

**ACADEMIE DE VERSAILLES**  
**UNIVERSITE DE VERSAILLES SAINT-QUENTIN-EN-YVELINES**  
**U F R DES SCIENCES DE LA SANTE SIMONE VEIL**

---

**ANNEE 2017**

**N°**

**THESE POUR LE DIPLOME**  
**D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE**  
**DES DE MEDECINE GENERALE**

**Emilie LE CROM- JOURDAIN**

Née le 11 juillet 1986 à Suresnes (Hauts de Seine)

Présentée et soutenue publiquement le vendredi 23 juin 2017

**Compréhension et gestion de l'ordonnance dans les maladies chroniques :  
ce qu'en disent les patients.**

**JURY :**

Président : Mr le Professeur Marc FISCHLER

Directeur : Mr le Docteur Pascal CLERC

Le Vice-Doyen et Administrateur provisoire : Mr le Professeur Olivier DUBOURG

## **REMERCIEMENTS**

A notre Président du jury, le Professeur Marc FISCHLER. Vous me faites le grand honneur d'accepter la présidence du jury de cette thèse. Je vous exprime toute ma gratitude et mon profond respect.

Aux membres du jury, les Professeurs Philippe CHARRON et David ORLIKOWSKI et les Docteurs Stanislas GRASSIN DELYLE et Pascal CLERC pour leur présence et leur aimable contribution à ce stade ultime de mon cursus universitaire.

A mon directeur de thèse, le Docteur Pascal CLERC. Je tenais à te remercier de ton aide précieuse durant ce travail, de ta pédagogie, de ta patience et pour tes nombreuses relectures. Merci de m'avoir fait découvrir la médecine de ville.

A mes grands-parents malheureusement plus là ce jour : Mamie Alberte Papy Serge ainsi que Papy Fernand et Mamie Céline.

Une pensée particulière pour ma grand-mère Céline quelle coïncidence de passer cette thèse aujourd'hui tu aurais eu 90 ans. Mon seul regret est celui-ci que tu ne sois là aujourd'hui en ce jour si spécial. Je pense à toi chaque jour qui passe et j'espère que là où tu es tu es fière.

A mes parents Cathy et Kim sans qui je n'en serais pas ici aujourd'hui qui m'ont toujours épaulée et écoutée. Je suis fière d'avoir des parents comme vous et vous ne remercierais jamais assez.

A mes frères Alexandre et Geoffrey mes liens de sang à vie, mes chouchous. J'ai de la chance de vous avoir et je suis fière de ce que vous êtes et des hommes que vous êtes devenus.

A mes beaux-parents Paty et Pascal, ma famille de cœur. Merci de tout ce que vous faites pour nous aucun mot ne serait assez grand.

À Elo et Jérôme ma roeus et mon bof. Et mes ti choux Tarah et Joris.

A ma meilleure amie my best depuis toujours ma mouky ma grosse, merci à toi d'avoir été et d'être toujours là quoi qu'il se passe dans ma vie depuis vingt ans. Je n'oublie rien de tous ces beaux moments et encore des tas à venir. Ma sœur de cœur, la marraine de mon Baptiste et bientôt je serais témoin de ton mariage avec mon Lulu.

A mes voisinous Elode la marraine de mon Samuel, Gary et Maely, merci à vous d'être nos vies plus que des amis une famille que l'on a choisi .

À ma Lilou ma zavata et sa tribu et à ma tif tif mes amies de gymnastique alias ACM forever. Merci de votre amitié sincère.

À ma Bibiche, Clémence mon coup de foudre de P1 ma colloc, tu as été un vrai soutien pendant toutes ces années et mon rayon de soleil je ne t'oublierais jamais. Maintenant maman de Dorian.

À ma Gaëlle ma choupie une amie une vraie je suis heureuse de t'avoir rencontré dans ma vie, une longue et belle amitié. Merci d'être là comme tu le fais.

À Julie ma Jj merci pour ce semestre d'urgence ensemble avec nos fous rire durant les gardes.

Et j'ai envie de finir avec ma famille : Benjamin et nos deux amours.

Vous êtes ma vie mon oxygène et ma plus grande et belle fierté.

Mes garçons mes ti chats, vous faites de moi la maman la plus heureuse et la plus fière de vous je vous aime d'un amour inconditionnel et je donnerais tout pour vous.

Baptiste mon zouzou encore si petit et déjà si grand merci de tout ce bonheur que tu nous apporte chaque jour avec tous ces jolis sourires. Je suis fière d'avoir un bébé comme toi.

Samuel mon doudou mon grand garçon merci d'être ce petit être si filou si drôle. Je suis en admiration de ton sourire et de ta répartie hors paire. Merci de nous rendre si heureux.

Je suis si fière d'être votre maman et mon bonheur est de vous voir déjà si complices.

Et enfin à l'homme de ma vie Benjamin, mon Loulou, ma force au quotidien mon âme sœur. Je t'aime à un point inestimable. Cette thèse je te la dédis. Sans toi je n'y serais jamais arrivé. Merci pour ta patience, ton aide, tes relectures.

J'aime nos moments de complicité nos fous rires, nos discussions sans fin, notre quotidien et notre routine.

Tu es ce qui m'est arrivé de plus beau au monde merci de faire de moi la femme que je suis et le médecin que je vais devenir.

Mon plus souhait est de vieillir à tes côtés....

## **TABLE DES MATIERES**

### **INTRODUCTION (page 9)**

- I. MALADIES CHRONIQUES ET RENOUELLEMENT DE L'ORDONNANCE. (page 9)
- II. OBSERVANCE (page 11)
- III. POLYMEDICATION DES PERSONNES AGEES (page 13)
- IV. ROLE DE LA PHARMACIE (page 14)

### **MATERIEL ET METHODES (page 16)**

- I. INTRODUCTION (page 16)
- II. CHOIX RAISONNES DES MEDECINS, PHARMACIENS ET PATIENTS (page 17)
- III. PROCESSUS DE RECUEIL DES DONNEES (page 19)
  - 1. Déroulement des observations
  - 2. Guide d'observation
  - 3. Déroulement des entretiens
  - 4. Guide d'entretien
- IV. ANALYSE DES DONNEES (page 20)

# RESULTATS

I.	DESCRIPTION DE L'OBSERVATION	(page 21)
1.	Cabinets de médecine générale	(page 21)
2.	Pharmacies	(page 27)
3.	Infirmières libérales	(page 28)
II	RESULTATS DES OBSERVATIONS	(page 29)
1.	Cabinet du Dr J.	(page 30)
2.	Cabinet du Dr CO.	(page 37)
3.	Cabinet du Dr C.	(page 41)
4.	Pharmacie du bord de Seine	(page 49)
5.	Pharmacie proche du Vexin	(page 54)
6.	Infirmières libérales	(page 61)
III.	ANALYSE	(page 66)
1.	Patient et son ordonnance	(page 66)
	• Accompagnement au cabinet médical	(page 66)
	• Auto gestion de l'ordonnance	(page 66)
	➤ Arrêt du traitement	
	➤ Oubli de la prise médicamenteuse	
	• Connaissance du traitement médicamenteux	(page 68)
	➤ Connaissance	
	➤ Compréhension de l'ordonnance	
	➤ Prescription des génériques	

- Nombre d'ordonnances en possession du patient
  - Rédaction de l'ordonnance
  - Vérification de l'ordonnance
- 
- 2. Le patient, le médecin et l'ordonnance (page 74)
    - Confiance dans le médecin traitant (page 74)
    - Explications de l'ordonnance par le médecin traitant (page 75)
    - Etre perdu où comprendre les pathologies et les traitements (page 77)
    - Ecoute du médecin traitant (page 77)
    - Médecin traitant partenaire (page 79)
    - Intimité de la relation avec le médecin (page 80)
    - Prendre le temps avec le patient (page 81)
    - Satisfaction de la consultation (page 82)
    - Ressenti des questions posées par le médecin traitant (page 83)
    - Médecin traitant référent (page 84)
    - Accessibilité à internet (page 85)
  
  - 3. Lien avec le pharmacien (page 86)
    - Lieu (page 86)
    - Communication (page 87)
  
  - 4. Relations entre professionnels (page 91)
    - Avec les spécialistes

5. Association de patients (page 92)

6. Diagramme de mots (page 93)

**DISCUSSION (page 94)**

**CONCLUSION (page 104)**

**RESUME (page 107)**

**BIBLIOGRAPHIE (page 109)**

**ANNEXES (page 116)**



# INTRODUCTION

## I. MALADIES CHRONIQUES ET RENOUVELLEMENT DE L'ORDONNANCE

En France, 28 millions de personnes reçoivent un traitement périodique (prescrit au moins 6 fois par an) pour une même pathologie. Parmi elles, 15 millions sont atteintes de maladie chronique et 9 millions sont déclarées en affection longue durée (ALD).

En 2004, 42 % des actes (consultations et visites) en médecine générale étaient consacrés au suivi des pathologies chroniques.

L'incidence des maladies chroniques est en constante augmentation, en lien avec le vieillissement de la population. L'amélioration de la qualité de leur prise en charge est une priorité pour les systèmes de santé.

Selon le Haut Conseil pour la Santé Publique, une maladie chronique peut se définir par : la présence d'un état pathologique de nature physique, psychologique ou cognitive, appelée à durer, une ancienneté minimale de trois mois, ou supposée telle, et un retentissement sur la vie quotidienne comportant au moins l'un des trois éléments suivants :

- Une limitation fonctionnelle des activités ou de la participation sociale
- Une dépendance vis-à-vis d'un médicament, d'un régime, d'une technologie médicale, d'un appareillage ou d'une assistance personnelle
- La nécessité de soins médicaux ou paramédicaux, d'une aide psychologique, d'une adaptation, d'une surveillance ou d'une prévention particulière pouvant s'inscrire dans un parcours de soins médico-social.

La consultation dite de "renouvellement d'ordonnance" ne correspond pas à un concept théorique mais à un état de fait, vécu comme tel par les patients et/ou les praticiens, en lien avec la limitation temporelle de la prescription médicale. En pratique, on pourrait proposer de

la définir comme une consultation qui aurait pour objet la réévaluation régulière de l'état de santé d'un patient porteur d'une ou plusieurs maladies chroniques, conclue par une prescription médicamenteuse ou non médicamenteuse.

L' étude nationale française ECOGEN, est un travail observationnel transversal multicentrique, mené de décembre 2011 à avril 2012, qui avait pour but de décrire les éléments de consultation en médecine générale (motifs, procédures, résultats, caractéristiques des médecins et des patients). Ces éléments ont été recueillis et codés par des internes de médecine générale afin de constituer une base de données de 20781 consultations.

Des travaux de recherche issus de cette base de données montrent que la consultation de « renouvellement d'ordonnance » est une consultation plus longue et plus complexe que les autres. C'est en France en 2014, le motif de recours le plus fréquent en médecine générale (22,86% des consultations).

Une étude réalisée en 2012, avait pour objet l'état des lieux des pratiques médicales concernant cette consultation de renouvellement. Elle est vécue par les médecins interrogés comme étant difficile à mener car ils ressentent un désintérêt des patients à son endroit. Selon eux, la réticence des patients à modifier leur traitement est également un frein à son déroulement optimal.

Il s'agit là des représentations des médecins, mais l'opinion des patients à ce sujet, n'a pas été directement recueillie.

Il est pourtant notable que depuis vingt ans, les systèmes de santé accordent une attention croissante au point de vue des usagers dans l'organisation de l'offre de soins.

La capacité de répondre aux préférences des patients est reconnue par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme un élément à part entière de la qualité des systèmes de santé.

Un rapport de 2005 qualifie le fait de « adopter une démarche de soins centrée sur le patient » comme "la compétence essentielle n°1 à acquérir". Les soins centrés sur la personne y sont définis comme "un processus dans lequel le dispensateur des soins essaie d'entrer dans le monde du patient et de voir la maladie avec ses yeux et suppose que les soignants soient capables de s'enquérir des préférences, des valeurs, des différences et des besoins exprimés par les patients, de s'en préoccuper et de les respecter."

Par ailleurs, selon Krucien N. "pour comprendre le point de vue des patients au sujet de la prise en charge de leurs problèmes de santé chroniques en médecine générale, il est nécessaire d'évaluer l'importance qu'ils accordent aux différents aspects de l'offre de soin".

Dans ce travail, l'auteur développe également l'idée qu'interroger les préférences de patients permet de mieux comprendre leurs besoins, visant ainsi une amélioration de l'engagement du patient. En effet, cette meilleure implication favorise son autonomisation, de laquelle résulte une amélioration de l'efficacité des soins prodigués via l'amélioration de paramètres tels que l'observance thérapeutique ou l'autogestion des problèmes de santé.

Les maladies chroniques avec la prise des traitements nécessitent une certaine observance.

## II. **OBSERVANCES**

Le terme d'observance provient du vieux français et peut se définir comme « L'observation de la règle ». Il s'agissait alors surtout de la règle religieuse.

En 1974, Sackett et Haynes, qui citent Chesney et Kampan, ont proposé une première définition de l'observance comme étant : « le degré de coïncidence entre le comportement d'une personne et les conseils donnés par le médecin ».

De manière qualitative, il s'agit de la mesure de l'adéquation existant entre le comportement du patient et les recommandations de son médecin. Ceci inclut, la prise du traitement comme il est prescrit, le suivi des règles hygiéno-diététiques, la ponctualité aux rendez-vous, et la réalisation des examens complémentaires.

De façon quantitative, on peut parler « d'omission partielle ou totale de la prescription qu'il s'agisse des posologies, des horaires des prises, ou des précautions liées au traitement. »

En suivant cette définition de l'observance, tout comportement qui déroge au strict respect de la prescription peut être qualifié de non-observance. Ce qui ne laisse au patient que le choix de la soumission ou de la désobéissance, comme en témoigne la référence aux « règles » que suivent les religieux. Dans cette conception, le patient garde une place très « passive »; à aucun moment il n'est fait appel à son libre arbitre. Certains auteurs, ayant abouti à ce constat, ont proposé une définition de l'observance qui donne un autre rôle au patient. Burner parle de « l'obéissance liée à la confiance » et cite Tauber qui, dans un article de 1987, préférerait le terme de « coopération » qu'il définirait par la négative. « La coopération est insuffisante si le patient, sciemment ou inconsciemment, modifie sur le plan qualitatif ou quantitatif la prescription reçue, compromettant ainsi le succès du traitement quand il ne le voue pas à un échec complet ». Funnell et Anderson vont plus loin en comparant la non-observance à « deux personnes œuvrant pour des buts différents ». Un défaut d'observance peut découler d'un manque d'explications, et/ou d'un défaut de compréhension de l'intérêt du traitement.

La compréhension qu'ont les patients des données médicales reste souvent superficielle ; et s'ils ne comprennent pas ce qui se joue à propos de leur santé, on peut s'attendre à ce qu'ils soient inobservants.

Certaines études sont parvenues à la conclusion que le niveau de compréhension des patients vis-à-vis de leur maladie et de leur traitement était intimement lié au comportement d'observance, et à leur satisfaction. La qualité des informations apparaît donc déterminante.

En 1976, Ley montrait que 40% de ce qui se dit lors de la consultation est oublié immédiatement. Depuis, peu de choses ont changées, puisqu'en 1996, Crane montre que seulement 59% des informations médicales étaient correctement comprises par les patients dans un service d'urgences, les seuls éléments dont se souvenaient les patients étaient ceux relatifs au diagnostic.

L'enjeu est d'autant plus important dans le cadre d'une maladie silencieuse, où le patient ne perçoit aucun symptôme, et ne se sent pas malade. Il peut ne pas comprendre la nécessité d'un traitement, et dans ce cas il y aura alors plus de risque d'inobservance.

Les personnes âgées sont une population touchée par cette problématique du fait de leur âge ayant plusieurs maladies chroniques.

### **III. POLY MEDICATION DES PERSONNES AGEES**

La consommation pharmaceutique des personnes âgées se caractérise par une polymédication résultante de l'avancée en âge, du nombre de maladie ou symptômes diagnostiqués et du nombre de médecins consultés.

Du fait de la complexité de leur ordonnance associée au risque iatrogène, il est intéressant d'étudier le caractère gériatrique qui peuvent aussi s'associer à des difficultés de compréhension et de prise médicamenteuse.

Selon les estimations du régime général en 2005, 1,5 millions de personnes de plus de 65 ans consommeraient régulièrement plus de 5 médicaments de classes thérapeutiques différentes.

La consommation médicamenteuse des sujets âgés est dominée par la classe des médicaments à visée cardiovasculaire (51%). Les médicaments les plus prescrits appartenant à cette classe étant les Inhibiteurs de l'Enzyme de Conversion (IEC), les Antagonistes de l'Angiotensine II (ARA II), les hypolipémiants et anti-athéromateux, les digitaliques et anti-arythmiques, et les

dérivés nitrés. La seconde classe médicamenteuse fortement consommée chez les personnes âgées est celle des médicaments du système nerveux (21%) dominée par une forte consommation d'antalgiques. Les psychotropes, les médicaments de l'appareil digestif et de l'appareil locomoteur représentent une consommation moyenne de 17%.

En Suisse il existe une conciliation pharmaceutique permettant ainsi de limiter les soucis liés à la poly médication des personnes âgées.

#### **IV. RÔLE DE LA PHARMACIE**

L'Académie Nationale de Pharmacie énonce, dans un rapport daté de décembre 2009, un certain nombre de recommandations précisant le rôle du Pharmacien Correspondant, dont l'axe principal réside dans l'exercice de sa mission de pharmacie clinique. L'exercice de la pharmacie clinique consiste en l'analyse critique de la prescription médicamenteuse, pour un patient donné, par la vérification des contre-indications, des posologies et des rythmes d'administration des médicaments, par la gestion des interactions médicamenteuses et des effets indésirables, par le conseil et l'information du patient quant aux précautions d'emploi, à l'observance et aux modalités de prise du traitement.

« La pharmacie clinique est l'utilisation optimale du jugement et des connaissances pharmaceutiques et biomédicales du pharmacien dans le but d'améliorer l'efficacité, la sécurité, l'économie et la précision selon lesquelles les médicaments doivent être utilisés dans le traitement des patients. » Walton 1961.

Compte tenu de ce contexte, de l'absence de progrès dans la gestion des ordonnances, il me paraissait pertinent d'évaluer la compréhension de l'ordonnance par les patients ayant des

maladies chroniques en prenant en compte tous les acteurs, et l'environnement de la prescription.

## **QUESTION DE RECHERCHE**

Comprendre les déterminants de l'implication du patient vis à vis de son ordonnance afin de proposer des procédés pour améliorer la compréhension et la gestion de celle-ci.

# MATERIEL ET METHODE

## I. INTRODUCTION

Mon travail de thèse est basé sur une étude qualitative compréhensive jusqu'à saturation des données en deux parties (observationnelle et qualitative).

On utilisera une méthode que l'on appelle « actionniste » qui a été mise en place par l'école anglaise de psychosociologie des organisations (Silvermann en 1973). Elle considère d'une manière constructiviste qu'une organisation est un système en équilibre plus ou moins stable dans lequel les différents partenaires négocient en permanence la définition de cette situation et leurs rôles.

La méthode a pour but d'analyser les relations sociales en photographiant l'état de négociation pour en comprendre les tenants et aboutissants entre les différents acteurs et permettant d'aboutir à des voies de changements possibles.

Ce sont des techniques qualitatives de recueil et d'analyse de données avec des entretiens et des observations, ainsi que l'analyse des contenus diverses.

Concernant la part observationnelle, cela permet d'élaborer 2 tableaux : un avec les rôles et leurs attentes et un avec la définition de la situation par les différents acteurs.

La construction de ces tableaux permettait de mettre en évidence qu'une même situation peut être interprétée d'une manière différente selon les acteurs.

Ainsi la comparaison des données significatives de chaque ligne avec celles des autres lignes permet différentes analyses interprétatives.



<b>Rôles</b>	<b>Acteur 1</b>	<b>Acteur 2</b>
Acteur 1	Définition de son rôle par acteur 1	Définition du rôle d'acteur 2 par acteur 1
Acteur 2	Définition du rôle d'acteur 1 par acteur 2	Définition de son rôle par acteur 2

*Tableau 1 : Rôles et attentes des rôles*

*Tableau 2 : Définitions des situations*

	<b>Vision de la situation</b>	<b>Actions typiques et implications</b>	<b>Significations attachées par acteur lui-même</b>	<b>Conséquences voulues et non voulues</b>
Acteur 1				
Acteur 2				

## **II. CHOIX RESONNE DES MEDECINS, PHARMACIENS ET PATIENTS :**

Les médecins étaient choisis sur les critères raisonnés suivants :

- Connus de l'enquêteur afin que la relation de confiance établie permette le travail observationnel.
- Trois générations différentes (une jeune médecin généraliste exerçant depuis trois ans, un médecin depuis 25 ans et enfin un depuis 45 ans)

Les cabinets médicaux étaient situés selon leurs milieux : rural dans le Vexin et ses alentours, urbain favorisé dans une commune limitrophe de Paris en proche banlieue ouest et urbain défavorisé dans une commune de bord de Seine.

Les patients étaient issus de ces cabinets médicaux et étaient sélectionnés pour les entretiens pour le renouvellement d'ordonnances concernant leurs maladies chroniques. Ils présentaient des pathologies sélectionnées selon le dictionnaire des consultations : cardiovasculaires (comme l'hypertension artérielle, le diabète de type 2, la dyslipidémie ...), psychiatriques (comme un syndrome dépressif, des troubles anxieux ...) ou encore des douleurs chroniques : les lombalgies, la fibromyalgie ....

Nous avons recherché deux groupes de patients : les plus et moins de 75 ans afin d'étudier le caractère gériatrique de l'étude.

