

Analyse des déterminants de la gestion des
ordonnances de polyprescription des patients
chroniques en médecine générale

Guillemaud Céline

10 mai 2010

Table des matières

Introduction	5
1 Matériel et Méthode	6
1.1 Matériel	6
1.1.1 Recrutement des médecins généralistes	6
1.2 Méthode	6
1.2.1 La préparation au recueil d'informations	6
1.2.2 Les enregistrements	8
1.2.3 L'analyse des données	9
2 Résultats	11
2.1 Caractéristiques de la population	11
2.2 Cartes heuristiques	13
2.2.1 Les acteurs de l'ordonnance de polyprescription	13
2.2.2 Les facteurs de rédaction de l'ordonnance de polyprescription	13
2.3 Résultats de l'analyse qualitative	16
2.3.1 Les acteurs de santé et l'ordonnance	16
2.3.1.1 Les paramédicaux	16
2.3.1.2 Famille, aidants	17
2.3.1.3 Hôpital et spécialistes	18
2.3.2 Le médecin généraliste et l'ordonnance	20
2.3.2.1 Gestion de l'ordonnance dans le temps	20
2.3.2.2 Contexte médecin	24
2.3.2.3 Modalités de délivrance	27
2.3.2.4 Frein à la modification de l'ordonnance	28
2.3.2.5 Informatique	30
2.3.2.6 Coût	31
2.3.2.7 Médicolégal	31
2.3.3 Le patient et l'ordonnance	32
2.3.3.1 Rôle de l'ordonnance	32

2.3.3.2	Les représentations des patients	32
2.3.3.3	Demandes des patients	33
2.3.3.4	Les traitements non médicamenteux	34
2.3.3.5	Adhésion au traitement et objectifs thérapeutiques	35
2.3.4	La rédaction de l'ordonnance	37
2.3.4.1	Les caractéristiques du patient	37
2.3.4.2	La rédaction : un temps à part entière de la consultation	37
2.3.4.3	La lisibilité	38
2.3.4.4	La localisation des indications écrites	39
2.3.4.5	Le contenu de l'ordonnance	39
2.3.4.6	La hiérarchisation des molécules	39
2.3.4.7	Le nombre de molécules	39
2.3.4.8	La différenciation entre pathologies chroniques et aiguës	40
2.3.4.9	L'ordonnance unique	40
2.3.4.10	Les indications complémentaires	41
2.3.4.11	La dénomination commune internationale et le nom commercial	43
2.3.4.12	Grille Mai	44
2.3.4.13	Notification des effets indésirables	49
2.3.4.14	Les aides rédactionnelles	50
3	Discussion	51
3.1	Matériel et méthode	51
3.1.1	Concernant le matériel	51
3.1.2	Concernant la méthode	51
3.2	Résultats	52
3.2.1	La sécurité sociale	52
3.2.2	La relation aux paramédicaux et aux aidants	54
3.2.3	Le patient	54
3.2.4	Le médecin	55
3.3	Les solutions proposées	57
3.4	Proposition : guide de la réévaluation de l'ordonnance de po- lyprescription	59
3.4.1	Pour toutes les ordonnances	59
3.4.2	Nouveau patient	60
3.4.3	Réévaluation de l'ordonnance	60
3.4.4	Nécessité de rajouter un traitement	60
3.4.5	En cas d'événement intercurrent	61

4 Conclusion	62
Annexes	63
Bibliographie	67
Résumé	70
Abstract	71

Introduction

L'usage et la rédaction d'ordonnance sont des actes du quotidien de tout médecin. Les ordonnances sont également utilisées par les patients et d'autant plus fréquemment qu'ils sont atteints de pathologies chroniques. L'augmentation de l'incidence des pathologies chroniques dans notre société est liée au vieillissement de la population, lui même dû aux innovations thérapeutiques du XXème siècle. Nombreux sont les patients de plus de 65 ans qui souffrent de polypathologie[1][2], qui se définit par l'association d'au moins deux facteurs de risque et/ou pathologies associées[3]. Des études ont établi que le nombre de pathologies associées ainsi que le nombre de motifs lors d'une consultation augmente avec l'âge [4] ce qui favorise la polyprescription (prescription de plus de 4 médicaments). Le médecin généraliste est directement concerné par la polyprescription puisqu'il est le premier recours des patients de plus de 65 ans [4], qui composent majoritairement la population des patients polymédiqués. La polyprescription a fait l'objet d'études rétrospectives, dont les résultats retrouvent une consommation moyenne journalière de 4 à 5 médicaments pour les plus de 65 ans[1][5]. Devant les projections démographiques, la polyprescription semble difficile à éviter et doit être prise en considération car elle engendre de nouveaux défis pour notre système de soins dont les conséquences suivantes :[6][7][8][9]

- l'augmentation du nombre de traitements inappropriés
- l'augmentation du risque d'interactions médicamenteuses potentiellement dangereuses, notamment la iatrogénie. Cette dernière est responsable de 5 à 10% des hospitalisations des plus de 65 ans et d'au moins 20 % des hospitalisations chez les plus de 80 ans[10].
- l'augmentation du risque de contre indications médicamenteuses liées à plusieurs pathologies concomitantes.
- la diminution de l'observance des patients
- l'augmentation du coût de la prise en charge. 10% des 19% de dépenses liées aux médicaments sont réalisées par 10% des plus de 69 ans[10].

Cette augmentation du nombre de patients polypathologiques et polymédiqués conduit à des interrogations sur leur prise en charge au quotidien :

- Comment arbitrer la balance bénéfique/risque de la polyprescription ?
- Quels sont les facteurs qui influencent le praticien dans sa décision de polyprescription ?

Ces questions ont été traitées au cours d'un travail de recherche de trois ans Polychrome[11], dont l'un des objectifs était d'identifier et de mieux comprendre les déterminants de la gestion de la polymédication chronique en médecine générale. L'objectif de cette thèse dans le cadre de l'étude Polychrome était de distinguer les freins et les leviers à l'optimisation de ce type de prescriptions. Ce travail de recherche qualitatif a été réalisé pour identifier les déterminants sociologiques et comportementaux associés aux ordonnances de polyprescription en médecine générale selon le point de vue des médecins généralistes. L'analyse du ressenti de leur pratique quotidienne a permis de mettre en évidence une nouvelle dimension de cette problématique, ainsi que de proposer des solutions pratiques d'optimisation pour ce type d'ordonnance.

Chapitre 1

Matériel et Méthode

1.1 Matériel

1.1.1 Recrutement des médecins généralistes

La population étudiée est composée de médecins généralistes. Le recrutement a été réalisé à partir du fichier de la SFMG (Société française de médecine générale), regroupant 8000 médecins généralistes adhérents ou non à la société savante. Un courrier électronique a été envoyé aux médecins appartenant à cette liste. (cf annexe 1). Ils ont ensuite été sélectionnés par une procédure d'échantillonnage raisonné selon les critères suivants :

- la moitié des participants ne devaient pas être adhérents à la SFMG
- la répartition par classe d'âge et genre devait être superposable aux données du Conseil National de l'Ordre des Médecins[12].

Les médecins ont également apporté des informations complémentaires concernant : leur territoire d'exercice, leur mode d'exercice ainsi que l'âge de leur patientelle (données issues du Relevé Individuel d'Activité et de Prescription des médecins libéraux (RIAP)). Les médecins participants ont perçus un dédommagement.

1.2 Méthode

1.2.1 La préparation au recueil d'informations

Le recueil d'information a nécessité l'utilisation de deux méthodes :

- une première partie d'entretien par la méthode des focus groups
- une seconde partie par la méthode des groupes de pairs

Les entretiens ont été enregistrés dans leur totalité.

La méthode d'entretien par focus groups[13] est une méthode semi-directive, qui repose sur l'interaction d'un groupe social, afin de déterminer l'attitude de celui-ci face à un concept. Le concept est celui de la gestion de la polyprescription. Le groupe social est constitué de 60 médecins généralistes précédemment sélectionnés. Un questionnaire contenant des questions ouvertes a été élaboré pour diriger cette phase des enregistrements. Il comprenait les questions suivantes :

- Qu'est-ce qu'une prescription non optimale pour vous ?
- Pensez-vous que certaines de vos polyprescriptions ne sont pas optimales ? Si oui, pourquoi ? avec des exemples de patients qui vous viennent à l'esprit.
- Pourquoi pensez-vous que certaines ne peuvent pas être optimisées ?
- Comment les gérez-vous ? avec des exemples de patients qui vous viennent à l'esprit.

