c'est vraiment les très principales. (...) Vraiment écoute, humanité d'abord. Et ensuite bien sûr le soin mais ça fait... En médecine générale, pour moi, c'est ça qui domine absolument tout."

Il était également nécessaire de se rendre disponible pour ses patients.

MG2 : "Donc voilà, reconvoquer ou au moins se mettre à disposition parce que c'est pas facile de reconvoquer en médecine générale hein... Au moins se mettre à disposition et puis reformuler et euh essayer d'être le plus accessible possible et rester à disposition du patient hein."

MG5 : "Euh... Être disponible, aussi. Ce qui est pas toujours évident, non plus."

MG6 : "Mes patients ont mon mail et mon téléphone portable, et ils n'en abusent pas contrairement à ce qu'on peut craindre. Euh... 'Fin. J'ai cette chance hein peut-être, mais voilà."

Et savoir connaître ses limites.

MG1 : "Savoir passer la main quand c'est plus son rôle ou quand ça sort du domaine de compétence, savoir cadrer ce qu'on sait faire et ce qu'on sait pas faire, euh..."

MG5 : "Euh... Capable euh... D'être euh... Performant dans ses capacités, dans ses compétences, tout en comprenant qu'on peut pas forcément tenir la perfection en médecine générale. Faut toujours un peu jongler avec euh... Ce que veut bien accepter le patient, ce qu'on sait de la science mais ce qu'on peut faire aussi en ville, ce qui est pas toujours euh... Le top."

3.3.3.1.2. Mais également des compétences techniques

Les compétences techniques étaient citées plutôt dans un second temps, elles étaient considérées acquises par principe par tout médecin.

MG4 : "Et après bien sûr les compétences techniques, pour pouvoir porter des diagnostics et chercher et trouver."

MG6 : "Après bien sûr, tenir à jour ses connaissances techniques euh... (...) Les compétences techniques, euh j' pense que tous les médecins les ont. Ils les entretiennent plus ou moins, ça c'est autre chose, mais euh... "

3.3.3.2. Perception du médecin de ce que les patients attendent de lui

3.3.3.2.1. Une approche globale

Plusieurs médecins considéraient que la rhinopharyngite pouvait en réalité être un motif pour discuter d'autres sujets.

MG1 : "La rhino pour euh, le motif de consultation, ça peut peut-être être que le patient a envie, enfin a besoin de parler d'autre chose..."

MG4 : "Beh, en profiter pour demander autre chose au médecin. [à propos de la consultation pour rhinopharyngite]"

MG6 : "Ça peut être un problème psychologique, un problème relationnel, un problème au travail... Euh... Une inquiétude parce que... Euh y'a le gendre, le père qui a fait un problème d'infarctus... Un bilan de santé... C'est [à propos de la consultation pour rhinopharyngite] plus une ouverture de communication autre en fait."

Les certificats d'arrêt de travail faisaient également partie intégrante des motifs de consultation. C'était d'ailleurs pour MG5 souvent la conséquence de la pression des

administrations, notamment pour obtenir des certificats. Cela contribuait à maintenir des consultations pour rhinopharyngite.

MG3 : "Parce qu'ils [les patients] ont pas pu se lever le matin, et euh donc ils viennent pas spécialement pour être soignés mais pour des raisons purement administratives."

MG5 : "C'est aussi la faute encore une fois globalement à la société, parce que il faut du papier ! Il faut l'arrêt maladie, il faut le papier pour la crèche, parce que l'enfant peut pas aller à la crèche pour une rhinopharyngite, il a la fièvre c'est pas grave, mais il faut voir le médecin. Pour le certificat pour la crèche. Pas pour soigner l'enfant. (...) Donc ça... On ne laisse plus aucune liberté de ce point de vue-là, plus personne ne peut gérer seul ses petites maladies presque."

3.3.3.2.2. Impatience de guérir

Les médecins avaient la sensation que les patients consultaient parce qu'ils étaient pressés de guérir, ou du moins d'être soulagés.

MG3 : "Qu'ils [les patients] se disent que leur médecin va leur filer des antibiotiques et que dans vingt-quatre heures c'est fini, que autrement ça va être long."

MG4 : "Soit parce que ça dure depuis... parce que le patient estime que ça dure trop longtemps."

MG7 : "Ben euh, justement, c'est important parce que les gens sont toujours IMPATIENTS de retrouver leur état de santé, ils sont pressés, ils sont..."

3.3.3.2.3. Des attentes variables sur la question des thérapeutiques

Des médicaments étaient alors souvent nécessaires pour accélérer le processus de guérison. Ces demandes de traitements étaient plus ou moins acceptées par le médecin.

MG1 : "Bah oui les patients qui sont très demandeurs d'antibiotiques."

MG5 : "Ils [Les patients] vont arriver avec des demandes des fois assez précises sur tel produit qui leur débouche le nez."

MG8 : "Moi je trouve que c'est surtout beaucoup de demandes, les gens ils veulent les vasoconstricteurs nasaux, des trucs qui sont pas forcément toujours très, très, très bénéfiques pour eux quoi."

Néanmoins, les médecins percevaient que le fait de recevoir un traitement médicamenteux n'était pas attendu par tous les patients.

MG1 : "Après ça dépend y'a aussi les ... qui sont hyper plantes et compagnie, qui veulent rien prendre, y'a quand même deux écoles..."

MG5 : "La prescription, c'est pas une obligation pour plein de gens."

3.3.3.2.4. Des explications pas forcément attendues

D'après MG7, il apparaissait cependant que certains patients ne souhaitaient pas forcément comprendre leur maladie ou aller plus loin que le simple fait d'avoir un diagnostic ou de recevoir un traitement.

MG7 : "Je me souviens très bien mon père, qui lui m'avait dit un jour, "Ouais je suis allé voir ce médecin, il a commencé à me raconter euh ce que j'avais, des explications, moi j'en avais rien à faire, euh je, je comprends pas pourquoi il m'a dit tout ça". (...) manifestement il demandait aucune explication et le médecin lui a donné des explications, et, et, et il a (Rires) trouvé le besoin de m'expliquer que ce médecin l'avait un peu saoulé. (Rires)"

3.3.3.2.5. Rassurance

Plusieurs médecins considéraient que les patients souhaitaient être rassurés en allant consulter.

MG1 : "Ils [Les patients] pensent peut-être aussi venir chez le médecin aussi pour euh, pour être rassuré quant à la bénignité de la pathologie."

MG2 : "Je pense qu'il y a beaucoup d'inquiétude et vraiment le besoin de savoir que c'est [à propos de la consultation pour rhinopharyngite] pas grave."

MG5 : "Des fois ça suffit hein. Enfin les gens sont pas forcément demandeurs de plus que d'être rassurés.[à propos de la consultation pour rhinopharyngite]"

MG6 : " « Ok y'a pas besoin d'antibiotique, vous faites le lavage de nez » on sent que ça va, ils [les patients] admettent parfaitement, ils ont été rassurés, ils ont besoin de rien d'autre que d'avoir été rassuré, que c'est que QUE une rhinopharyngite virale, un rhume quoi."

MG9 : "Pour une rhino ? Non en général ils [les patients] viennent parce qu'ils ont mal à la gorge, parce que ça fait quand même très mal à la gorge, ils veulent qu'on

élimine une angine, et qu'ils veulent qu'on les rassure. Mais généralement euhh... Généralement ils ont plus besoin d'être rassurés et... Moi je prends le temps d'expliquer."

3.3.3.2.6. Une posture éducative

Les médecins estimaient également que les patients souhaitaient avoir des explications, portant essentiellement sur la conduite à tenir.

MG1 : "Euh des conseils, je pense qu'il veut me demander des conseils. [à propos de la consultation pour rhinopharyngite]"

MG1 : "Bah peut-être une éducation pour savoir comment la traiter les prochaines fois et connaître les symptômes d'alerte [à propos de la consultation pour rhinopharyngite] qui font consulter ou savoir euh distinguer les choses bénignes qui nécessitent pas nécessairement une consultation."

3.3.3.2.7. Une ordonnance

L'ordonnance était plusieurs fois citée comme étant un document nécessaire pour conclure la consultation et rempli de symbole. MG7 allait même jusqu'à évoquer une métaphore de la relation médecin-malade.

MG7 : "L'ordonnance fait partie du jeu, même si y'a pas grand-chose dessus, on leur [aux patients] explique que voilà ça va les aider, ils sont contents, ça.... (Fait une pause) Alors. Je pense, c'est peut-être une idée hein, de ma part, ils se sentiraient frustrés de, de partir sans ce papier. Qui est chargé quand même, c'est un document qui est chargé quand même un petit peu de la relation médecin-malade."

Bien souvent, elle légitimait la consultation, d'après certains participants. A la fois pour le patient, ...

MG3 : "Donc même si c'est que du Doliprane®, euh... Je pense que... Ça prolonge la consultation et le fait de prendre quelque chose euh même si c'est par exemple des granules homéopathiques ou un truc qui peut avoir euh à la limite même un effet placebo, je pense que ça a son utilité."

MG4 : "L'ordonnance légitime l'acte."

MG7 : "Ils [les patients] sont un petit peu accro à cette feuille [à propos de l'ordonnance] avec quelques médicaments qui sont, très basiques d'ailleurs, assez anodins."

... Mais également pour le médecin.

MG5 : "J'ai moins le besoin de rassurer euh... Enfin, de rassurer les gens PAR la prescription, ou de me rassurer moi PAR la prescription."

MG9 : "J'essaie de leur fournir pas mal d'explications, pour qu'ils [les patients] aient pas l'impression que mon ordonnance, qui est donc, quasiment vide, que la consultation elle est faite de rien quoi."

3.3.3.3. Le médecin lié à son patient par une relation particulière

3.3.3.3.1. Un lien important et déséquilibré

La relation médecin-patient était forte, d'ailleurs MG3 a décrit un "effet placebo" du médecin lors de la consultation.

MG3 : "Je sais pas si on peut appeler ça un effet placebo c'est peut-être pas le mot mais je pense qu'il y a un effet thérapeutique de la relation médecin malade qui est très important. (...) D'ailleurs ça arrive très fréquemment en consultation qu'il y ait des patients qui disent, bah "le fait d'être venu, déjà je me sens mieux" avant même d'avoir pris un quelconque médicament."

Elle était déséquilibrée au détriment du patient, MG6 était conscient que le patient pouvait donner beaucoup d'importance aux dires du médecin, il ne voulait pas endosser ce rôle de supériorité.

MG6 : "C'est pas que parce que moi je suis le docteur, de pas être performatif. C'est de pas dire : "Moi je suis le Docteur, je SAIS, je suis le Sachant.""

3.3.3.3.2. Une relation commerciale

Plusieurs médecins ont évoqué le fait que la concurrence qui existait entre confrères pouvait influencer sur leur prise en charge. En effet, ils observaient parfois un nomadisme médical des patients, afin d'obtenir ce qu'ils attendaient de la consultation, certains traitements par exemple.

MG2 : "Faut qu'on ait une adhésion par rapport à ce qu'on lance avec le patient hein, c'est la négociation, enfin qui se passe pas comme ça mais si on veut pas qu'il aille reconsulter le lendemain chez un autre confrère en disant... Parce qu'aussi on reçoit des patients qui viennent en disant hier j'ai consulté chez votre confrère et puis il m'a rien donné, donc on sait qu'on est quand même..."

MG5 : "Peut-être que je prescris un peu moins, que je euh... J'ai moins le souci de la clientèle."

MG9 : "Bah elle était énervée [à propos du fait de ne pas avoir cédé à la pression de prescription face à une patiente], elle m'a dit qu'elle irait voir un autre médecin pour lui demander du Solupred®. Je lui ai dit « D'accord » et euh elle est partie."

3.3.3.3. Une relation qui se construit

La relation entre le médecin et son patient n'était pas acquise pour plusieurs médecins interrogés.

MG2 : "Des fois on sent qu'on a besoin de faire ses preuves par rapport au patient pour avoir l'adhésion hein mine de rien..."

En effet, plusieurs facteurs intervenaient pour que cette relation médecin-malade puisse fonctionner.

L'apparence du médecin en faisait partie.

MG2 : "Surtout je pense aussi quand on jeune, je pense aussi qu'ils [les patients] nous regardent ils... (rires) Ça, ça doit jouer hein quand on est jeune et qu'on est une femme et qu'on remplace un vieux médecin, c'est..."

La confiance envers son médecin également, qui était pour beaucoup la clé d'une bonne observance. Le statut de remplaçant était donc pour MG1 et MG2 une difficulté.

MG1 : "Ah non, ça j'évite après... Euh j'évite, après c'est encore difficile comme je remplace j'essaie de faire comme le médecin fait habituellement donc... [à propos de la pression de prescription par le patient]"

MG2 : "Et beh... Si je vois dans le dossier médical qu'effectivement mon confrère a tendance à aller dans le sens du patient qui dit "oui mais si je prends rien ça va dégénérer" (...) des fois je peux céder. [à propos de la prescription de médicaments dans la rhinopharyngite]"

3.3.3.3.4. Impact de la relation sur la communication

La relation jouait un rôle sur la manière de communiquer, selon plusieurs médecins. Une bonne relation thérapeutique aidait à mieux faire passer des messages, et les patients se montraient plus réceptifs.