Les pharmaciens sélectionnés étaient les plus proches des cabinets médicaux et connus des médecins.

Les infirmières sélectionnées travaillaient quotidiennement avec les médecins généralistes.

### **III. PROCESSUS DE RECUEIL DES DONNEES**

#### **1. Déroulement des observations**

En cabinet de médecine générale sous forme de 2 demies journées pour observer les comportements du médecin et du patient durant les renouvellements de traitement.

Dans les pharmacies aussi durant deux journées positionnée derrière les comptoirs pour observer les patients lorsqu'ils vont récupérer leurs traitements.

Enfin avec des infirmières libérales pendant une journée où je les ai suivi dans leur véhicule pour faire des visites au domicile des patients.

#### **2. Guide d'observation**

Le guide d'observation était une matrice d'observation avec des questions aide-mémoire permettant un regard pertinent sur les situations. On prenait des notes tout en étant spectateur : au fond de la pièce au sein des cabinets de médecine générale, et à la pharmacie discrètement derrière un comptoir dans un silence total.

Les photos avaient pour but de permettre la prise de conscience de l'espace où se jouait la scène et de saisir son éventuel impact sur l'analyse des situations observées.

#### **3. Déroulement des entretiens**

Après explication de l'étude aux patients et obtention de leur consentement oral les interviews avaient lieux soit au sein du cabinet où étaient suivi le patient ce qui était le cas la plupart du temps, soit au sein du domicile du patient, et une fois par téléphone. Les interviews de

patients étaient semi dirigé par le thésard, avec enregistrement par dictaphone et durait en moyenne trente-cinq minutes posant les questions tout en prenant des notes.

On a débuté en avril 2016 jusqu'en octobre 2016 me permettant d'arriver à saturation des données. Au total on a obtenu dix-huit entretiens de patients.

#### **4. Guide entretien**

Les différents points abordés ont été : l'ordonnance avec la connaissance des médicaments, leurs effets secondaires, leurs bénéfices, la syntaxe de l'ordonnance ; le déroulement des renouvellements ; la relation médecin-malade ; la pharmacie avec le rapport avec le pharmacien ; les examens biologiques ; les spécialistes consultés ou non ; l'autonomie du patient avec notamment la problématique d'internet étant un point à aborder en 2017.

#### **IV. ANALYSE DES DONNEES :**

L'analyse des données était effectuée avec le logiciel de recherche qualitative appelé N VIVO 11 permettant ainsi d'enregistrer les photos, les interviews enregistrés, la bibliographie. On a fait une analyse des données en binôme avec le directeur de thèse.

# RESULTATS

## I. DESCRIPTION DE LA PHASE OBSERVATION

### 1. Cabinets de médecine générale

Pour mon étude on avait donc réaliser une première phase d'observation dans différents cabinets de médecine générale. Tous étant sur rendez-vous et avaient une consultation libre en semaine souvent le samedi matin pour les urgences.

- Le cabinet du Docteur J. situé en centre-ville en limitrophe de Paris en banlieue ouest. Il s'agissait d'un milieu urbain favorisé. Il n'y avait pas de parking pour stationner, mais il était proche des arrêts de bus et stations de métro.

L'ensemble du cabinet médical est constitué de deux bureaux de médecins généralistes, d'un bureau pour la secrétaire d'une salle d'attente spacieuse avec des canapés.



Salle d'attente

Le secrétariat est ouvert du lundi au vendredi de 9 heures à 17 heures, puis les médecins reprenaient la ligne téléphonique à partir de 17 heures.

Le Docteur J. est une jeune médecin généraliste, formée à l'Université de Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines, qui exerçait depuis trois ans, initialement remplaçante puis était devenue le médecin collaborateur au sein du cabinet. Elle travaillait exclusivement sur informatique. Sa patientèle est plutôt jeune, avec peu de patients chroniques.

Pour ce médecin le patient est un acteur de sa maladie, lui expliquant beaucoup de choses sur ses pathologies.

Bureau du secrétariat





Cabinet médical



- Le cabinet du Docteur Co. était situé en milieu rural, au sein d'un village du Vexin. C'est une maison médicale avec trois médecins généralistes, deux infirmières, un kinésithérapeute, deux dentistes, un ostéopathe et un podologue.

Cabinet médical



Il y avait un secrétariat pour les prises de rendez-vous de 9h à 17h du lundi au vendredi, une salle d'attente spacieuse avec à l'extérieur un parking pour stationner avec une vingtaine de place.



Il avait même au sein de son cabinet une arrière pièce avec de nouveau une table d'examen où il peut comme il le disait réaliser des actes de chirurgie... (sutures, ablation de grains de beauté...).

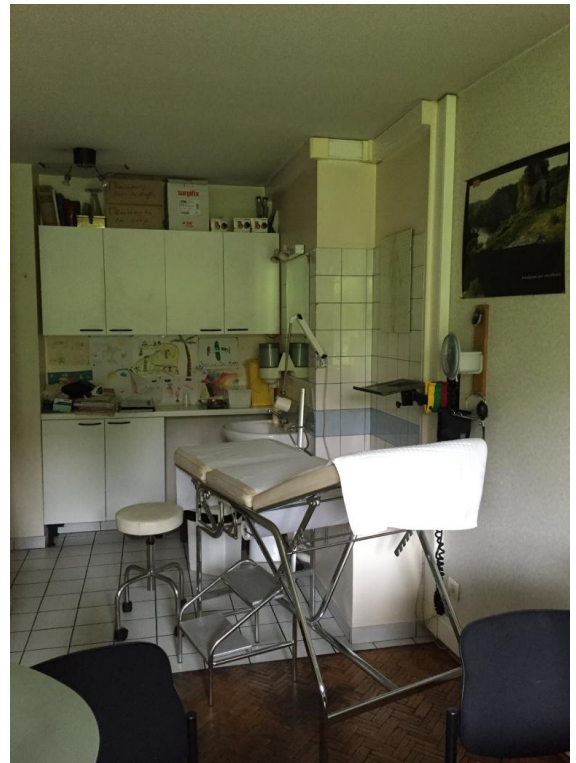
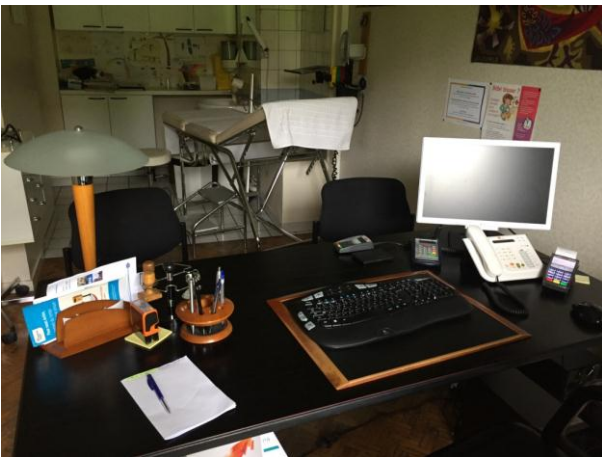


Docteur Co. exerçait depuis plus de quarante ans. Il avait été tout d'abord un médecin de campagne réalisant au début de son exercice des accouchements à la maison. Il était informatisé, mais il préférait rédiger des ordonnances manuscrites. Il avait beaucoup de patients chroniques avec qui il avait lié des relations d'amitié, ils se tutoyaient même parfois. Son image était paternelle, et souvent c'est lui qui décidait pour ses patients. Il apportait peu d'explications sur les pathologies ou les médicaments.



- Le cabinet du Docteur C. situé au cœur du centre-ville proche de la gare dans une ville en bord de Seine en milieu urbain défavorisé. On pouvait stationner devant dans la rue, avec parfois quelques difficultés.

C'était un cabinet de groupe avec 5 bureaux pour quatre médecins généralistes et deux infirmières libérales, un bureau d'accueil avec une secrétaire toute la semaine de 8h30 à 19h ainsi que le samedi matin de 9h à 12h. Elle planifiait les rendez-vous, prenait les messages téléphoniques des patients qu'elle reportait sur leur planning.



Cabinet médical



### Salle d'attente

Il existait deux salles d'attente qui permettait de gérer les consultations libres et les rendez-vous.

Docteur C. exerçait depuis vingt-cinq ans et participait à la permanence des soins en effectuant des gardes 1 ou 2 fois par mois en maison médicale de 20h à 00h.

Il participait à l'enseignement au sein de la faculté de médecine de Paris Ouest, recevait des internes de médecine générale pour leurs stages en cabinet. Les dossiers médicaux étaient informatisés et partagés entre les quatre médecins. Les ordonnances sont informatisées. Sa patientèle est mixte au niveau des âges mais composée de beaucoup de malades chroniques.

Il se place dans une position de partenariat avec ses patients comme dans une équipe, expliquant beaucoup de choses concernant leur pathologie.

## 2. Les Pharmacies

J'avais aussi réaliser une phase d'observation dans deux pharmacies correspondant à deux milieux différents.

- Dans une pharmacie en bord de seine dans la même rue que le cabinet du Docteur C. et installé depuis au moins trente ans. Il y avait trois comptoirs, trois préparatrices en pharmacie à temps plein.

Elle était ouverte le lundi de 14h30 à 19h30 et du mardi au vendredi de 9h30 à 19h30.

En plein quartier populaire c'étaient des patients de tout âge, tout milieu et toutes origines .



Il avait quelques habitudes bien définies notamment celle de tout noter sur les boîtes de médicaments : noms des médicaments si c'étaient des génériques, avec aussi la posologie. Il avait aussi des dossiers informatisés sur les patients en lien avec d'autres pharmacies lui permettant de contrôler la délivrance des médicaments chez les malades chroniques.

Il n'y avait aucune vente libre de médicaments, c'était une volonté du pharmacien afin de limiter l'automédication et ainsi favoriser l'éducation thérapeutique au comptoir.

- Dans le Vexin, la pharmacie était installée depuis le même nombre d'années en face de la maison médicale. Elle était ouverte du lundi au samedi de 9h30 à 19h30 avec 5 comptoirs pour accueillir les patients.

Un couple de pharmacien Me et Mr B. étaient propriétaires avec quatre préparatrices en pharmacie. Ils n'étaient pas favorables à la distribution libre des médicaments par contre ne marquaient pas sur les boîtes de médicaments n'en voyant pas la nécessité pour les patients.



### 3. Les Infirmières libérales:

Pour finir j'ai suivi au cours d'une journée d'activité libérale deux infirmières :

- Me J. avec une activité très remplie avec plus de 50 patients par jour concentrée sur une ville urbaine dont beaucoup de patients diabétiques notamment.
- Me D. qui elle avait un très grand secteur dans le vexin et dont l'activité était diversifiée : dextro, suivi de patients ayant un cancer, préparation de médicaments.

## II RESULTATS DES OBSERVATIONS

Ainsi à la manière d'une journaliste reporter j'ai décrit ce que j'ai observé dans les cabinets, les pharmacies et avec les infirmières libérales.

J'ai organisé cette partie pour tous les paragraphes de la même manière c'est à dire : une observation de la situation, puis un tableau définissant les rôles et les attentes des rôles et un autre tableau avec la définition des situations.

*Pour rappel concernant les tableaux :*

Rôles	Acteur 1	Acteur 2
Acteur 1	Définition de son rôle par acteur 1	Définition du rôle d'acteur 2 par acteur 1
Acteur 2	Définition du rôle d'acteur 1 par acteur 2	Définition de son rôle par acteur 2

	Vision de la situation	Actions typiques et implications	Significations attachées par acteur lui-même	Conséquences voulues et non voulues
Acteur 1				
Acteur 2				



## 1. Cabinet du Docteur J.

### Observation N°1

Tout d'abord Me V. 62 ans qui était suivie pour un syndrome dépressif sévère et une hypertension artérielle. Le début de la consultation a eu lieu à 16h53 et s'est fini à 17h20 (27'). Elle était venue pour un renouvellement et une plainte d'aérophagie. Son traitement comprenait du Telmisartan pour son HTA et du Quétiapine pour la dépression. Elle a arrêté son traitement par Quetiapine car elle a estimé que ce n'était pas efficace et a dit que cela lui avait créé de l'aérophagie. Elle n'avait pas revu de psychiatre depuis, et n'avait aucun suivi malgré sa maladie bipolaire. Elle essayait de comprendre pourquoi et rejetait tout traitement et toute hospitalisation.

« *Je suis embêtée* » a dit le médecin. La patiente lui a répondu : « *Trouvez-moi un traitement en dehors d'une nouvelle hospitalisation* ». Docteur J. écoutait de manière très attentive, et essayait de trouver des solutions. Notamment comme la patiente se plaignait de nausées elle lui a donné un traitement approprié et a investi celui-ci : « *vous essayez avec ça et vous revenez me voir rapidement si cela ne va pas* ». Elle n'avait pas été à son rendez-vous prévu avec son psychiatre, ne parlait pas du tout de son état psychologique : « *le médecin ne m'a rien expliqué au cours de mon hospitalisation, je ne comprends pas pourquoi ils ont arrêté le traitement* ».

Le médecin lui a répondu : « *il faut reprendre le Quetiapine et je vous ajoute l' Eupanthol le soir en même temps pour éviter nausées et du Métospasmyl.* »

Tableau 1: Tableau des rôles et attentes d'observation N°1

	<b>Acteur 1 : Médecin</b>	<b>Acteur 2 : Patient</b>
Acteur 1	Surveillance de la prise des traitements par les patients Suivi chronique	Inobservance du traitement psychiatrique Manque de confiance Peur d'une nouvelle hospitalisation Explications complémentaires besoin de réassurance
Acteur 2	Devait l'aider à comprendre pourquoi ce traitement n'était pas efficace Trouver une solution autre qu'une nouvelle hospitalisation	Gérer elle-même ses traitements et décider ou non d'arrêter

Tableau 2: définition des situations d'observation N°1

	<b>Acteur 1: Médecin</b>	<b>Acteur 2: Patient</b>
<b>Vision de la situation</b>	Inobservance de la patiente de son traitement psychiatrique malgré une hospitalisation	Nausées depuis son nouveau traitement psychiatrique
<b>Actions typiques et implications</b>	Explications claires et éducation thérapeutique	Arrêt de son traitement psychiatrique car présence d'effet secondaire
<b>Significations attachés par acteur lui même</b>	Aider la patiente à être actrice et observante	Diminution des symptômes
<b>Conséquences vales et non voulues</b>	Reprise ou non du traitement par la patiente ou au contraire déserte du milieu médical	Après explications par le médecin traitant, reprise ou non symptômes de manque car arrêt soudain de son traitement avec recrudescence des symptômes psychiatrique

L'écart perçu : le médecin était centré sur l'observance du traitement et le patient sur les effets indésirables du médicament. Et il existait une ambivalence du patient vis à vis de son traitement psychiatrique.

## Observation N°2

Le début de la consultation a eu lieu à 17h25 et s'est fini à 17h45 (20').

M G. 54 ans était venu consulté une prescription de semelles orthopédiques. Il était suivi pour un problème d'obésité et un syndrome d'apnée du sommeil.

Au cours de la consultation il a demandé : « *au fait j'ai perdu mon ordonnance de traitement habituel* ». Le médecin a regardé dans ses fichiers : « *Je vous l'ai déjà faite en février pour six mois. Ça fait seulement deux mois* ».

Le patient lui a répondu : « *ce n'est pas grave il y a juste à réimprimer une ordonnance* ».

Le médecin : « *Où en êtes-vous ? qu'est-ce que vous prenez comme médicament ?* ».

Le patient : « *Je ne sais plus une chose pour l'Hypertension je crois. Mais je ne connais pas le nom* ».

Et enfin il désirait un arrêt de travail, il était plus axé sur cela que sur ses médicaments.

Au final il possédait deux ordonnances qu'il a sorti en fin de consultation : une d'une clinique où il était suivi pour son obésité et une du médecin traitant.



Tableau 1: Tableau des rôles et attentes de l'observation N°2

	<b>Acteur 1 : Médecin</b>	<b>Acteur 2 : Patient</b>
Acteur 1	Recadrer un nouveau patient suivi pour HTA	Inobservant à son traitement Aucune connaissance de son traitement
Acteur 2	Délivrer l'ordonnance de manière simple juste en imprimant celle-ci, ne voyant pas le renouvellement comme une vraie consultation	Devait avoir un arrêt de travail Ne tenait pas vraiment en compte le fait d'avoir de HTA

Tableau 2 : définition des situations de l'observation N°2

	Acteur 1: Médecin	Acteur 2: Patient
<b>Vision de la situation</b>	Pas de connaissance de son traitement contre HTA Plusieurs ordonnances	Besoin d'un arrêt de travail
<b>Actions typiques et implications</b>	Explications claires sur le fait de prendre traitement Pas seulement l'impression d'une nouvelle ordonnance	Plusieurs ordonnances différentes Pas à jour dans ses renouvellements Perte de l'ordonnance
<b>Significations attachés par acteur lui même</b>	Education thérapeutique de ce nouveau patient chronique	Ne voyait pas le renouvellement comme une consultation à part entière
<b>Conséquences values et non voulues</b>	Connaissance de son traitement Éducation sur sa façon à elle de travailler	Education par le médecin traitant

L'écart perçu : le patient était axé sur son arrêt de travail, alors que le médecin sur la prise de son traitement pour son HTA et le suivi de ses ordonnances.

### Observation N°3

M B. 46 ans était venu pour un changement de médecin traitant.

Le début de la consultation a lieu à 17h55 et s'est fini à 18h20 (25').

C'était un ami d'un patient qu'elle acceptait de voir, et qui était venu en même temps que le rendez-vous de celui-ci.

Il n'avait plus de médecin traitant, et ne connaissait pas ses traitements.

Il était suivi pour : un Lymphome B, une HTA et un Emphysème ou une BPCO. Il ne savait plus et dit: « *Mais Docteur j'ai arrêté de fumer depuis* ».

La médecin a réalisé une prise de sa saturation mesurée à 90% sans aucun signe de lutte respiratoire, banalisée par le patient qui n'avait aucun suivi pneumologique.

Elle avait prévu s'il le désirait de le revoir lors d'une prochaine consultation pour faire le point.

Tableau 1: Tableau des rôles et attentes de l'observation N°3

	<b>Acteur 1 : Médecin</b>	<b>Acteur 2 : Patient</b>
Acteur 1	Suivre du patient chronique compliqué sans aucun compte rendu	Aucun suivi médical, fuite du monde médical
Acteur 2	Simple prescription et suivi en 1 seule consultation	Patient simple devant juste avoir un simple suivi

Tableau 2 : définition des situations de l'observation N°3

	Acteur 1: Médecin	Acteur 2: Patient
<b>Vision de la situation</b>	Nouveau patient polypathologique	Veut changer de médecin traitant
<b>Actions typiques et implications</b>	Recadrement du patient et explications sur la nécessité d'un suivi	Ne connaît pas son traitement ni même ses pathologies
<b>Significations attachés par acteur lui même</b>	Education de nouveaux patients chroniques	Ne voit pas pourquoi elle ne veut pas le voir dès maintenant
<b>Conséquences values et non voulues</b>	Reprise de rendez vous	Education par le médecin

L'écart perçu : La vision du médecin avec la complexité d'accueillir un nouveau patient polypathologique. Il fallait apprendre à le connaître et à le soigner. Il était dans une attente d'un nouveau médecin et pensait avoir une ordonnance de traitement dès le premier jour.

## 2. Cabinet du Docteur Co .

### Observation N°1

Le début de la consultation a eu lieu à 10h et s'est fini à 10h35 (35').

Me P. 90 ans accompagnée de sa petite fille, était en retrait, ne disait rien.

Sa petite fille a fait la bise au médecin en lui disant : « *ça va toi ?* ».

Elle venait pour une décompensation respiratoire secondaire à une virose sur sa BPCO.

Sa petite fille demandait au médecin : « *il faut des antibiotiques?* » puis « *j'abuse je peux aussi prendre ma tension artérielle moi* ».

Le médecin a mis la patiente sous oxygène à la maison sans beaucoup d'explications.

La petite fille a répondu : « *pas aujourd'hui je n'ai pas le temps..* ».

Pour le renouvellement la posologie de la Lévothyroxine n'était pas stipulée sur l'ordonnance, sa petite fille a dit : « *je vérifierais avec le pharmacien avec les anciennes prescriptions* ».

C'était la petite fille qui dictait les médicaments au docteur en disant pour un traitement « *ça j'ai un stock ce n'est pas la peine de le remettre* ».

L'ordonnance était manuscrite.

Pendant ce temps la patiente était toujours en retrait ne parlant pas, souriante, personne ne lui demandait son avis.

Sa petite fille : « *tiens au fait Michel, il manquait le Kardégic depuis trois mois...* ».

Le médecin : « *ah ça doit être un oubli* ».

Puis sa petite fille très rassurante a dit : « *t'inquiètes pas je te la ramènerais demain et tu verras elle ira bien* ». Elles sont parties puis elle a toquée 2 minutes plus tard : « *tu m'as mis que 3mois il me faut 6* » « *au fait c'est quand la prochaine prise de sang* » « *je sais pas* » : a répondu le médecin et elle est repartie.