La méthodologie d'analyse des pratiques professionnelles à partir de cas cliniques, inspirée des groupes de pairs, a été utilisée pour la seconde partie[14]. Elle nécessitait l'utilisation de supports proches de la pratique quotidienne des médecins. Ces supports ont été sélectionnés, dans une base de données nationale appelée Polychrome qui a été élaborée à partir des données cliniques de l'Observatoire de la Médecine Générale (OMG) de la SFMG. Les données de Polychrome sont issues de dossiers médicaux de médecins généralistes informatisés, participant à l'OMG, selon les critères d'inclusion suivants :

- Inclusion de tous les patients de l'OMG du premier janvier 2002 au 31 décembre 2003 qui présentent au moins deux diagnostics pour des pathologies chroniques.
- Chaque pathologie chronique nécessite au moins deux consultations par an.
- Chaque patient est suivi pendant trois ans à partir de l'inclusion.

Au total la base de données contient 45000 patients chroniques, 700 000 pathologies chroniques, et 140 000 médicaments (traitements aigus et chroniques). Une analyse factorielle de la base de données a permis de partitionner cet échantillon en 6 classes caractéristiques des situations cliniques les plus fréquentes et caractéristiques des pratiques de polyprescription en médecine générale[15]. Un plan de sondage stratifié a permis de sélectionner 105 vignettes en tenant compte :

- de la pondération de 4 classes sur 6 de l'analyse factorielle précédente (classe 1 : 40%, classe 2 : 20%, classe 3 : 15%, classe 4 : 25%) (cf annexe 2)
- d'un nombre de pathologies, par acte, supérieur ou égal à 3.
- d'un nombre de médicaments, par acte, strictement supérieur à 4 selon la définition de la polyprescription dans la littérature.

Parmi les 105 vignettes précédemment sélectionnées, 16 ont été choisies pour leur caractère représentatif des problèmes rencontrés en médecine générale concernant les patients polyopathologiques et polymédicamentés. Elles appartiennent aux classes 1 et 2. Chaque vignette contenait une ordonnance associée aux informations complémentaires suivantes : l'âge, le sexe, les comorbidités du patient et le nombre de consultations par an. Onze de ces vignettes ont pu être traitées lors des enregistrements par les médecins en situation de groupes de pairs.

Un questionnaire a également été élaboré pour cette partie des enregistrements. Il a été utilisé pour chaque vignette et comprenait les questions suivantes :

- Qu'est-ce que vous pensez de cette ordonnance ? Avez-vous des ordonnances identiques et si oui pour quels types de patients ?
- Qu'est-ce que vous auriez fait pour l'optimiser ?
- Pour quelles raisons ne serait-il pas possible d'optimiser cette ordonnance ?

Les animateurs étaient au nombre de cinq, dont deux associés à la conception de l'étude. Ils ont été recrutés sur leur qualité de formateurs expérimentés à la FMC. Ils se sont réunis une fois avec le responsable de recherche afin de travailler sur le guide d'entretien et sur l'uniformisation du déroulement des séances.

Le guide d'entretien contenait le déroulement de chaque séance, le questionnaire ainsi que des documents élaborés à partir de la bibliographie initiale. Il a été réalisé par les investigateurs et revu avec les animateurs. L'animateur avait ainsi à sa disposition un fil conducteur pouvant l'aider à stimuler, si besoin, les échanges entre les participants, et plus précisément les critères de la Medication Appropriate Index (MAI)[9](cf annexe 3) pour la partie avec les vignettes.

1.2.2 Les enregistrements

Les 60 médecins généralistes recrutés ont été réparti en 10 groupes. Deux journées distinctes d'enregistrement ont été nécessaires, chaque animateur devant animer deux groupes. Les enregistrements se sont déroulés dans un hôtel parisien. Les deux journées ont débuté par une séance plénière de présentation du projet de recherche. Puis chaque groupe s'est associé à un animateur pour la journée. Les groupes se sont séparés pour les enregistrements dans des salles de travail, où les animateurs avaient à leur disposition, outre le guide d'entretien :

- un enregistreur
- un dictionnaire Vidal à l'usage des participants

- des chevalets avec le nom des participants
- une pochette par participant avec les vignettes et du papier
- un paper-board

La journée est divisée en quatre séances de travail d'une heure trente, la première étant dédiée au brain storming (méthode des focus groups) et les trois suivantes à l'étude de trois à quatre vignettes (méthode des groupes de pairs). A l'issue de ces journées les onze vignettes ont été analysées, chacune ayant été discutée au moins par 2 groupes différents. L'ensemble des séances a été enregistré, soit au total 50 heures.

1.2.3 L'analyse des données

La retranscription des enregistrements audio a ensuite été réalisée par une professionnelle avec le logiciel word avant l'analyse des données. L'analyse du contenu des enregistrements a été réalisée par un trinôme de chercheurs (un chercheur sénior, un chercheur junior et un chercheur novice) à l'aide du logiciel Nvivo 8. Ce logiciel permet d'effectuer un travail thématique sur un support textuel ou non. L'utilisateur peut alors mettre en évidence des idées issues des enregistrements ainsi que les relations entre les thèmes et les verbatims¹. Les retranscriptions ont été lues et codées individuellement pendant une quinzaine de jours. A l'issue de cette période une réunion a eu lieu pour permettre une uniformisation du codage² afin de faciliter l'analyse des enregistrements. Ce travail a été réalisé plusieurs fois de suite.

Un livre de code a été élaboré dans un premier temps, à partir d'un échantillon des enregistrements. Les idées analysées n'étaient pas hiérarchisées. Le livre permettait un tri simple et rapide de celles-ci et comprenait la classification suivante à trois niveaux :

- Optimisation / Non Optimisation de la prescription (O/NO)
- Effet de niveau : Médecin/ Patient/ Société (EM/EP/ES)
- Caractéristique de la sélection encodée

Exemple : NO-EP-refus de changement de traitements

“...la prescription est peu licite et le patient ne veut pas lâcher son truc : « mais ça fait 50 ans que je le prends, ça fait 50 ans que je vais bien, vous voulez me l'arrêter, vous allez me tuer. »...

Un arbre hiérarchique (cf annexe 2) a ensuite été créé à partir des premiers codages. Un deuxième puis un troisième niveaux ont été élaborés en fonction

¹Compte rendu intégral, mot à mot d'un entretien.

²Opération intellectuelle qui consiste à transformer des données brutes en une première formulation signifiante (le code) dont le sens reste proche du sens commun

des thématiques à développer. Les différentes idées ont été mises en relation de façon à laisser les liens visibles entre elles. Les résultats de chacun des chercheurs ont été comparés entre eux, afin de créer un modèle définitif pour chaque sujet retenu, et dans le cas de cette thèse les éléments se rapportant à l'ordonnance.

Le tri des thèmes, traitant du sujet de recherche, a permis de les mettre en évidence et de les regrouper, afin de permettre la création du modèle de représentation sous forme de carte heuristique.

Chapitre 2

Résultats

2.1 Caractéristiques de la population

Soixante médecins généralistes ont été retenus pour participer à l'étude, dont 29 n'étaient pas adhérents à la SFMG soit 48,3% du panel.

La répartition par genre : 14 médecins étaient des femmes soit 22,9% des participants contre 25% dans la population nationale des médecins généralistes selon les données de la CNOM 2002.

Le tableau I présente la répartition par classe d'âge des participants, la moyenne d'âge des médecins recrutés était de 47,8 ans.