MG1 : "Après c'est peut-être parce que j'ai fait surtout des remplacements, j'ai pas le recul nécessaire ou la connaissance du patient depuis plusieurs années ou les arguments pour euh les [les patients] rassurer suffisamment ?"

MG2 : "Quand on est remplaçant des fois on peut pas dire les choses aussi facilement que quand on est installé je pense."

MG3 : "Pour faire passer le message. (...) Je pense que c'est très important parce que je pense qu'il y a un effet, je pense que la relation médecin malade est très importante."

MG4 : "Y'a un facteur qu'on n'a pas évoqué, y'a le facteur "confiance" dans le médecin. Ils [les patients] l'entendent."

La communication non verbale, au niveau de la gestuelle, permettait réciproquement de renforcer la relation.

MG6 : "J'ai tendance, enfin plus que tendance à examiner systématiquement mes patients, pas que pour une nécessité diagnostique, en général c'est pas très utile... Euh... Mais simplement parce que ça fait un contact physique, hein qui permet de, de rompre certaines choses, de montrer une attention, en plus de l'attention uniquement verbale j'entends. (...) Comme partie de communication, hein. Et le contact, le toucher."

MG8 : "On utilise quand même beaucoup de gestuelle enfin, moi j'aime bien aussi être un peu proche des gens donc euh, parfois quand on annonce une pathologie grave ou quelque chose de plus embêtant, bah avoir un geste un peu plus amical euh enfin... Toucher l'épaule du patient ou quelque chose comme ça..."

3.3.3.4. La communication

3.3.3.4.1. Un rôle central

Une communication claire était primordiale et attendue des patients selon MG8.

MG 2 : "Bah oui c'est très important pour avoir l'adhésion du patient hein. [à propos de la communication médecin-patient]"

MG3 : "Alors bah oui ça [la communication] je pense c'est très important."

MG8 : "Moi j'trouve que la communication en médecine générale c'est HYPER important, et que c'est... Probablement un des trucs que les patients nous reprochent le plus. Une espèce d'incompréhension de leur part qu'ils ont parfois, ou par rapport à un manque de parole de notre part..."

3.3.3.4.2. Une compétence qui s'acquiert avec l'expérience

D'après MG9, la communication s'apprenait au fil des années, avec l'expérience.

MG9 : "A la fac on nous explique pas comment MANAGER un patient. 'Fin, on nous apprend pas ça quoi. On nous apprend à diagnostiquer la pathologie, à savoir que c'est viral et qu'il y a pas de traitement."

3.3.3.4.3. Adapter son discours à chaque patient et aux patients en général

Les médecins devaient constamment adapter leur discours aux patients qu'ils recevaient.

MG2 : "Voilà après ça [la manière de communiquer] dépend aussi des milieux sociaux des gens qu'on a en face bien évidemment hein mais..."

MG4 : "Ah bah, c'est-à-dire, il faut que le discours soit adapté à la personne qu'il y a en face hein. Utiliser des mots qu'ils puissent comprendre. Tantôt ça va être facile, euh tantôt ça va être difficile."

MG7 : "Mais il y a de tout parmi les patients qu'on voit, c'est pour ça qu'on est toujours un peu sur la brèche ou sur le qui-vive, à savoir ce qu'il faut dire ou ne pas dire à un patient, (...) Ce que je peux lui dire, ce qu'il peut entendre, qu'est-ce que... Et parfois je referme la porte et j'me dis mais qu'est-ce qu'il a compris de ce que je lui ai dit, est-ce qu'il a entendu, est-ce que j'ai pas trop parlé, est-ce que j'aurais dû me taire, est-ce que...(...) On peut pas s'empêcher de se bailler si on a envie de parler, de dire oui, d'expliquer et euh y'a des médecins qui aiment pas du tout ça, qui donnent l'ordonnance sans un mot euh, ça convient à certains patients, voilà, les patients changent de médecin parce que bah ils trouvent ils cherchent un médecin qui leur correspondent quoi. (...) Y'a pas de recette miracle hein, on est sur de l'humain donc c'est tout à fait euh... Varié enfin je trouve pas mon adjectif mais euh c'est, c'est. Y'a de tout quoi. (Rires)"

De manière plus générale, il fallait aussi adapter leur langage médical au langage courant des patients.

MG2 : "Je pense que c'est important que les gens associent les termes qu'ils emploient entre eux."

MG4 : "Beh c'est [à propos de la manière de communiquer] trouver des mots simples, des mots justes."

MG5 : "Mais euh c'est loin d'être une évidence et puis euh... Remettre un petit peu en question ce qu'on pense que le patient sait. La gestion de la fièvre par exemple hein, on explique les choses mais la notion de fièvre pour un patient n'est pas du tout la même que pour nous, la prise en charge, même le traitement, pour la fièvre entre autres, c'est... On, on n'a pas le même langage, donc il faut pas hésiter à essayer de comprendre euh et reposer les questions au patient pour vérifier qu'il a bien compris ce qu'on lui a expliqué."

MG8 : "Parce que en fait, les patients, ils se posent pleins de questions, qu'ils nous posent pas je crois, et par exemple, j'pense qu'il y a des fois où quand on a marqué : euuuuh « toutes les six heures », mais si on n'a pas marqué forcément « si besoin », et bah EUX, ils vont le prendre toutes les six heures pendant quatre jours. Alors que... Dans notre tête, c'était bah si douleur, si ça, si ça quoi, et j'me dis que, p't'être que les prises en charge correspondent, fin sont quand même assez éloignées de ce que nous on imagine, comme le truc PARFAIT, qu'on a prescrit quoi."

3.3.3.4.4. Des difficultés de mise en œuvre

Communiquer était un aspect de la profession certes central, mais assez chronophage, pour plusieurs généralistes interrogés.

MG4 : "Donc l'aspect communication, elle est importante. Même si c'est très chronophage !"

Cela pouvait s'avérer assez fastidieux selon MG4 et MG5.

MG4 : "J'explique, j'explique. J'explique et quelques fois c'est très difficile d'expliquer."

MG5 : "Expliquer, ré expliquer, expliquer encore... Sur une consultation, sur plusieurs consultations, essayer de, d'obtenir le retour du patient et comprendre... Enfin vérifier qu'il a compris ce qu'on a expliqué."

Nous avons évoqué plus haut la nécessité pour le médecin d'adapter son discours aux patients pour se faire comprendre. La communication étant à double sens, il était parfois également difficile pour les médecins de saisir le langage du patient.

MG4 : "Alors oui, oui effectivement il faut que les gens comprennent euh d'abord, ils ont une demande, il faut d'abord pouvoir bien la cerner cette demande."

MG5 : "C'est un problème de langage. Quand on dit "j'ai mal aux reins" nous on pense "pyélonéphrite" eux ce sont juste des rhumatismes, donc on est toujours obligé de reprendre, vraiment..."

Enfin, le fait que les patients puissent arriver à la consultation en s'étant déjà renseigné sur des sites de vulgarisation médicale était une difficulté supplémentaire pour MG4.

MG4 : "Euh un élément nouveau actuel c'est que toutes les informations sont sur la table, au niveau d'Internet, euh... et ça crée d'autres difficultés de communication, parce que, il faudra aller au-delà d'Internet et..."

3.3.3.4.5. Différents moyens employés

Les médecins généralistes avaient chacun leur façon de communiquer. Pour beaucoup, cela passait essentiellement par l'oral, en détaillant leurs dires.

MG2 : "Oralement oui, en essayant d'être le plus clair possible hein, quitte à reformuler et à redemander au patient si l'information a été claire."

MG3 : "Mais autrement, j'essaie par l'explication. (...) Lui donner des motifs et des raisons et lui expliquer le pourquoi et le comment."

MG7 utilisait même l'humour pour mieux expliquer la physiopathologie.

MG7 : "Bah, je leur [les patients] dis que, tout le monde a le droit de vivre, les virus y compris ! (Rires) Et qu'ils ont trouvé un hôte, (rires) en l'occurrence le patient en question, voilà c'est pour dédramatiser la situation, et euh bon ça généralement effectivement ça les fait rire. (sourit)"

Ecouter les patients, avait aussi une importance particulière.

MG3 : "Déjà j'écoute le patient. (...) Déjà ce qu'il a à me dire, je lui pose des questions."

MG7 : "Les manières de communiquer, le plus simple c'est de les laisser parler [à propos des patients], et de, et d'écouter le..."

MG7 : "Voilà maintenant j'ai plutôt tendance à moins parler, à écouter. Et j'avais un médecin que j'avais remplacé en Guadeloupe, je me souviens, et il me disait "moins tu parles, moins tu risques de dire des conneries". Et ça m'était resté ! (Rires)"

Cela pouvait également être de manière non verbale, à l'écrit par exemple.

MG6 : "Euh, et donc de leur faire passer en PDF des articles complets de la revue Prescrire®, pour amener une information complémentaire, par rapport à ce que je leur ai dit. [aux patients]"

MG8 : "Bah ensuite, on a les modes de communications un peu plus indirects comme euh j'sais pas les flyers, ou les affiches dans les salles d'attentes."

MG9 : "Euh et après, y'a la communication via la salle d'attente, y'a ces choses-là aussi, qu'on peut, où on peut communiquer avec eux de façon un petit peu indirecte. (...) Euh, les posters, les affiches, euh les choses comme ça, où on peut laisser transparaître des messages, euh pour permettre à des patients de... De faire tilt entre guillemets, par exemple je sais pas on met un poster sur l'arrêt de l'alcool, ça va permettre à certaines personnes de se dire « tiens mon médecin traitant j'peux lui en parler », etc... Donc ça aussi c'est un moyen de communiquer."

3.3.3.4.6. Facteurs influençant une communication efficace

Pour plusieurs médecins, la manière dont ils présentaient leurs explications, leur attitude en consultation, influait sur la réception des messages par les patients.

MG3 : "La façon de lui [au patient] expliquer la pathologie ça peut-être qu'on va rejoindre ce que vous disiez, le sujet proprement dit, euh la façon dont nous même on est convaincu de ce qu'on lui dit je pense que c'est important."

MG9 : "Euh, bah, j'dirais, de façon verbale, face à eux [aux patients] ; de façon non verbale, par la façon dont on est présenté, la façon dont on réagit, euh etc... [à propos des manières de communiquer]"

3.3.3.4.7. L'ordonnance, un moyen de communication singulier

L'ordonnance était perçue comme un outil d'échange avec le patient.