Tableau 1: Tableau des rôles et attentes de l'observation N°1

	<b>Acteur 1 : Médecin</b>	<b>Acteur 2 : Patient</b>
Acteur 1	Reprendre l'ancienne ordonnance et faire un copier-coller  Tutoiement	Relation amicale pas vraiment de suivi avec un pneumologue
Acteur 2	Fait l'ordonnance Relation de sympathie pas vraiment explications	Petite fille qui gèrait pour sa grand mère et connaissait le traitement mieux que le médecin

Tableau 2: définition des situations de l'observation N°1

	<b>Acteur 1 : Médecin</b>	<b>Acteur 2 : Patient</b>
<b>Vision de la situation</b>	Renouvellement en copiant l'ancienne ordonnance manuscrite  Besoin d'oxygène à la maison	Consultait avec sa petite fille  Patiente en décompensation respiratoire
<b>Actions typiques et implications</b>	Rédaction de l'ordonnance mais pas vraiment concentré (oublie kardegic depuis 3 mois non pris par patiente)  Prescription d'oxygène sans réel suivi	Patiente en retrait sur sa chaise  Petite fille faisait la bise au médecin ils se tutoyaient et ne laissait pas de place à la patiente
<b>Significations attachées par acteur lui même</b>	Petite fille accompagnant la patiente qui savait tout sur le traitement mieux que lui et gèrait toute la situation	Petite fille venue pour simple renouvellement banalisait l'état respiratoire de sa grand mère
<b>Conséquences voulues et non voulues</b>	Oublie de médicament  Familiarité avec les patients qu'il connaissait depuis des années  Sous-estimation de l'état de gravité de cette patiente en retrait durant la consultation et pas auscultée.	Etat de la patiente négligée car en retrait  Inobservance du fait d'une erreur de prescription  Laisser seule sur sa chaise  Passive

L'écart perçu : La relation amicale du médecin avec sa patiente et sa famille, faisait oublier des traitements de la malade, celle-ci étant à l'écart dans cette consultation.

### Observation N°2

Le début de la consultation a eu à 11h05 et s'est finie à 11h30 (25').

Une patiente de 57 ans était venue pour une otite : « *j'ai arrêté la Venlafaxine car j'ai eu une infection urinaire et je suis sensible* », « *je me sens à fleur de peau je suis énervée, j'ai tout arrêté depuis 15 jours* » (sous Venlafaxine depuis 1an).

Le médecin lui a répondu : « *on va faire une BU* ».

Il m'a dit : « *son otite traitée par antibiotique va traiter ses urines* »

Les bandelettes urinaires étaient périmées depuis 2 ans.

Il n'a pas discuté avec elle sur l'arrêt de la Venlafaxine et l'a remis sur l'ordonnance se contentant de lui dire « *gardez ça jusqu'aux vacances il faut que les choses se règlent* ».

Tableau 1: Tableau des rôles et attentes de l'observation N°2

	<b>Acteur 1 :Médecin</b>	<b>Acteur 2 : Patient</b>
Acteur 1	Suit et écoute du patient et ses symptômes	Aucune explication sur le fait que Venlafaxine n'a rien à voir avec son infection
Acteur 2	Ecoute attentive du médecin qui la comprend	Connait bien les choses

Tableau 2: définition des situations de l'observation N°2

	Acteur 1 : Médecin	Acteur 2 : Patient
<b>Vision de la situation</b>	Rassurer sa patiente	Arrêt de la venlafaxine devant les effets secondaires
<b>Actions typiques et implications</b>	Mise sous antibiotique	Explications au médecin sur le pourquoi
<b>Significations attachées par acteur lui même</b>	Traitement à la fois de son infection urinaire et de son otite	Le fait d'arrêter son traitement va résoudre ses infections
<b>Conséquences voulues et non voulues</b>	Ajout de la venlafaxine sur ordonnance	Pas explications sur l'arrêt de son traitement

L'écart perçu : entre la volonté de la malade d'arrêter ses traitements face aux effets secondaires et la réaction de son médecin qui ne relevait pas mais qui l'a remis sur son ordonnance.

### Observation N°3

Un patient de 37 ans qui n'avait pas ses résultats sur lui. Le médecin va les chercher au secrétariat. Le début de la consultation a eu lieu à 14h et s'est terminé à 14h15 (15').

Le patient lui avait dit : « *Je viens car j'ai mal à la tête avec la peinture. J'ai aussi une gêne dans la Poitrine* ».

Docteur Co. lui avait répondu: « *quand a t'on fait une dernière radiographie des poumons ?* »

Le patient : « *elle était normale. Mais ma femme a eu une embolie pulmonaire et sa radiographie des poumons était normale.* »

Il ne lui avait pas répondu puis le téléphone a sonné et le médecin a répondu. Il n'apporta pas d'explications plus approfondies, lui a parlé de sa femme. Il lui avait pris sa tension.

Puis le patient : « *les radios je n'ai pas confiance* ».

Le médecin : « *je vais te prescrire un scanner, on fera un ECG mardi prochain. Si j'étais inquiet je te ferais un ECG aujourd'hui* ». « *Je te prescris un scanner pulmonaire, je pense que tu es anxieux du fait du cancer de ta mère* » (contexte d'une mère atteinte d'un cancer des ovaires).

Tableau 1: Tableau des rôles et attentes de l'observation N°3

	<b>Acteur 1 : Médecin</b>	<b>Acteur 2 : Patient</b>
Acteur 1	Rassurer son patient sur le risque d'embolie pulmonaire	Explications sur la nécessité de faire des examens
Acteur 2	Voulait des examens complémentaires car transfert par rapport à sa femme	Se posait beaucoup de questions et est rassuré avec le scanner

Tableau 2: définition des situations de l'observation N°3

	<b>Acteur 1 : Médecin</b>	<b>Acteur 2 : Patient</b>
<b>Vision de la situation</b>	Rassurance du patient sur le fait qu'il n'a pas d'embolie pulmonaire	Peur d'avoir la même pathologie que sa femme
<b>Action typiques et implications</b>	Prescription d'une radiographie et un scanner thoracique	Ne voulait pas seulement une radiographie car n'avait pas confiance
<b>Significations attachées par acteur lui même</b>	A réussi à convaincre le patient et le rassurer	Rassuré par ce que le médecin lui a proposé
<b>Conséquences voulues et non voulues</b>	Scanner thoracique pour le patient comme il voulait	Est reparti avec ce qu'il voulait



L'écart perçu : le médecin écoutait beaucoup son patient et répond à ses exigences même si ce n'était pas toujours justifié, mais cela avait pour but de réassurer le patient.

### **3. Cabinet du Docteur C.**

#### **Observation N°1**

C'était une patiente de 83 ans venue accompagnée de sa fille pour son renouvellement d'ordonnance dans le cadre d'une hypertension artérielle et de son diabète.

Le début de la consultation a eu lieu à 11h40 et s'est finie à 12h00 (20').

Elle a commencé : *« je viens pour un renouvellement et pour faire un courrier pour l'orthopédiste »*.

La fille de la patiente est intervenue : *« ta prise de sang ? »*.

Le médecin s'adressa à la patiente : *« vous avez une genouillère ? »*, elle lui a dit : *« oui, et ça me fait du bien en attendant l'intervention ? »*.

Puis le médecin regarda le bilan : *« c'est parfait vous allez repartir pour 25 ans ! »*.

La fille de la patiente est intervenue de nouveau *« elle va aller jusqu'à 100 ans ! »*.

Puis il lui a pris sa tension et a regardé son poids. *« 13/7, c'est parfait »*, sa fille ajouta : *« c'est une vraie tension de jeune fille »*. Puis ils ont ri tous les trois ensemble.

Le médecin expliqua : *« L'Imovane celui-là on ne peut le renouveler c'est la loi. C'est pour éviter l'accoutumance des patients. Appelez le secrétariat tous les mois et je ferai l'ordonnance. »*

Puis il regarda son bilan avec son diabète et notamment son HbA1c, il n'a rien à signaler et lui a prescrit une échographie des TSA. Il lui expliqua en quoi cela consistait et pourquoi on le faisait. Ainsi que sa prescription de podologue.

La patiente répondit : « *ah oui je ne peux pas me chauffer* » mais le médecin lui expliqua : « *c'est pour regarder vos pieds avec le diabète...* ».

La fille a réagi en ajoutant : « *c'est un vrai contrôle technique* », Docteur C. lui rétorqua : « *comme ça on aura tout fait* ».

Il a fait une lettre pour le cardiologue avec tout écrit expliquer dessus et a sorti l'ordonnance pour la patiente mais comme elle ne se souvenait plus exactement du nom des aiguilles la fille lui répondit : « *le pharmacien connaît* ». Puis elles ont récupéré l'ordonnance et sont parties.

Tableau 1: Tableau des rôles et attentes de l'observation N°1

	<b>Acteur 1 : Médecin</b>	<b>Acteur 2 : Patient</b>
Acteur 1	Jongler entre explications de la fille et la patiente	Dépendance de sa fille Eviter l'accoutumance aux hypnotiques
Acteur 2	Référence	Fille gérant tout

Tableau 2: définition des situations de l'observation N°1

	Acteur 1 : Médecin	Acteur 2 : Patient
<b>Vision de la situation</b>	Fille accompagnant patiente et étant sa référence	Fille qui gérait sa maladie et ses traitements
<b>Actions typiques et implications</b>	Explications à la fois à la fille qui gérait beaucoup de choses et la patiente  Explications sur comment faire pour renouveler l'Imovane	Ecoute du médecin mais fille l'accompagnant pour écouter et gérer la suite
<b>Significations attachées à acteur lui même</b>	Devait à la fois impliqué patiente et sa fille	Passive et se laisser guider par le médecin traitant et la fille
<b>Conséquences voulues et non voulues</b>	Explications claires aux deux	Connaissait ses pathologies mais peu Ne connaissait pas ses traitements ... Fille étant sa référence

L'écart perçu : Sur l'explication du médecin concernant le renouvellement de son Imovane avec le fait de venir tous les mois au secrétariat ce qui était paradoxal sur le fait d'éviter l'accoutumance des personnes âgées aux hypnotiques.

### Observation N°2

Patiente de 52 ans qui était venue à la fois pour le renouvellement de son dossier MDPH et son ordonnance.

Le début de la consultation a eu lieu à 12h10 et s'est fini à 12h40 (30').

Le médecin lui a expliqué : *«vous allez revenir pour le dossier MDPH c'est une consultation spécifique pour ça aujourd'hui on s'occupe des traitements. »*

La patiente a dit : *« je ne veux pas de génériques car je suis allergique. »*

Docteur C. lui a dit : *« vous allez payer si non substituable »* mais la patiente : *« ce n'est pas grave ma mutuelle paie, mettez sur une autre ordonnance ».*

Elle s'exprimait assez mal en français et c'était parfois difficile à comprendre et demandait beaucoup de choses en même temps durant cette consultation.

Le médecin lui a répondu : *« ça sert à rien de multiplier les ordonnances »* puis il l'a interrompu en prenant sa tension.

En fin de consultation elle a essayé de reparler de son dossier Docteur C. a finit par lui réexpliquer qu'il allait le faire sur une consultation complète et ils en profiteront pour faire un point. Elle a tout noté sur une feuille. Elle ne s'arrêta pas de parler.

Docteur C. s'est levé pour couper la consultation et est allé vers la porte. Elle a fini par se lever et s'en aller.

	<b>Acteur 1 :Médecin</b>	<b>Acteur 2 : Patient</b>
Acteur 1	Gérer son temps de consultation Recadrer le patient venant pour plusieurs choses pour une seule consultation	Ne synthétisait pas les choses Voulait tout en même temps Ne comprenait pas les explications du médecin
Acteur 2	A le temps de tout faire	Devait tout faire en une consultation : renouvellement et dossier MDPH

Tableau 1: Tableau des rôles et attentes de l'observation N°2

Tableau 2: définition des situations de l'observation N°2

	Acteur 1 : Médecin	Acteur 2 : Patient
<b>Vision de la situation</b>	<p>Patiente venant pour plusieurs choses sur une même consultation</p> <p>Posait beaucoup de questions</p> <p>Difficile à cadrer</p>	<p>Tout gérer en une seule consultation</p>
<b>Actions typiques et implications</b>	<p>Recadrage de la patiente en lui expliquant qu'il faudra revenir sur une autre consultation pour son dossier MDPH</p>	<p>Posait toutes les questions dont elle a besoin</p> <p>venait à la fois pour renouvellement et dossier MDPH dans un même temps de consultation</p>
<b>Significations attachées sur acteur lui même</b>	<p>Médecin traitant qui gérait son temps de consultation, et une chose par consultation, 1 pour renouvellement et 1 pour dossier MDPH</p>	<p>Médecin pouvant tout gérer en une seule fois</p>
<b>Conséquences voulues et non voulues</b>	<p>Ecourter consultation en se levant et en coupant court aux questions de la patiente</p> <p>Reprise de rendez-vous</p>	<p>Dire de reprendre un autre rendez-vous</p>

L'écart perçu : entre les attentes de la patiente et ce que pouvait réaliser le médecin en une consultation.

### Observation N°3

Une patiente de 55 ans africaine suivie pour une HTA qui allait partir dans son pays d'origine pour 1 mois et demi.

Le début de la consultation a eu lieu à 17h45 et s'est terminé à 18h05 (20').

Docteur C. avait beaucoup de patient d'origine africaine avec qui il avait créé une relation particulière. Lui les vouvoyaient parfois eux le tutoyait et lui disaient souvent « *Docteur c'est vous qui savez* ».

Le médecin lui a demandé : « *les médicaments habituels et ceux pour l'Afrique ?* ».

Elle parlait en langue africaine accompagnée de son fils.

Le médecin a fait son ordonnance avec la prévention contre le paludisme et a vérifié les vaccinations.

La patiente n'a pas dit un mot et se contenta d'approuver d'un signe de tête.

Comme elle partait pour son pays d'origine, le médecin précisa sur l'ordonnance « à donner en une fois pour cause de départ à étranger ».

Il y a eu un coup de téléphone d'un patient en pleine consultation durant quelques minutes.

Ils étaient aussi venus en consultation pour son fils pour la prévention du paludisme qui n'était pas très causant.

Il lui a pris sa tension artérielle, le médecin lui a dit 12/7 « *très bien madame* ».

La patiente n'a eu aucune réaction puis au moment de partir, jeta un coup d'œil à son fils pour qu'il ait relu l'ordonnance pour voir si tout est bon.

Tableau 1: Tableau des rôles et attentes de l'observation N°3

	<b>Acteur 1 : Médecin</b>	<b>Acteur 2 : Patient</b>
Acteur 1	Médecin de famille Apprendre à composer avec cette population, notamment un tutoiement facile mais un respect total	Population africaine ayant une certaine image du médecin de famille encore comme un patriarche qui gérait et décidait de tout avec une confiance aveugle
Acteur 2	Suivait à la lettre ce que dit médecin Confiance totale	Passive suivant tout ce que dit le médecin

	Acteur 1 : Médecin	Acteur 2 : Patient
<b>Vision de la situation</b>	Renouvellement traitement chez une patiente africaine venant avec son fils	Confiance totale en vers le médecin
<b>Actions typiques et implications</b>	Renouvellement avec peu d'explications	Fils juste là pour vérifier l'ordonnance
<b>Significations attachées sur acteur lui même</b>	Population ayant une confiance totale envers le médecin qu'elle considérait comme patriarcale	Médecin qui savait tout ce qu'il fallait pour elle
<b>Conséquences voulues et non voulues</b>	Médecin figure paternel et ayant le savoir intégral  respect par cette population voyant le médecin comme quel qu'un de grand et possédant certaines connaissances	Suivait à la lettre ses recommandations

Tableau 2: définition des situations de l'observation N°3

L'écart perçu : La relation de toute confiance que pouvaient avoir ces patients avec leur médecin mais à la fois le fait que son fils vérifiait quand même l'ordonnance.

#### Observation N°4

Un patient de 55 ans était venu pour son suivi d'hypertension artérielle : « *je viens pour un renouvellement de Ramipril, le dos va mieux, j'ai pris un poste à responsabilité je rentre tard le soir* ».

Le début de la consultation a eu lieu à 18h20 et s'est fini à 18h40 (20').

Le médecin lui expliqua : « *ce n'est pas terrible votre tension, on est à plus de 18, vous n'avez pas de problème de prise de médicament? On n'est pas équilibré 17/10 de l'autre côté* ».

Il lui a répondu : « *c'est à cause du foot. J'ai un autre problème mon œil droit coule depuis 2-3 jours* ».

Le patient passa vite à un autre sujet, ne releva pas du tout son problème de tension artérielle et était plus dirigé sur son problème de conjonctivite.

Et il essaya de rassurer le médecin ou même de se rassurer lui-même : « *ne vous en faites pas pour mon problème de tension, je pars en vacances je vais me détendre* ».

Mais le médecin creusa en lui demanda : « *vous avez un tensiomètre ? Vous allez partir ? On rajoute Lercandipine 10 en plus si la tension est supérieure à 15* ».

Le malade lui répondit : « *je la prends quand ?* » puis Docteur C. « Je vais être embêtant ».

Puis le patient finit par dire : « *je n'arrive pas docteur les médicaments* ».

Le médecin lui : « *je vous comprends* ».

Il lui expliqua l'automesure et lui prêta un tensiomètre : « *vous faites ça tous les jours pendant 15 jours puis vous espacez....* ».

Puis le patient se confia : « *il me stresse au boulot, j'ai un projet de 1 million sur le dos, et pas de salaire qui va avec* ».

Le médecin ne releva pas et dit : « *Amlodipine 5* ».

Il n'y avait pas de rendez-vous avant plus de 3 semaines car beaucoup des médecins de la commune étaient partis à la retraite.

Tableau 1: Tableau des rôles et attentes de l'observation N°3

	<b>Acteur 1 : Médecin</b>	<b>Acteur 2 : Patient</b>
Acteur 1	Recadrer patient qui prenait son HTA à la légère	Inobservance oubliait ses médicaments Education thérapeutique HTA
Acteur 2	Difficile pour lui les médicaments	HTA secondaire à son mal de dos



Tableau 2: définition des situations de l'observation N°3

	Acteur 1 : Médecin	Acteur 2 : Patient
<b>Vision de la situation</b>	Patient HTA ne suivant pas bien son traitement, difficulté d'observance	Renouvellement d'ordonnance accessoire  Préfère discuter de ses problèmes de genoux
<b>Actions typiques et implications</b>	Pas de réprimande mais explications claires avec nouvelle prise en charge	Expliquait les difficultés avec les traitements et du aussi a son travail difficile en ce moment : se trouvait des excuses
<b>Significations attachées par acteur lui même</b>	Eduquer son patient pour qu'il se rende compte qu'il était hypertendu	Sentiment de culpabilité  Difficultés d'observance car se sentait bien
<b>Conséquences voulues et non voulues</b>	Prise TA quotidienne et changement de traitement en conséquence  Reconvocation pour faire le point	Nouveau traitement en route  Suivi régulier avec le médecin

L'écart perçu: la différence entre ce que le patient attendait de cette consultation et ce que le médecin voulait de lui par rapport à son traitement pour son hypertension artérielle.

#### 4. Pharmacie du bord de seine

##### Observation n°1

Un patient de 80 ans était venu pour renouveler son Previscan. Le pharmacien lui demanda à combien était son INR, il lui répondit : « 2.2 il y a 5 jours » et le pharmacien poursuivit : « parfait on ne change rien ».

Le pharmacien m'a confié qu'il demandait les INR et qu'en fonction ça lui arrivait de modifier les posologies tout en informant le médecin traitant par un coup de téléphone ou mail.

Il ajouta que parfois il manquait le poids sur les ordonnances et cela lui posait des soucis pour vérifier les posologies notamment chez les personnes âgées. Il m'a expliqué qu'il existait des dossiers informatisés à la pharmacie permettant de surveiller si les patients ne vont pas dans plusieurs pharmacie notamment pour le Zolpidiem par exemple ».

Il stockait toutes les ordonnances des patients ayant des pathologies chroniques. Il m'a dit : « *tu sais ici c'est une population particulière ne parlant pas toujours très bien français donc je préfère tout avoir à porter de main* » mais aussi me confia : « *cela me pose des soucis de ne pas avoir accès à un logiciel me permettant de savoir les pathologies des patients.*»

Aucune vente libre n'était réalisé dans sa pharmacie par choix il m'a dit : « *sinon les patients partent sans explications et peuvent prendre n'importe quoi* ».

Tableau 1: Tableau des rôles et attentes de l'observation N°1

	<b>Acteur 1 : Pharmacie</b>	<b>Acteur 2 : Patient</b>
Acteur 1	Adapter posologie INR Informé médecin traitant	Aide médecin traitant pour éviter consultation tout en l'informant
Acteur 2	Complément du médecin traitant , adapte posologie AVK Relais du médecin traitant	Prendre ses médicaments et demander posologie en fonction INR

Tableau 2: définition des situations de l'observation N°1

	Acteur 1 : Pharmacien	Acteur 2 : Patient
<b>Vision de la situation</b>	Analyse de INR	Faire confiance à son pharmacien
<b>Actions typiques et implications</b>	Adaptation des posologies des AVK	Ecoute du pharmacien
<b>Significations attachées sur acteur lui même</b>	Partenariat avec le médecin traitant qu'il appelait	Pharmacien et médecin travaillaient ensemble
<b>Conséquences voulues et non voulues</b>	Adaptation en fonction de INR pas de risque immédiat pour le patient et facilitait le travail du médecin	Changement de ses doses par le pharmacien

L'écart perçu : c'était le pharmacien qui changeait les doses des AVK du patient en prévenant le médecin traitant.

### Observation n°2

Un patient diabétique et hypertendu de 80 ans venu pour un renouvellement. La pharmacienne marqua les posologies sur les boites et quand les prendre. Par ailleurs elle se confia en disant : « *le médecin me donne trop de médicaments* ».