Les figures 2.1 et, ainsi que le tableau II présentent des données complémentaires concernant la population des médecins généralistes recrutés.

	classe d'âge du panel	classe d'âge CNOM
39 ans et moins	5%	12,6%
40 à 54 ans	61,6%	55%
55 ans et plus	33,4%	32,4%

TAB. I – Répartition de la population étudiée en fonction de la classe d'âge

FIG. 2.1 – Répartition par territoire d'exercice

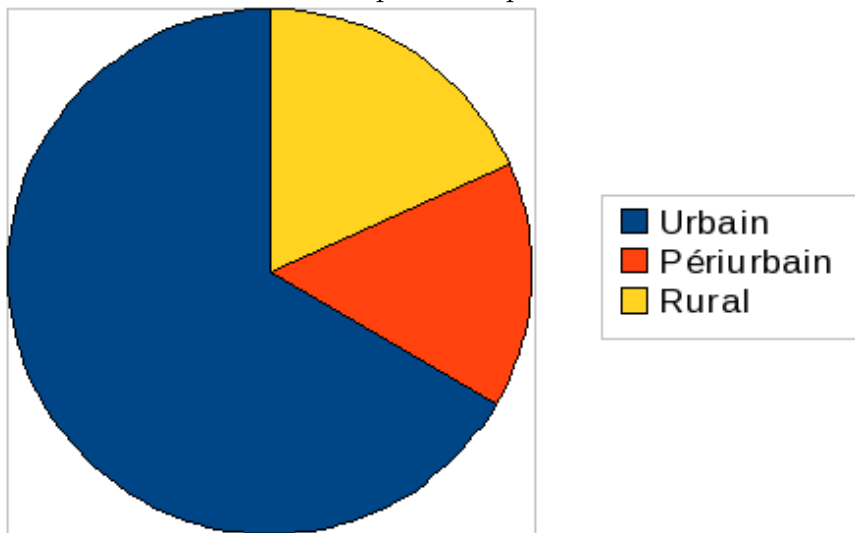
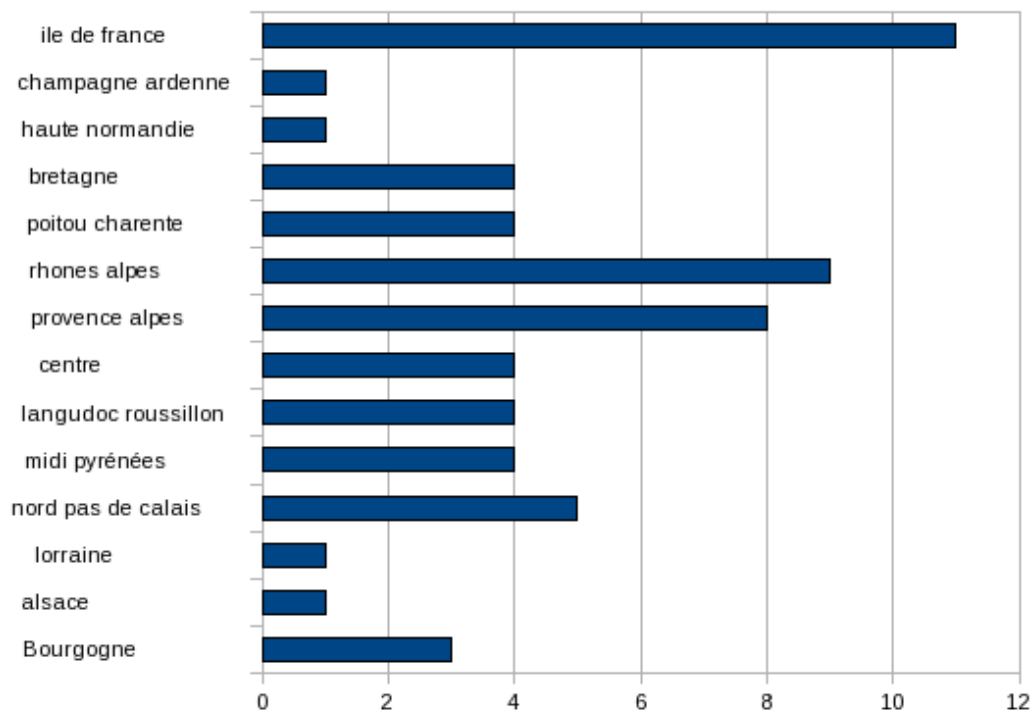


FIG. 2.2 – Répartition par région des 60 participants



âge des médecins	patients de moins de 60 ans	patients de 60 à 70 ans	patients de plus de 70 ans
39 ans et moins	77%	14%	9%
40 à 54 ans	65%	21%	14%
55 ans et plus	60%	24%	16%

TAB. II – Répartition de la patientelle en fonction de l’âge du médecin à partir du Relevé Individuel d’Activité et de Prescription des médecins libéraux (RIAP)

2.2 Cartes heuristiques

Les cartes présentées ci-dessous permettent de visualiser les relations complexes autour des ordonnances de polyprescription. Elles ont été réalisées à partir des noeuds(ou unité de sens) issus du codage des entretiens des médecins interrogés. Les verbatims les plus illustratifs de ces relations vont ensuite être présentés dans les chapitres suivants les deux cartes.

2.2.1 Les acteurs de l’ordonnance de polyprescription

L’ordonnance de polyprescription des patients chroniques est sous l’influence de plusieurs acteurs :

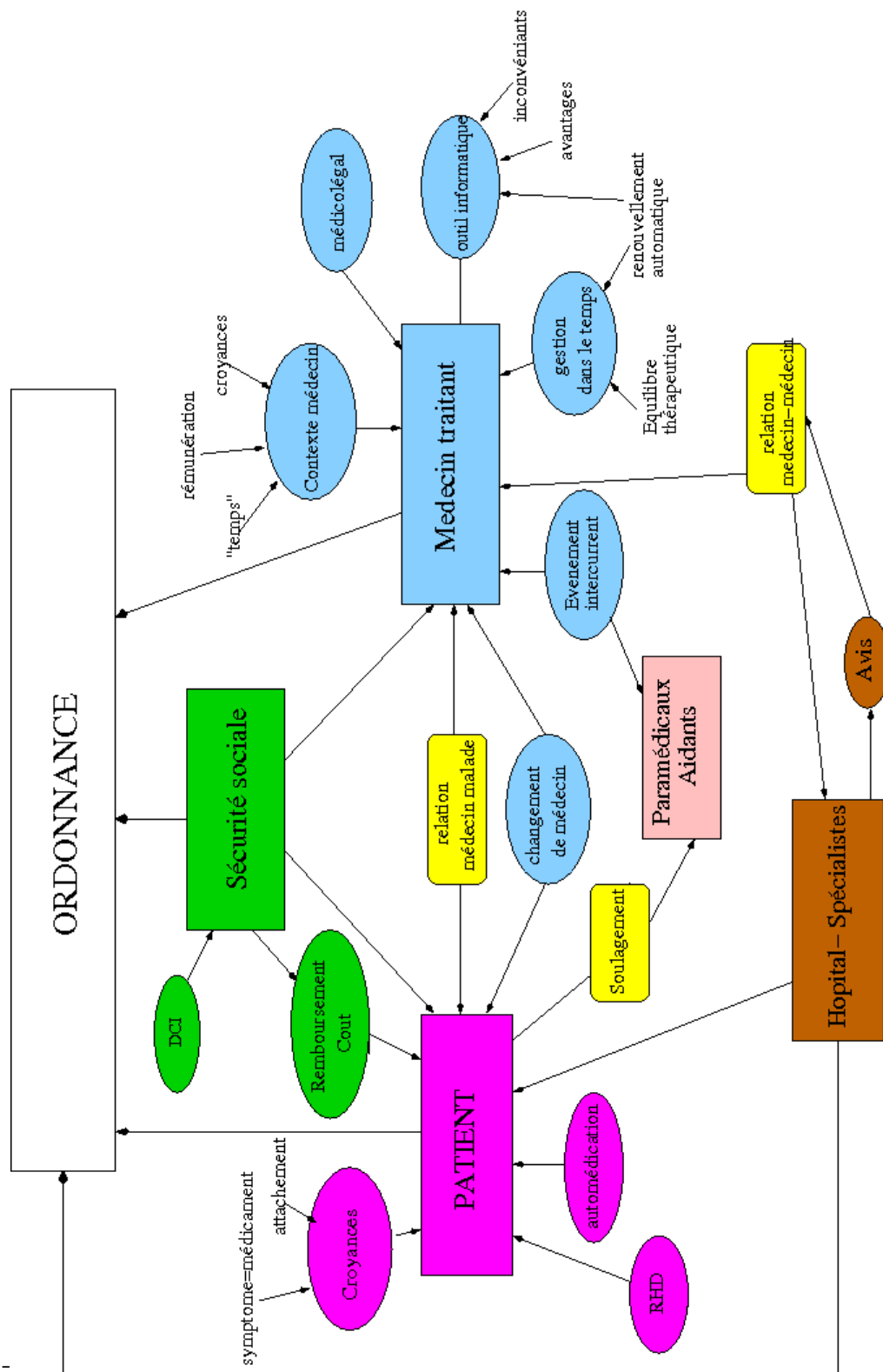
- le patient,
- le médecin traitant,
- les spécialistes et l’hôpital,
- la sécurité sociale,
- les paramédicaux et les aidants.