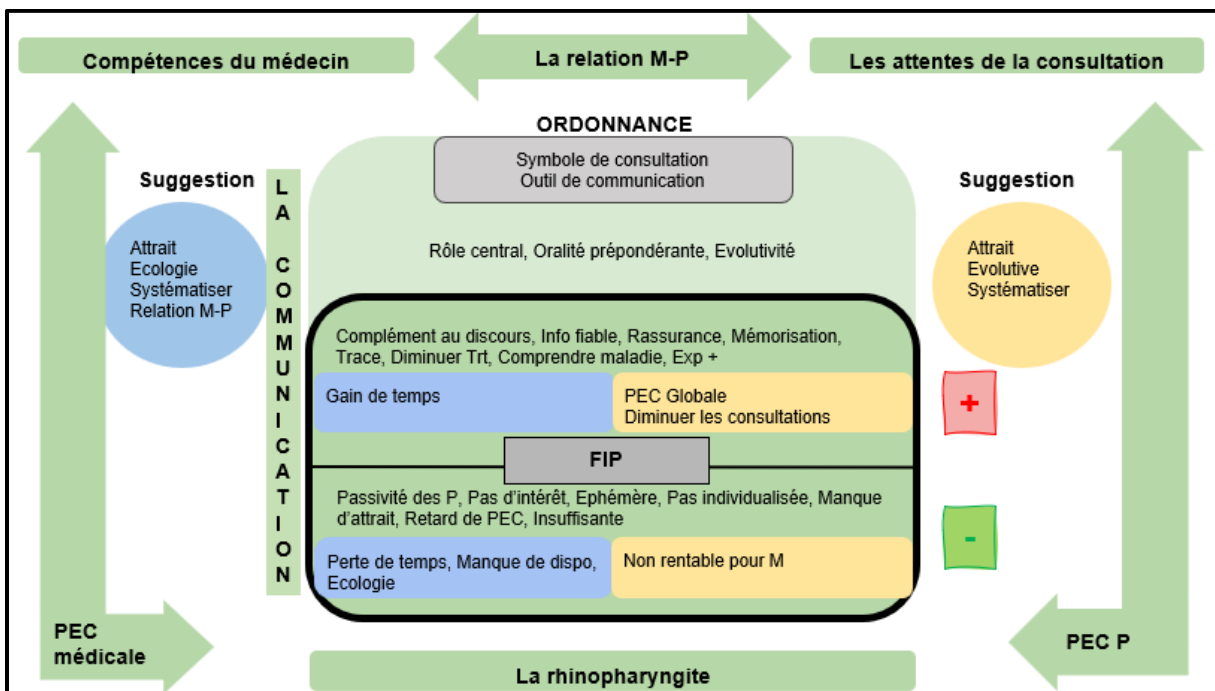
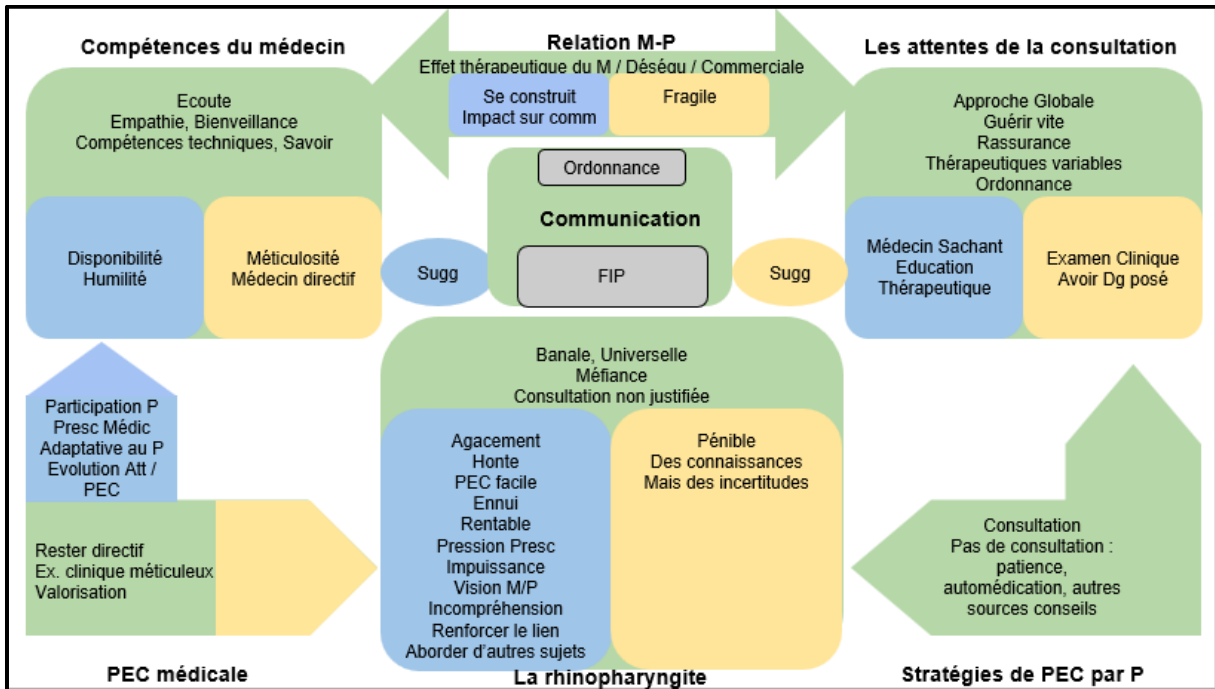
MG3 : "Bah moi je suis un peu dans l'idée que, l'ordonnance c'est un petit peu une part du médecin qu'on emmène avec soi, que c'est un peu la prolongation de la consultation."

En outre, elle était déjà utilisée par plusieurs médecins comme une FIP.

MG5 : "Sur l'ordonnance, je marque. (...) Voilà, donc c'est euh lavage de nez, trois fois par jour euh..."

MG8 : "Enfin y'a des ordonnances où y'a des personnes qui partent avec dix médicaments, on comprend aussi qu'ils sachent pas lequel est dédié à quoi donc... J'me dis que si j'avais été à leur place, si y'a quelqu'un qui m'avait fait des petites flèches : « pour la tension », « pour la diarrhée », « pour nanana », et ben, ça m'aiderait bien quoi. Et je saurais mieux..."

Schémas récapitulatifs des principaux résultats



Légende : Médecin

Commun

Patient

Abréviations page 152.

4. Discussion

Notre objectif était d'étudier le ressenti des patients et des médecins généralistes quand une consultation pour une rhinopharyngite se termine avec une FIP, puis de mettre en parallèle ces ressentis.

4.1. Validité

4.1.1. Forces

La rhinopharyngite est une pathologie courante en médecine générale.

Un des intérêts de notre thèse était le recueil du point de vue des patients et médecins puis leur mise en parallèle sur une proposition de prise en charge incluant une FIP. Cette comparaison est peu présente dans la littérature sur ce sujet.

Nous avons volontairement choisi de ne pas montrer de FIP aux participants, afin de ne pas les orienter et d'obtenir ainsi une grande variété de réponses.

Ce travail a été échelonné sur deux années, ce qui nous a permis de prendre du recul : à la fois sur le sujet, dans le contexte de notre formation pratique d'internes, mais aussi sur la méthode de recherche qualitative, à laquelle nous avons tenté de nous former au mieux.

4.1.1.1. Validité interne

Notre Directrice de thèse a été formée à la méthodologie qualitative par le CNGE et avait de l'expérience dans la direction de thèses de médecine générale qualitatives.

La réalisation de ce travail en binôme s'est avérée être une force, nous permettant d'effectuer une triangulation des données. Un double encodage de chaque verbatim a été réalisé, c'est-à-dire que chacune des chercheuses a analysé les entretiens de son côté avant une mise en commun. Cette double analyse a d'ailleurs été maintenue tout

au long de notre travail, jusqu'à la production des catégories et leurs représentations en un schéma final.

Les entretiens, aussi bien pour les médecins que pour les patients, ont été réalisés jusqu'à obtention d'une saturation des données. Tous les participants ont été représentés dans les résultats de manière quasiment égale. Aucun participant n'a abandonné l'étude avant la fin.

Chacune des deux chercheuses a tenu un carnet de bord durant toute la durée de l'étude, permettant de consigner par écrit des pensées, extraits de documents ou de lectures, servant de fil conducteur au processus de recherche. (41)

Enfin, nous avons rempli les critères de qualité d'une étude qualitative, recensés dans la grille COREQ (disponible en annexe 7) (42).

4.1.1.2. Validité externe

Utilisant une méthodologie qualitative, notre but était l'obtention d'un échantillon raisonné, comme expliqué dans la partie méthodologie.

Pour les médecins inclus, les zones et les durées d'installation, au sein des départements des Bouches-du-Rhône et des Alpes-de-Haute-Provence étaient diversifiées. Le panel des âges était également varié, ce qui était une richesse : nous avons inclus des participants non encore installés, en début de carrière, et d'autres ayant dépassé l'âge de la retraite.

4.1.2. Faiblesses

La méthode qualitative était une méthode complexe et nouvelle pour nous. Nous avons assisté à un cours de présentation générale sur cette méthode d'analyse et nous nous sommes formées principalement à travers différents ouvrages, recommandés par notre Directrice de thèse, ainsi que par des recherches personnelles.

Certains biais étaient inéluctables, inhérents à la méthodologie choisie.

C'est le cas par exemple, du biais de désirabilité sociale par lequel le participant répond de manière à plaire à l'enquêteur : il ne dit pas forcément ce qu'il pense sincèrement et peut s'autocensurer.

Nous avons probablement également été confrontée au biais de sélection, qui peut se retrouver lors d'un recrutement par effet boule de neige : dans notre cas nous n'avons pas eu parmi les patients de personnes retraitées par exemple, ce dont nous nous sommes rendu compte *a posteriori*, après être arrivées à saturation des données. Il aurait été intéressant de réaliser d'autres entretiens incluant cette tranche d'âge. En effet, les catégories socio-professionnelles des patients recrutés n'étaient pas totalement hétérogènes. Nous avons donc pu passer à côté de certaines informations.
(43)

Par ailleurs, la réalisation d'entretiens semi-directifs était pour nous une nouveauté difficile à appréhender, que nous avons certainement maîtrisé de manière imparfaite. Ceci a sans doute pu expliquer que certains de nos entretiens aient été de courte durée. Il était d'ailleurs délicat de ne pas poser de questions fermées.

Nous n'avons pris que peu de notes au cours des entretiens de visu que nous avons réalisés, ce qui a pu nous priver d'une partie du langage non verbal. Filmer les entretiens aurait sans doute apporté une plus-value à ce niveau.

Nous n'étions pas tout à fait neutres en démarrant ce sujet, étant nous-même internes en médecine générale et ayant déjà été confrontées à des consultations pour rhinopharyngite. Même si nous avons respecté l'étape de "déconstruction des *a priori*", comme précisé dans la partie méthodologie, il a certainement dû persister une part d'affect et de subjectivité au cours de nos entretiens. En effet, nous avons débuté notre travail de recherche en mettant beaucoup d'espoir sur l'acceptabilité des FIP par les médecins et les patients. Nous avons également démarré avec l'idée d'un outil pouvant aider à limiter la surprescription médicamenteuse mais nous avons déconstruit ceci au cours de notre travail de recherche.

L'absence de données de la littérature sur cette mise en parallèle des points de vue entre médecin et patient, ne nous a pas permis de confronter nos résultats à d'autres hypothèses et ce qui a sans doute limité la validité externe de notre étude.

D'ailleurs, il n'est pas impossible que cette mise en parallèle ait pu entraîner une orientation dans nos choix de catégories finaux et de ce fait un biais de classement.

4.2. Principaux résultats

4.2.1. Le patient et son médecin

La consultation de médecine générale s'articule autour d'un échange entre deux personnes ayant des attentes différentes.

4.2.1.1. Les attentes lors d'une consultation médicale

Il apparaît que les médecins ont globalement bien cerné les souhaits des patients lors d'une consultation.

Lorsqu'on compare les attentes énoncées par les patients et la vision qu'ont les médecins de ces attentes, on retrouve des réponses communes, telles que la rassurance, l'impatience de guérir ou l'intérêt d'une approche globale du patient, pas seulement restreinte au motif de la consultation. Plusieurs participants ont également précisé le caractère non indispensable des médicaments à l'issue d'une consultation, tel que P2 : "c'est pas obligatoire de prendre des médicaments, c'est pas automatique. (Rires)".

Néanmoins, la nécessité d'avoir un diagnostic posé et l'importance de l'examen clinique sont des réponses obtenues par plusieurs patients mais que nous n'avons pas retrouvées chez les médecins. Ce décalage de réponses est intéressant à noter.

Médecins comme patients évoquaient l'importance de délivrer une information claire dans la prise en charge. Toutefois pour MG1 par exemple, cela semblait davantage consister en des conseils sur la gestion des thérapeutiques qu'en des explications sur le fonctionnement de la maladie. Or certains patients nous ont fait part de leur curiosité concernant la physiopathologie, comme P4 par exemple : "(Pause) Mais qu'est-ce que

c'est qu'un rhume ça c'est vrai que c'est important à ajouter réellement ça, ça m'intéresserait". Ceci rappelle la multiplication actuelle des formations proposées pour devenir "patient expert", allant dans le sens d'une volonté des patients à s'approprier leur(s) pathologie(s). La faculté de médecine de Marseille, propose notamment une formation permettant d'obtenir un certificat universitaire d'éducation thérapeutique pour patients experts. Toutefois cette notion est plus adaptée à une pathologie chronique ; l'éducation thérapeutique étant défini comme un processus continu, évolutif ne pouvant pas s'appliquer pour les pathologies aiguës. (44)

En outre, ces attentes étaient dépendantes de plusieurs facteurs, entre autres médecins et patients s'accordaient à dire que l'influence socio-culturelle y était pour beaucoup. P7 nous a notamment rapporté : "Ben parce que j'ai pas pour habitude, 'fin j'ai grandi à Mayotte et on avait pour habitude d'utiliser des plantes et en général on dit que 'fin c'est vraiment le dernier recours quoi d'aller chez le médecin. 'Fin j'ai pas grandi dans la culture de ça donc en général j'attends toujours." L'influence de l'origine sociale et culturelle des patients aurait été une notion intéressante à approfondir.

Par ailleurs, MG4 a mentionné une évolution des attentes des patients avec le temps, allant de pair avec une évolution des pratiques : "Par exemple pour les petits, la Pivalone®, tout le monde mettait de la Pivalone®, maintenant les gens ont compris, ils leur donnent plus de la Cortisone pour ça". Ceci nous a questionné sur le fait que cette évolution était peut-être le fait d'une bonne éducation des patients au fil des ans.

Cependant malgré ces nombreuses réponses soutenant l'importance de la compréhension de la maladie par le patient, il est important de souligner que pour MG7 au contraire, il fallait prendre garde au fait que tous les patients n'étaient pas nécessairement en demande d'explications : "Je me souviens très bien mon père, qui lui m'avait dit un jour, "Ouais je suis allé voir ce médecin, il a commencé à me raconter euh ce que j'avais, des explications, moi j'en avais rien à faire, euh je, je comprends pas pourquoi il m'a dit tout ça". (...) manifestement il demandait aucune explication et le médecin lui a donné des explications, et, et, et il a (Rires) trouvé le besoin de m'expliquer que ce médecin l'avait un peu saoulé. (Rires)". De même, P6 jugeait certaines explications superflues : "Après si c'est des conseils vraiment médicaux poussés ou j'sais pas ils disent de faire le poirier trois fois par jour j'sais pas moi (rires)

mais non si c'est des conseils simples et basiques euh j'pense que je suis au courant des choses à faire dans ce cas-là quoi. J'apprendrai rien. J'ai un minimum euh je sais un p'tit peu comment soigner les maladies de base on va dire." Toute la difficulté est alors pour le médecin d'arriver à s'adapter à ses patients.