Tableau 1: Tableau des rôles et attentes de l'observation N°2

	<b>Acteur 1 : Pharmacien</b>	<b>Acteur 2 : Patient</b>
Acteur 1	Marquer les posologies sur les boîtes	Obligations de mettre posologie sur les boîtes pour éviter toute erreur
Acteur 2	Se laisser guider par pharmacienne	Ecouter pharmacienne

Tableau 2: définition des situations de l'observation N°2

	Acteur 1 : Pharmacien	Acteur 2 : Patient 2
<b>Vision de la situation</b>	Renouvellement d'ordonnance	Ecoute du pharmacien
<b>Actions typiques et implications</b>	Marquer posologies sur boîtes de médicaments	Aide du pharmacien en marquant les posologies
<b>Significations attachées sur acteur lui même</b>	Aider patient	Aide du pharmacien
<b>Conséquences voulues et non voulues</b>	Eviter erreur de prise médicamenteuse	Ne pas faire d'erreur lors de la prise des médicaments

L'écart perçu : le fait de marquer les posologies sur les boîtes de médicaments pour les patients de sa pharmacie pour éviter les erreurs de posologies et avec les génériques.

### Observation n°3

Patiente de 45 ans sous Metformine 850 habituellement, le pharmacien remarqua qu'elle était passée à du 1000 mg : « *vous êtes passés au 1000 ?* ».

La patiente répondit : « *ah non le médecin ne m'en a pas parlé* ».

Donc le pharmacien a pris le parti de l'appeler puis lorsqu'il est revenu : « *c'est une erreur il s'est trompé vous êtes toujours au 850 mg* ».

Le pharmacien me raconta : « *un jour j'avais une patiente de 87 ans qui commençait à perdre la tête, elle revenait soit toutes les semaines avec la même ordonnance, soit contraire je la voyais pas pendant 2 mois, j'ai fait un signalement à son IDE à domicile que je connaissais qui venait pour ses dextro* » ; « *ça nous ai même arrivé pour cette patiente comme pour d'autres qu'on connaît depuis des années à les emmener à domicile* ».

Tableau 1: Tableau des rôles et attentes de l'observation N°3

	<b>Acteur 1 : Pharmacien</b>	<b>Acteur 2 : Patient</b>
Acteur 1	Vérifier posologie par rapport à l'ordonnance précédente	Ne pas donner mauvais médicament au patient
Acteur 2	Pharmacien partenaire et travaillait en binôme avec le médecin	Faire confiance à la pharmacienne en partenariat avec le médecin

Tableau 2: définition des situations de l'observation N°3

	Acteur 1 : Pharmacien	Acteur 2 : Acteur
<b>Vision de la situation</b>	Erreur posologie	Confiance dans le pharmacien
<b>Actions typiques et implications</b>	Vérifier si changement ou erreur du médecin	N'avait pas fait attention à la posologie du médicament
<b>Significations attachées sur acteur lui même</b>	Faire partie intégrante de la prise en charge du malade	Pharmacien prenant aussi des décisions sur le traitement
<b>Conséquences voulues et non voulues</b>	Eviter erreur de posologie pour la patiente	Prise de la bonne posologie

L'écart perçu : le pharmacien avait ce rôle de vérification de la posologie ancienne par rapport à un renouvellement.

## 5. Pharmacie proche du Vexin

### Observation n°1

Un patient de 70 ans était suivi pour une HTA, le pharmacien lui a demandé : « *de quels médicaments avez-vous besoin ?* ».

La patient lui a répondu : « *je n'ai plus d'Ibsartan ni Rosuvastatine depuis 3 jours* »

Puis le pharmacien a repris : « *ne restez pas sans traitement pendant 3 jours* »

Il lui a dit : « *je n'avais pas d'ordonnance sur moi, je me débrouille, déjà avec mon changement de dosage c'est pas évident* »

Le patient avait les mains sur le comptoir et recula au fur et à mesure de la conversation.

Tableau 1: Tableau des rôles et attentes de l'observation N°1

	<b>Acteur 1=Pharmacien</b>	<b>Acteur 2=Patient</b>
Acteur 1	Explication sur le fait de prendre ses traitements de manière régulière	Patient devant prendre ses traitements
Acteur 2	Donner des médicaments	Gérer seul ses traitements

Tableau 2: définition des situations de l'observation N°1

	Acteur 1 : Pharmacien	Acteur 2 : Patient
<b>Vision de la situation</b>	Patient inobservant à ses traitements	Oubli du traitement pas importance
<b>Actions typiques et implications</b>	Explications sur l'importance de le prendre et éducation thérapeutique	Ecoute pharmacien
<b>Significations attachées par acteur lui même</b>	Rôle dans l'éducation du patient	Remise en question
<b>Conséquences voulues et non voulues</b>	Remise en question du patient reprise de son traitement	Reprise de son traitement

L'écart perçu : l'arrêt du traitement par le patient et l'importance de la prise de celui-ci démontré par le pharmacien.

## Observation n°2

Patiente était venue pour remettre à jour son dossier car on lui avait avancé une boîte de médicaments et pour récupérer son renouvellement. Elle nous a interpellé en disant : « *le médecin est assez carré, ça fait du bien d'être bien pris en charge. Je suis dans un nouveau protocole avec l'oncologue.* » ; « *Il faut juste se recalibrer par rapport à tout ce que disent les médecins . Bon après l'hôpital c'est le chaos comme partout.* »

La patiente chuchota créant ainsi un intimité avec la pharmacienne. Celle-ci lui répondit : « *Des patients sont venus me voir pour me poser des questions, c'est n'importe quoi* », « *on est pharmacien, pas médecin, c'est le docteur qui doit annoncer le diagnostic* »

Tableau 1: Tableau des rôles et attentes de l'observation N°2

	<b>Acteur 1=Pharmacien</b>	<b>Acteur 2=Patient</b>
Acteur 1	Donner parfois des explications sur les pathologies non dites par le médecin	Ne doit pas annoncer le diagnostic aux patients
Acteur 2	Confidence sur les médecins Intimité pharmacien	Confidence pharmacien



Tableau 2: définition des situations de l'observation N°2

	Acteur 1 : Pharmacien	Acteur 2 : Patient
<b>Vision de la situation</b>	Colère et incompréhension devant le fait que les médecins ne disaient pas toute la vérité et explications aux patients	Interrogations par rapport à son diagnostic
<b>Actions typiques et implications</b>	Explications des choses même si n'était pas son rôle	Demandait à la pharmacienne car seul interlocuteur disponible
<b>Significations attachées ar acteur lui même</b>	Ne laissait pas le patient au dépourvu face à certaines situations et questions	Confiance en vers le pharmacien
<b>Conséquences voulues et non voulues</b>	Réassurance ou non au patient qui comprenait les choses	Compréhension de la situation même si ce n'était pas facile d'accepter l'annonce du cancer

L'écart perçu : entre ce que les médecins disaient au patient et ce qu'ils attendaient, la confiance au pharmacien qui était privilégié avec la patiente.

### Observation n°3

Un patient était venu pour son traitement d'Olmésartan, il n'avait pas son ordonnance et a dit : *« je me rappelle plus du dosage »*.

Le pharmacien lui a répondu : *« je dois avoir un double dans l'informatique »*.

Il a fini par retrouver le dosage du médicament et l'a dépanné d'une boîte.

	<b>Acteur 1=Pharmacien</b>	<b>Acteur 2=Patient</b>
Acteur 1	Conserver les ordonnances des patients ayant des maladies chroniques Vérifier la posologie Explications des traitements Dépanner patients si pas ordonnance	Oublie ses traitements Pas assidu sur ses ordonnances et son observance
Acteur 2	Aucune connaissance du dosage de ses médicaments	Dépannage de médicaments Lui rappeler la posologie

Tableau 1: Tableau des rôles et attentes de l'observation N°3

Tableau 2: définition des situations de l'observation N°3

	<b>Acteur 1 : Pharmacien</b>	<b>Acteur 2 : Patient</b>
<b>Vision de la situation</b>	Patient venant sans ordonnance et ne connaissant même pas son traitement	Venait récupérer ses médicaments sans ordonnance et sans même les connaître
<b>Actions typiques et implications</b>	Double de l'ordonnance conservée dans le dossier du patient	Ecoute du pharmacien
<b>Significations attachées par acteur lui même</b>	Ne pas laisser le patient sans traitement	Reprise de son traitement
<b>Conséquences voulues et non voulues</b>	Prise du traitement par le patient mais aucune éducation thérapeutique	Consultation avec son médecin dans le mois obligatoire

L'écart perçu : le fait que le patient ne prenait plus ses traitements et l'importance que cela avait. La place du pharmacien dans cette situation permettrait ainsi de corriger cette inobservance.

Comme pour la pharmacie urbaine j'ai discuté sur les habitudes tenues : il n'y avait pas de protocole systématique ni de double des ordonnances des patients à la pharmacie. (contrairement à la pharmacie précédente ou le pharmacien gardait toutes les ordonnances sous format informatique).

#### Observation n°4

Une patiente de 40 ans suivie pour un syndrome dépressif « *je suis en panne de la Venlafaxine , je me laisse trois semaines pour aller voir le médecin. »*.

Par ailleurs elle avait aussi besoin de Levothyrox et précisa: « *j'ai une autre ordonnance »* .

Elle possédait 3-4 ordonnances différentes dans son porte-feuille.

Elle répondait à la pharmacienne : « *oui je sais je dois y aller c'est la dernière fois. »*.

Tableau 1: Tableau des rôles et attentes de l'observation N°4

	<b>Acteur 1=Pharmacie</b>	<b>Acteur 2=Patient</b>
Acteur 1	Nécessité de consulter médecin pour renouvellement	Inattentive à ses renouvellements , possède plusieurs ordonnances
Acteur 2	Dépannage médicaments	Dépannage venlafaxine

Tableau 2: définition des situations de l'observation N°4

	Acteur 1 : Pharmacien	Acteur 2 : Patient
<b>Vision de la situation</b>	Arrêt du traitement par la patiente	Vient en dépannage à la pharmacie sans ordonnance
<b>Actions typiques et implications</b>	Explications sur la nécessité de continuer et les conséquences de l'inobservance	Explications sur le fait d'avoir arrêté essaye de se justifier
<b>Significations attachées par acteur lui même</b>	Education thérapeutique	Ne se rend pas compte des conséquences
<b>Conséquences voulues et non voulues</b>	Dépannage 1 mois pour éviter que le patient ne soit sans traitement  Conseil de reconsulter	Dépannage venlafaxine mais avec éducation et conseil de reconsulter rapidement

L'écart perçu : la patiente pensait qu'elle pouvait venir à la pharmacie sans ordonnance et se faire dépanner de la Venlafaxine comme cela. Le pharmacien la dépanna quand même évitant l'arrêt du traitement.

### Observation n°5

Un patient de 65 ans : « *j'arrive de l'étranger et j'ai perdu mon ordonnance, je prend du Previscan que je n'ai plus depuis 2-3 jours* ». De suite le pharmacien a rebondi : « *vous devez avoir un double que l'on a scanné* ».

Il regarda l'ordonnance valable 6 mois et qui était déjà expirée depuis 1 mois : « *je vous fais un dépannage exceptionnel pour 1 mois car c'est important et urgent pour le Previscan, il ne faut jamais l'arrêter. Il faut revoir votre médecin* ». Le patient n'a pas réagi et a changé de conversation en disant : « *il me manque aussi de la Flecaine* ».

Mais le pharmacien l'a repris en précisant : « *c'est du Bisoprolol* ».

Il lui a répondu : « *ah oui je me trompe a chaque fois. C'est vrai qu'avec mes vacances je n'ai pas eu le temps d'y aller, ma femme avait pris rendez-vous mais je n'y suis pas allé* »

Tableau 1: Tableau des rôles et attentes de l'observation N°5

	<b>Acteur 1=Pharmacien</b>	<b>Acteur 2=Patient</b>
Acteur 1	Education thérapeutique sur la nécessité de prendre AVK Importance d'aller voir médecin	Ne connaissait pas ses traitements Inobservance sur les AVK Pas de consultation de renouvellement
Acteur 2	Dépannage médicaments en attendant la consultation avec le médecin traitant	Aucune connaissance de son traitement de base Oublie de prendre les médicaments

Tableau 2: définition des situations de l'observation N°5

	<b>Acteur 1 : Pharmacien</b>	<b>Acteur 2 : Patient</b>
<b>Vision de la situation</b>	Arrêt des AVK par patient : conséquences pouvant être dramatique	Oubli de ses AVK depuis 3 jours
<b>Actions typiques et implications</b>	Explications et éducation patient	Ne s'en cachait pas mais ne prenait pas conscience de la gravité
<b>Significations attachées par acteur lui même</b>	Rôle dans la prise en charge du patient	Conscience de la nécessité de ses traitements et du renouvellement
<b>Conséquences voulues et non voulues</b>	Education patient Reprise de ses AVK et autre traitement	Consultation avec son médecin traitant Reprise des AVK

L'écart perçu : la négligence du patient d'arrêter son traitement d'AVK et le rôle du pharmacien qui expliqua au patient l'importance de le prendre.

## **6. Infirmières Libérales**

### **Commune de bord de Seine**

#### **Observation n°1**

On est allé chez un couple de personnes âgées pour faire une prise de sang. Ils étaient autonomes vivant au rez de chaussée et ayant juste une aide ménagère

L'époux commença en disant : « *Je ne sais pas si je vous l'ai dit j'ai changé de diabétologue , il est parti à la retraite* ».

Elle lui conseilla : « *il a une consœur très bien* ».

Lui répondit : « *vous savez le milieu médical on y comprend rien, puis les rendez vous sont très longs à avoir* ».

#### **Observation n°2**

Nous sommes allés chez une diabétique sous insuline psychotique de 37 ans, on est arrivé plus tard que son heure habituelle son dextro était alors plus bas. L'infirmière décida de ne pas lui faire son insuline car cela l'angoissait si on décalait et si on lui disait que ça n'allait pas.

La patiente avait une attitude très passive et l'infirmière ne lui expliqua pas les choses.

Tableau 1: Tableau des rôles et attentes de l'observation N°2

	<b>Acteur 1=IDE</b>	<b>Acteur 2=Patient</b>
Acteur 1	Faire dextro	Psychotique qui ne comprenait pas les choses
Acteur 2	Venait pour ses dextro et gérer ses traitements	Suivre ce que dit IDE mais ne voulait pas être perturbé par rapport à son insuline

Tableau 2: définition des situations de l'observation N°2

	Acteur 1 : IDE	Acteur 2 : Patient
<b>Vision de la situation</b>	Faire dextro à la patiente	Venait pour dextro
<b>Actions typiques et implications</b>	Au domicile	Au domicile sans explication
<b>Significations attachées par acteur lui même</b>	Pas d'explications nécessaires selon elle	Ne voulait pas que la patiente ne soit perturbée car était en retard
<b>Conséquences voulues et non voulues</b>	Pas d'éducation thérapeutique du patient	Ne faisait pas l'insuline à la patiente car il était trop tard

### **Observation n°3**

Patient de 73 ans ayant une sonde urinaire à demeure pour qui il fallait faire des soins : nous n'avions aucun protocole de prévu. Elle lui posa la question à savoir ce qu'ils allaient faire comme opération et il lui dit : *« ils vont gratter la prostate, mais ils ne m'ont pas tout expliquer. Je sais juste que ça va me permettre de moins aller aux toilettes, et de vider complètement ma vessie. »*. L'infirmière répondit au téléphone pendant ce temps la.

Puis elle ne reprit pas la conversation avec le patient et on est reparti.

Elle me confia dans la voiture : *« des fois ça ne sert à rien de leur expliquer ils comprennent rien. J'arrive je leur fait un dextro puis l'insuline et puis je pars. J'ai beaucoup de patients parfois 50 par jour donc pas le temps de parler beaucoup. »*

### **Commune du Vexin**

Dans son cabinet elle conservait toutes les boites de médicaments des personnes ne pouvant pas les avoir chez eux car ils ne géraient pas du tout (cela concernait trois patients).

### **Observation n°1**

8h30 : une patiente était venue se faire prélever un bilan biologique, elle m'expliqua qu'elle récupérerait les résultats à la pharmacie. Elle avait une ordonnance manuscrite et a dit à l'infirmière : *« lui c'est à vite fait »* (en désignant son médecin traitant).



### **Observation n°2**

On est allé ensuite voir une autre patiente de 85 ans diabétique ayant une démence vasculaire pour sa glycémie et vérification de la prise des médicaments. On lui donna le Kardegic le matin sinon elle oubliait de le prendre.

### **Observation n°3**

Elle m'a dit lors d'une visite à une patiente : « *malheureusement on a que ce que nous dit le patient, aucun accès à des comptes rendus* ».

### **Observation n°4**

Idem pour une patiente de 90 ans que pour la patiente précédente concernant les traitements : « *on lui donne ses AVK le matin, car sinon elle ne le prendrait pas. La famille ne nous aide pas du tout* » en effet l'IDE me dit qu'il fallait s'adapter en fonction des patients et des médicaments.

### III. ANALYSE

#### 1. Le patient et son ordonnance

Pour rappel il y a 18 patients interrogés

- **Accompagnement au cabinet médical**

La majorité des patients venait seule en consultation, dont les moins de 75 ans.

Seulement trois patients âgés de plus de 75 ans allaient en consultation soit en couple soit avec leur enfant sans gérer eux-mêmes leur traitement .

Une patiente de 90 ans était venue avec sa petite fille qui répondait à mes questions au cours de l'entretien, à la place de sa grand-mère. C'est elle qui gérait tout en décidant seule d'arrêter des médicaments : *«Mémé s'en réfère à moi, donc j'ai dit à Michel de revoir son ordonnance et d'en supprimer quelques uns», «c'est ma petite fille en ce moment qui gère mes médicaments comme je suis chez elle»* me dit la patiente, *«ça fait un an que Mémé est avec moi et c'est moi qui gère tout »*.

Un patient venait avec son épouse qu'il désignait lui-même comme étant *« son infirmière »*.

Et enfin une patiente de 85 ans qui y venait toujours avec sa fille mais c'est elle qui gérait le traitement.

- **Autogestion de l'ordonnance**

- **Arrêt des médicaments**

Deux patients m'affirmaient clairement ne jamais arrêter leur traitement : *« je respecte toujours mon ordonnance je n'ai jamais arrêté quoi que ce soit »* (homme de 53 ans).

Le mot respect avait une importance dans cette citation montrant que ce patient estimait et respectait son médecin traitant et son travail.

Au contraire quatre m'avaient dit clairement avoir arrêté le traitement, sans en parler à leur médecin:

-Soit par manque d'efficacité , confirmé par son épouse pour cet homme de 76 ans : « *des fois ma femme me dit d'arrêter tous ces médicaments et je me demande si elle n'a pas raison* », « *ma femme me dit des fois de tout laisser tomber et puis tu verras, est ce que c'est la solution ?* ».

-Soit par choix en disant que cela ne convenait pas : « *s'il y a un médicament qui me convient pas je le prend pas et puis c'est tout , et la fois d'après je lui dit que cela ne convient pas* », « *même des fois il me le marque mais je le prend pas* », femme de 87 ans.

-Soit estimant qu'il y avait trop de médicaments : « *donc j'ai dit à M. de revoir son ordonnance et d'en supprimer quelques uns* », la petite fille d'une femme de 90 ans.

-Soit en se rendant compte des effets secondaires en lisant la notice : « *un moment j'ai arrêté ma Flécaine parce qu'avec mon problème pulmonaire qui se résolvait pas, j'ai lu la notice et j'ai vu que la Flécaine pouvait causer des dommages au niveau des poumons* », femme de 85 ans.

En effet la notice des médicaments était importante pour les patients qui la lisaient beaucoup s'interrogeant surtout aux effets secondaires des médicaments : « *ce que je vois sur moi c'est ce que j'ai pu lire sur la notice c'est que mon foie n'est pas toujours d'accord, de temps en temps j'ai une crise de foie ou diarrhée* », femme de 85 ans.

Majoritairement, les patients interrogés disaient ne pas arrêter leur traitement quelque soit la catégorie d'âge ou la pathologie.

### ➤ Oubli de la prise médicamenteuse

Parmi les patients, six d'entre eux, de plus de 75 ans, disaient ne jamais oublier leurs médicaments.

Une patiente évoqua le fait d'être quelqu'un de « *responsable et rigoureuse* ».

Un patient de 85 ans a évoqué le fait de ne pas pouvoir oublier car « *ma femme est ma pharmacienne* ».

Une patiente de 80 ans m'expliqua que cela lui convenait très bien donc elle n'arrêtait pas. Un autre patient de 50 ans voyait ça comme une obligation : « *j'ai une prescription je dois la suivre* ». Une femme de 87 ans les prenait le matin par habitude comme ça elle ne les oubliait pas.

Au contraire quatre patients de moins de 75 ans oubliaient leur traitement :

certaines parce qu'ils allaient se coucher et ne pensaient pas à leur traitement du soir (« des fois où je vais me coucher sans y penser ») (homme de 35 ans), les autres oubliaient sans vraiment de justification.

- **Connaissance du traitement médicamenteux**

### ➤ Connaissance

Cinq malades de plus de 75 ans disaient ne pas du tout connaître leur ordonnance : soit le nombre de médicaments, soit le nom des traitements, ou enfin les effets secondaires.

Par exemple:

- Une femme de 80 ans « ça me vient un peu en tête Janumet, Isartan, Urius.... et puis les autres je sais plus », « je ne connais pas les effets secondaires et pour l'instant je n'en ai pas ».

- Une autre femme de 80 ans: « je prends du Diamicron pour le diabète mais comme c'est le générique je connais pas le nom, je vais pas y arriver, un truc pour l'estomac et un truc pour le cholestérol, mais je peux pas sortir mon ordonnance c'est mieux je connais pas par coeur », « vous voulez que je sache les noms là c'est compliqué je ne vais pas savoir comme ça comme c'est des génériques maintenant ».

- Patient de 85 ans « non je ne connais pas du tout... , je prends toujours les mêmes ».