La carte présentée ci après, permet de mettre en évidence les liens entre les différents acteurs et l’ordonnance. Chaque acteur a une couleur déterminée. Les actions entre les différents acteurs sont de couleur jaune.

2.2.2 Les facteurs de rédaction de l’ordonnance de polyprescription

La rédaction adaptée de l’ordonnance de polyprescription dépend :

- du médecin traitant qui respecte des règles de rédaction et utilise de façon adaptée son outil informatique
- d’un travail pluridisciplinaire avec les spécialistes et les paramédicaux



2.3 Résultats de l'analyse qualitative

2.3.1 Les acteurs de santé et l'ordonnance

2.3.1.1 Les paramédicaux

L'ordonnance pour les professions paramédicale est une ordonnance distincte de celle du traitement :

“- Je voulais revenir sur l'observance de cette ordonnance parce que, une humeur dépressive avec perte de mémoire, qui a des sachets à ouvrir, des bouffées à prendre, c'est vrai que ça aurait été intéressant que quelque part figure sur l'ordonnance un repère.

- Oui, mais ils mettent pas les soins infirmiers prescrits, c'est pas sur cette ordonnance-là.” **Homme de 56 ans, exercice péri-urbain et Femme de 50 ans, exercice urbain.**

L'infirmière permet de faire le relais entre le patient et son médecin en cas d'événement intercurrent et favorise l'observance :

“Mais effectivement, l'infirmière est un élément d'information très important. J'ai un exemple tout bête. Je suis passé voir une patiente hier, j'ai prescrit un traitement antibiotique pour une infection urinaire. Ce matin, la patiente a cherché à me joindre. Non, c'est pas la patiente, c'est l'infirmière de la patiente qui m'a joint pour me poser la question de savoir, enfin la patiente se posait la question de savoir si elle devait continuer son traitement habituel avec les antibiotiques. Classique, c'est pas la première fois. Là, l'intérêt de l'infirmière est évident, c'est qu'elle fait le relais de la patiente qui a du mal à appréhender la gestion du traitement. Donc, l'information est passée grâce à l'infirmière. Si cette patiente n'avait pas d'infirmière, elle aurait fait certainement la bêtise d'arrêter son traitement parce qu'elle a sa croyance que, avec les antibiotiques?” **Homme de 44 ans, exercice péri-urbain.**

“C'est vrai que je me suis pas posé la question parce qu'on a la chance d'avoir suffisamment d'infirmières. On a une population qui vieillit avec ce type de patient chronique, avec plus de 10 médicaments, il a une infirmière toutes les semaines ou une aide à domicile, une aide-soignante qui passe pour la toilette et qui prépare les médicaments, même si elles n'ont pas le droit de le faire, mais c'est un tiers. Une fois par semaine avec un pilulier et un cahier.” **Homme de 46 ans, exercice péri-urbain.**

Les **pharmaciens** ont également une place importante car ils sont les

fournisseurs des traitement prescrits et doivent être sensibilisés à une homogénéité de leurs pratiques :

“Dernière remarque par rapport au pharmacien qui change fréquemment de générique. C’est vrai qu’il y a une volonté du pharmacien, moi j’ai le souvenir à Stains où une association avait été montée avec tous les professionnels de santé, y compris les pharmaciens, et ça avait donné lieu entre autres à des échanges pharmaciens/médecins, où on s’était tous à peu près mis d’accord pour que les pharmaciens, autant que possible, restent toujours sur les mêmes fournisseurs de génériques. Mais ça a été possible parce qu’il y a eu concertation, une association et des gens qui se connaissaient. Là, je pense que c’est plus facile de travailler.” **Femme de 38 ans, exercice rural.**

“Le problème qui se pose, c’est que, oui, les pharmaciens changent de fournisseur selon les contrats qu’ils peuvent tirer auprès des laboratoires. Il suffirait qu’ils aient une stabilité dans les fournisseurs” **Homme de 44 ans, exercice urbain.**

2.3.1.2 Famille, aidants

La maladie d’un proche ou d’un patient peut être difficile à accepter pour l’entourage et les aidants, qui peuvent demander un traitement pour soulager le patient et/ou leur quotidien :

“Si on veut pouvoir maintenir la personne dans la position où elle est, que ce soit à domicile ou en institution, on est obligé de la sédaté un peu parce que l’institution ou la famille n’est plus capable d’assumer le malade. On traite le patient pour le rendre supportable à l’entourage.” **Homme de 52 ans, exercice rural.**

“Et le dernier point, c’est aussi la pression ? Là, je parle en établissement, en ville peut-être un peu moins ? La pression qui est mise par les autres soignants, notamment lorsqu’on veut arrêter tel ou tel médicament : somnifères, neuroleptiques, etc., c’est : « non, ça va pas, il se remet à déambuler, il dort plus la nuit ». Donc, la pression des autres soignants pour qu’on maintienne la prescription même si on pense qu’elle n’est pas tout à fait adaptée. Donc, il y a une négociation qu’on peut faire de temps en temps. Un médicament par jour avec le personnel, ça demande beaucoup d’énergie. ” **Homme de 52 ans, exercice urbain.**

“Le deuxième point, par rapport aux hypnotiques, faire coucher les gens par terre, admettons, tu vas peut-être améliorer un peu la prévention des chutes. Mais tu as pensé aux soignants et au nombre de lumbagos que tu

vas engager chez eux, parce qu'ils vont devoir se pencher pour pouvoir les soulever quand ils voudront aller faire pipi ou aller à la selle, ou quand ils se seront éventuellement cassé la gueule.” **Homme de 57 ans, exercice urbain.**

Mais la famille et les aidants peuvent être un soutien pour le médecin dans une démarche d'arrêt de traitement :

“Je pense que l'entourage est important aussi dans ce cas-là parce qu'il faut essayer de faire comprendre à la famille, surtout aux enfants qui, je suppose, viennent l'aider régulièrement, qu'il faut essayer de la persuader de diminuer son traitement à tout prix. Après, c'est vrai que c'est compliqué si on ne peut pas s'en passer. Mais l'entourage doit être au courant, il faut les informer.” **Homme de 48 ans, exercice rural.**

2.3.1.3 Hôpital et spécialistes

Inconvénients

La problématique des prescriptions initiées par les spécialistes et de leur renouvellement réalisé par le médecin généraliste sont fréquemment évoquées :

“Parce qu'il a vu plusieurs spécialistes et chacun a fait sa prescription. Lui, il se retrouve à renouveler.” **Homme de 42 ans, exercice péri-rural.**

“Ça me paraît être une ordonnance patchwork, l'association d'une prescription d'un rhumato ou je verrai plutôt un médecin de rééducation fonctionnelle qui aime bien le Myolastan[®], et d'un psy. Est-ce qu'il faut la renouveler sans ciller ? Je sais pas.” **Homme de 52 ans, exercice rural.**

Les médecins évoquent la relation médecin-confrère :

“Oui, si on a une bonne relation avec le spécialiste, qu'on estime qu'il fait bien son boulot, des fois on a peut-être du mal, enfin moi personnellement, j'ai peut-être du mal contredire son traitement.” **Homme de 57 ans, exercice rural.**

“Je pensais aussi aux prescriptions un petit peu forcées par les spécialistes. Quelquefois, on a des ordonnances, des lettres de spécialistes avec un tas de médicaments et on a l'impression d'être un peu la main forcée. Là, il faut savoir négocier, ce qui n'est pas toujours évident, savoir négocier avec le patient pour lui dire que, finalement, il y a aussi un autre traitement, que ça ne va pas toujours avec le traitement qu'on délivre, nous, par rapport au traitement du spécialiste. Ça, c'est pas toujours évident à négocier.” **Homme de**

49 ans, exercice urbain.

Ainsi que leurs difficultés de médecin traitant à arrêter ce type de traitement :

“Ce qui me paraît compliqué c’est d’arrêter une prescription qui a été initiée par un confrère spécialiste, qu’il est le seul à pouvoir prescrire, c’est pas évident à faire, sauf effets secondaires auquel cas on peut argumenter. Sinon ça paraît un peu compliqué d’arrêter une prescription comme ça.”

Homme de 53 ans, exercice péri-urbain.