4.2.1.2. Les compétences du médecin

Il est intéressant de noter que les compétences techniques du médecin, telles que la connaissance et le savoir médical, étaient citées au second plan des compétences relationnelles et humaines, pour l'ensemble des médecins et la plupart des patients interrogés. En effet, les médecins participants ont énoncé l'écoute et la bienveillance comme qualités primordiales pour répondre au mieux aux attentes des patients. La mise en œuvre de ces qualités prenait des formes variées, tels que nous l'expliquent MG3 : "déjà j'écoute le patient. (...) Déjà ce qu'il a à me dire, je lui pose des questions" ou MG2 : "toujours leur demander si ils ont compris, si ils ont des questions, proposer d'en reparler...".

Certains patients ont exprimé leur mécontentement face à un médecin ne prenant pas assez les rênes de la consultation, comme P2 : "moi chez mon docteur la dernière fois, euh je lui disais tout ce qu'il fallait qu'elle fasse quoi et ça c'est pas bien pour moi".

Pour plusieurs médecins, il était important de se tenir disponible pour ses patients, notamment pouvoir les reconvoquer ou leur donner leur mail ou leur numéro de téléphone.

4.2.1.3. La relation médecin-patient

Cette perception des différentes attentes de prise en charge ou de compétences s'inscrit dans le cadre de la relation médecin-patient, celle-ci étant pour nos participants sans équivoque : importante et déséquilibrée.

Importante car elle est au centre d'une bonne prise en charge. D'ailleurs les deux parties s'accordaient à dire que le médecin avait un effet thérapeutique propre c'est-

à-dire que le simple fait de consulter pouvait participer activement à la guérison. Néanmoins, un patient a mentionné la fragilité de ce lien : une perte de confiance en son médecin et donc en ses diagnostics pouvait rapidement se produire. Il était donc nécessaire de prendre soin de ce lien.

De plus, cette relation n'est pas innée, elle doit se construire. Dans ce sens, plusieurs médecins ont souligné les difficultés de prise en charge en tant que médecin remplaçant, MG2 par exemple : "Quand on est remplaçant des fois on peut pas dire les choses aussi facilement que quand on est installé je pense". L'apparence du médecin (être jeune, être une femme) pouvait également influencer la relation. Il est intéressant de noter que l'apparence peut faire l'objet de discriminations et poser des problèmes de légitimité. La question de la bienveillance dans la relation médecin-patient, n'est donc pas nécessairement réciproque.

Les médecins ont aussi abordé l'impact que pouvait avoir la relation sur la communication. En effet, une relation de confiance pouvait aider à communiquer sur des sujets plus sensibles ou permettre de refuser plus facilement un acte non justifié selon le médecin, mais également d'améliorer la communication non verbale. Ainsi, une main posée sur une épaule pouvait être une modalité utilisée par les médecins pour faire passer certains messages.

La relation était ensuite souvent jugée déséquilibrée au détriment du patient, le médecin pouvant être considéré comme le "sachant". Ceci était d'ailleurs gênant selon MG6 : "C'est pas que parce que moi je suis le docteur, de pas être performatif. C'est de pas dire : "Moi je suis le Docteur, je SAIS, je suis le Sachant."". Une telle vision du médecin rappelle le modèle paternaliste.

En outre, cette relation était parfois qualifiée indirectement de commerciale, par les médecins et les patients. Pour P8 par exemple, le patient, en se déplaçant chez son médecin, était en attente de quelque chose en retour : "fin voilà si j'y vais j'ai j'ai envie qu'il me donne quelque chose, vous voyez ? Comme si c'était une espèce de rapport euh je sais pas un peu euh donnant donnant (rires)".

D'ailleurs, d'après une enquête d'opinion, le caractère marchand de ce lien pouvait impacter la prise en charge, aux dépens de l'utilisation de thérapeutiques non médicamenteuses. Le remplacement du médicament par des conseils du médecin, bien qu'utiles et suffisants, n'est pas encore bien accepté, l'ordonnance constituant selon les patients de cette étude un droit et une monnaie d'échange. (45)

Nous comprenons alors, que c'est dans le cadre de cette relation complexe que la maladie vient réunir le médecin et son patient.

4.2.2. La rhinopharyngite : une maladie banale qui pose pourtant des difficultés

4.2.2.1. Ce que nous disent médecins et patients de la rhinopharyngite

Nous avons pu constater que la première réaction de l'ensemble des participants a été de qualifier la rhinopharyngite de banale.

Certaines réponses nous ont étonné par leur fermeté, à l'instar de MG5 : "une rhino n'a pas sa place en cabinet de médecine générale" ou de P3 : "on va pas chez le médecin pour une rhinopharyngite."

Néanmoins, certains patients nous ont fait part du caractère pénible de cette pathologie.

Il est intéressant de constater à l'inverse, que chez les médecins, les consultations pour rhinopharyngite généraient une plus grande variété de ressentis, d'ailleurs négatifs. En effet, certains d'entre eux, la qualifiaient d'ennuyeuse, d'"intellectuellement pas très satisfaisante", allant même jusqu'à provoquer de l'agacement voire une sorte de honte à ce que leur profession y soit connotée. Toutefois, il a été souligné l'aspect rentable de ces consultations.

Malgré de nombreuses réponses qui de prime abord, laissaient penser que beaucoup des participants semblaient interloqués par le choix de notre sujet, trop simple, médecins et patients nous ont rapidement fait part de nombreux doutes.

Ce qui nous a particulièrement surprises a été de constater que chacune des parties exprimait beaucoup de méfiances vis-à-vis de la rhinopharyngite. Ces méfiances étaient pour les médecins d'ordre diagnostiques, à savoir ne pas passer à côté d'une autre pathologie et donc écouter attentivement le patient, comme MG4 : "L'expérience à partager c'est que... quand il faut prendre toujours au sérieux". Pour les patients, comme P2, il s'agissait davantage d'une crainte quant aux complications : "Est-ce que ça peut atteindre le poumon aussi enfin est-ce que ça peut dégénérer en fonction des poumons ?".

Nous avons même eu des réponses ambiguës, parfois chez un même participant tel que P1, entre le fait de ne pas "attendre de miracle" et l'expression de craintes : "parce que j'ai pas l'impression qu'on peut y faire vraiment quelque chose en fait, (...) parce que j'ai l'impression que tu peux tout faire, tu pourras jamais éviter de le ré-attraper. Ouais y a pas grand-chose à faire j'ai l'impression (...) Mais c'est plus que y a peut-être des sujets que euh si tu le traites pas bien ou quoi ça traîne dans le temps ou ça peut après euh euh aboutir sur autre chose".

Du côté des médecins, la méfiance envers la rhinopharyngite ne transparaitait que lorsqu'on évoquait avec eux plus en détail leur prise en charge pratique. Il se dégageait alors des émotions à tonalité négative, et notamment l'expression d'une impuissance, pouvant créer de l'irritation. Ce n'était pas en soi le diagnostic qui causait des difficultés, mais plutôt la pression de prescription des patients ou une méfiance vis-à-vis d'un terrain prédisposant à des complications. Ainsi, MG3 se montrait attentif aux comorbidités de ses patients : "C'est sûr, chez un obèse diabétique hypertendu avec des antécédents asthmatiques, oui on réagit pas de la même façon que chez un sujet âgé, que chez un gars de trente ans en pleine forme qui a aucun antécédent".

En outre, plusieurs médecins étaient conscients que la vision différente qu'avaient le médecin et le patient de cette pathologie pouvait être à l'origine de conflits. C'était le cas de MG5 : "Tous ceux qu'on reçoit pour un rhume quand même ils sont intolérants, ce qui est vrai hein ! Forcément hein.... Ils le ressentent comme quelque chose euh... d'ingérable. Quelque chose qui a vraiment un impact inadmissible sur leur qualité de vie et qui leur pose un problème... Alors que nous je reconnais que ça nous pose pas trop de problème ! (...) Et on a du mal à comprendre où est la gravité !". On peut d'ailleurs se demander si les médecins évoquant ce décalage de ressenti tentaient d'y remédier dans leur pratique et de quelle façon.

D'autres ont énoncé le fait que cette consultation pouvait avoir un intérêt en termes relationnel ou comme ouverture au dialogue avec le patient.

Toutefois, les médecins montraient une grande ambivalence sur l'utilité réelle de cette consultation qu'un certain nombre aurait aimé voir évitée en cabinet de ville, voire déléguée à d'autres professionnels de santé.

Le décalage entre la perception plutôt juste des attentes lors d'une consultation des patients par les médecins et l'incompréhension de plusieurs médecins sur les raisons motivant le patient à consulter dans le cadre de la rhinopharyngite est intéressant à souligner.

4.2.2.2. Mais que fait le patient face à la rhinopharyngite ?

Du côté des patients là aussi, cette pathologie pouvait être jugée trop simple pour justifier une consultation. Nous avons pu remarquer que beaucoup avaient déjà des connaissances sur cette maladie, ils pouvaient alors s'appuyer sur d'autres ressources que le médecin pour les conseiller : Internet, cité à plusieurs reprises, mais aussi le pharmacien ou encore l'entourage proche. Pour certains il suffisait simplement de se montrer patient, sans nécessité de prise de traitements médicamenteux, tandis que d'autres évoquaient le recours à une automédication. L'utilisation de médecines "alternatives" était également citée.

Plusieurs médecins reprochaient tout de même aux patients un recours médical trop rapide, tel que MG2 : "parce que les gens, les rhino aujourd'hui... On voit encore des gens, ça commence, dans les heures qui suivent ils sont chez nous donc...".

4.2.2.3. La prise en charge par le médecin généraliste

La prise en charge médicale se situe au carrefour de la relation médecin-patient et de la maladie.

Nous avons constaté avec intérêt le décalage qui pouvait exister entre théorie et pratique. Il y avait notamment pour certains praticiens une différence notable entre le panel de solutions simples énoncées pour la prise en charge, traduction de connaissances scientifiques, et le vécu parfois négatif de ces consultations. Pour MG1 par exemple, la prise en charge décrite, d'apparence simple, semblait parfois contraster avec le vécu réel de la consultation face à certains patients : "Ah leur dire que c'est pas grave, les rassurer, leur expliquer comment faire la DRP euh leur dire qu'il y a pas de traitement miracle, qu'il faut attendre quelques jours et que ça va passer (...) Mais après, pour justifier l'absence d'antibiotique, je trouve ça compliqué parfois,

parce que les patients sont très demandeurs, ils sont... Donc du coup tu te justifies tout le temps pour expliquer ta conduite".

Lorsque les patients évoquaient la prise en charge du médecin, elle paraissait pour certains d'entre eux très protocolisée et, de ce fait, peu personnelle. Il aurait été intéressant de faire préciser s'il s'agissait d'une prise en charge de leur médecin traitant ou d'un médecin vu ponctuellement.

Pourtant, plusieurs médecins ont mentionné la nécessité d'adapter leur prise en charge aux patients, tel que MG2 : "Après y'a la théorie et la pratique, et la théorie elle est pas forcément applicable selon les patients qu'on a en face", ou même de les faire participer à la décision médicale. Il était tout de même important pour d'autres médecins de garder le contrôle et rester maître de la consultation, en particulier face à des demandes de prescription ou d'arrêts de travail injustifiées. Ce « pouvoir » du médecin contribue d'ailleurs au déséquilibre de la relation thérapeutique, évoqué plus haut.

En accord avec les attentes des patients, les médecins semblaient également donner de l'importance à l'examen clinique.

Un patient, P5, a aussi mentionné à quel point il appréciait que son médecin valorise la prise en charge qu'il avait lui-même déjà mis en place : "ça m'est déjà arrivé qu'on ressorte en rigolant parce qu'elle me dit vous aviez juste besoin d'être rassurée à ce moment-là que vous aviez bien fait voilà je me souviens c'était ses mots elle m'a dit « vous avez bien fait vous aviez besoin d'être rassurée que vous aviez fait les choses dans l'ordre et que vous n'étiez pas passée à côté de quelque chose sans traitement de votre enfant » elle m'a dit « vous avez tout bien fait y a pas de soucis quoi »".

En effet, les patients semblaient douter de leurs connaissances sur ce sujet et se montraient donc incertains sur la conduite à tenir à adopter.

Il est intéressant de constater que les médecins interrogés favorisaient les explications et la rassurance aux thérapeutiques.

Sur la perception des traitements, nous avons reçu des réponses similaires, avec une vision plutôt négative. Les participants s'en méfiaient, les patients préférant en limiter la consommation et les médecins la prescription.