- Patiente de 87 ans « j'en prend trois , je ne connais pas les noms , comme ça en regardant ma boîte je sais ce que c'est mais je ne connais pas leurs noms ».

- Femme de 85 ans « alors je prends 2 le matin et 1 le soir le Sintrom , le matin c'est Flecaine ... et.... j'ai oublié le nom attendez je regarde sur mon ordonnance c'est le Tildiem 60 c'est le cardiologue qui m'a donné ça ».

Neuf patients disaient au contraire très bien connaître leur traitement :

« je connais mon traitement et les posologies par coeur » (homme de 58 ans).

Certains ne regardaient même pas l'ordonnance car ils connaissaient les boîtes (homme de 85 ans), « en plus je connais par coeur je ne suis pas du tout perdu » ( homme de 84 ans).

Pour une patiente de 90 ans c'est même sa petite fille qui connaissait par cœur le traitement:« ah oui moi je connais tout par coeur ».

La connaissance des médicaments de l'ordonnance était hétérogène : certains connaissaient bien leurs médicaments, avec parfois quelques erreurs de noms, ou de posologie mais d'autres étaient incapables de retranscrire seul sans aide de leur ordonnance leur traitement.

### ➤ Compréhension de l'ordonnance

Sept patients dont les caractéristiques en âge, sexe et origine étaient diverses, disaient comprendre l'ordonnance du fait d'explications claires du médecin.

D'autres disaient que parfois, les mots étaient un peu compliqués mais cela n'altérait pas la compréhension de l'ordonnance. « *Oui je comprends même si des fois il utilise des mots un peu compliqué* » patient de 84 ans.

A l'opposé cinq patients ne comprenaient pas toujours les explications du médecin :

L'indication de certains médicaments n'était pas claire « *L'Effexor je sais même pas pourquoi je continue à le prendre...je ne vois aucun changement... je le prends par réflexe* », soit parce que l'ordonnance était mal écrite « *moi vous savez je n'arrive même pas à relire mon ordonnance* », ou alors ils ne cherchaient pas à comprendre: « *je ne cherche pas à comprendre tant que je vais bien et que je puisse faire ce que je veux* » femme de 87 ans.

### ➤ Prescription des génériques

La prescription des génériques restait un sujet important à traiter dans le cadre des patients et de leurs maladies chroniques. En effet c'est un débat sans fin entre certains qui pensaient que les génériques n'avaient pas les mêmes effets que les " vrais médicaments " et qui demandaient au médecin de noter « non substituable » pour être remboursés. Ce comportement concernait six patients sur dix-huit, dont un patient atteint de pathologie psychiatrique.

Une femme de 46 ans m'a dit : « *question de politique* » ; « *je me force , inconsciemment* ».

Un homme de 58 ans « *Non je n'ai pas de génériques dès le début on m'a donné les bons .... en non substituable* », « *quand on vient de faire un infarctus on est inquiet et ça m'aurait inquiété de ne pas avoir les vrais médicaments mais les génériques.* »

Ce patient a comparé cela à son métier et je trouvais cela très intéressant : « *c'est certainement une idée reçue mais de part mon métier je raisonne comme ça, en effet : je fabrique des pièces en laiton pour mettre dans des machines et certaines entreprise ont essayé de faire comme moi mais cela ne convient pas et ne fonctionne pas alors je me dis que c'est pareil pour les génériques. C'est tout comme mais cela ne lui ressemble pas...* ». Pour cet autre patient de 76 ans ce n'était pas la même chose : « *je suis pas médecin mais il y a quelque chose qui ne va pas quand on dit le mot générique* », « *j'ai l'impression que ce n'est pas les mêmes molécules , moi je lis le dépliant et ce n'est pas la même chose* », « *oui j'ai des génériques mais je n'aime pas franchement ça les génériques* ».

A contrario, neuf patients étaient indifférents à la prescription de génériques, et ne voyaient pas de changement avec les autres médicaments. Trois patients ne s'étaient pas prononcés, soit par manque de connaissance, soit par absence d'avis sur la question :

« *pour nous c'est la même chose il n'y a pas d'importance* » homme de 85 ans. « *Pour moi il n'y a pas de différence entre les vrais médicaments et les génériques* » femme de 80 ans. « *Je parle pour moi cela ne me dérange pas du tout d'avoir des génériques* » femme de 87 ans. « *Générique ou pas c'est pareil personnellement je ne vois pas de différence, il y en a qui pensent que l'enveloppe est différente, moi je suis de bonne nature* » femme de 85 ans. Donc la majorité des patients étaient pour les génériques et ne voyaient pas de différence.

Enfin un même patient pouvait à la fois être indifférent à la prescription de génériques, sauf pour un médicament qui, selon lui, ne fonctionnait pas : « *le générique de l'Imovane ne me convenait pas du tout .... je peux pas vous expliquer mais ça allait pas avec* », « *oui oui j'ai*

*des génériques : la Mianserine c'est l'Athymyl. Non non cela me convient très bien pour moi c'est pareil je ne vois pas de différences » (homme, 84 ans)*

### ➤ **Nombre d'ordonnances en possession du patient**

Seulement deux patients possédaient plusieurs ordonnances : *« j'ai qu'une ordonnance pour le diabète faite par le diabétologue et une autre faite par le docteur C. pour la tension et le Mopral , ça fait double emploi mais j'arrive à me repérer » homme, 51 ans. « Oui j'ai 2 ordonnances différentes : celle du docteur et celle du centre ,moi je ne trouve pas ça normal parce qu'elles sont différentes... alors je me sens un peu perdu » homme, 76 ans.*

Tous les autres patients n'en possédaient qu'une : *« c'est que le Docteur C. qui fait mon ordonnance, une synthèse complète » homme de 85 ans lui m'évoquait le fait d'aller voir un cardiologue mais avec l'avis du Dr C. et que ce n'est que lui qui gérait ses traitements. Idem, pour cet homme de 58 ans : « J'ai que l'ordonnance du médecin traitant le cardiologue me fait juste prise de sang. Et je lui montre mon ordonnance quand j'y vais ». Une Femme de 85 ans: « M. fait la synthèse en en faisant qu'une ».*

Pour ces trois patients le médecin traitant avait une place centrale, de gestion de tous les traitements et de synthèse des consultations avec les médecins spécialistes.

### ➤ **Rédaction de l'ordonnance**

#### **Manuscrite ou informatisée**

Deux médecins de mon enquête étaient informatisés. Ils utilisaient l'informatique autant pour leurs dossiers, que pour les résultats d'examens ou encore pour les ordonnances. Un seul



rédigait des ordonnances manuscrites et se servait très peu de son ordinateur. Cependant cela semblait convenir à ses patients : « *M. écrit tout à la main mais depuis le temps que je le connais je suis habitué à son écriture* », femme, 85 ans. « *Cela me va très bien c'est comme ça avec M. alors pourquoi en changer* », femme, 76 ans.

Avec les deux autres médecins les ordonnances étaient systématiquement informatisées et cela convenaient aussi à leurs patients.

### **Rédaction de la posologie**

J'ai pu voir les ordonnances que les patients m'ont apportées.

Pour sept patients la posologie de leurs médicaments était précisée pour le matin, midi et soir et pour quatre autres patients en nombre de fois par jour. Sept patients ne savaient pas ou avaient les deux formes d'écriture sur la même ordonnance.

Beaucoup me répondaient qu'ils connaissaient tout par cœur donc ne voyaient pas la nécessité d'un changement.

#### **➤ Vérification de l'ordonnance**

### **Relecture ou non de l'ordonnance**

Six patients m'affirmaient qu'il n'y avait pas de relecture de leur ordonnance en fin de consultation de renouvellement ni par le médecin ni par eux.

Une femme de 46 ans : « *en général c'est plus moi qui suit speed à la fin de la consultation en lui disant allez hop l'ordonnance et les analyses, elle les sort de l'imprimante et voila. Pas de relecture* ». Un homme de 58 ans : « *pas de relecture à la fin de la consultation, me donne*

*mon ordonnance comme ça ».* Un homme de 80 ans : *« il me sort l'ordonnance et puis voilà, il me parle de rien ».* Un homme de 76 ans : *« non on ne relit pas l'ordonnance je la prend et je vais directement à la pharmacie ».* Une femme de 87 ans : *« non non moi je ne relis pas je lui fais confiance au docteur C.», « je n'ai pas le temps de relire l'ordonnance, c'est rapide attention il m'ausculte mais c'est très rapide. Je lui donne le chèque et il s'en va ».*

Une patiente ne se prononçait pas.

Et six autres disaient que c'étaient eux qui relisaient l'ordonnance et non le médecin.

La fille de la patiente de 80 ans : *« en général c'est moi qui relit l'ordonnance, il oublie rien ».*

Une femme de 53 ans : *« il me donne l'ordonnance et c'est moi qui regarde si ça va ».* Un homme de 85 ans : *« moi je relis l'ordonnance pour vérifier mais lui ne la relis pas ».* Un homme de 58 ans : *«Non pas de relecture de l'ordonnance. Mais moi je vérifie qu'il m'a bien prescrit ce que je lui ai demandé ».* La petite fille de la patiente de 90 ans : *«non on ne relit pas l'ordonnance mais j'ai toujours un oeil savoir ce qu'il manque ou pas, mais j'ai confiance en M. ».*

Enfin, un patient m'expliqua que ceci se fait à deux avec l'un des médecins, une sorte de partenariat entre médecin et patient, une relation de couple que je trouvais très intéressant à évoquer. *«Il me la donne, je la lis et lui me la commente en même temps, on la relit ensemble »* homme de 53 ans.

## 2. Le patient, le médecin et l'ordonnance

- **La confiance dans le médecin traitant**

Au cours de mes entretiens le mot confiance était un mot employé par beaucoup de patients. Les patients voyaient en leur médecin traitant une personne fiable et référente. Un homme de 50 ans: « *il a vraiment toute ma confiance* ».

Un patient de 53 ans: « *il me suit depuis vingt ans alors il y a une certaine confiance établie entre nous* », « *j'ai entièrement confiance dans le Docteur C. et je ne remettrais jamais en question ses diagnostics et ses prises en charge.*»

On remarqua aussi la notion de temps, en effet du fait de la connaissance depuis souvent un certain nombre d'années du médecin traitant, ce climat de confiance effectivement s'installait au fur et à mesure du temps. Même chose avec la patiente de 80 ans : « *oui on discute de tout on se connaît depuis trente ans et on connaît nos familles respectives donc souvent il demande des nouvelles des enfants* », là aussi on se rend bien compte du caractère familial de cette relation .

Une femme de 85 ans : « *j'ai confiance qu'en M., il a la manière d'expliquer les choses, je ne changerais pas de médecin, j'ai trop confiance en lui* » (il appelait le médecin par son prénom). Une femme de 90 ans « *oui je fais entièrement confiance au médecin* ».

Six patients me l'évoquait spontanément dans les entretiens.

Un seul patient avec des douleurs chroniques, 76 ans disait ne pas avoir confiance en son médecin : « *on ne vous écoute pas on vous dit d'aller voir tel ou tel docteur... j'en ai déjà été voir dix des docteurs.* »

Un homme de 85 ans m'évoquait : « *il y a de bons médecins mais il y a des charlatans : ils font ça on y va trois semaines puis ils ramassent l'argent et on s'en va. Je n'avais pas*

*confiance* ». (ils parlaient d'un autre médecin que son médecin traitant, qu'il avait dû consulter mais dont il n'était pas satisfait.)

- **Explications de l'ordonnance par le médecin traitant**

Les explications concernait trois patients:

Patient de 58 ans : *«Maintenant avec Docteur J. je n'ai plus besoin de lui demander, elle me dit tout... »* interrogé sur le fait d'explications ou non sur sa pathologie. Un homme de 47 ans : *«Docteur J. m'avait bien prévenu des effets secondaires donc je ne me suis pas inquiété »,* soigné pour une hypertension artérielle.

Un Homme de 53 ans : *« c'est le Docteur C. qui m'explique tout, en particulier les bénéfiques », «ce sont toujours des explications limpides avec le Docteur C. avec des mots simples sur tout : la maladie, le traitement »*, était suivi pour des douleurs chroniques avec un traitement important. Un homme de 85 ans : *«j'ai confiance qu'en M., il a la manière d'expliquer les choses », « c'est très clair et puis il nous explique tout le docteur quand on y va »*, suivi pour lui aussi une hypertension artérielle.

Pour trois autres patients, les médecins ne donnaient aucune explication. Une femme de 46 ans concernant sa diabétologue : *« Elle me donne pas forcément des explications en me disant on verra la prochaine fois. Et ce n'est pas ce que j'attends d'un docteur »*. Un homme de 58 ans *«j'ai demandé des explications au pharmacien parce que le médecin traitant de l'époque ne m'avait rien expliquer et je comprenais pas mes symptômes », «il ne m'a même pas pris la tension et m'a fait mon ordonnance comme ça sans explications a juste recopier mon ancienne »*. Une femme de 80 ans *«il me sort l'ordonnance et puis voilà, il me parle de rien »*. Une femme de 90 ans *« c'est le médecin, il connaît toute le famille en plus », sa petite fille :*

*« ça c'est sur que ton médecin à Paris c'était pas ça, il te faisait l'ordonnance pour 3 mois c'était fini expéditif » . Même chose pour une femme de 85 ans : «il me fait mon ordonnance et puis voila. Si je ne demande rien à M. il ne me donne rien , il recopie ce que le pneumologue et le cardiologue m'ont prescrit ».*

On perçoit avec ces trois dernières phrases que certains médecins réalisaient du copier coller sans forcément donner d'explications en tout cas c'était le ressenti de ces patients.

Huit patients avaient des explications claires lors de certaines consultations, soit au contraire ils n'en avaient pas lors d'autres consultation, mais n'exprimaient pas le fait d'être satisfait ou non.

En résumé, la majorité des patients exprimaient le fait d'avoir des explications claires et appropriées sur leurs ordonnances et étaient satisfaits de cela.

- **Etre perdu ou comprendre pathologies et traitements ?**

Huit patients affirmaient comprendre soit leurs pathologies soit les traitements ou ce que leur expliquait le médecin. Mais quatre d'entre eux ont évoqué le fait d'être perdus, soit parce que les médecins ne comprenaient pas les symptômes comme ce patient de 35 ans : *«Oui ça m'arrive les médecins ne comprennent pas toujours mes symptômes, mes douleurs »*, soit par peur de déranger le médecin et de se sentir ridicule comme cet homme de 47 ans : *«je ne sais pas quelle question je dois poser, je voudrais en poser mais je ne sais pas, peut être par crainte »*, soit perdu avec les génériques, parfois ne sachent même pas si cela en était ou pas, comme cette femme de 80 ans *« on est parfois perdu avec les génériques en plus je change souvent »*, enfin perdu par la prise en charge et la persistance des symptômes comme ce patient de 76 ans : *«De toute façon pour moi quand on vous emmène voir quelqu'un*

*d'autre c'est que l'on est perdu et qu'on ne sait plus quoi faire, on ne sait pas comment s'en sortir, on m'a même envoyé voir un neurologue un professeur qui m' a répondu c'est un cas rare , on se demande si on est soigner, je sais plus quoi faire ».*

- **Ecoute du médecin**

Parfois le médecin est très explicatif, mais pour autant le patient ne se sentait pas écouté. Parfois le ressenti était l'inverse : le médecin n'expliquait pas forcément beaucoup de choses mais le patient se sentait assez écouté.

Parmi les dix-huit patients, onze disaient être écoutés, la relation médecin-malade ancienne jouant beaucoup. Une femme de 46 ans avec la notion de médecin humain : *«je l'ai senti intéressée, un médecin très humain et à partir de là mon suivi avec elle à commencer. Bon feeling »*. Du même médecin un autre patient de 58 ans : *«je me sens très écouté par Docteur J. »*. Un homme de 51 ans : *« il est à l'écoute »*, et un autre de 53 ans : *«si j'ai un sujet qui me pose problème j'hésite pas à lui en parler, je sais qu'il est de bons conseils et à l'écoute, je peux aborder n'importe quel sujet avec le Docteur C., j'ai un vrai dialogue avec lui dans le domaine de la santé »*. Un homme de 85 ans: *«oui je me sens assez écouté et je pose toutes les question c'est sans tabou sans gêne avec lui »*.

On voit bien ici que cela instaurait un climat de confiance et le patient se sentait à l'aise avec son médecin.

Une femme de 87 ans : *« oui je me sens écoutée et je peux lui poser toutes les questions, il va me répondre »*, la petite fille de la patiente de 90 ans : *«on a une relation humaine, c'est important on est écouté chez le médecin »*. Une femme de 85 ans : *«oui d'une manière générale je me sens écoutée par les médecins »*.

Par rapport au fait de ne pas être écouté certains patients m'ont surtout évoqué leurs anciens médecins, c'est sans doute la raison pour laquelle ils ont changé :

*«J'ai pour moi pas assez été écouté.Mon ancien médecin ne me comprenait pas et ne comprenait pas mes douleurs....Je ne me sentais pas écouter et je dirais même négligé »,* homme de 35 ans. La femme d'un homme de 85 ans : *«on a eu affaire au Docteur A. on avait l'impression qu'ils nous prenaient par dessus la jambe.... »* ou alors comme un patient de 76 ans qui avait des douleurs chroniques et qui se sentait pas assez compris du fait de la persistance de celles ci: *«on vous écoute pas on vous dit d'aller voir tel ou tel docteur... j'en ai déjà été voir 10 des docteurs. Je me sens pas écouté ni amélioré ».*

Mais la plupart du temps même dans le cas où ils ne sentaient pas écouté les patients étaient assez compréhensifs et trouvaient des excuses au médecin.

- par manque de temps: *«vous savez il a du boulot et il est beaucoup pris »* femme de 87 ans. *« il peut pas non plus faire la conversation avec moi il y a d'autres patients après moi »* Homme de 51 ans.

*« ils sont surchargés maintenant les docteurs mais nous on n'a pas à se plaindre avec Docteur C. »* Homme de 85 ans..

- ou du fait d'une charge de travail importante et beaucoup de choses à gérer pendant la consultation : *« il est souvent au téléphone pendant les consultations. Il a des choses importantes à gérer avec l'hôpital, mais cela ne me dérange pas »,* homme de 84 ans. *«il y a pas mal d'autres patients donc faut faire vite et parfois vous avez pas toujours le temps de vous exprimer »,* homme de 76 ans.

- **Médecin traitant partenaire**

Il y a quelques années le médecin était un notable et le patient devait absolument suivre ses recommandations. C'était un métier très respecté et inspirant à beaucoup de respect, on ne critiquait jamais le médecin. Le patient devait suivre les choses à la lettre et son avis n'avait pas forcément d'importance. Un patient de 58 ans : *« dans mon enfance quand on allait chez le médecin c'était quelqu'un de très important et il y avait un certain respect qu'il n'y a plus je trouve qu'il disait c'était forcément la bonne parole ».*

Aujourd'hui la relation a changé et évolué. Quatre patients m'ont vraiment évoqué ce terme de partenariat en particulier les femmes, de plus de 75 ans et ceux ayant des douleurs chroniques. Une femme de 46 ans *« c'est plus la vieille école, elle ne s'énervait jamais, mais me disait faites comme vous voulez c'est vous qui assumez ».*

Un homme de 53 ans : *« je peux aborder n'importe quel sujet avec le Docteur C., j'ai un vrai dialogue avec lui dans le domaine dans la santé ».*

- **Intimité de la relation avec le médecin**

Treize patients disaient être plus intimes avec leur médecin et quatre avec le pharmacien.

Concernant le fait d'être intime avec son médecin voici quelques exemples :

Homme de 35 ans : *« On est plus intime dans le cabinet seul à seul avec le médecin, c'est plus intime et j'ai plus confiance ».*



Patient de 47 ans : *«Moins intime que chez le médecin il y a souvent du monde à la pharmacie. Le contact est plus facile en étant assis que debout. La relation n'est pas la même ».*

Une Femme de 80 ans : *«mais c'est mieux avec le médecin, on sait qu'il est docteur, c'est plus confidentiel alors qu'à la pharmacie il y a plein de monde »*, évoquant elle aussi le monde important à la pharmacie.

*«Plus intime avec Docteur C. , parce que je suis tout seul et à la pharmacie il y a du monde autour de vous ».*

Homme de 51 ans : *«le bureau du médecin est plus intime ».*

Patient de 53 ans : *«non c'est mieux dans le cabinet parce qu'on est tout seul ».*

Patiente de 85 ans : *«on est plus intime dans le bureau du médecin parce qu'il y a que lui, alors qu'à la pharmacie ils sont plusieurs derrière leurs comptoirs il y a des gens qui attendent, dans le bureau d'un médecin au moins on est tranquille ».*

On voit bien que cela va avec le fait que le patient se sentait en confiance seul dans un endroit confiné où il pouvait se confier poser les questions qu'il voulait sans être écouté ou regardé.