Surtout que la société donne une légitimité à ces prescriptions :

“Deuxième élément, c’est l’arrêt des médicaments prescrits par des confrères, en particulier spécialistes, qui n’est pas toujours évident. Là, je pense à mes patients en maison de retraite qui reviennent systématiquement avec des anticholinestérasiques, voire un, voire deux. Ils sont prescrits, on voit pas trop pourquoi et pour les arrêter c’est la croix et la bannière. Et donc, on a une espèce de confrontation vis-à-vis de l’autorité, soit hospitalière, soit spécialisée, sur des médicaments qui me paraissent forcément adaptés pour nous, pour tel ou tel patient.” **Homme de 52 ans, exercice urbain.**

“Notre travail, c’est d’essayer d’harmoniser ça avec les prescriptions antérieures du patient, dont les intervenants hospitaliers n’avaient pas toujours connaissance, conscience. C’est une difficulté parce qu’il y a une espèce de légitimité supérieure de la prescription hospitalière vis-à-vis de la prescription du généraliste. C’est parfois difficile d’aller contre cette idée reçue.” **Homme de 57 ans, exercice rural.**

Les patients peuvent également consulter des médecins spécialistes sans en parler avec leur médecin traitant :

“L’autre difficulté que j’ai avec les patients polymédiqués, c’est que je crois bien les connaître et puis, par moments, à la fin de la consultation, ils me disent : « vous pouvez pas me rajouter ça qui m’a été prescrit par le docteur untel ». Et là, je me rends compte que ce patient, qui prend régulièrement un IPP pour un RGO, le rhumatologue lui a prescrit un anti-inflammatoire. Je me rends compte que ce patient que je connaissais pour être asthmatique, le cardiologue lui a prescrit un bêta bloquant. Je me retrouve donc avec des strates supplémentaires à gérer que je n’avais pas choisies.” **Homme de 53 ans, exercice péri-urbain.**

Avantages

Les médecins hospitaliers ou les confrères en ville peuvent aussi aider à optimiser l'ordonnance :

“Tu fais bien d'évoquer l'hôpital parce que, moi très souvent, chez le polymédicamenté, il sera hospitalisé pour une raison ou pour une autre et il ressort souvent avec une ordonnance beaucoup plus légère parce qu'ils ont élagué dans les choses non essentielles. Parfois ça m'arrange bien, parce que j'essaie de leur dire : « écoutez, vous êtes sorti, vous n'allez pas moins mal ? ». Ça me facilite la chose. De même, je suis remplacé une fois par semaine par un jeune médecin qui parfois élague mes ordonnances. On peut avoir une aide extérieure, soit hospitalière, soit parce que quelqu'un a un autre regard. Je trouve que c'est intéressant.” **Homme de 56 ans, exercice péri-urbain.**

“J'ai une remplaçante et je lui dis : « surtout, si tu vois des trucs, n'hésite pas ». Ça fait du bien d'avoir un autre regard aussi sur la prescription.” **Femme de 53 ans, exercice urbain.**

“Je voulais parler de la sortie d'hôpital qui était aussi intéressante pour permettre de temps en temps d'arrêter certains traitements qui n'ont pas été utiles pendant l'hospitalisation et qui montrent éventuellement au patient que, justement, ce traitement pouvait être arrêté. C'est vrai que c'est un moyen pour lui montrer que le traitement qu'il prenait n'était pas forcément indispensable. A cette occasion, il y a un petit peu plus de facilités à arrêter certains traitements.” **Homme de 48 ans, exercice rural.**

2.3.2 Le médecin généraliste et l'ordonnance

2.3.2.1 Gestion de l'ordonnance dans le temps

Initiation d'un traitement

Le médecin traitant doit informer le patient des modalités de prise et de la durée d'un traitement lors de son initiation afin d'éviter la chronicisation de certains médicaments à risque comme les psychotropes :

“Et puis la deuxième remarque que je voulais faire, c'était par rapport à votre discussion, je pense que quand on instaure, nous, un traitement, on le met en route pour un temps court et déterminé. Et ça fait toute la différence avec une prescription qui est là depuis des années et des lustres, qui n'a jamais été remise en question pendant des années et des lustres. Je pense que,

là, la situation est vraiment difficile.” **Femme de 56 ans, exercice urbain.**

“Lorsqu’on initie un traitement, lorsque l’on dit : « vous avez un souci, vous avez des problèmes de sommeil depuis quelque temps ? je donne pas d’hypnotique très souvent. Dans votre cas particulier, je vais vous le donner pour deux, trois jours, quatre, cinq jours, mais on va l’arrêter très rapidement, c’est pas pour 3 mois ou pour 20 ans ». On cadre un peu la prescription, la personne est prévenue, ce sera plus facile de l’interrompre. Là, vraiment, je crois qu’il y a une grande différence entre une prescription qu’on va initialiser, qu’on va cadrer.” **Homme de 52 ans, exercice urbain.**

Réévaluation des traitements

Les médecins généralistes évoquent la réévaluation de l’ordonnance comme un moment indispensable du suivi de leurs patients, auquel ils ne sont pas forcément sensibilisés ou préparés :

“L’ordonnance d’un patient polymédicamenté ça se présente avec des strates. Des strates qui rappellent des pathologies plus ou moins récentes, plus ou moins anciennes, que j’essaie également d’organiser par pathologie. Et j’ai du mal des fois à aller piocher dans la dernière ligne, savoir ce pour quoi j’avais prescrit ça à l’époque, est-ce que c’est toujours nécessaire ? est-ce que c’est toujours d’actualité ? Ce qui était valable à un moment de l’histoire du patient, valable dans l’existence du patient, l’est peut-être moins aujourd’hui. Donc, il y a une dynamique qui n’est pas seulement au sein même de l’ordonnance mais aussi au niveau du temps” **Homme de 51 ans, exercice urbain.**

“Moi je crois que la réévaluation ça s’apprend, on n’a peut-être pas été formés à ça dans le passé.” **Homme de 46 ans, exercice urbain.**

“Peut-être qu’on a intérêt à mettre dans la tête de tout le monde, aussi bien dans la nôtre que dans celle du patient, lui expliquer, et rayer de notre vocabulaire le mot « renouvellement ». Mettre bien dans la tête du patient et surtout dans la nôtre, le mot « réévaluation ». C’était une suggestion pour nous aider. C’est sûr que si le patient vient avec tout son sac de médicaments, son ordonnance. C’est un autre état d’esprit réévaluation et renouvellement.” **Femme de 55 ans, exercice urbain.**

Événements intercurrents

Une hospitalisation ou l’apparition d’un effet indésirable peuvent aider le

médecin à arrêter un traitement en luttant contre les croyances des patients :

“Je pense que dé-prescrire c’est pas plus mal aussi. Je pense qu’il n’y a pas de prescription optimale, mais il y a des déprescriptions optimales. Quand on arrive, et souvent à l’occasion d’un clash, c’est-à-dire d’une hospitalisation, quelque chose d’aigu qui arrive au patient, on arrive à dé-prescrire, donc à supprimer des molécules. Et on voit, soit revenir le patient de l’hôpital qui a changé complètement de traitement et c’est pas plus mal, et on continue comme ça, ou alors on profite de cette occasion-là pour refaire le bilan médicamenteux du patient, pour dire : « là, on repart sur quelque chose de neuf, on va s’arrêter, on va arrêter les bêtises et les conneries, vous allez prendre ça et ça, et maintenant c’est terminé vous prenez ça ». En fait, il y a pas de gens parfaits, il y a pas de prescriptions parfaites. Par contre, ce qu’on peut faire c’est dé-prescrire, ça oui.” **Homme de 46 ans, exercice urbain.**

“Je vais te dire oui, avec l’expérience personnelle d’une mamie, qui avait 95 ans, que j’ai repris en cours de route et je lui re-prescrivais son Lexomil[®], qu’elle me réclamait à corps et à cri, qui était son médicament miracle. Jusqu’au jour où elle m’a dit trois, quatre fois de suite, qu’elle tombait toutes les nuits pratiquement, donc j’ai dit : « on arrête le Lexomil[®] ». Là, ça a été une bataille parce que c’était son médicament miracle et elle voulait pas. On a fini par arrêter son Lexomil[®] et, quand elle s’est rendue compte qu’elle tombait plus, elle a accepté.” ?¹

Pérennisation d’un traitement

Les médecins doivent être vigilants par rapport aux traitements aigus dans les ordonnances de prescriptions chroniques :

“C’est possible. Mais il y avait une petite formule comme ça : médicament un jour, médicament toujours. Il a pu arriver qu’au moment où le colza a fleuri, il a eu besoin de Virlix[®] parce qu’il éternuait. Et puis on a oublié que c’était pour un truc aigu, ponctuel et ça ressort avec l’informatique, s’il y a l’informatique. C’est peut-être symptomatique d’une somme d’habitudes. C’est une somme d’habitudes, donc effectivement, là, on devient dangereux.” ?