Au total, ce sujet, si simple à première vue, a induit beaucoup de réponses équivoques de la part des participants, et ce sur plusieurs thématiques, allant des connaissances sur la pathologie, aux attentes vis-à-vis des prescriptions de traitements médicamenteux. L'observation empirique que nous avons faite de ces ambivalences avaient d'ailleurs été à l'origine de notre intérêt pour les FIP.

En se questionnant sur la perception de la FIP par le médecin et le patient, nous souhaitons nous interroger sur le consensus de guérison. C'est-à-dire le sens commun trouvé entre le thérapeute et son malade sur le processus d'amélioration qui doit advenir.

4.2.3. La FIP : un outil intéressant mais qui n'est pas la panacée

4.2.3.1. Des avantages

Au cours de cette recherche nous avons obtenu des réponses en faveur de l'utilisation de ces FIP.

Les participants ont répondu de façon unanime que celles-ci pouvaient permettre de mieux comprendre la maladie. Cet avantage avait d'ailleurs déjà été mis en évidence par plusieurs études. Des brochures d'informations élaborées avec soin semblent avoir une incidence sur la compréhension et donc la gestion de leur maladie par les patients. (46) (47) Toutefois, si les connaissances sur la maladie semblent s'être améliorées dans l'ensemble, les études ne retrouvent pas toutes de modification en pratique des croyances ou des comportements des patients. (48) (49)

La limitation de prescriptions médicamenteuses était également citée par les deux parties comme étant un atout. Cela corrobore d'ailleurs les résultats d'une étude ayant montré que les FIP pouvaient aider à réduire la prescription d'antibiotiques. (50)

Au cours de nos entretiens, médecins comme patients ont souligné l'intérêt de la FIP pour aider à rassurer le patient. Étant délivrée par le médecin, elle permettait aussi d'avoir une information fiable.

De plus, comme nous nous y attendions, ils ont évoqué spontanément l'impact de cet outil sur l'autonomisation du patient. Disponible à tout moment, il pouvait également servir à l'entourage.

Ce support pouvait selon les deux parties, aider à la mémorisation de ce qui est énoncé en consultation et compléter le discours du médecin.

En outre nous avons eu des retours d'expériences positives de l'utilisation de ces FIP à la fois chez les médecins, comme MG1 : "Bah les gens ils sont contents en général d'avoir un support" et chez un patient, P5 : "J'en suis arrivée à me faire une fiche FIP", qui y avait eu recours spontanément en guise de "pense-bête".

Les médecins tels que MG8, ont répondu que cela pouvait également les rassurer : "Euh... Bah moi ça me rassurerait que les gens aient MES fiches, enfin ou mes fiches, après ça peut être des recommandations faites de la HAS ou je sais pas qui, ça me rassurerait beaucoup plus qu'ils aient ça plutôt qu'ils aillent sur des forums de gens paniqués, parce que en fait, en fait je me rends compte que si nous on prenait un peu de recul et qu'on regardait avec un œil un peu naïf ce qui est dit sur certains forums euh...". En montrant qu'il s'appuyait sur des référentiels, cela augmentait la légitimité du médecin.

Un autre intérêt selon eux pouvait aussi être de gagner du temps.

Les patients y trouvaient d'autres avantages, notamment le fait de pouvoir diminuer le nombre de consultation. Cela pouvait ainsi permettre au médecin d'avoir plus de temps à consacrer à ses autres patients pour des motifs plus graves, selon P2 : "pour moi y'a beaucoup de petites euh de petits trucs que le médecin il doit s'en occuper alors que c'est pas forcément... peut-être dans sa tête il se dit « celle-là elle vient alors que euh » (rires) ouais que c'est pas grand-chose. Et du coup c'est fatigant. Du coup ça augmente les capacités du médecin pour d'autres cas qui nécessitent de l'attention enfin d'augmenter l'attention sur d'autres cas qui demandent plus d'efforts".

Enfin, comme a pu le souligner P7 : "avoir vraiment le sentiment que le médecin il est là il euh il va au-delà de juste « vous avez ça ou ça comme pathologie »", la FIP pouvait

également permettre une prise en charge globale et ne pas se cantonner à la simple pose d'un diagnostic.

4.2.3.2. Des inconvénients

Nous avons en revanche été surprises du nombre de limites énoncées par les participants.

Ce qui ressortait notablement était la passivité des patients, mise en avant y compris par les patients eux-mêmes. Par "passivité", on entend ici un manque d'implication du patient dans sa prise en charge. MG5 notamment évoquait le rôle de la société dans le manque d'intérêt que le patient porte à sa santé, en l'assistant de plus en plus. On peut ainsi se demander quel élément pourrait intervenir pour que le patient s'y intéresse davantage. D'après une étude, il semblerait que la motivation du patient dans sa prise en charge ait un rôle majeur dans l'éducation thérapeutique. (51)

Mais toute la difficulté tenait aussi dans le fait que dans les deux parties étaient évoqués les risques d'une prise en charge autonome. Cette crainte est revenue dans plusieurs entretiens, à l'instar de P7 : "après dans quelle mesure en fait est-ce qu'on peut pas juger d'un autre côté qu'en fait c'est enlever une prérogative au médecin ? Celui du diagnostic" et de MG8 : "après ouais moi y'a des fois où j'me suis dit, j'me suis demandé, bah voilà est-ce que c'est pas un peu un risque en disant « bah voilà c'est pas la peine d'aller aux urgences si ça ça ça », bah est-ce que c'est pas un peu un risque si, je sais pas si, qu'il y ait une mauvaise compréhension de la part du patient." Nous ne pensons pas que la FIP puisse être appréhendée de la sorte.

Un autre élément qui ressortait particulièrement était que cet outil était jugé non universel, les attentes des patients étant variées et chaque personne singulière. Difficile donc d'imaginer conclure toutes les consultations de même motif avec un document unique.

En outre, nous avons trouvé au cours de nos recherches une étude qui a soulevé un effet délétère de certaines brochures d'information. En effet, si elles ne sont pas adaptées à tout public, celles-ci peuvent accroître les inégalités de santé aux dépens

de patients moins "lettrés". (52)

Cela pourrait représenter une limite importante à la délivrance des FIP car pour certains médecins, ce sont d'ailleurs les gens issus de milieux défavorisés qui auront davantage tendance à consulter pour rhinopharyngite. Selon MG2 : "Dans les milieux défavorisés c'est vrai que les gens sont peut-être un peu plus inquiets, y'a peut-être ... Enfin ils ont besoin d'être plus rassurés je dirais. (...) Bah ils vont consulter plus facilement ouais".

Il apparaissait également selon médecins et patients, comme nous l'avons abordé plus tôt, que la rhinopharyngite était beaucoup trop simple pour faire l'objet d'une FIP.

Sans surprise, la FIP pouvait paraître insuffisante pour les deux parties, dans la prise en charge, notamment par la nécessité de certains patients de recevoir un traitement.

Médecins et patients ont précisé avec crainte une des dérives possibles : la délivrance de la FIP au détriment d'explications orales ou même de l'échange humain. Nous avons constaté d'ailleurs à quel point il était important pour plusieurs médecins d'expliquer oralement. Pourtant, selon une étude que nous avons citée en introduction, seules 50% des informations orales délivrées par le médecin sont réellement retenues. (13) Il n'est cependant pas précisé si ces informations orales sont délivrées dans le cadre d'une relation thérapeutique de confiance.

Les participants ont relevé que la FIP pouvait aussi être rapidement jetée, parfois même sans avoir été lue. D'ailleurs les médecins craignaient un manque d'observance des patients vis-à-vis de la FIP, tout comme cela peut être le cas avec l'ordonnance médicamenteuse.

Un élément que nous n'avions pas envisagé avant de commencer cette étude et qui a été soulevé par un grand nombre de participants était le caractère limitant dû au manque d'attrait du support papier ou du fait de la problématique écologique.

Pour les médecins, la FIP pouvait s'avérer inutile en raison de l'existence d'autres sources d'informations pour le patient. En outre ils jugeaient les messages de santé

publiques peu efficaces auprès des patients, ce qui contrastait avec d'autres suggestions d'étendre la démarche en amont au niveau national par des campagnes de prévention. De plus, expliquer ou annoter son ordonnance pouvait être suffisant dans la prise en charge.

Si plusieurs participants ont évoqué l'impact de la FIP sur le gain de temps ou l'aide à la limitation de traitements, d'autres au contraire craignaient une perte de temps dans la réalisation ou la mise en place de ces fiches et n'envisageaient pas cet outil comme un support de lutte à la surprescription. Ceci nous a aidé à déconstruire l'idée selon laquelle la FIP pourrait être un outil valable pour aider à limiter ce phénomène.

Les conséquences financières dues à la baisse du nombre de consultations pour ce motif sont un frein qui a été signalé par un patient mais non citées par les médecins.

4.2.3.3. Suggestions

Les participants eux-mêmes nous ont ouverts des perspectives au cours des entretiens.

Médecins et patients conseillaient d'adapter les FIP aux patients et au contexte, qu'elles soient évolutives. Certains patients étaient intéressés à l'idée que l'ensemble des médecins aient les mêmes fiches afin de se créer un référentiel.

Ils suggéraient également de donner l'habitude des FIP dès l'enfance afin qu'elles rentrent progressivement dans les mœurs.

Ce qui est ressorti à plusieurs reprises et décrit dans plusieurs études était l'importance de faire de la FIP un objet ludique, avec un contenu figuratif, afin de la rendre plus attractive. Ceci semblait d'ailleurs avoir également un impact sur la compréhension du contenu. (53)

Dans ce souci d'attractivité, un patient nous a conseillé de faire la FIP sur application mobile. Les médecins attentifs à la problématique écologique ont suggéré plutôt l'usage de papier recyclé.

Il est intéressant de noter que plusieurs médecins nous ont précisé l'importance des conditions de délivrance de la FIP, à savoir qu'elle soit délivrée par le médecin traitant

pour une meilleure observance. Cette notion n'a pas été citée par les patients interrogés ; il aurait été intéressant de les questionner sur l'importance qu'ils accordent au fait qu'elle soit délivrée par leur médecin. Ceci nous ramène donc à la question de la relation de confiance, décidément centrale.

4.2.3.4. La communication, un élément clé

Finalement, il ressortait de cette thèse le rôle central de la communication en consultation de médecine générale, et la consultation pour une rhinopharyngite ne faisait pas exception à cette règle. Nous pensions en démarrant notre étude que l'essentiel des discussions s'articulerait autour de la FIP. Cela n'a pas été tout à fait le cas, ce qui semble suggérer que cette FIP n'est qu'un outil, au service de l'échange entre le médecin et le patient.

En effet, les études sur les supports communicationnels écrits semblent se contredire. Une étude interventionnelle a montré que les FIP améliorent la communication médecin malade. (54) Cependant cette notion serait à explorer d'avantages d'autant que dans le cas d'Internet par exemple, une étude s'est montrée plutôt critique, le qualifiant même d'un "non-outil de communication". (55)

Médecins et patients s'accordaient sur l'importance de la communication orale. MG8 notamment nous a rapporté : "Probablement un des trucs que les patients nous reprochent le plus", évoquant ainsi le fait qu'un manque de communication pouvait être frustrant, réponse que nous avons également eu de la part des patients. Pourtant, selon MG9 : "A la fac on nous explique pas comment MANAGER un patient. 'Fin, on nous apprend pas ça quoi. On nous apprend à diagnostiquer la pathologie, à savoir que c'est viral et qu'il y a pas de traitement".

MG8 toujours, nous a fait remarquer que les patients n'osaient sans doute pas poser toutes les questions durant la consultation.

L'échange avec le médecin semblait primordial pour le patient, et bien que la communication puisse revêtir diverses formes, la plupart des médecins nous ont également répondu que c'était l'oral qui primait sur l'écrit. Beaucoup de participants favorables à la FIP souhaitaient tout de même des explications orales, utiles à la

compréhension de la maladie selon eux. P5 notamment n'était pas entièrement satisfait s'il manquait d'explications orales à la fin de la consultation : "j'avais mon ordonnance dans les mains avec les médicaments à prescrire mais je savais pas combien de temps ça allait durer je savais pas si en phase de complications et si complications y avaient quelles étaient euh les précautions à prendre derrière enfin bon je suis restée vraiment sans réponse et puis ça m'a frustrée donc ben j'ai perdu confiance du coup envers les médecins".

En outre, le langage oral permettait de laisser passer certaines choses, telles que l'humour. Ceci n'est toutefois pas nécessairement incompatible avec le support de la FIP.