Mais concernant le Docteur Co. cela est encore plus fort, personnalisé, en effet c'est le plus ancien des médecins que j'ai rencontré installé depuis quarante ans ; pour certains il les connaît depuis plus de vingt ans, connaît leurs enfants, les petits enfants et du fait de cette proximité le lien est plus intime voir même amical. Une de ses patientes de 85 ans : *« M. c'est vraiment pour le bien être du patient tandis qu'à l'hôpital c'est à la chaîne, on est un numéro parmi tant d'autres ; on parle de la pluie et du beau temps ça c'est sûr ; j'y vais tous les 3 mois, il vient souvent chez moi, c'est plus un copain qu'autre chose ».* (elle le désignait elle aussi par son prénom). Ce médecin pouvait tutoyer certains de ses patients comme avec celui-ci de 58 ans: *«c'est quelqu'un de proche on se voit pendant des cocktails , mais je n'ai jamais eu besoin de l'appeler en dehors des consultations. On se tutoie. Il m'explique correctement*

*même très correctement. Dès le départ il m'a tutoyé Docteur C. » . «M. on se connaît depuis plus de 30 ans oh que oui on se tutoie on se fait même la bise » m'a dit un couple de 80 et 85 ans . «Oh non pas avec M. il n'y a pas de ça avec lui... je pose toutes les questions que je veux . C'est presque comme un copain depuis le temps... ».*

A contrario pour seulement quatre patients c'était plus le pharmacien qui était plus intime. Une patiente de 53 ans justifiait cela par le fait que : *«c'est plus une question de temps, avec le médecin c'est moins intime, de part son rôle il y a une distance on n'est pas copain copain ».* L'épouse d'un patient de 85 ans : *«il y a une différence ce n'est pas pareil. Il existe une distance avec le médecin qu'il n'y a pas avec le pharmacien ».* Comme si le fait d'être médecin mettait déjà de la distance. Et enfin la petite fille d'une patiente de 90 ans : *« le dialogue est aussi facile avec le pharmacien qu'avec le médecin ».*

Pour finir le seul patient ayant une maladie psychiatrique lui dit être plus proche et intime du pharmacien.

- **Prendre le temps avec le patient**

Six patients m'ont affirmé que selon eux leur médecin leur consacrait assez de temps : *«elle prend le temps de discuter d'expliquer les choses, de voir avec moi les résultats »* (patient de 47 ans).

Homme de 50 ans : *«il prend le temps qu'il faut même si besoin il prend plus »*

Homme de 53 ans : *«mais s'il y a un besoin spécifique il prend le temps même plus si nécessaire, c'est pas comme chez d'autres médecins où on se sent oppressé par le temps ».*

Femme de 80 ans : *«il est souvent pressé mais il prend son temps ».*

Homme de 58 ans : *«il me consacre le temps qu'il faut et cela me convient je ne l'ai jamais senti pressé de finir pour prendre le patient suivant ».*

La petite fille d'une femme de 90 ans : *«la consultation est parfaite et dure le temps qu'il faut... il prend toujours le temps de la peser de l'examiner de parler et c'est important »*

Six autres patients ne se sentaient pas assez écouté.

Patient de 51 ans : *«des fois j'ai l'impression d'être dans le speed je trouve que ça manque de temps, il ne peut pas non plus faire la conversation avec moi il y a d'autres patients après moi ».*

Femme de 80 ans : *«la dernière fois pour mon mari M. n'a pas eu le temps donc c'est le pharmacien qui m'a expliqué comment prendre ce nouveau médicament ».*

Patient de 76 ans : *«il y a d'autres patients donc faut faire vite et parfois vous avez pas toujours le temps de vous exprimer ».*

Femme de 87 ans : *«je n'ai pas le temps de relire l'ordonnance , c'est rapide attention il m'ausculte mais c'est très rapide. Je lui donne le chèque et il s'en va . »*

Patient de 84 ans : *«il est souvent au téléphone pendant les consultations il a des choses importantes à gérer avec l'hôpital, mais cela ne me dérange pas ».*

Même les patients qui ne se sentaient pas assez écouté trouvaient une excuse au médecin, du fait de sa charge de travail.

- **Satisfaction de la consultation**

Sur dix-huit patients, onze se disaient satisfaits, aucun n'était pas satisfait et six sont mitigés.

Patient de 58 ans : *«je pose toutes les questions que j'ai envie de poser et je me sens bien en sortant d'une consultation. Je me sens satisfait ».*

Ceux qui n'étaient pas satisfaits :

- soit par manque d'informations

Patiente de 46 ans : *«elle me donne pas forcément des explications en me disant on verra la prochaine fois. Et ce n'est pas ce que j'attends d'un docteur ».*

Patient de 47 ans : *«ça me manque de pas discuter plus pour mieux comprendre ma maladie ».*

Homme de 76 ans : *«j'ai aucune réponse à mes questions »*

- soit du fait de la durée d'attente trop longue avant la consultation :

Homme de 84 ans : *«la consultation ça va mais des fois on attend longtemps en salle d'attente avant ».*

- ou enfin le manque d'examen clinique :

Homme de 58 ans : *« il ne m'a même pas pris la tension et m'a fait mon ordonnance comme ça sans explications à juste recopier mon ancienne ».* Le fait de prendre la tension artérielle, d'ausculter avec le stéthoscope apporterait une certaine dimension à la consultation.

C'était aussi le fait de toucher son patient, l'installer sur la table d'examen, qui apporterait à celui ci l'impression que son médecin s'occupait bien de lui et rendait la consultation entière et complète. Avec ceci le patient se sentait pris en charge convenablement.

- **Le ressenti des questions posées par le médecin traitant**

Certains patients ont évoqué l'importance pour eux des questions du médecin traitant. Cela était considéré comme l'existence d'un vrai dialogue entre le patient et son praticien, participant d'une prise en charge active.

Homme de 85 ans : *«il me demande tout le temps comment je supporte les médicaments , il y a toujours quelque chose comme ça quand je vais le voir ».*

Homme de 53 ans : *«je peux aborder n'importe quel sujet avec le Dr C., j'ai un vrai dialogue avec lui dans le domaine dans la santé ».*

Femme de 46 ans : *«ma nouvelle diabétologue à l'écoute, dans la discussion , elle cherche à comprendre, pose des questions »*

- **Médecin traitant référent**

Le médecin traitant était la référence des patients d'une manière générale que ce soit pour leur suivi, avec la pharmacie ou avec les spécialistes.

Six patients considéraient vraiment leur médecin traitant comme référent, avant toute décision :

Homme de 50 ans : *«si je dois arrêter le médicament je l'appelle toujours avant. J'ai été voir un rhumatologue qui m'a donné d'autres médicaments, et je l'ai appelé pour savoir. C'est lui qui gère tout, c'est ma référence. Je ne vais jamais voir des spécialistes s'il ne me dit pas d'y aller, c'est le Docteur C. qui fait la synthèse ».*

Femme de 80 ans : *«je n'ai jamais consulté de diabétologue, je n'en vois pas la nécessité je fais confiance à mon médecin ».*

La petite fille d'une patiente de 90 ans : *« je me fis qu'à M. (appelle le médecin par son prénom) ».*

Femme de 85 ans : *«M. c'est mon référent, je n'ai jamais arrêté un médicament toute seule j'attends toujours l'accord de M. ».*

On se rendait compte ici que le généraliste était le centre des décisions, de la synthèse, et le point de repère des patients.

- **Accessibilité à internet**

A l'heure actuelle beaucoup cherchent à se documenter sur internet sur leur pathologie ou les traitements. Mais dans le cadre des maladies chroniques les patients ont fait confiance à leur médecin, et utilisaient très peu, voire pas du tout, internet.

En sachant que beaucoup de patients de plus de 75 ans n'ont même pas internet chez eux.

Patient de 85 ans : *«on ne va jamais sur internet pour la maladie. Cela ne m'intéresse pas le docteur nous suffit et on fait confiance ».*

Concernant ceux qui vont sur internet c'était surtout au début de leur maladie (afin de répondre à quelques interrogations, mais ne sont au final pas si satisfaits et n'ont jamais recommencé).

Femme de 46 ans : *«je suis allée sur internet au début , pour comprendre , j'ai même été sur des 'chat', forums puis j'ai tout arrêté...parce que je ne connaissais pas la maladie ».*

Homme de 50 ans : *«je suis déjà aller sur internet pour savoir ce que c'est par exemple pour la chondrocalcinose alors que le rhumatologue ne m'avait rien expliqué. Avec le Dr C. je n'ai pas besoin d'y aller, c'est comme pour tout internet explique plein de choses mais il y a beaucoup de bêtises, j'y allais beaucoup au début pour compléter des informations puis plus du tout ».*

Homme de 53 ans : *«je ne peux pas dire jamais sur internet mais c'est rare . C'est surtout au début de ma fibromyalgie parce que ma soeur a la même chose mais pas avec les mêmes symptômes donc ça me pose question ».*

Femme de 85 ans : *«Internet oui, une seule fois j'ai eu un cancer du colon, mais je l'ai su par M.c'est lui qui m'a dit c'est un cancer , et donc j'avais regardé . On voit que des choses atroces donc j'ai arrêté je veux pas savoir . C'était pour faire ma curieuse ».*

Un patient avoua utiliser internet bien que cela génère un stress pour lui, et il n'osait pas en parler à son médecin de crainte de perdre sa confiance :

*«je vais sur internet pour mon hernie qui a été opéré pour avoir les commentaires des personnes qui ont été opéré. Pour être sur parce que parfois les médecins disent ça mais il n'y a pas assez de recul. Je me fais une idée. Et ça m'apporte quelque chose mais plus de stress. Mais je n'en parle pas avec le médecins , car j 'ai peur qu'il ait une mauvaise image de moi et pense que je n'ai pas confiance en la médecine »*, homme de 51 ans.

Enfin deux patients m'ont évoqué le fait d'avoir des applications : un pour voir les efforts physiques fait, et un autre où tout est noté et en cas d'accident les gens pourraient savoir ses pathologies et traitements et appeler en cas de besoin.

Homme de 53 ans: *«j'ai une application surtout au cas où il m'arrive quoi que ce soit et que soit je suis inconscient soit pas en mesure de répondre ou tou est spécifié dessus: mes maladies et mes traitements »*.

Homme de 58 ans: *« c'est l'application santé de mon téléphone , j'ai juste complété en mettant mes médicaments par exemple. C'est juste parce qu'elle est déjà présente sur mon téléphone. C'est surtout pour voir combien je marche par jour et si il m'arrive un accident que les gens aient accès à ce que j'ai »*.

### **3. Lien avec le pharmacien**

- **Le lieu**

Deux patients sur dix-huit changeaient régulièrement de pharmacie :

Femme de 46 ans *« des fois je change de pharmacie pour une question de commodités »*, ou dépend de l'endroit où le patient se trouve. Homme de 76 ans: *« non non je vais pas toujours*

*dans la même pharmacie ça dépend d'ou je suis au moment où je dois prendre les médicaments ».*

La majorité des patients allaient dans la même pharmacie. Quatorze patients évoquaient

- la proximité : *« la pharmacie c'est celle à côté de chez nous on est habitué, c'est notre quartier », « c'est sur mon chemin », « en sortant de chez le médecin » , ou encore «en faisant ses courses ».*
- l'habitude :*« nous on est habitué »,« j'aime pas changer mes habitudes », « on a toujours été dans la pharmacie de Mr B.et on est habitué »,« je vais toujours à la pharmacie B. ça fait 24 ans que j'habite la et j'ai toujours été la bas ».*

Les patients allaient dans leur pharmacie du fait de la proximité, par habitude, par confiance, à la recherche d'une réassurance.

- **Communication**

### **Rôle pharmacien**

Trois patients m'ont affirmé que le pharmacien n'avait aucun rôle dans le cadre du suivi des maladies chroniques.

Homme de 84ans: *« non le pharmacien n'est pas une référence j'ai déjà été ailleurs et j'ai eu les médicaments pareil ».* Il m'a expliqué que selon lui qu'on aille dans n'importe quel pharmacie le service était le même.

Homme de 51 ans: *« non je pense que le pharmacien n'a pas de rôle à jouer dans la surveillance ».*



Patient de 35 ans qui allait beaucoup plus loin lui: *« Je le considère comme un fournisseur de médicaments. Mais vous savez l'avenir ça sera un distributeur de médicaments automatique. »*

Pour quatre patients l'intimité était plus importante avec leur pharmacien qu'avec leur médecin:

L'épouse d'un patient de 85 ans : *« Il y a une différence ce n'est pas pareil. Il existe une distance avec le médecin qu'il n'y a pas avec le pharmacien. »*.

Femme de 53 ans : *« c'est plus une question de temps, avec le médecin c'est moins intime, de par son rôle il y a une distance on n'est pas copain copain »*.

Certains patients avaient des relations que l'on pouvait qualifier d'amicales avec les pharmaciens et les préparateurs en pharmacie. Ils considéraient ce lieu comme un endroit familial où l'on tissait des relations assez proches comme avec des amis.

Homme de 31 ans *« J'aime blaguer avec mon pharmacien, je l'aime bien. J'aime parler des produits nouveaux, des thérapies moins invasives, des plantes... Aussi du régime. »*.

Le verbe aimer donnait une connotation forte montrant ce sentiment de sympathie.

Homme de 50 ans *« je connais tout le monde dans cette pharmacie, il me dépanne s'il faut. On parle de tout même jusqu'à à la vie privée, c'est un petit jeu »*.

Femme de 53 ans *« Je les connais, c'est familial. Ils sont arrangeants et de bons conseils. C'est à la fois une relation de service et de conseil .Je me sens très à l'aise. »* .

Le terme *« comme à la maison »* est caractéristique d'un type particulièrement intime de relation.

Homme de 85 ans *« on parle de tout c'est familial. Le médecin ce n'est pas pareil là-dessus c'est dans l'ambiance de la pharmacie. C'est plus convivial à la pharmacie. »*

## Explications du pharmacien

Une femme de 46 ans était indifférente aux explications ou non du pharmacien.

Les hommes, les patients de plus de 75 ans et ceux ayant des douleurs chroniques avaient des explications du pharmacien et y étaient sensibles.

Pour certains patients, le manque d'explications du médecin était la raison des explications du pharmacien :

*« j'ai demandé des explications au pharmacien parce que le médecin ne m'en avait pas donné » ; « J'avais le Kardegic le matin et un ami le midi alors j'ai demandé à la pharmacie » ; « Le Levothyrox ça se prend à jeun il m'a aussi expliqué ça »* Patient de 58 ans.

*« il y a des choses qu'on nous explique à la pharmacie par exemple pour le sirop une fois de plus le prendre le soir mais ça le médecin ne nous le dit pas » ; « oui ils donnent des conseils ils sont à la hauteur et très gentils »* homme de 85 ans.

*« la dernière fois pour mon mari le Docteur n'a pas eu le temps donc c'est le pharmacien qui m'a expliqué comment prendre ce nouveau médicament, si c'est pas lui c'est le pharmacien »,* femme de 80 ans.

Pour cet homme de 58 ans, son pharmacien de l'époque lui apportait beaucoup en terme de gestion de son traitement: *« heureusement que mon pharmacien était la ».*

Ce même patient démontre aussi que c'était surtout au début de sa pathologie maintenant qu'il est habitué à son traitement ce n'est plus nécessaire :

*« avant je demandais des conseils au pharmacien, maintenant je n'en vois plus la nécessité c'était surtout au début de ma maladie ».*

Le mot conseil apparaissait aussi souvent : *« ils ne sont pas là que pour vendre leurs marchandises , sont aussi là pour me conseiller et me disent de bien respecter la prise de mes médicaments et le moment de la prise »* homme de 47 ans.

*« c'est lui une fois qui m'a conseillé pour la constipation »* femme de 53 ans.

*« ils sont de bons conseils »* homme de 53 ans.

*« il me donne des conseils, pour le Neurontin ne pas l'arrêter d'un coup mais surtout de le continuer de retourner voir le docteur »* homme de 76 ans.

*« oui ils donnent des conseils sont à la hauteur et très gentils »* homme de 85 ans.

Certains patients n'étaient pas prêts à acheter des médicaments en grande surface, et qu'ils avaient besoin de leur pharmacien.

*« oui il a un rôle important, j'irais pas acheter mes médicaments en grande surface »* femme de 80 ans.

### **Intimité avec le pharmacien**

Certains patients m'avaient dit être plus intimes avec le pharmacien ou le médecin comme évoqué plus haut, et d'autres au contraire avaient la même intimité avec le pharmacien et avec le médecin :

Femme de 53 ans: *«le dialogue plus facile avec les deux on ne parle pas forcément des mêmes choses : pharmacie familial et médecin le côté qu'on soit dans un bureau ne me semble pas plus intime il est plus là pour le côté diagnostic ».*

Homme de 85 ans : *«ils sont aussi bien l'un que l'autre mais on ne peut pas les comparer ».*

Homme de 51 ans: *«c'est pareil médecin et pharmacien »*

## Médecin et pharmacien : relation partenaire

Neuf patients et en particulier les femmes pensaient que le médecin traitant et le pharmacien étaient en partenariat dans leur travail et se complétaient beaucoup.

En effet le pharmacien pouvait apporter des explications en plus du médecin, en complément.

Au contraire trois patients eux pensaient que le pharmacien n'avait pas vraiment de rôle, et en particulier le patient ayant une maladie psychiatrique.

Enfin je voulais aussi évoquer qu'un des pharmaciens, exerçant en milieu précaire marquait tout sur les boîtes de médicaments : molécule, DCI, posologie.

En général surtout pour les gens âgés habitués à leur traitement cela permet de savoir le nom du générique.

### 4. Relation entre professionnels

- Avec les spécialistes

Neuf patients consultaient directement des spécialistes, seulement deux y allaient seuls sans l'approbation ni l'accord de leur médecin généraliste.

Dans les deux cas il s'agissait de diabétologues que les patients avaient l'habitude de consulter: homme de 51 ans qui avait dit lui même qu'il possédait deux ordonnances mais qu'il « *se débrouillait comme ça* », et une femme de 46 ans qui « *elle avait déjà sa diabétologue avant même d'avoir le Docteur J. comme médecin.* ».

Les cinq autres c'était par l'intermédiaire de leur médecin traitant pour un avis rhumatologue par exemple ou un centre anti douleurs.

Homme de 53 ans : « le médecin m'a envoyé voir un rhumatologue » ou encore homme de 85 ans « M. m'a dit d'aller consulter un cardiologue ».

En ce qui concernait la communication entre spécialistes et médecin traitant: une patiente de 85 ans m'affirma que « *rien n'est envoyé* », une est partagé entre les deux car « *certaines l'envoie* » et d'autre non et enfin pour sept d'entre eux « *soit eux soit le spécialiste l'informe via un courrier.* »

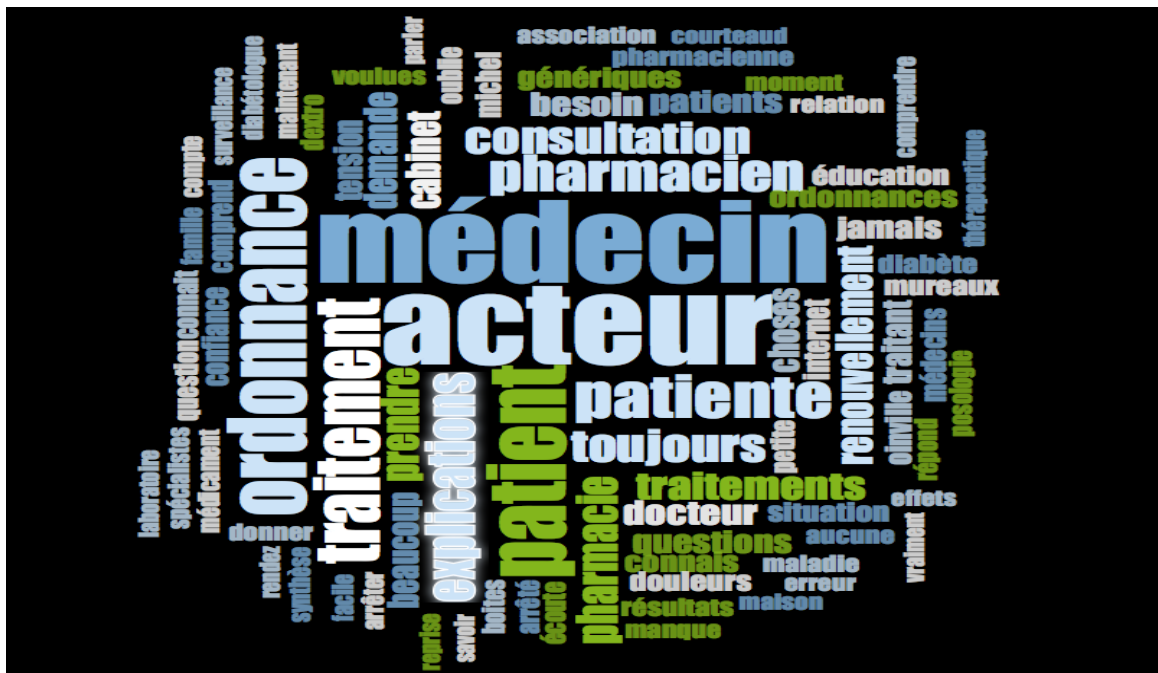
De ce fait pour ces patients là le médecin traitant faisait la synthèse et ils avaient une seule ordonnance.

## **5. Associations de patients**

Concernant les associations de malades : une seule patiente m'a répondu dans son entretien : « *une amie m'a parlé d'une association elle aussi étant diabétique mais j'ai pas le temps je travaille beaucoup* », femme 46 ans.

Les dix-sept autres patients m'ont répondu ne pas être intéressés, ou ne pas avoir le temps.

## 6. Diagramme des mots



En utilisant ce diagramme on se rend compte des mots utilisés au cours des entretiens par les patients: ACTEUR, qui pour moi montre toute la dimension qu'à présent un patient même chronique à une part de responsabilité et le place donc au centre de sa maladie.

L'ORDONNANCE, qui est le lien entre le médecin et son patient et qui a une connotation importante pour le malade. Et enfin MEDECIN-PATIENT et TRAITEMENT.

# DISCUSSION

## 1. Méthode utilisée

Mon travail de thèse était une étude qualitative de nature actionniste avec deux phases : une phase observationnelle et phase analytique. Habituellement, cette méthode est utilisée pour des travaux de sociologie ou d'anthropologie étudiant les comportements des individus.