Mais également aux traitements prescrits depuis longtemps et qui n’ont jamais été réévalués :

“Ce qui arrive aussi, quelquefois on re-prescrit les choses et on ne se pose pas nous-mêmes la question. Là, on a mis ménopause, Abufene[®], est-ce que

¹Médecin qui ne s’est pas identifié au moment de son intervention

la patiente est au courant que c'est encore pour son histoire de ménopause qu'elle prend de l'Abufene[®] ou pas ? Pas sûr. Le Veinamitol[®], il y a un petit « veina », elle doit bien penser que c'est les veines. Des fois, on est surpris, moi j'ai déjà été surpris comme ça avec des patients.” **Homme de 53ans, exercice péri-urbain.**

Nouveau patient

Le changement de médecin traitant permet la création d'une nouvelle relation médecin- malade. C'est l'occasion pour le nouveau médecin de réévaluer l'ordonnance de polyprescription chronique.

“Je voulais faire une remarque sur ce que tu as dit tout à l'heure, les gens qu'on reprend. Moi j'ai un confrère qui est parti en retraite à côté de chez moi et donc, j'ai récupéré un certain nombre de patients et leurs ordonnances. Bien entendu que tu proposes une modification de traitement et ça passe ou ça casse. Mais je pense que, d'une façon générale, il est quand même plus facile de modifier une ordonnance quand tu prends quelqu'un en charge, que de commencer à renouveler et après dire : « on va changer », parce que la résistance du patient est plus difficile à vaincre, je pense, quand il commence à te voir et qu'il continue effectivement avec les mêmes médicaments. J'ai eu plusieurs patients avec qui j'ai réussi à simplifier des ordonnances, donc en démarrant dès le départ, et puis d'autres qui sont partis. Ils en avaient long comme ça et ils sont partis parce qu'ils n'ont pas voulu simplifier ce genre de choses.” **Femme de 56 ans, exercice urbain.**

“Quand j'ai un patient, j'essaie pas de tout changer d'emblée à la première consultation parce que sinon c'est sûr, on ne va plus les revoir. C'est vrai que c'est progressif, c'est de la discussion. C'est vrai que j'essaie pas de changer comme ça de but en blanc. Une fois, c'est facile à dire ? En plus, le patient prend peur, il va se dire : pendant des années, j'ai eu ce traitement-là tout s'est bien passé, lui me dit qu'il faut que je change. C'est vrai que c'est des choses qu'on essaie de faire progressivement. Après, le patient adhère ou adhère pas.” **Homme de 44 ans, exercice urbain.**

Renouvellement automatique

Les médecins évoquent fréquemment le renouvellement automatique qui est lié à plusieurs facteurs, dont l'informatique.

“-Troisième point, au cabinet médical, je suis pas informatisé et j'en suis très content. A la maison de retraite, on est informatisés, en tout cas on va s'informatiser, et ça me pose un gros problème pour la rédaction des

ordonnances. Quand les gens viennent me voir au cabinet médical, je suis pas informatisé, je rédige ligne par ligne mes ordonnances. S'il y en ont qui a 15 médicaments, je me prends mes 15 médicaments ligne par ligne, et ligne par ligne, je dis : « mais vous prenez toujours ça ? », « vous avez besoin de ça ? », « je vous remets ça ? ». Quand je suis à la maison de retraite, je vois Monsieur et Madame Dupont : « il y a pas de changement, docteur ? », « non, il n'y a pas de changement ». Boum, on appuie sur le bouton, je regarde vaguement, on signe. J'ai pas vraiment la même attention vis-à-vis des 12 lignes de médicaments. Je sais bien que ça va sonner un peu de partout pour me dire ceci ou cela. Personnellement, lorsque je rédige mon ordonnance ligne par ligne, je suis beaucoup plus attentif à ce que je prescris. Donc, là, je laisse un petit point d'interrogation sur l'informatique. ...

-Pour répondre à Gérard sur l'informatisation des cabinets médicaux, je suis informatisé depuis longtemps, je rédige mes ordonnances chroniques par le biais de l'informatique et je me pose la question ligne par ligne avec l'ordonnance déjà pré imprimable." **Homme de 53 ans, exercice urbain et Homme de 48 ans, exercice rural.**

2.3.2.2 Contexte médecin

Manque de temps

Le verbatim "manque de temps" est récurrent dans les interventions des médecins. Il regroupe plusieurs idées : difficulté à mettre en place des consultations plus longues, la démotivation, la fatigue...

"Alors on est pressé, on manque de temps. On n'a pas envie de discuter ce jour-là sur : essayer d'arrêter tel ou tel médicament. Solution de facilité." **homme de 42 ans, exercice péri-urbain.**

"Je pense que c'est fondamental parce que c'est une histoire d'être humain. Nous sommes des êtres humains, nous avons nos faiblesses, nous avons nos humeurs, des fois on en a plein les roupettes. Quand les médecins disent : « on n'a pas le temps, on n'a pas le temps », malheureusement" **Homme de 50 ans, exercice urbain.**

"C'est aussi le manque de temps et la pression de travail qui fait qu'on est moins attentif à ce que nous donne l'ordinateur comme prescription. Même si on la signe, on signe pas en relisant forcément bien dans le détail ce qu'on a prescrit de façon informatique" **Homme de 48 ans, exercice urbain.**

“Si on parlait des contraintes de ce médecin, une contrainte qu’on a tous, c’est le manque de temps pour se former, d’actualiser ses connaissances, qui fait que, parfois, je pense qu’on peut faire des prescriptions qui sont pas conformes aux indications, aux AMM ou aux posologies, parce que nos connaissances ont un peu vieilli et qu’on ne les a pas actualisées.” **Homme de 42 ans, exercice péri-urbain.**

“On rentre dans une négociation qui est très chronophage. Je peux pas faire ça à chaque fois, pour tous les patients, à toutes les consultations, d’avoir un quitus d’une prescription qui a déjà été établie par un spé. Moi je me heurte au problème de temps.” **Homme de 48 ans, exercice rural.**

Les conditions d’exercice

Les contraintes de travail ont une influence sur la qualité des soins :

“Et puis je pense qu’il y a aussi le contexte de la salle d’attente. Quand tu as une salle d’attente avec 20 personnes dedans, je sais pas si tu es optimal quand tu vois les gens et qu’en plus le téléphone sonne.” **Homme de 52 ans, exercice rural.**

L’organisation personnelle du travail joue également un rôle, par exemple ne pas avoir de dossier pendant les visites :

“Je pense aussi aux actes que l’on fait en visite, où on n’a pas tous nos éléments sur notre bureau, pour aller chercher l’aide informatisée aux interactions médicamenteuses, etc. Des fois, on se rend compte a posteriori qu’on n’a pas été très bon sur certaines polyprescriptions. **Homme de 53 ans, exercice urbain.**

L’exercice individuel ou en cabinet groupe intervient sur la difficulté à réévaluer les traitements :

”Donc, le temps, la consultation qui est courte, c’est un facteur limitant pour supprimer des lignes. Et puis aussi le fait d’être seul, c’est un facteur limitant. Je crois que si notre exercice était plus partagé, plus discuté, peut-être qu’on y parviendrait mieux.” **Homme de 51 ans, exercice urbain.**

L’augmentation de l’incidence des pathologies chroniques oblige les médecins à organiser leur exercice professionnel d’une façon différente :

”Il y a 30 ans, j’avais assez de temps à consacrer aux patients, maintenant de moins en moins, parce qu’on est embolisé par toute une pathologie qui pourrait être traitée en amont, effectivement par des infirmières ou par des licenciés, enfin par d’autres, de façon à nous laisser le temps de nous recen-

trer sur notre vrai métier, qui est quand même un métier intellectuel, qui demande de la réflexion, qui demande du temps. Si on veut traiter correctement un patient qui vient pour une hypertension, pour une hyperlipidémie, du diabète, qui a de la dépression, de l'hypothyroïdie, ça devrait être une heure de consultation.” **Homme de 51 ans, exercice urbain.**