Il a été particulièrement intéressant de noter que pour les médecins, dans le cadre de ce motif de consultation, c'est cette communication qui était, à bien des égards, l'élément le plus complexe à mettre en œuvre. En effet cette compétence qui, selon eux, ne pourrait s'acquérir qu'avec l'expérience, nécessitait de s'adapter non seulement à chaque patient, mais également aux patients en général. Cette différence de langage ne nous a pas été opposée par les patients, alors qu'elle a été abordée à plusieurs reprises par les médecins. Il est pourtant intéressant de noter que peu de patients faisaient le parallèle entre les termes "rhinopharyngite" et "rhume". Pour les médecins, il était souvent complexe de traduire le langage médical au patient (et réciproquement). Cela nécessite de prendre en compte le niveau de compréhension des patients en général, et plus précisément de la personne qui est en face. Le "cas par cas" est ainsi toujours de mise.

Nous avons également relevé qu'aux difficultés de communication inhérentes au statut du médecin, pouvaient s'ajouter d'autres obstacles. Leur apparence physique, nous l'avons vu plus haut, pouvait y participer, mais également la manière dont ils présentaient leurs explications, leur attitude en consultation. En effet, le manque de confiance en soi, qui pouvait induire un manque de confiance du patient envers le médecin, influait sur la prise en charge, et donc le discours du médecin. Celui-ci pouvait, par exemple, avoir davantage de difficultés à refuser une prescription.

La communication fait d'ailleurs partie inhérente de la "marguerite des compétences" enseignée dans le cadre du Diplôme d'Etudes spécialisées (DES) de médecine générale, et définie par le CNGE. Le généraliste, pour faire son travail de manière

optimale, doit acquérir et mettre en œuvre une série de compétences dont le mot d'ordre est "transversalité". Toujours en recherchant l'intérêt du patient, le médecin doit construire un mode de communication qui, dans le cadre de la relation avec son patient, intègre éthique, devoirs déontologiques, et ne dépasse pas la frontière du cadre professionnel.

Au cœur des différentes modalités de communication existantes, l'ordonnance occupait quand même une place singulière. Elle semblait être l'emblème de la consultation à la fois pour les médecins et les patients. Elle prenait parfois un caractère marchand, comme l'a souligné MG4 "L'ordonnance légitime l'acte". Toutefois une ordonnance ne signifie pas systématiquement prescription médicamenteuse, et elle apparaissait avant tout comme étant symbolique selon MG3 : "Bah moi je suis un peu dans l'idée que, l'ordonnance c'est un petit peu un part du médecin qu'on emmène avec soi, que c'est un peu la prolongation de la consultation" ou P5 : "Une ordonnance qui rappelle un peu le mode médecin".

4.3. Perspectives

Il semble difficile de ne pas aborder la question qui a obnubilé les esprits ces derniers mois, la COVID-19. Bien que nous ayons encore peu de recul, nous pouvons supposer qu'il va falloir vivre avec cette maladie et l'intégrer à nos pratiques. Or certains de ses symptômes sont similaires à ceux de la rhinopharyngite. Dans ce contexte, la posture éducative du médecin risque d'avoir une importance grandissante.

De plus, cette période, riche en tâtonnements, en expérimentations, a vu émerger une quantité importante de FIP, toutes différentes, à destination des médecins et des patients. On peut se demander si ces FIP malgré les algorithmes se voulant les plus clairs possibles, ont été beaucoup utilisées par les patients.

D'un autre côté, la quantité importante de "fake news" que nous avons pu voir depuis le début de l'année 2020, colportées entre autres par les réseaux sociaux, nous a montré l'enjeu pour le généraliste de se réapproprié l'outil numérique. La FIP pourrait ainsi lutter contre ces informations erronées, et permettre, comme nous l'avons vu, de se porter garante de la fiabilité de l'information.

Un partenariat a existé de novembre 2007 à juillet 2013, entre un organisme Health On the Net (HON) et la Haute Autorité de Santé (HAS) pour certifier les sites de santé en France. (56) Le développement de cette certification nous questionne sur le rôle du médecin, qui pourrait peut-être également avoir une importance particulière en orientant ses patients sur les sites Internet pertinents à consulter.

Nous avons également remarqué que la communication était centrale dans la relation médecin-patient mais qu'elle comportait des difficultés de mises en œuvre pour le médecin. Les nombreuses difficultés découlant de la communication n'ont pas été évoquées par les patients. Tout au plus, certains d'entre eux ont fait sentir que s'ils sortaient d'une consultation sans explications ils étaient frustrés. Nous pouvons nous demander pourquoi ils ont spontanément moins abordé cette problématique que les médecins.

Comme l'a mentionné MG8, tous les patients n'osent pas forcément poser leurs questions en cours de consultation, il aurait donc été intéressant d'approfondir cette question en demandant à ces derniers si c'était le cas et pourquoi. Autrement dit, questionner le patient sur sa perception des éléments limitant une bonne communication avec son médecin.

Puisqu'il semble découler de notre thèse qu'un des éléments attendus lors d'une consultation est avant tout le fait d'être rassuré, la question pourrait être : comment mettre en place une relation thérapeutique et une communication allant efficacement dans ce sens ?

5. Conclusion

La rhinopharyngite est une pathologie courante en médecine générale et largement perçue comme étant banale. La consultation pour ce motif apparaît de prime abord non justifiée pour la plupart des participants interrogés. Néanmoins nous avons pu remarquer des carences en termes de connaissances chez les patients et parfois des difficultés de prise en charge de la part des médecins.

Nous nous sommes intéressées à l'acceptation de FIP dans le cas des consultations pour rhinopharyngite. Patients comme médecins y voient de nombreux avantages notamment pour améliorer la connaissance de cette pathologie aiguë, compléter le discours du médecin, limiter la prescription de traitements et se rassurer.

Cependant l'échange avec le médecin, dans le cadre de la consultation, reste primordial dans la prise en charge. Il se dégage également de nos entretiens que la passivité des patients, à savoir le manque d'implication du patient dans sa prise en charge, représente un frein important à la délivrance de ces FIP. En effet, la seule posture éducative du médecin, associée ou non à un support écrit, ne suffit pas. La motivation du patient à devenir acteur de sa santé reste un élément clé.

En accord avec la littérature, il ressort de notre étude que les patients ne sont pas tous en demande d'une thérapeutique médicamenteuse, bien que l'ordonnance conclut souvent la consultation. C'est une approche rassurante et centrée sur le patient qui sont attendues en premier lieu au cours de la consultation pour rhinopharyngite.

En définitive, il semblerait que l'idéal soit un outil personnalisé, émergeant de l'échange singulier entre le patient et son médecin. Une telle FIP, faite en collaboration avec le médecin en qui il a confiance, répondrait aux questions du patient, à ses attentes propres. Les qualités d'écoute et de bienveillance du médecin sont d'ailleurs essentielles pour les deux parties. La FIP serait un support complétant les explications orales du médecin, qui s'avèrent indispensables. Elle ne peut toutefois constituer une norme ou un gold standard dans la rhinopharyngite. D'autant qu'un document standardisé ne peut pas faire l'unanimité parmi les patients et les médecins. Ceci explique donc peut-être en partie le fait que son utilisation ne soit pas si courante, même si en pratique de nombreuses FIP existent depuis longtemps.

L'enjeu, serait de trouver une autre alternative à la surprescription médicamenteuse en centrant la communication sur la rassurance du patient.

6. Bibliographie

1. ameli.fr - Médicaments - Biologie [Internet]. [cité 6 nov 2018]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/etudes-en-sante-publique/etudes-medico-economiques-1998-2005/medicaments-biologie/rapport-des-francais-et-europeens-a-l-ordonnance.php>
2. Les prescriptions des médecins généralistes et leurs déterminants - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [cité 6 nov 2018]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/les-prescriptions-des-medecins-generalistes-et-leurs-determinants>
3. Article 8 - Liberté de prescription | Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. [cité 6 nov 2018]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/article/article-8-liberte-de-prescription-232>
4. [cité 7 juin 2020]. Disponible sur: http://www.theriaque.org/apps/monographie/view/critere_choix.php?critere=CC_RECOMMENDATION&id=111
5. Code de la sécurité sociale - Article L162-2-1. Code de la sécurité sociale.
6. FIP Rhino CPAM [Internet]. [cité 6 nov 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-11/v1-fm_rhino-angine_adulte_cd-171116.pdf
7. Pression de prescription : étude pilote en médecine générale - PDF Free Download [Internet]. kundoc.com. [cité 8 juin 2020]. Disponible sur: <https://kundoc.com/pdf-pression-de-prescription-etude-pilote-en-medecine-generale-.html>
8. PRESCRIPTION MÉDICAMENTEUSE : LES ATTENTES DES PATIENTS [Internet]. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2000/RMS-2296/20497>
9. Ressenti du patient à la sortie de consultation chez le médecin généraliste sans prescription médicamenteuse C. Jourdan [Internet]. [cité 6 nov 2018]. Disponible sur: <https://www.idref.fr/197083463>
10. Deleplanque D, Hennion-Gasrel F, Diblanc-Stamm A. La consultation sans prescription médicamenteuse. Exerc Rev Francoph Médecine Générale. déc 2013;(110 suppl 3):82-3.
11. Mélanie SUSTERSIC AM. Elaboration d'un outil d'aide à l'éducation du patient par la réalisation de 125 fiches d'information et de conseil concernant les motifs de consultations les plus fréquents en médecine générale. [Internet]. Grenoble; 2007. Disponible sur: vgiles.free.fr/071203_these_BU.pdf
12. Alix Isaac Mandil. Impact de la remise d'une information écrite au cours de la consultation en médecine de premier recours par le professionnel de santé sur

les connaissances, attitudes et comportements des patients : une revue de littérature [Internet] [Métaanalyse]. Grenoble; 2014. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01018055>

13. Kitching JB. Patient Information Leaflets - the State of the Art. *J R Soc Med.* mai 1990;83(5):298-300.
14. Patient information leaflets--the state of the art. [Internet]. [cité 25 juill 2020]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1292646/>
15. Patient information leaflets to reduce antibiotic use and reconsultation rates in general practice: a systematic review. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26041493>
16. Written information for patients (or parents of child patients) to reduce the use of antibiotics for acute upper respiratory tract infections in primary care. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27886368>
17. LA NON PRESCRIPTION MÉDICAMENTEUSE EN CONSULTATION DE MÉDECINE GÉNÉRALE : LE RESSENTI DES PATIENTS ET DES MÉDECINS thèse TOURS [Internet]. [cité 6 nov 2018]. Disponible sur: http://www.applis.univ-tours.fr/scd/Medecine/Theses/2017_Medecine_ChevalierLucieToutfaireLise.pdf
18. PRESCRIPTION MEDICAMENTEUSE EN MEDECINE GENERALE : LES ATTENTES DES FRANÇAIS EN CAS DE PATHOLOGIES BENIGNES [Internet]. Disponible sur: http://docnum.univ-lorraine.fr/public/SCDMED_T_2011_FLOURET_GUYOT_CELINE.pdf
19. Farge T. La non-prescription d'une ordonnance : représentations des médecins généralistes et des patients. :1.
20. Virginie GALLET. Critères qualité d'une fiche d'information : Le point de vue des patients [Internet]. Nice; 2016. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01427186>
21. Gerard, Claire. Elaboration et évaluation d'une fiche pratique destinée aux médecins généralistes, pour accompagner l'allaitement maternel [Internet] [Thèse qualitative]. Montpellier; Disponible sur: <http://www.biu-montpellier.fr/florabium/jsp/nomem.jsp?NOMEM=2015MONT1082>
22. Protheroe J, Estacio EV, Saily-Khan S. Patient information materials in general practices and promotion of health literacy: an observational study of their effectiveness. *Br J Gen Pract.* mars 2015;65(632):e192-7.
23. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P. Introduction à la recherche qualitative. *exercer.* 2008;19:4.
24. Thomas DR. A General Inductive Approach for Analyzing Qualitative Evaluation Data. *Am J Eval.* 1 juin 2006;27(2):237-46.