En médecine générale aucune thèse de ce type n'a encore été réalisée. Ce fut un travail riche à réaliser entre les observations en cabinets de médecine générale, avec les infirmières libérales, au sein des pharmacies et les entretiens réalisés au domicile des patients ou seuls dans le cabinet de médecine.

L'enjeu était de me positionner comme un anthropologue au sein des structures et d'observer les patients et les professionnels de santé de la manière la plus neutre possible, et non avec mon regard habituel de médecin.

Dans l'ensemble j'ai pu réaliser ce travail sans de réelles difficultés que ce soit tant au niveau des observations que des entretiens. Tous les médecins rencontrés avaient accepté de jouer le jeu, ainsi que les pharmaciens et infirmières, qui ont été ravis de participer à un travail de thèse d'exercice.

Aucun patient n'a refusé d'être observé dans les différents endroits.

Un seul patient a refusé un entretien.

## 2. Synthèse des observations

### 1. Comportement des médecins

J'ai observé trois médecins différents autant dans leur nature que leur pratiques : au niveau de leur âge, leur nombre d'années de pratique ou la façon dont ils se comportaient avec leurs patients.

Le Docteur J. était une jeune médecin pratiquant depuis trois ans, et avait peu de patients chroniques. Très humaine, empathique, elle donnait des explications claires et appropriées à ses patients, sous un format proche des cours reçus à la faculté de médecine.

Le Docteur C. médecin depuis vingt-cinq en milieu urbain défavorisé, dans une commune proche du bord de seine, avait beaucoup de patients chroniques. Il avait une pratique médicale cherchant à placer le patient acteur de ses pathologies dans une relation de partenariat, quand cela était possible.

Le Docteur Co. le plus âgé des médecins, pratiquait depuis plus de quarante-cinq ans, avait lui aussi beaucoup de patients chroniques. Il avait une relation avec ses patients très amicale, voire de type familiale, avec parfois un tutoiement, et appelait ses patients par leur prénom.

### 2. Comportement des pharmaciens

Dans la commune de bord de seine en milieu urbain défavorisé, le pharmacien et les préparatrices marquaient les posologies sur les boîtes. Ils expliquaient tout au patient, pouvant si besoin modifier les doses des médicaments tout en informant les médecins qu'ils avaient régulièrement au téléphone.

Ils avaient des relations assez intimes et amicales avec les patients, parfois très proches.



Dans la commune du vexin, les pharmaciens n'inscrivaient rien sur les boites car n'en voyaient pas l'utilité. Les relations y étaient plus cordiales mais avec quand une certaine sympathie.

De façon générale dans les deux pharmacies observées une certaine complicité avec les patients se créait à la pharmacie avec à la fois un côté médical mais aussi amical et familial avec des discussions sur la quotidien.

Les deux pharmaciens avaient une pratique assez similaire concernant l'éducation thérapeutique, la vigilance face aux patients et leurs traitements.

J'ai vraiment vu leurs pratiques quotidiennes que nous ne connaissions pas ou peu en tant que médecin. Cela incitait le patient à être acteur de sa pathologie et de la gestion de ses traitements.

### 3. Comportement des infirmières

Les infirmières libérales manquaient énormément de temps du fait de leur surcharge de travail. Elles avaient deux attitudes différentes : celle travaillant en milieu urbain défavorisé était assez dynamique avec beaucoup de patients à prendre en charge au cours de la journée. Ceci laissait peu de place pour une éducation thérapeutique et des explications appropriées. L'infirmière en milieu rural avait un peu plus le temps au domicile mais faisait beaucoup de trajets en voiture.

Elles avaient un impact relationnel assez intime avec les patients de par leur venue au domicile avec une confiance possible. Ils se sentaient écoutés et pouvaient expliquer librement ce qu'ils ressentaient.

#### **4. Synthèse des résultats**

##### **1. Les Attitudes les plus fréquentes**

###### a. Concernant l'ordonnance

La syntaxe de l'ordonnance semblait convenir aux patients, qu'elle soit informatique ou manuscrite selon les médecins.

L'écriture de la posologie, qu'elle soit écrite en « matin , midi et soir » ou « en trois fois par jour » semblait convenir aux patients.

La relecture de l'ordonnance par le médecin traitant était loin d'être systématique. Cependant, soit les patients faisaient confiance au médecin, soit il relisaient eux-mêmes leurs ordonnances pour la vérifier et n'y voyaient pas d'inconvénient .

Les patients chroniques consultaient si besoin des spécialistes mais toujours par l'intermédiaire de leur médecin traitant qui faisait le plus souvent la synthèse notamment en leur délivrant une seule ordonnance.

Certains patients estimaient qu'il y avait parfois trop de médicaments prescrits .

Les génériques étaient largement prescrits du fait de la loi, la plupart des patients interrogés y étaient indifférent et ne voyaient pas la différence. Seuls quelques patients étaient dérangés par les génériques.

###### b. Concernant les patients

En général les patients venaient plutôt seuls en consultation.

Contrairement aux idées reçues et aux différentes études déjà menées les patients géraient bien leur traitement. Les questions de l'entretien les influençaient peut être sur les réponses.

Ils prenaient leurs médicaments de manière régulière, sauf certains patients comme j'ai pu le constater à la pharmacie.

Quand ils venaient avec un membre de leur famille c'est lui qui dictait l'ordonnance ou intervenait dans la consultation avec le médecin généraliste.

Certains décidaient même de la posologie voir même de la prise des médicaments comme j'ai pu le voir à la pharmacie.

La majorité des patients restaient assidus à leur traitement (contrairement aux études lues sur l'inobservance des traitements chroniques). Ils disaient ne pas arrêter leur traitement car voyaient l'ordonnance comme une obligation. Certains prenaient tous leurs traitements le matin pour ne pas les oublier.

La plupart des patients avaient plutôt une attitude de responsable face à leur maladie et traitements. Seuls quelques patients nécessiteraient un suivi différent (Cf conclusion).

Ils étaient acteurs de leurs pathologies dans le sens où ils participaient activement à la consultation avec une attitude de relecture de participation.

En 2017, internet est une problématique que l'on devait aborder. Ces patients atteints de maladies chroniques n'utilisaient internet ni pour des informations ni pour des interrogations. En effet selon eux le médecin traitant répondait à leurs attentes, et ils ne voyaient pas la nécessité de compléter son travail.

La plupart des patients comprenaient leur pathologie et l'importance des médicaments. Cependant, certains patients banalisaient ou minimisaient leurs pathologies et leurs traitements.

Les patients qui arrêtaient leur traitement le faisaient car ils avaient un sentiment de manque d'efficacité, parce qu'ils estimaient qu'ils avaient trop médicaments, pour les effets secondaires, ou encore parce qu'ils considéraient que le traitement ne leur convenait pas.

#### c. Concernant les médecins

L'écoute des médecins, était conçue comme primordiale pour les patients, bien avant les explications. Le médecin traitant se devait selon les patients d'être quelqu'un d'humain, pour une relation médecin malade optimale . Le fait que celui-ci posait des questions renforçait cette relation.

Quand les médecins donnaient des explications, elles étaient perçues comme très claires dans l'ensemble permettant une compréhension et facilitant la gestion des traitements des patients. Il était naturel pour les patients que le rôle du médecin traitant était de faire la synthèse des traitements et de prévoir le suivi spécialisé (notamment lors de consultation avec des spécialistes).

#### d. Au niveau du pharmacien

Les patients allaient la plupart du temps dans la même pharmacie du fait de la proximité (soit de leur domicile soit de leur médecin traitant) ou encore par habitude.

Les pharmaciens avaient une attitude de vérification des posologies par la conservation des ordonnances dans des dossiers informatisés. Au besoin ils appelaient le médecin traitant.

En milieu défavorisé, ils pouvaient marquer pour certains patients le nécessitant les posologies sur les boîtes et les noms des génériques. Ils étaient considérés par les patients pour leur rôle de conseil sur la prise médicamenteuse, sur les effets secondaires, ou en complément d'informations du médecin traitant.

## **2. Perception des relations**

J'avais observé en consultation des non-dit mais aussi des plaintes des patients sur leur médecin en pharmacie. Mais au cours des entretiens du fait probablement qu'il existait une relation ancienne, qui faisait que la seule retranscription des mots utilisés ne permettait pas de saisir complètement la nature de l'échange. Une forme de complicité m'a probablement échappé. Ce qui ressortait des entretiens : la majorité de ces malades chroniques était plutôt satisfaite de leur relation avec le médecin traitant considérant avoir les informations nécessaires, un temps de consultation suffisant et des explications claires. Les patients apportaient beaucoup d'importance à l'examen clinique et le fait que le médecin prenait leur tension artérielle. Cela apportait une dimension particulière à la consultation la rendant complète. Les patients se sentaient ainsi bien pris en charge par leur médecin.

Le médecin et le patient avaient une attitude de partenaires notamment avec Dr C. ou à la limite d'amis comme avec Dr Co. J'ai le plus souvent observé les liens d'une relation assez intime. Certains patients notamment d'origine africaine au niveau du milieu urbain défavorisés voyaient le médecin avec une confiance totale, comme étant celui qui « sait ».

Il existait une réelle relation de confiance et d'écoute attentive de la part du médecin avec la mise en place d'un dialogue. En effet les patients qui n'avaient pas ressenti cela ont même changé de médecin traitant pour trouver cet équilibre .

Cependant parfois certains patients ne l'étaient pas toujours, se sentaient parfois incompris ou pas assez écouté (par exemple lorsque les médecins répondaient au téléphone) mais les malades arrivaient à « pardonner » à leur médecin. Ainsi lui trouvant des excuses d'un manque de temps.

Malgré les différences de personnalités des médecins, les patients avaient tous évoqué au cours des entretiens une écoute attentive avec l'importance de poser des questions, une confiance et une référence en terme d'interrogations s'ils en avaient sur leurs maladies. Le médecin généraliste était le centre de décisions et le point de repère.

Certains patients se sentaient plus intimes avec leur médecin traitant qu'avec le pharmacien, du fait de l'intimité du bureau, d'être seuls assis face à face.

D'autres patients avaient une relation plus intime avec le pharmacien de part le caractère familial et convivial de la pharmacie. Un malade avait même évoqué le terme « on est comme à la maison ». Et pour certains patients, les pharmaciens étaient selon eux sympathiques et accessibles contrairement aux médecins.

Pour certains patients le partenariat entre médecin et pharmacien, jouait un rôle important dans le suivi de leur maladie chronique.

### **3. Ecart et divergences entre les attentes du patient et des professionnels de santé, entre les observations et les entretiens**

Certains patients et médecins considéraient la consultation de renouvellement comme un simple « copier-coller » de l'ancienne ordonnance et qu'il suffisait juste de la réimprimer.

Mais souvent les « renouvellements » étaient l'occasion pour les médecins et les patients de discuter et de faire le point.

Au cours des observations j'ai pu m'apercevoir de certaines erreurs commises lors de la rédaction de l'ordonnance au cours d'un renouvellement (des oublis de reprise de traitement ou encore des erreurs de posologies) dues à plusieurs perturbations du médecin notamment

par des coups de téléphone durant les consultations ou encore parce qu'il dialoguait avec son patient sur autre chose. Ainsi il était peut être moins concentré et plus susceptible d'être moins attentif aux traitements.

Au cours des entretiens seulement deux patients avaient dit avoir deux ordonnances. Mais en observation à la pharmacie je me suis aperçu que quelques patients avaient plusieurs ordonnances en leur possession, dont certaines étaient périmées. Cela concernait des patients qui allaient consulter des spécialistes sans forcément en informer leurs médecins traitant.

Manuscrite ou informatisée, d'une manière générale l'ordonnance semblait convenir à tous les patients. Cependant beaucoup de patients s'étaient plaint au domicile ou à la pharmacie de ne pas toujours comprendre l'ordonnance manuscrite.

Enfin en ce qui concernait les médicaments génériques, les patients de plus de 75 ans disaient ne pas être dérangés par cela. Cependant j'ai observé beaucoup de patients à la pharmacie qui refusaient le médicament générique.

Beaucoup de patients m'affirmaient connaître leur traitement et leur ordonnance mais à la pharmacie je me suis aperçu que les patients connaissaient pas tous leurs traitements ou équivalent génériques, ou encore leur posologie.

Au cours des entretiens beaucoup m'ont dit tout connaître mais avaient quand même besoin de leur ordonnance pour me dicter leur traitement. Et à la pharmacie cela était plus évident lorsque les patients déposaient simplement leur ordonnance sur le comptoir attendant de récupérer les médicaments sans un mot.

Etre satisfait était la réponse que beaucoup de patients m'ont apporté lorsqu'ils évoquaient leur médecin traitant. Mais en observation dans les pharmacies et même avec les infirmières libérales j'ai pu entendre parfois le contraire avec des plaintes de certains patients sur leur médecin généraliste.

Les patients disaient qu'ils n'oubliaient pas leur traitement dans la majorité des cas mais à la pharmacie on s'apercevait que beaucoup de malades soit oubliaient de venir chercher leurs médicaments à temps soit ne prenaient plus leur traitement.

Parfois il existait un paradoxe entre l'affirmation des explications claires du médecin (au cours des entretiens), et le fait de demander des explications supplémentaires une fois à la pharmacie (disant même parfois que les médecins ne leur apportaient aucune explication : à la fois durant les entretiens et les observations).

Enfin sur la notion de temps avec les patients : beaucoup m'ont évoqué le manque de temps, et le fait que les médecins avaient une charge importante de travail et se sentaient parfois un peu bousculés et bâclés.

Ils se confiaient même au pharmacien par rapport à cela faisant allusion à la convivialité de la pharmacie.



## CONCLUSION

La méthode consistant à observer le « trajet » de l'ordonnance du patient chronique, croisée avec la perception du patient, nous a permis de mettre en évidence plusieurs problématiques.

Les différents facteurs humains qui parasitent à chaque étape la bonne rédaction et compréhension de l'ordonnance sont :

- le médecin qui est à l'initiative de celle-ci au cours des consultations de renouvellement ;
- le pharmacien dont la fonction est d'utiliser celle-ci pour délivrer les traitements ;
- les infirmières à domicile ;
- et enfin le patient lui-même.

L'empathie prédominait et interférait entre tous les intervenants et la bonne compréhension des prescriptions. L'ensemble des patients était satisfait de leur relation avec leur médecin traitant, avec de la confiance et de l'écoute. Ils se sentaient compris et entendus.

Mais effectivement en pharmacie la compréhension de l'ordonnance n'était pas une chose acquise par les patients avec de nombreuses erreurs sur les noms ou la prise des traitements et sur les oublis de prise ou de renouvellement.

Enfin il existait un écart entre ce qui était ordonné par le médecin et le « bricolage » des patients avec une autogestion et un désir de prendre à leur convenance les médicaments pour certains.

A l'issue de ce travail nous pensons que la réévaluation de l'ordonnance est un vrai travail médical qui nécessite l'attention du médecin et une écoute active des problèmes rencontrés par le patient.

En réalité l'empathie du médecin et de son patient perturbaient la bonne réalisation de ce travail et chacun doit en prendre conscience.

La relecture du médecin avec le patient devrait permettre de limiter les erreurs et devrait être comme un rituel de fin de consultation pour réaliser les choses au mieux.

Réévaluer l'ordonnance serait une pédagogie à répéter et à enseigner dès le plus jeune âge aux médecins au cours de leur cursus.

Le lien pharmacien-médecin serait essentiel à différents niveaux permettant une meilleure coordination entre les partenaires.

Ce système existe déjà en Suisse consistant à des réunions pluridisciplinaires entre les médecins et les pharmaciens afin de prendre en charge au mieux les patients par un parcours de soins personnalisé et coordonné. Cela leur permet ainsi de travailler en partenariat avec une réelle prise en charge de ces deux professionnels chacun axé sur ses compétences.

Ils pourraient se concerter de manière régulière et discuter des nouvelles recommandations de prise en charge, des nouveaux traitements, mais aussi des patients et de leurs projets de soins. Si on se rend compte en tant que médecin ou pharmacien que les patients ne comprennent pas bien leur pathologie ou leurs médicaments et rencontrent des difficultés, il faudrait les accompagner. On pourrait leur proposer des aides à domicile ou une aide d'une infirmière libérale permettant de les éduquer sur le plan thérapeutique. On pourrait aussi mettre en place via et avec le pharmacien le fait de tout noter sur les boîtes de médicaments et d'être vigilant sur les renouvellements.

Si au contraire, le patient était plutôt acteur de ses pathologies connaissant bien ses traitements, il ne serait pas nécessaire de réaliser tout cela. Il pourrait être dans un programme de parcours de soins coordonnés et d'éducation thérapeutique centré sur la compréhension de l'ordonnance (comme il y a dans les maisons de santé).

C'est ainsi une des perspectives de cette étude, de mettre en place une prise en charge pluridisciplinaire, qui permettra aux médecins généralistes de mieux répondre aux besoins des patients concernant leur ordonnance.

## **RESUME**

### **Problématique**

L'ordonnance est la clef dans une consultation de médecine générale. C'est un élément déterminant dans la gestion de l'observance mettant en jeu divers interlocuteurs comme les médecins ou les pharmaciens. Quels comportements ont-t-ils pour gérer celle-ci ?

### **Objectif**

Comprendre les déterminants de l'implication du patient vis-à-vis de son ordonnance afin de proposer des procédés pour améliorer la compréhension et la gestion de celle-ci.

### **Méthodes**

On a utilisé une méthode qualitative que l'on appelle « actionniste ». Cela a constaté en divers travaux : une phase d'observation au sein de cabinets de médecine générale, au près de pharmacies, enfin avec des infirmières libérales et une phase d'analyse avec des entretiens de patients.

### **Résultats**

Les patients étaient satisfaits de leur relation avec leur médecin traitant, se sentant écouté et compris.

Le pharmacien jouait un rôle essentiel dans cette gestion de l'ordonnance avec un rôle d'accompagnement et de suivi.

Les patients se sentaient très intimes avec leur médecin avec une relation centrée sur l'empathie.

Lors des observations en pharmacie, beaucoup de patients géraient leurs traitements comme ils voulaient avec des oublis et pas toujours une bonne compréhension.

## **Conclusion**

L'empathie peut générer des perturbations à cette rédaction d'ordonnance.

Il existe un paradoxe entre ce que les patients nous disaient et ce qu'ils faisaient vraiment.

Un partenariat entre médecin et pharmacien est une perspective avec des parcours de soins coordonnés, des aides à domicile tout ceci grâce à des réunions de concertations pluridisciplinaires.

## **Mots clefs :**

Patient, médecin, ordonnance, acteur, pharmacien

## BIBLIOGRAPHIE

1. P. Clerc, J. Le Breton, J. Mousques, G. Hebbrecht, G. de Pourville. Étude Polychrome :une méthode d'expertise pour optimiser des ordonnances de polyprescription en médecine générale, *Pratiques et Organisation des Soins*. 2009
2. C.Fournier, Le rôle du pharmacien. *Gérontologie et société*. 2002
3. J.Ankri, Le risque iatrogène médicamenteux chez le sujet âgé. *Gérontologie et société*. 2002
4. Afssaps . Prévenir la iatrogénèse médicamenteuse chez le sujet âgé. 2005.
5. Loi N° 2004-806 du 9 Août 2004
6. F.Naudin, C.Sermet, La prescription des médicaments à SMR insuffisant. *CreDES*. 2001
7. M.Schneider, J. Locca, O.Bugnon, M.Conzelmann, L'adhésion thérapeutique du patient âgé ambulatoire. *Rev Med Suisse*. 2006
8. A.Desplanques-Leperre, S.Legrain, J.Emériaux, J.Chabot Prescription médicamenteuse chez le sujet âgé. *Rev Prat* 20
9. M.Fulton, E.Allen. Polypharmacy in the elderly: A literature review. *J Am Acad Nurse Pract*. 2005
10. D.Fick, J.Cooper, W.Wade, Updating the Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. *Arch Intern Med* 2003
11. G. Bouvenot, J. Doucet, J. Tillement, J. Sassard, J. Montastruc, Y. Juillet, D. Bontoux, P.Queneau, La prescription médicamenteuse chez la personne âgée. *Académie Nationale de Médecin*. 2012
12. J. Emeriaux, Les personnes âgées et leurs médicaments. *Revue Hospitalière de France* n°

2. 2002

13. L. Auvray, C. Sermet Consommations et prescriptions pharmaceutiques chez les personnes âgées : un état des lieux. *Gérontol Soc.* 2002

14. M. Nguyen, Soigner la maladie chronique. Quand le travail d'équipement révèle autonomie et attachements. Thèse de médecine générale. 2012

15. C. Khaldi, C. Isnard Bagnis, J. Thievenaz, La compréhension du travail du malade à travers l'analyse des interactions au sein des pharmacies d'officines. *Congrès AFS Communication Savoirs, Travail, Profession.* 2013

16. M. Garoux-Drevet, R. Gonthier, J. Vallée, Qu'attendent les patients de la consultation de suivi d'une pathologie chronique en médecine générale. *Vie professionnelle recherche en soins primaires.* 2014

17. M. Besson, P. Gerstel, G. Bédard, Y. Jackson, Les pharmacies du cœur à Genève, un partenariat médecins-pharmaciens pour favoriser l'accès aux médicaments. *Rev Med Suisse* 2008.