Les croyances du médecin

Les médecins peuvent être freinés dans la démarche d'optimisation des ordonnances par leurs croyances, leurs tempéraments :

”Même chose, en visite à domicile, en particulier quand la famille est présente, je trouve que c'est difficile de négocier une modification d'ordonnance. Enfin, je trouve pas ça très confortable qu'il y ait plusieurs personnes qui interviennent dans la négociation. J'aurais tendance à remettre ça à plus tard.” **Femme de 31 ans, exercice urbain.**

“A priori, elle va bien avec son comprimé et demi de Temesta[®], elle n'a pas d'effets secondaires. Pourquoi lui changer à ce moment-là ? Si on lui enlève, elle va en avoir tous les inconvénients, elle aura plus l'avantage du médicament, elle aura un syndrome de sevrage, etc. Pourquoi lui changer, même si c'est pas scientifiquement justifié de donner du Temesta[®] au long cours ? Ça, c'est pas la pratique.” **Homme de 48 ans, exercice urbain.**

Démotivation face au patient

La relation médecin/malade est complexe et peut être un frein à une prise en charge optimale :

“Il en a ras-le-bol parce que le patient lui fait une grosse pression pour avoir des trucs dans tous les sens, et il sait pas comment gérer tout ça. C'est un médecin un peu fatigué et qui s'est démobilisé parce qu'il en peut plus.” **Homme de 57 ans, exercice rural.**

”Deuxième possibilité, il y a une mauvaise relation médecin-patient, il le supporte pas, il dit : « mais votre truc, ça marche pas, j'ai toujours des problèmes de prostate ». Le médecin, excédé, consent à lui en mettre deux, en sachant que c'est peut-être pas bien mais tant pis, je bâcle.” **Homme de 51 ans, exercice urbain.**

“Parce qu'on est des êtres humains comme les autres et on cède quelquefois au découragement et à la lassitude devant la difficulté, la résistance et le temps.” **Femme de 56 ans, exercice urbain.**

La rémunération

Le mode de rémunération actuel semble être un frein pour une amélioration de la prise en charge des patients polypathologiques :

”Par exemple, moi qui fais ma thèse sur l’inefficacité des régimes et la prise en charge psychothérapeutique pour perdre du poids, parce qu’on perd pas du poids avec un régime, il faut vraiment une prise en charge psychologique et comportementale, ça veut dire qu’il faut des consultations qui sont longues et c’est pas une consultation à 22 euros, moins les charges, etc., qui va faire 12 euros, et passer une heure avec son patient. On ne sera pas motivé pour faire ça, il faut pas rêver non plus.” **Femme de 31 ans, exercice urbain.**

2.3.2.3 Modalités de délivrance

Le syndrome de la poignée de porte

L’un des motifs de consultation peut émerger à la fin de celle ci :

“Et puis une autre catégorie qui me pose problème, c’est le problème qui sort en toute fin de consultation. On a vu le patient, on a fait le point avec lui, et pour être caricatural, au moment où il met la main sur la porte, il vous dit : « ah oui docteur, j’ai oublié de vous parler de mon insomnie, de mon mal au ventre ». Et ça, ça va conduire à des prescriptions qui sont souvent moins élaborées et qui me satisfont pas.” **Homme de 57 ans, exercice urbain.**

“Et puis c’est pour éviter les prescriptions ”poignées de porte“, ce que j’appelle poignée de porte : « ah, au fait, docteur, j’ai oublié de vous demander, vous pouvez me renouveler ça? », je dis : « mais d’où vous sortez ce médicament? ». Ça, c’est à éviter en premier, je pense. Mais je pense que c’est présent à l’esprit de tous.” **Homme de 46 ans, exercice urbain.**

Temps à part entière de la consultation

La rédaction et l’explication de l’ordonnance sont un moment déterminé de la consultation :

“Trop d’information tue l’information, donc il faut que ce soit effectivement clair et expliquer l’ordonnance après lui avoir donné. Est-ce qu’il l’entend? C’est un autre problème, mais on a le temps de lui réexpliquer à

chaque fois puisque c'est des chroniques." **Homme de 58 ans, exercice urbain.**

2.3.2.4 Frein à la modification de l'ordonnance

Inertie thérapeutique ²

"Je pense sincèrement que s'il a atteint ses 95 ans avec cette ordonnance, ça remet en question ma capacité dans les années avant, d'avoir allégé son traitement. A partir du moment où il a ça à 95 ans, j'ai été mauvais avant et je vais rester mauvais avec lui jusqu'au bout. Je provoque, mais c'est pas le sujet, c'est pas le sujet. Ce gars-là, visiblement, je le vois tous les mois, je le vois depuis un certain temps, j'aurais dû alléger. Mais ça angoisse parce que, en maison de retraite, moi j'y vais." **Homme de 52 ans, exercice urbain.**

"C'est un constat, si tu veux. Moi ça m'interpelle, c'est-à-dire que tu vois un patient qui a depuis 15 ans son comprimé de Temesta[®] ou son demi Temesta[®] 2,5 tous les soirs, sans jamais changer la dose, sans jamais l'arrêter?" **Homme de 54 ans, exercice urbain.**

"Mes prescriptions sont pas optimisables bien que, au regard de la science, elles me paraissent parfois si ce n'est aberrantes du moins pas tout à fait justifiées. A partir du moment où le patient va bien, où il y trouve son compte, que ça coûte pas trop cher à la Sécu et qu'il n'y a pas d'effets secondaires délétères, je vois pas pourquoi on devrait absolument changer nos polyprescriptions." **Homme de 52 ans, exercice péri-urbain.**

Équilibre thérapeutique

Les demandes institutionnelles de rationalisation de l'ordonnance sont difficiles à accepter quand le patient est stabilisé par un traitement, même si celui ci n'est pas optimal :

"Il est bien. J'étais en train de penser, mettons-nous dans la situation d'une autre consultation, le patient arrive : « Comment allez-vous aujourd'hui ? Est-ce que vous êtes bien ? », « Oui, je vais très bien », « Vous passez à côté, je vous examine ». Je le trouve très bien à l'examen. Je n'ai, objectivement, aucune raison de lui changer son traitement. Donc, je vais pas

²définie par l'absence de réévaluation des traitements malgré les changements de contexte (patient non équilibré, vieillissement, absence de questionnement sur l'ordonnance)

analyser critère par critère. Il est très bien, je lui reconduis l'ordonnance. C'est confortable pour nous." **Femme de 55 ans, exercice urbain.**

"Ce patient s'il est bien équilibré, s'il arrive à avoir une vie professionnelle, familiale et tout ce qu'on veut, normale, avec ce traitement, il repartira avec son traitement." **Homme de 49 ans, exercice urbain.**

"Ce que tu viens de dire, c'est que si tu touches à son traitement, tu risques de la déstabiliser. Du fait que tu as diminué ton traitement, elle n'a pas dormi et tu as modifié quelque chose de sa structure. La modification ça peut être de rajouter ou de retirer. Du moment que tu as touché à son traitement qui est en équilibre, ça l'a déstabilisée. C'est pour ça que c'est un peu lourd comme patient. Le moment où elle est en équilibre, je crois qu'on est content qu'elle soit en équilibre et qu'elle se trouve bien, surtout que les médicaments qu'elle a n'ont pas des effets secondaires importants, ne sont pas assez lourds pour elle. L'Ikaran[®], qu'elle le prenne ou qu'elle le prenne pas, ça donne pas beaucoup d'effets secondaires. Le Dafalgan[®] peut-être qu'on précisera, mais on l'a pas touché parce qu'elle se trouvait dans cet équilibre. Ce puzzle-là se trouve en équilibre dans cet état, on n'ose pas le toucher." **Homme de 58 ans, exercice urbain.**

Soulagement du patient

Pour les médecins le soulagement de leurs patients prime, même si le SMR du médicament prescrit est faible.