25. Interprétation et vérification des données qualitatives — EduTech Wiki [Internet]. [cité 5 juin 2020]. Disponible sur: https://edutechwiki.unige.ch/fr/Interpr%C3%A9tation_et_v%C3%A9rification_des_donn%C3%A9es_qualitatives
26. Théorie ancrée. In: Wikipédia [Internet]. 2020 [cité 5 juin 2020]. Disponible sur: https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Th%C3%A9orie_ancr%C3%A9e&oldid=170483533
27. Blais M, Martineau S. L'analyse inductive générale : description d'une démarche visant à donner un sens à des données brutes. :18.
28. Les méthodes de recherches qualitatives dans la recherche en soins de santé : apports et croyances | Cairn.info [Internet]. [cité 5 juin 2020]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-reflets-et-perspectives-de-la-vie-economique-2014-4-page-67.htm>
29. Lofland J. et Lofland L.H. Analysing Social Setting. A guide to Qualitative Observation and Analysis. 1984.
30. Manuel d'analyse qualitative [Internet]. De Boeck Supérieur. 2020 [cité 5 juin 2020]. Disponible sur: <https://www.deboecksuperieur.com/ouvrage/9782807323582-manuel-d-analyse-qualitative>
31. Mandil AI. Impact de la remise d'une information écrite au cours de la consultation en médecine de premier recours par le professionnel de santé sur les connaissances, attitudes et comportements des patients: une revue de littérature. :120.
32. Olivier de Sardan J-P. La violence faite aux données. De quelques figures de la surinterprétation en anthropologie. Enq Arch Rev Enq. 1 nov 1996;(3):31-59.
33. Pratique de l'entretien motivationnel : communiquer avec le patient en consultation - EM|consulte [Internet]. [cité 5 juin 2020]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/en/article/246925>
34. Smith JA, Osborn M. Interpretative Phenomenological Analysis. Qual Psychol. :28.
35. J.A. Smith, P. Flower and M. Larkin (2009), Interpretative Phenomenological Analysis: Theory, Method and Research.: London: Sage: Qualitative Research in Psychology: Vol 6, No 4 [Internet]. [cité 5 juin 2020]. Disponible sur: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/14780880903340091>
36. Antoine P, Smith JA. Saisir l'expérience : présentation de l'analyse phénoménologique interprétative comme méthodologie qualitative en psychologie. Psychol Fr. déc 2017;62(4):373-85.
37. Analyse de contenu. In: Wikipédia [Internet]. 2020 [cité 5 juin 2020]. Disponible sur:

https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Analyse_de_contenu&oldid=166560920

38. Krief N, Zardet V. Analyse de données qualitatives et recherche-intervention. *Rech En Sci Gest.* 12 nov 2013;N° 95(2):211-37.
39. Etudes qualitatives et revues systématiques - LEPCAM [Internet]. [cité 5 juin 2020]. Disponible sur: https://lepcam.fr/index.php/les-etapes/id_quali/
40. Paillé P, Mucchielli A. L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales [Internet]. Armand Colin; 2012 [cité 5 juin 2020]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/l-analyse-qualitative-en-sciences-humaines--9782200249045.htm>
41. Baribeau C. L'instrumentation dans la collecte de données. :17.
42. Gedda - 2015 - Traduction française des lignes directrices COREQ .pdf [Internet]. [cité 23 août 2020]. Disponible sur: https://cfrps.unistra.fr/fileadmin/uploads/websites/cfrps/Recherche/ressources_utiles_pour_recherche/crite__res_COREQ.pdf
43. Almont T. Les Biais en Épidémiologie. :2.
44. CU d'éducation thérapeutique pour patients experts | ECOLE DE MÉDECINE [Internet]. [cité 24 juill 2020]. Disponible sur: <https://medecine.univ-amu.fr/fr/diplome/cu-deducation-therapeutique-patients-experts>
45. Osadtchy-Urvoas Z. La non-prescription en consultation de médecine générale: pourquoi et comment: étude qualitative à partir de 3 focus group. 1986;63.
46. Adepur R, Swamy MK. Development and Evaluation of Patient Information Leaflets (PIL) Usefulness. *Indian J Pharm Sci.* mars 2012;74(2):174-8.
47. Little P, Griffin S, Kelly J, Dickson N, Sadler C. Effect of educational leaflets and questions on knowledge of contraception in women taking the combined contraceptive pill: randomised controlled trial. *BMJ.* 27 juin 1998;316(7149):1948-52.
48. Coudeyre E, Givron P, Vanbiervliet W, Benaïm C, Hérisson C, Pelissier J, et al. [The role of an information booklet or oral information about back pain in reducing disability and fear-avoidance beliefs among patients with subacute and chronic low back pain. A randomized controlled trial in a rehabilitation unit]. *Ann Readaptation Med Phys Rev Sci Soc Francaise Reeducation Fonct Readaptation Med Phys.* nov 2006;49(8):600-8.
49. Carré PC, Roche N, Neukirch F, Radeau T, Perez T, Terrioux P, et al. The effect of an information leaflet upon knowledge and awareness of COPD in potential sufferers. A randomized controlled study. *Respir Int Rev Thorac Dis.* 2008;76(1):53-60.
50. de Bont EGPM, Alink M, Falkenberg FCJ, Dinant G-J, Cals JWL. Patient information leaflets to reduce antibiotic use and reconsultation rates in general

practice: a systematic review. *BMJ Open* [Internet]. 3 juin 2015 [cité 24 juill 2020];5(6). Disponible sur:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4458684/>

51. Naudin D, Gagnayre R, Marchand C, Reach G. Éducation thérapeutique du patient : une analyse du concept de motivation. *Médecine Mal Métaboliques*. 1 févr 2018;12(1):79-87.
52. Protheroe J, Estacio EV, Saidy-Khan S. Patient information materials in general practices and promotion of health literacy: an observational study of their effectiveness. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract*. mars 2015;65(632):e192-197.
53. Krass I, Svarstad BL, Bultman D. Using alternative methodologies for evaluating patient medication leaflets. *Patient Educ Couns*. mai 2002;47(1):29-35.
54. Sustersic M. Patient Information Leaflets (PILs), a tool for improving Doctor Patient Communication : Proposition and validation of methods for construction and clinical evaluation [Internet] [Theses]. Université Grenoble Alpes; 2017 [cité 25 juill 2020]. Disponible sur: <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01958846>
55. Méadel C, Akrich M. Internet, tiers nébuleux de la relation patient-médecin. *Trib Sante*. 2010;n° 29(4):41-8.
56. Collaboration HON-HAS - la certification des sites de santé en France [Internet]. [cité 24 juill 2020]. Disponible sur:
https://www.hon.ch/HONcode/Patients/visitor_safeUse3_f.html

7. Annexes

7.1. Annexe 1 - Guides d'entretiens

7.1.2. Guides d'entretiens patients (initial et final)

Guide initial

- Qu'est-ce que c'est pour vous la rhinopharyngite ?
- Pouvez-vous me raconter comment s'est passée votre dernière consultation chez le médecin lorsque vous aviez le nez qui coule ?
- Si vous n'avez jamais consulté pour ça : pour quelles raisons ? Comment le soignez-vous alors habituellement ?
- En allant chez le médecin, qu'attendez-vous de lui, dans le cadre d'un rhume ?
- Lors d'une consultation (en général), comment aimeriez-vous recevoir des conseils de la part de votre médecin généraliste ?
- Etes-vous déjà sorti d'une consultation avec uniquement des conseils et explications de la part de votre médecin, sans ordonnance de médicaments ?

Si oui :

- Sous quelle forme c'était (oral/écrit) ? Pour quel motif ?
- Pourquoi selon vous le médecin ne vous avait rien prescrit de plus ?
- Qu'avez-vous pensé de recevoir uniquement des conseils ? En quoi cela vous a-t-il été utile ?
- Et que pensez-vous de délivrer des conseils écrits dans le cadre de la rhinopharyngite ?

Si non :

- Qu'auriez-vous pensé du fait de recevoir une fiche conseil dans le cadre de la rhinopharyngite ?
- Quels seraient les avantages selon vous de recevoir une fiche conseils plutôt que des conseils donnés à l'oral uniquement ?

Précision : une fiche conseil pour un problème de santé a pour but d'expliquer simplement le fonctionnement de la maladie, d'en présenter les principaux symptômes et les signes de complications devant conduire à reconsulter.

- A l'inverse, que penseriez-vous du fait de recevoir une fiche conseil écrite avec pas ou très peu d'explications orales ?
- Quels types d'informations aimeriez-vous retrouver sur une fiche conseil dans le cadre d'une rhinopharyngite ou "nez qui coule, mal de tête et toux" ?
- Quels avantages ont les médecins, d'après vous, à vous donner une fiche conseil ?
- Pour vous, quelles peuvent-être les alternatives d'une prescription sur ordonnance dans le cadre d'un rhume ?
- Avez-vous des choses à ajouter ?
- Souhaitez-vous que je vous transmette les résultats de l'étude ? Par quel moyen ?

Guide final

- Qu'est-ce que c'est pour vous une rhinopharyngite ?
- Comment réagissez-vous dès les premiers symptômes du rhume ?
- Racontez-moi comment s'est passée votre dernière consultation lorsque vous aviez le nez qui coule chez le médecin ? Qu'avez-vous pensé de cette consultation ?
- Si vous n'avez jamais consulté pour ça : pour quelles raisons ? Comment le soignez-vous alors habituellement ?
- Quelles sont les compétences que vous attendez d'un médecin généraliste ? Racontez-moi comment se déroule une consultation chez votre médecin ?
- En allant chez le médecin, qu'attendez-vous de lui, dans le cadre d'un rhume ? Vous continuez à travailler ?
- Lors d'une consultation (en général), comment aimeriez-vous recevoir des conseils de la part de votre médecin généraliste ?
- Êtes-vous déjà sorti d'une consultation avec uniquement des conseils et explications de la part de votre médecin, sans ordonnance de médicaments ?
Si oui :
 - Sous quelle forme c'était (oral/écrit) ? Pour quel motif ?
 - Pourquoi selon vous le médecin ne vous avait rien prescrit de plus ?

- Qu'avez-vous pensé de recevoir uniquement des conseils ? En quoi cela vous a-t-il été utile ?
- Et que pensez-vous de délivrer des conseils écrits dans le cadre de la rhinopharyngite ?

Si non :

- Qu'auriez-vous pensé du fait de recevoir une fiche conseil dans le cadre de la rhinopharyngite ?
- Que pensez-vous de délivrer des conseils écrits dans le cadre de la rhinopharyngite ?
- Seriez-vous intéressés par une fiche conseil ?
- Quels seraient les avantages selon vous de recevoir une fiche conseils plutôt que des conseils donnés à l'oral uniquement ?
- Quels types d'informations aimeriez-vous retrouver sur une fiche conseil dans le cadre d'une rhinopharyngite ou "nez qui coule, mal de tête et toux" ?
- Quels avantages ont les médecins, d'après vous, à vous donner une fiche conseil ?
- Avez-vous des choses à ajouter ?

7.1.3. Guides d'entretiens médecins (initial et final)

Guide initial

- Quelles sont les principales compétences du médecin généraliste vis-à-vis des patients, selon vous ?
- Quelle importance accordez-vous à l'aspect communicationnel dans votre métier ? De quelle manière ?
- A votre avis pourquoi les patients viennent vous voir en cas de rhinopharyngite ?
- Racontez-moi une consultation type de prise en charge de rhinopharyngite. Ou Comment ça s'est passé ? Ou Comment les prenez-vous en charge habituellement ?

- Comment vous sentez-vous lors de ces consultations ? Avez-vous des difficultés ? Lesquelles ?
- Comment faites-vous quand le patient s'est déjà automédiqué et a puisé toutes les "ressources" disponibles dans le cas de la rhinopharyngite ?
- Dans le cas de la rhinopharyngite, quelle est l'évolution de vos habitudes de prescriptions depuis votre installation / le début de votre activité ?
- D'une manière générale, qu'est-ce-que la notion "d'ordonnance suggérée par le patient" vous évoque ?
- Et comment gérez-vous ces situations lorsque vous y êtes confrontés ?
- Comment envisagez-vous une consultation qui se termine par une fiche conseil dans le cadre d'une rhinopharyngite ? Quel est votre avis ?
- Et le patient quelle peut-être sa réaction ?
- Dans le cadre d'une rhinopharyngite, qu'est-ce-qui pourrait vous empêcher de ne délivrer que des conseils à la fin d'une consultation ?
- Qu'est-ce qui vous incite à prescrire des traitements médicamenteux ?
- Avez-vous quelque chose à ajouter ?
- Souhaitez-vous que je vous transmette les résultats de l'étude ? Par quel moyen ?

Guide final

- Quelles sont les manières possibles de communiquer avec les patients pour un médecin généraliste, selon vous ?
- La rhinopharyngite, qu'est-ce que ça vous évoque ?
- Pouvez-vous me raconter votre dernière consultation de prise en charge de rhinopharyngite ?
- Qu'avez-vous ressenti à la fin de cette consultation ?
- Comment avez-vous expliqué le diagnostic de rhinopharyngite au patient ?
- Dans le cadre d'une rhinopharyngite, qu'est-ce-qui pourrait vous empêcher de ne délivrer que des conseils à la fin d'une consultation ?
- Avez-vous déjà délivré une fiche information patient (FIP) ?
Si oui, pouvez-vous me raconter votre expérience ? Si non, seriez-vous prêt à faire une consultation se terminant par une FIP ?

- Quel est votre avis sur les consultations se terminant par une fiche conseil dans le cadre d'une rhinopharyngite ?
- Seriez-vous prêt à terminer une consultation de rhinopharyngite par une fiche conseils sans traitement médicamenteux (hors Paracétamol) ?
- Quels seraient les freins à ne pas donner la FIP ?
- Quel est votre ressenti sur ces FIP ? ou Quel est votre avis sur les consultations se terminant par une fiche conseil dans le cadre d'une rhinopharyngite ?
- Et le patient quelle peut être sa réaction d'après vous ?
- Quels avantages et limites pouvez-vous trouver à cette FIP ?
- Qu'aimeriez-vous trouver dans une FIP pour une rhinopharyngite ?
- Comment la délivreriez-vous ?
- Avez-vous des choses à ajouter ?