18. O. Bugnon, A. Niquille, C. Repond. Les cercles de qualité médecin-pharmaciens: un réseau local reconnu pour maîtriser les coûts et la qualité de la prescription médicale. *Med Hyg* 2004

19. T. Johnston, W. Heffron, Clinical pharmacy in the family practice residency programs. *J Fam Pract.* 1981

20. P. Wolkenstein, S. Csonoli, J. Roujeau. La relation médecin-malade, L'annonce d'une maladie grave. La formation du patient atteint de maladie chronique. La personnalisation de la prise en charge médicale. *Ann Dermatol Venereol.* 2002

21. A. McKinnon, Pharmacist and physician collaborative prescribing for medication renewals

within a primary health centre Can Fam Physician. *ACPR*. 2009

22. E. Monfort P. Allain F. Etcharry D. Le Gall, Contribution of pictorial help to the understanding of medical prescriptions in elderly adults and in patients with Alzheimer's disease. *Psychol NeuroPsychiatr Vieil* .2010

23. S. Fainzang, Médicaments et société, Le patient, le médecin et l'ordonnance, *Presses Universitaires de France., Collection Ethno- logie Controverses*. 2001

24. S.Jacquemet, Dr A.Certain Éducation thérapeutique du patient : rôles du pharmacien *Bulletin de l'ordre* 367 .2000

25. M. Chan Fan, Gestion des risques médicamenteux des patients : polypathologiques chroniques : quelle collaboration entre le médecin et le pharmacien. 2013

26. R. Pineault, S. Provost, M. Hamel, A. Couture, J.-F. Levesque, L'influence des modèles d'organisation de soins de santé primaires sur l'expérience de soins de patients atteints de différentes maladies chroniques. *Maladies chroniques et blessures au Canada*. 2001

27. J. Villeneuve, La collaboration médecin-pharmacien en soins de première ligne pour la gestion des dyslipidémies : un essai clinique contrôlé et randomisé en grappe (étude TEAM), Thèse de pharmacie présentée et soutenue en juillet 2009

28. P. Clerc, J. Lebreton, J. Mousques, Etude Polychrome: construction d'une typologie des pathologies chroniques en médecine générale, pour une analyse de la polyprescription. *Prat Organ Soins*. 2008

29. Haute Autorité de Santé. Éducation thérapeutique dans la prise en charge des maladies chroniques: Analyse économique et organisationnelle. 2008



30. J. Epping-Jordan, R.Bengoa, R.Kawar, E.Sabate, The challenge of chronic conditions : WHO responds. *BMJ*. 2001
31. J.Assal, Traitement des maladies de longue durée : de la phase aiguë au stade de la chronicité. Une autre gestion de la maladie, un autre processus de prise en charge, *Encyclop. med. Chir*. Ed Elsevier. 1997
32. K.Lorig Partnerships between expert patients and physicians, *The Lancet*. 2002
33. A.Lacroix, J. Assal, L'éducation thérapeutique des patients : nouvelles approches de la maladie chronique. *Maloine*.2003
34. J.Ivernois, R.Gagnayre, Apprendre à éduquer le patient : approche pédagogique. *Maloine*. 2004
35. P.Gallois, J.Vallée, Y. Le Noc Société Française de Documentation et de Recherche en Médecine Générale Éducation thérapeutique du patient Le médecin est-il aussi un éducateur ?. *Médecine*. 2009
36. INPES. Une boîte à outils interactive pour les formateurs en éducation du patient, Communiqué de presse. 2009
37. C.Saout, B.Charbonnel, D.Bertrand, Pour une politique nationale d'éducation thérapeutique du patient. 2008
38. G.Lagger, M.Chambouleyron, A.Lasserre-Moutet, A.Giordan, A.Golay, Education thérapeutique 1<sup>re</sup> partie : origines et modèle.*Médecine*. 2008

39. JP.Assal, Traitement des maladies de longue durée : de la phase aiguë au stade de chronicité. Une autre gestion de la maladie, un autre processus de prise en charge. *Encycl Med Chir Thérapeutique*. 1996
40. JP. Assal, A.Golay, Le suivi à long terme des patients chroniques : les nouvelles dimensions du temps thérapeutique. *Med Hyg*. 2001
41. T.Bodenheimer, K.Lorig, H.Holman, K. Grumbach, Patient self-management of chronic disease in primary care. *JAMA*. 2002
42. J. Ruiz Accompagnement thérapeutique : le chemin du suivi à long terme. *Rev Med Suisse*, 2008
43. J. Chodosh, SC. Morton, W. Mojica, M. Maglione, MJ. Suttorp, L. Hilton, S. Rhodes, P. Shekelle, Meta-analysis: chronic disease self-management programs for older adults. *Ann Intern Med*. 2005
44. J. Ankri, Le risque iatrogène médicamenteux chez le sujet âgé. *Gérontologie et société*. 2002
45. Afssaps. Mise au point. Prévenir la iatrogénèse médicamenteuse chez le sujet âgé. 2005
46. Loi N° 2004-806 du 9 Août 2004.
47. S. Legrain, Pourquoi développer des aides à la prescription chez le sujet très âgé ? *HAS*, 2008.
48. MP.Schneider, JF.Locca, O.Bugnon, M.Conzelmann, L'adhésion thérapeutique du patient âgé ambulatoire. Quels déterminants et quel soutien. *Rev Med Suisse*. 2006

49. A. Desplanques-Leperre, S.Legrain, JP. Emériaux, JM. Chabot, Prescription médicamenteuse chez le sujet âgé. *Rev Prat* 20

50. M. Brunn, K. Chevreul, Prise en charge des patients atteints de maladies chroniques. *Concepts, évaluations et enseignements internationaux*. 2013

# ANNEXES

Annexe N°1

## ***Guide Entretien***

### **I. ORDONNANCE**

1. Décrivez moi votre ordonnance :

- Nombre de médicaments?
- quelles sont les pathologies traitées?
- quels sont les bénéfices de votre traitement? Ces effets secondaires?
- Ou possédez vous un double de votre ordonnance?
- qui gère votre traitement ? la préparation des vos médicaments? (vous , famille, aides de vie? )
- Comment est elle rédigé? : 3 fois par jour, toutes les 8h, matin midi et soir . Pour vous comment doit elle être rédigée? Vous semble t il judicieux qu'il y ait des pictogrammes par exemple matin, midi et soir?
- Avez vous des génériques? si oui arrivez vous à savoir à quoi ils correspondent? Cela vous satisfait il ?
- votre ordonnance est elle écrite en manuscrit? est elle informatisée? Que préférez vous?
- Si vous etes perdus pourquoi? En parlez vous avec votre médecin traitant? Quelles explications vous apporte t il?

Avez vous des aides de votre famille? de vos aides de vie?

### **II. RENOUELEMENT**

1. Questions

- est ce que vous parlez de votre ordonnance ou simple renouvellement ?
- quelles autres problématiques abordez vous?

- Quelles sont les précautions en dehors de la prise des médicaments que vous devez prendre avec vos pathologies?
- Qu'est ce qui est indiqué sur votre ordonnance en dehors de vos traitements?
- Quelles questions votre médecin aborde t il avec vous sur régime et sport?
- Quelles sont vos attentes en plus avez vous de votre renouvellement? Quelles sont vos attentes face a votre maladie, votre traitement ?
- votre médecin vous demande t il comme vous supportez votre traitement?

## 2.Compréhension

- Parlez vous de vos difficultés face à votre traitement: prise, effets indésirables, le fait d'arrêter certains traitements, difficultés avaler les traitements, d'aller à la pharmacie ? Comment réagit il ? Que vous dit il?
- Vous sentez vous écouté? Posez vous toutes les questions dont vous avez envie? quelles sont celles que vous ne posez pas?
- Etes vous satisfait lors de la fin de la consultation? Si non pourquoi?
- Votre médecin reste t il joignable dans les suites? par quels procédés?
- Comment votre médecin vous parle ? Est ce du jargon médical?
- Comment se passe la fin d'une consultation? (lecture ordonnance? )

## 3.Temps

- pensez vous que la consultation vous suffit: pensez vous qu'elle est trop longue, trop courte, ? Désirez vous plus de temps?
- Tous les combien de temps y allez vous? Cela vous parait il suffisant?
- 1 seule cs vous suffit ? vous faudrait il plusieurs cs succesives ? synthèse annuelle ?
- Y allez vous seul ? si non avec qui?

### **III. PHARMACIE**

1. Quelle est votre pharmacie habituelle? Allez vous dans une autre? si oui pourquoi? si non pourquoi?

- Quelles relations entretenez vous avec votre pharmacien

- Quelles discussions avez vous avec lui? Est-ce que vous lui posez des questions ?

- Est ce que c'est vous qui allez chercher vos médicaments? Famille? aides de vie?

Comment considérez vous votre pharmacien dans la surveillance de votre pathologie?

2. Est-ce que vous pensez que la configuration du lieu change la relation ? Est-ce que la proximité avec le pharmacien est mieux pour vous ?

-Est-ce que celui-ci dit qqc sur vos ordonnance ? critique ? réflexion ?

### **V. LABORATOIRE**

- Décrivez moi la surveillance de votre traitement ?

- Allez-vous toujours dans le même laboratoire pour la surveillance biologique ?

- Comment récupérez vous les résultats ?

- Comment votre médecin y a-t-il accès ?

- Quelles sont vos relations avec les manip et biologistes ?

### **VI. SPECIALISTES**

- Consultez vous des spécialistes ?

- Par quels moyens votre médecin traitant est il au courant? (synthèse , lui qui vous adresse ?)

- Combien d'ordonnances avez vous?

- Faites vous une synthèse avec votre médecin traitant lors des renouvellements?

Pourquoi allez vous voir des spécialistes? de vous même par votre demande? envoyé par votre médecin traitant? famille qui vous en a parlé?

## **VII. AUTONOMIE PATIENT**

### 1. Traitement

- Est ce que cela vous arrive d'arrêter ou de diminuer vos traitements? Si non pourquoi? si oui pourquoi?

Avez vous l'impression de vous sentir mieux lors arrête ou moins bien?

Avec qui en parlez vous? : médecin, famille, aides de vie, IDE, pharmacien?

Le dialogue est il plus facile avec pharmacien et /ou médecin?

### 2. Association

. Faites vous parti d'une association de malades?

Que cela vous apporte d'y aller? Cela vous aide t il à comprendre mieux votre maladie? vos traitement?

Comment avez vous connu celle ci? Par entourage, internet, IDE, pharmacien, médecin?

Y a t il des interventions de professionnels de santé?

### 3. Internet

- Quelles avez vous récupéré sur internet? Que cela vous apporte t il? Des réponses à vos questions? En accord avec médecin ou pharmacien?

- Avez-vous des applications ?

Allez vous sur des forums? Que cela vous apporte t il? Est votre 1er réflexe?

Y allez vous pour chercher des informations? pour compléter les explications votre médecin pharmacien? Par manque d'informations et u insatisfaction des réponses apportées par les professionnels de santé?

## Annexe N°2

### Observations

#### Observation Dr CO.

##### Observation N°1

Le début de la consultation a eu lieu à 9h15 et s'est fini à 9h35 (20').

Tout d'abord Mr P . 78 ans resta un long moment debout avant de s'asseoir, il était assez pressé il prenait: Acide acétylsalicylique , Miansérine, Zopiclone, Doxazocine . Le médecin a réalisé une prise de la tension artérielle et une auscultation.

Puis le patient est resté déshabillé un moment avant de remettre sa chemise.

Le médecin m'a interpellé au cours de la consultation et me dit: *« je lui ai prescrit de Acide acétylsalicylique pour des douleurs articulaires »*

Il lui a demandé *« ça vous soulage vos douleurs ? »*.

Il lui a donné des explications sur l'importance de la prise de Doxazocine et du risque d'infection.

Le patient lui a répondu: *« ça va avant je me levais 3-4 fois maintenant c'est une fois »*.

Le médecin *« moi aussi je vais y être confronté a ce souci »* et il sourit.

L'ordonnance était manuscrite.

Le patient: *« Ils m'ont avancé deux boites d'Imovane , il faut donc faire les ordonnances, le pharmacien a vu que c'était moi qui avait écrit sur l'ordonnance non substituable »*.

Et ajouta: *« mettez dessus svp pour un mois»*.

Le médecin: *« S'il en manque vous me faites un petit papier avec les dates je complèterais »*



## Observation Dr. C

### Observation N°1

La consultation a débuté à 11h20 et s'est finie à 11h45 (25').

Un patient de 84 ans avec son épouse de 82 ans étaient venus pour le renouvellement de leur traitement. Ils parlaient de tout et de rien puis ils en sont venus à discuter des traitements et en particulier des notices. Le patient blaguait sur le fait que les laboratoires pharmaceutiques pensaient qu'eux jeunes.

Le patient : *« c'est comme la notice des médicaments ce n'est pas fait pour les vieux on voit rien tout est écrit petit. Faut faire confiance au docteur. »* Et ils ont ri ensemble.

Puis ils en sont venus à un problème qu'a rencontré le patient : *« alors qu'est ce que ça donne pour votre hoquet matin et soir ? »*

Il lui a répondu : *« non ça va mieux je n'ai que le matin »*

Le médecin: *« Et l'Inegy pour la douleur ? »*. Le malade: *« j'ai du mal à le prendre »*.

Son épouse a rétorqué : *« ce n'est pas bon, alors il le prend avec lait ou jus. »*

De nouveau le patient: *« si le résultat est là c'est ce qui compte »*.

Le téléphone a sonné il n'a pas répondu et a continué.

Son épouse de nouveau est intervenue: *« il est constipé docteur »*

Le médecin n'a pas relevé et regardait l'ordonnance : *« Rivaroxaban ? »*

Son épouse ajouta: *« il faut renouveler pour 6 mois à un par jour »*

Et le médecin a fini en disant : *« je vous revois lundi pour voir l'évolution »*.

### Observation N°2

Une patiente de 76 ans qui était venue pour un renouvellement d'ordonnance pour une HTA.

La consultation a débuté à 10h20 et s'est terminée à 10h35 (15').

Le médecin a commencé la discussion: « *comment ça va ?* »

La patiente a répondu : « *ca va merci* ». Puis le médecin lui a pris la tension artérielle.

Et lui a dit: « *ça va de mieux en mieux avec vos traitements, je vous fais l'ordonnance pour 6 mois.* ». Ni la patiente ni le médecin ont relu l'ordonnance puis la patiente a mis l'ordonnance dans son sac sans les regarder puis est partie.

### **Observation N°3**

La consultation a débuté à 11h10 et s'est terminée à 11h30 (20').

A la base le patient de 80 ans venait pour une arthrose de pied douloureuse et a dit au médecin : « *j'ai arrêté les sachets de cholestérol car cela me donnait des nausées* »

Docteur C. lui demanda: : « *lequel médicament ?* » puis le patient : « *je ne me rappelle plus du nom, j'ai tellement mal docteur...* »

Il lui a dit : « *qu'est ce qu'on n'a pas essayé ?* »

Le patient: « *c'est difficile là, je ne prendrais pas de médicaments le matin car j'ai déjà quelque chose pour la thyroïde.* »

puis le médecin enchaîne : « *oui mais je ne peux vous soigner comme ça , on va essayer 1 comprimé d'Ibuprofène même si ce n'est pas la dose pour voir la tolérance pendant 1 mois* » puis le patient : « *pendant les repas ?* », « *pendant ou après le temps de voir le podologue* » lui répond Docteur C.

Par ailleurs aucune remarque sur le fait que le patient est arrêté lui même son traitement est faite par le médecin. Le patient a poursuivi : « *mon époux doit faire une prise de sang, mais elle n'a pas d'ordonnance pourriez-vous lui faire ?* »

Le médecin lui a répondu : « *pas de suite, plutôt début juillet avec son HbA1c et je le revois en juillet* »

#### **Observation N°4**

Un patient de 65 ans qui était suivi pour HTA. La consultation a débuté à 15h30 et s'est terminée à 15h45 (15').

Contexte : il venait de se faire voler sa voiture, il fait les coudes sur le bureau. Ils se tutoyaient avec Docteur C. car se connaissaient depuis longtemps.

Le médecin : « tu viens pour quoi ? », le patient lui a répondu : « pour mon traitement. »

Puis il lui a pris la tension artérielle et lui a demandé: « dernier bilan biologique c'était quand ? »

Le patient lui a dit: « ca fait un bail, tu sais à force de partir à droite à gauche en vacances »

Docteur C n'a pas relevé puis lui dit et enfin lui donne l'ordonnance en finissant par lui demandé ce qu'il lui fallait comme traitement anti inflammatoire.

#### **Pharmacie de bord de Seine**

#### **Observation N°1**

Un enfant de 10 ans d'origine africaine entre dans la pharmacie : « *tenez* » . Il a tendu l'ordonnance de sa mère diabétique hypertendu sous Metformine , Kardegic et Inexium. Le

pharmacien lui a demandé: « *qu'est ce qu'il faut pour maman ?* » L'enfant répondit « *je sais pas* ». Puis enfin le pharmacien : « *je donne tout pour 1 mois* »

## **Observation n°2**

Patiente de 90 ans venue pour récupérer son traitement contre la hypertension artérielle: « *je suis sous Triatec 5 depuis 30 ans alors c'est vrai que les génériques je n'aime pas, j'aime pas les boîtes. Je ne me souviens jamais du nom. Ca m'est même déjà arrivé de prendre les deux sans m'en rendre compte* »

Après que le pharmacien lui ai expliqué que ce n'était pas remboursé sinon elle lui répondit: « *mais si j'avais les moyens je prendrais le Triatec le vrai et pas son remplaçant, je suis sur en plus que ça marche moins bien , à chaque fois que je vais chez le médecin j'ai plus de tension maintenant.* »

Alors le pharmacien lui demanda: « *et alors il vous a augmenté le traitement ou envisager de changer ?* »

Elle lui a dit: « *non rien du tout de toutes façon il m'explique jamais rien lui. Et puis je comprends rien de toutes façon quand il écrit c'est illisible* »

Puis le pharmacien: « *c'est la vieille école ça* » ,lui marque le nom Triatec sur la boîte de Ramipril.

Il m'a fait une confidence au cours de cette journée: « *on tisse des relations privilégiées avec certains médecins et même avec certains patients. On avait une patiente en commun avec Dr*

*K. , elle a bien vieilli depuis et on la connaît depuis 30 ans . Elle est veuve , ses enfants*

*sont en province. Un jour son IDE a appelé Dr K. pour une ordonnance , un changement de*

*médicament. Je suis aller au cabinet récupérer l'ordonnance*

### **Observation n°3**

Une patiente de 87 ans qui était venue pour ses médicaments et ceux de son mari. Il ne peut se déplacer au cabinet , car il ne marche plus.

Elle nous a expliqué : *« c'est vrai que c'est bien le médecin vient à la maison , l'inconvénient c'est que l'ordonnance de mon mari est écrite à la main et je comprends pas toujours alors que moi au cabinet c'est sur ordinateur c'est moderne c'est bien »*

### **Observation n°4**

Un patient âgé de 80 ans qui était venu pour renouvellement de Ramipril. Il a tendu son ordonnance aucun mot n'est échangé avec le pharmacien. Il a pris ses médicaments et est parti.

### **Observation n°5**

Une patiente de 75 ans me dit en me voyant : *« ici je me sens plus à l'aise que chez mon médecin c'est plus familial plus convivial ».*

Elle parle avec la préparatrice de ses vacances elle parle même ensemble dans leur langue maternelle étrangère.

Par ailleurs la pharmacienne regarda sur l'informatique son ordonnance d'avant et véri

Fia avec la nouvelle.

### **Observation n°6**

L'ancienne pharmacienne qui était venue pour un renouvellement, et celle de son Mari : « on est toujours en retard, je reviendrais , c'est tellement de contraintes tous ces médicaments. Parfois j'oublie même »

### **Observation n°7**

Une patiente de 85 ans ayant 2 ordonnances différentes 1 pour Aprovel, l'autre Pour le Tanakan. Le pharmacien lui dit : « celle-ci est de novembre 2015 elle n'est plus valable » . La patiente lui a répondu; « je sais plus ou est l'autre »

### **Pharmacie du Vexin**

#### **Observation n°1**

Un patient de 82 ans « je m'en vais en province pendant quelques temps donc il me faut tous mes traitements » Le pharmacien lui a répondu : « comment vont les petits enfants ? »

Puis elles ont discuté. Enfin la patiente a ajouté : « mettez moi en boite de 1 mois celle de 3 mois me perturbent ». La pharmacienne ne rétorqua pas puis enchaina : « *vous avez des génériques ?* » puis la patiente : « *oui sauf Logast* »

La patiente possédait 2 ordonnances différentes.

#### **Observation n°2**

Une personne âgée de 80 ans venu pour un renouvellement donne son ordonnance, le pharmacien lui demanda : « *vous avez besoin desquels ?* »

Le patient ne répondit pas et ne connaissait aucun traitement.

### **Observation n°3**

Une patiente est venue avec une ordonnance : « *il me faut que ceux marqués d'un point noir* » . Elle avait environ 70 ans et était suivie pour HTA et connaissait son traitement par coeur.

### **Observation n°4**

Un patient de 76 ans suivi pour une HTA était venu pour : « *je viens prendre mon Ramipril 5 mg* » . Mais le pharmacien lui a de suite répondu : « *5 mg ? mais il y a marqué 10 sur l'ordonnance ce n'est pas la bonne posologie monsieur* » Mais le patient lui réponds à son tour : « *je sais , je me débrouille , je prend moi-même un 1/2 comprimé de 10* »

### **Observation n°5**

Une patiente de 85 ans qui était venue pour un renouvellement sous Lercandipine et Lévothyrox et Esoméprazole.

Le pharmacien s'est rendu compte que son ordonnance n'était plus valable.

Elle lui a répondu : « *je m'en suis même pas rendu compte , ca fait déjà 6 mois, je vais prendre rendez vous donnez moi seulement Esoméprazole il me reste les 2 autres.* » Le Pharmacien était étonné.

Elle a repris en disant: « *oui vous savez j'oublie souvent de les prendre* » et la patiente s'est mise à rire.

Annexe N°3