7.2. Annexe 2 - Notice d'information à destination des participants (patient et médecin)

Version n° à compléter du à compléter

Notice d'information

La rhinopharyngite en médecine générale : étude du ressenti des médecins et des patients

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

L'investigateur principal, le docteur Martin-Devoir Elisabeth, vous a proposé de participer au protocole de recherche intitulé : « ***La rhinopharyngite en médecine générale : étude du ressenti des médecins et des patients*** ».

Nous vous proposons de lire attentivement cette notice d'information qui a pour but de répondre aux questions que vous seriez susceptible de vous poser avant de prendre votre décision de participation.

Vous pourrez durant l'essai vous adresser à l'investigateur pour lui poser toutes les questions complémentaires.

Objectif de la recherche

Étudier le ressenti des médecins généralistes et celui des patients lors d'une consultation pour une rhinopharyngite en région Provence-Alpes-Côte d'Azur.

Quelle est la méthodologie et comment se déroule l'expérimentation ?

Il s'agit d'une thèse qualitative réalisée en binôme d'internes en médecine générale. L'expérimentation se déroule par le biais d'entretiens semi dirigés individuels auprès de médecins généralistes et de patients de la région PACA.

Les données seront enregistrées avec un dictaphone, après votre accord, pour être analysées. Elles seront gardées de façon anonyme. Aucune information nominative vous concernant ne sera conservée ni n'apparaîtra dans l'étude.

Quelles sont les contraintes et désagréments ?

L'entretien vous prendra au moins 20 à 30 minutes de votre temps, la durée pourra être variable en fonction des informations apportées.

Les données seront enregistrées avec un dictaphone, après votre accord, pour être analysées. Elles seront gardées de façon anonyme.

Quels sont vos droits en tant que participant(e) à cette recherche ?

Vous pouvez refuser de participer à cette recherche sans avoir à vous justifier. De même vous pouvez vous retirer à tout moment de l'essai sans justification, sans conséquence sur la suite de votre traitement ni la qualité des soins qui vous seront fournis.

Version n° à compléter du à compléter

Cette recherche relève de l'application du Code de la Santé Publique (Titre II du Livre Premier relatif aux recherches biomédicales) . Ces informations sont consultables sur le site Internet de Legifrance (www.legifrance.gouv.fr)

**L'investigateur principal de cette étude est le Dr Elisabeth Martin-Devoir.
Cette étude est réalisée par les internes Cécile Quiniou et Camille Sage.**

1-Conformément aux dispositions de loi relative à l'informatique et aux libertés (loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée par la loi n°2004-801 du 6 août 2004) vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition relatif au traitement de vos données personnelles. Ces droits s'exercent auprès de

2-En cas de recherche biomédicale : Vous pouvez également accéder directement ou par l'intermédiaire du médecin de votre choix à l'ensemble de vos données médicales en application des dispositions de l'article L. 1111-7 du Code de la Santé Publique.

Vous avez le droit d'avoir communication, au cours ou à l'issue de la recherche, des informations concernant votre santé et qui sont détenues par l'investigateur le Dr Elisabeth Martin-Devoir (article L.1122-1 du Code de la Santé Publique). Vous serez informé, à votre demande, des résultats globaux de l'essai par l'investigateur (article L.1122-1 du Code de la Santé Publique) selon les modalités suivantes : par mail.

7.3. Annexe 3 - Formulaire du recueil de consentement des participants (patient et médecin)

Version n°1 du 01/05/2019

Formulaire du recueil de consentement (en 2 exemplaires)

La rhinopharyngite en médecine générale : étude du ressenti des médecins et des patients

Le Dr Martin Devoir Elisabeth, 58 rue marcel pagnol 13130 berre l'étang, investigateur principal m'a proposé de participer à la recherche intitulée : « La rhinopharyngite en médecine générale : étude du ressenti des médecins et des patients »

J'ai pris connaissance de la note d'information m'expliquant le protocole de recherche mentionné ci-dessus. J'ai pu poser toutes les questions que je voulais, j'ai reçu des réponses adaptées.

J'atteste que je suis affilié à un régime de sécurité sociale ou bénéficiaire d'un tel régime.

J'ai noté que les données recueillies lors de cette recherche demeureront strictement confidentielles.

J'accepte le traitement informatisé des données nominatives qui me concernent en conformité avec les dispositions de la loi n°2004-801 du 6 août 2004 relative à la protection des personnes et modifiant la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. J'ai noté que je pourrai exercer mon droit d'accès et de rectification garanti par les articles 39 et 40 de cette loi en m'adressant auprès d'Elisabeth Devoir.

J'ai compris que je pouvais refuser de participer à cette étude sans conséquence pour moi, et que je pourrai retirer mon consentement à tout moment (avant et en cours d'étude) sans avoir à me justifier et sans conséquence.

Compte tenu des informations qui m'ont été transmises, j'accepte librement et volontairement de participer à la recherche intitulée : « La rhinopharyngite en médecine générale : étude du ressenti des médecins et des patients ».

Paraphe

END

Version n°1 du 01/05/2019

Mon consentement ne décharge pas l'investigateur et le promoteur de leurs responsabilités à mon égard.

Fait à..... le
En deux exemplaires originaux

" En l'absence d'autonomie de lecture et d'écriture de Mr ou Mme , la tierce personne ci-dessous identifiée, totalement indépendante de l'investigateur et du promoteur, atteste avoir personnellement et fidèlement lu au participant la notice d'information et le présent formulaire de consentement et recueilli son accord pour signer ci-dessous en son nom ".

Participant à la recherche

Investigateur principal

Nom Prénoms

Nom Prénom
Dr MARTIN-DEVOIR Elisabeth

Signature :
(Précédée de la mention : Lu, compris et approuvé)

Signature :



7.4. Annexe 4 - Accord du Comité Éthique



Comité d'éthique de l'université d'Aix-Marseille

Objet : Avis du Comité d'éthique.
N/Réf dossier : 2020-03-05-08
Dossier suivi par : DRV-Audrey Janssens

Pièce(s) jointe(s) : 1 document

Marseille, le lundi 8 juin 2020

Le projet de recherche présenté par les investigatrices principales Dr Martin Devoir Elisabeth et le Dr JEGO SABLIER Maeva, MCU membre du DUMG et l'investigateur secondaire, Sage Camille et Quiniou Cécile, interne en médecine générale à l'Université d'Aix Marseille, intitulé «**La rhinopharyngite en médecine générale : étude du ressenti des médecins et des patients au travers de la fiche d'information écrite**» a été soumis pour avis au Comité d'éthique en sa séance du jeudi 5 mars 2020.

Après audition des rapporteurs, et modifications apportées par les investigateurs, le comité a jugé que le projet ne pose pas de problème éthique ou réglementaire.

Le Comité d'éthique de l'Université d'Aix-Marseille émet donc un avis favorable.

Le Président du Comité d'éthique

Pierre-Jean Weiller

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Weiller', with a horizontal line underneath.

7.5. Annexe 5 - Caractéristiques des patients

Age	Sexe	Milieu de vie	Catégorie socioprofessionnelle	Durée des entretiens (minutes)
29	F	Rural	Profession intermédiaire	17
22	F	Urbain	Etudiant	11
59	F	Urbain	Profession intermédiaire	13
26	H	Rural	Cadre d'entreprise	11
33	F	Urbain	Employé	37
31	H	Rural	Employé	35
28	H	Urbain	Etudiant	17
25	F	Urbain	Employé	31

7.6. Annexe 6 - Caractéristiques des médecins

Age	Sexe	Lieu d'exercice	Durée d'installation (années)	Durée des entretiens (minutes)
32	F	Urbain	0	18
31	F	Urbain	0	18
62	H	Rural	34	20
64	H	Urbain	11	20
45	F	Rural	15	15
58	H	Urbain	26	23
68	H	Semi-Rural	37	19
28	F	Urbain	0	29
28	F	Urbain	0	20

7.7. Annexe 7 - Grille COREQ

Tableau I. Traduction française originale de la liste de contrôle COREQ.

N°	Item	Guide questions/description
Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion		
Caractéristiques personnelles		
1.	Enquêteur/animateur	Quel(s) auteur(s) a (ont) mené l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (<i>focus group</i>) ?
2.	Titres académiques	Quels étaient les titres académiques du chercheur ? <i>Par exemple : PhD, MD</i>
3.	Activité	Quelle était leur activité au moment de l'étude ?
4.	Genre	Le chercheur était-il un homme ou une femme ?
5.	Expérience et formation	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?
Relations avec les participants		
6.	Relation antérieure	Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ?
7.	Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Que savaient les participants au sujet du chercheur ? <i>Par exemple : objectifs personnels, motifs de la recherche</i>
8.	Caractéristiques de l'enquêteur	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur/animateur ? <i>Par exemple : biais, hypothèses, motivations et intérêts pour le sujet de recherche</i>
Domaine 2 : Conception de l'étude		
Cadre théorique		
9.	Orientation méthodologique et théorie	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ? <i>Par exemple : théorie ancrée, analyse du discours, ethnographie, phénoménologie, analyse de contenu</i>
Sélection des participants		
10.	Échantillonnage	Comment ont été sélectionnés les participants ? <i>Par exemple : échantillonnage dirigé, de convenance, consécutif, par effet boule-de-neige</i>
11.	Prise de contact	Comment ont été contactés les participants ? <i>Par exemple : face-à-face, téléphone, courrier, courriel</i>
12.	Taille de l'échantillon	Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?
13.	Non-participation	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? Raisons ?
Contexte		
14.	Cadre de la collecte de données	Où les données ont-elles été recueillies ? <i>Par exemple : domicile, clinique, lieu de travail</i>
15.	Présence de non-participants	Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ?
16.	Description de l'échantillon	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ? <i>Par exemple : données démographiques, date</i>
Recueil des données		
17.	Guide d'entretien	Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?
18.	Entretiens répétés	Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ?
19.	Enregistrement audio/visuel	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?
20.	Cahier de terrain	Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (<i>focus group</i>) ?

Tableau I. Traduction française originale de la liste de contrôle COREQ (suite).

N°	Item	Guide questions/description
21.	Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ou l'entretien de groupe focalisé (<i>focus group</i>) ?
22.	Seuil de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?
23.	Retour des retranscriptions	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?
Domaine 3 : Analyse et résultats		
Analyse des données		
24.	Nombre de personnes codant les données	Combien de personnes ont codé les données ?
25.	Description de l'arbre de codage	Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?
26.	Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?
27.	Logiciel	Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?
28.	Vérification par les participants	Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ?
Rédaction		
29.	Citations présentées	Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ? <i>Par exemple : numéro de participant</i>
30.	Cohérence des données et des résultats	Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?
31.	Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?
32.	Clarté des thèmes secondaires	Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ?

8. Liste des abréviations

AMU : Aix-Marseille Université

Att : Attentes

CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

Comm : Communication

COREQ : Consolidated criteria for reporting qualitative research

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

DES : Diplôme d'Etudes Spécialisées

Déséq : Déséquilibrée

Dispo : Disponibilité

Dg : Diagnostic

DRP : Désobstruction Rhino Pharyngée

Ex. Clinique : Examen Clinique

Exp : Expérience

FIP : Fiche Information Patient

HAS : Haute Autorité de Santé

HON : Health On the Net

Info : Information

IPA : Analyse Phénoménologique Interprétative

M : Médecin

Médic : Médicamenteuse

Ordo : Ordonnance

P : Patient

PEC : Prise En Charge

Presc : Prescription

Rhino : Rhinopharyngite

Trt : Traitement

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) 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.

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

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

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

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

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

RÉSUMÉ

Introduction : La rhinopharyngite, pathologie bénigne est un motif de consultation fréquent en médecine générale qui pose la question de la surprescription médicamenteuse. Notre objectif est d'étudier le ressenti des patients et celui des médecins généralistes quand une consultation pour une rhinopharyngite se termine avec une Fiche Information Patient (FIP).

Méthode : Réalisation d'une étude qualitative en miroir sur des populations de médecins et de patients, par entretiens individuels semi-dirigés avec enregistrement et retranscription intégrale, puis double encodage par la méthode d'analyse de contenu.

Résultats : Patients et médecins s'accordent à dire que la rhinopharyngite est une maladie banale, ne justifiant pas forcément de consultation. Toutefois sa prise en charge ne s'avère pas si évidente, certains s'en méfient et elle fait l'objet de diverses représentations. Les attentes du patient au cours de cette consultation sont variées, et il semble que les médecins les aient bien cernées dans l'ensemble. La relation qui unit le médecin et son patient est complexe, importante et il faut en prendre soin. Cela implique notamment des grandes qualités humaines de la part du médecin, qu'il doit mettre en œuvre dans sa pratique au quotidien y compris dans le cas d'une consultation pour une rhinopharyngite. Dans ce contexte, la FIP répond à certaines attentes du patient mais apparaît comme un outil insuffisant.

Discussion : La communication au sens large revêt différentes modalités et fait le lien entre la pathologie, le médecin et son patient. C'est son rôle central qui ressort de cette thèse. La FIP n'est finalement qu'un support au service de la communication.

Mots clefs : rhinopharyngite, fiche information patient, relation médecin-patient, surprescription médicamenteuse, communication.