"Inversement, dans la hiérarchisation des pathologies qu'on préconise tout le temps, on pourrait se dire : la prostate ça passe après le reste. Mais lui s'il est très gêné par le fait qu'il va pisser tout le temps, est-ce qu'il faut négliger ça ?" **Homme de 46 ans, exercice urbain.**

"Je peux vous assurer que les femmes détestent les bouffées de chaleur et que l'Abufene[®] ça marche pas si mal. Donc, elles le réclament" **Femme de 40 ans, exercice urbain.**

"Je reviendrai quand même sur le syndrome colique. Tout à l'heure, tu disais : c'est un patient qui se plaint, le médecin en a un petit peu marre. Mais c'est vrai que les gens qui ont un syndrome colique ça peut être invalidant, c'est gênant, c'est douloureux." **Homme de 53 ans, exercice péri-urbain.**

"Je vais prendre le parti radicalement opposé. Je ferais pas cette chose par pure humanité. C'est un homme de 95 ans, c'est pas si fréquent que

ça. Je le vois tous les mois, c'est un monsieur que je connais bien. Je suis dans une grande compassion, probablement plus dans l'empathie mais dans la sympathie avec lui, peut-être même dans la projection : dans quel état d'esprit serai-je à 95 ans ? Je serai probablement plus là, mais si je suis là, le premier médecin qui m'enlève mon Lexomil[®] et mon Stilnox[®] pour dormir, je le fous dehors. Je le fous dehors, à moins que ce soit un phénomène nouveau, que c'est la première fois que je prescris du Lexomil[®] et du Stilnox[®] et, à ce moment-là, ta critique est audible et même pertinente. Mais si ce patient de 95 ans, il a ça depuis un certain temps, moi je m'assois à côté de lui, je me contrefous de son ordonnance. On discute à table, on s'assoit parce que, le pauvre monsieur, il peut pas tenir debout, et on va discuter. Je trouve que le mec, il est génial, il fait venir l'infirmière. Ce médecin est un bon médecin.”

Homme de 52 ans, exercice urbain.

2.3.2.5 Informatique

L'utilisation de l'outil informatique est répandu chez les médecins de manière hétérogène, néanmoins il présente des avantages et des inconvénients pour la rédaction des ordonnances :

Avantages

“Je suis informatisé et au bas de toutes mes ordonnances, ça marque ces phrases : « attention à l'alcool, à certains médicaments, certains mélanges peuvent donner des effets secondaires, bien respecter la posologie ». J'ai appris maintenant à être assez directif vis-à-vis du patient, je parle en général. Je pense que c'est mieux.” **Homme de 58 ans, exercice urbain.**

“Par exemple, il marque : « un sachet deux fois par jour ». Mon logiciel ne marque jamais « un sachet deux fois par jour », je pourrais mettre : matin et soir, ou matin et midi, ou matin et 16 heures. Si je veux écrire un sachet deux fois par jour, je suis obligé de le rajouter après en commentaire. Ça me prend bien plus de temps que de cocher matin et soir. Donc, je vais jamais mettre un sachet deux fois par jour.” **Homme de 56 ans, exercice urbain.**

Inconvénients

Les logiciels informatiques peuvent parfois être inadaptés, peu ergonomiques pour le praticien.

“Moi j'ai quasiment désactivé cette fonction de mon logiciel parce que j'en avais marre qu'à chaque prescription, il me sorte des tas de contre-indications

qui n'en étaient pas en fait. Donc, je l'ai supprimé." **Homme de 56 ans, exercice péri-urbain.**

"Les rappels en particulier, la gestion des fenêtres, des choses qui, dans le logiciel que j'ai, sont minables. » **Homme 52 ans, exercice urbain.**

2.3.2.6 Coût

Déremboursement

Les médecins ont observés une diminution de la demande de certains médicaments depuis qu'ils ne sont plus remboursés.

"Une chose qui nous aide beaucoup pour l'arrêt des médicaments ? Je pensais à ce que disait Jean-Marc pour les Sermion ou autres ? C'est quand le médicament n'est plus remboursé. D'un seul coup, le médicament qui était indispensable c'est : « finalement, c'est pas remboursé, je le prends plus, docteur ». Donc, ça, ça nous aide beaucoup, très souvent." **Homme de 53 ans, exercice urbain.**

"Ça permet de sortir de la logique : un symptôme, un médicament. C'est surtout ça l'avantage de dérembourser." **Homme de 55 ans, exercice urbain.**

2.3.2.7 Médicolégal

Les éventuels problèmes médicolégaux peuvent peser sur les décisions de prescription :

"Ça fait dix ans que je suis thésée cette année, ça me pèse quand même énormément cette espèce de poids médicolégal, que je vois comme une espèce de nébuleuse. Est-ce que c'est réel ? Est-ce que c'est pas réel ? Est-ce qu'on va nous emmerder parce qu'on a mis du Lodales[®] au lieu du Tahor[®] ? Je pense que ça fait plus ressortir l'angoisse des médecins ou leur burn-out que leur réalité, mais peut-être que je me trompe." ?

Une indication supplémentaire concernant les risques de certains médicaments peut figurer sur l'ordonnance dans un but médicolégal.

"Moi, personnellement, j'aime bien sa prescription par rapport à l'Atarax, avec toutes les recommandations. J'avoue que j'en fais pas autant. On parlait de couverture médicolégale, je pense que c'est pas mal." **Homme de 46 ans, exercice urbain.**

2.3.3 Le patient et l'ordonnance

2.3.3.1 Rôle de l'ordonnance

Le patient a plusieurs représentations de l'ordonnance en tant qu'acte thérapeutique, document de référence...

“... Il a une ordonnance, c'est écrit, il va regarder et il va se dire : voilà, ma prescription c'est ça. Il faut qu'il y ait un papier en contrepartie. C'est surtout ce geste-là, il est venu chercher quelque chose, il repart les mains vides, donc pour lui, il n'a rien. Du moment qu'il a un papier sur lequel c'est marqué, ça pourrait aussi avoir un effet positif. Et puis ça rentrera dans les moeurs.” **Homme de 58 ans, exercice urbain.**

“L'ordonnance, pour le patient, d'une manière globale, c'est un besoin. Ils ont besoin d'une ordonnance, donc c'est difficile de résister à la rédaction d'une ordonnance.” **Homme de 56 ans, exercice rural.**

2.3.3.2 Les représentations des patients

Les médecins évoquent l'effet placebo :

“Quant au Srilane, ça fait partie des croyances du patient, que de se frotter le dos ? C'est une prescription, je dirais, magique.” **Homme de 56ans, exercice rural.**

Les médecins évoquent régulièrement la croyance suivante des patients : un symptôme équivaut à un médicament :

“Donc, problème, médicament ; problème, médicament. Ca, je dirais plus que c'est culturel pour différentes raison. De façon générale, il faut être suffisamment bien charpenté pour pouvoir répondre et dire : « les soucis que vous avez me paraissent normal et ne nécessitent pas forcément une réponse médicamenteuse ».” **Homme de 52 ans, exercice urbain.**

L'utilisation des génériques entraine aussi des croyances par le manque d'informations sur ce concept et les problèmes de changements de boitage en fonction du laboratoire qui fournit la pharmacie.

“Et il y a des choses assez drôles qui se passent, du style les patients qui sont anti-génériques et qui disent : « surtout, vous me mettez pas de génériques ». Je leur explique que ça fait quand même trois mois qu'ils ont le nom, c'est le nom d'un produit générique et qu'avant il y avait un autre nom. Ça les surprend un peu, des fois.

-Donnez-moi du Biogaran, docteur ! Ça oui. « Non, je veux du Biogaran, je veux pas de générique, docteur. »” **Homme de 53 ans, exercice péri-**

urbain.

Les patients reconnaissent également une légitimité différente en fonction du statut des prescripteurs :

“...l’arrêt des médicaments prescrit par des confrères, en particulier spécialistes, qui n’est pas toujours évident. Là, je pense à mes patients en maison de retraite qui reviennent systématiquement avec des anticholinestérasiques, voire un, voire deux. Ils sont prescrits, on voit pas trop et pour les arrêter c’est la croix et la bannière. Et donc, on a une espèce de confrontation vis-à-vis de l’autorité, soit hospitalière, soit spécialisée, sur des médicaments qui ne paraissent pas forcément adaptés pour nous, pour tel ou tel patient. C’est pas toujours facile de les arrêter, c’est une autre raison.” **Homme de 53 ans, exercice urbain.**

Le rôle de l’ordonnance n’est pas toujours clairement établi aux yeux des patients, notamment en terme de remboursement des soins :

“Elle est ressortie, on lui a donc donné une feuille de soin et elle a dit : « mais je ne vais pas être remboursée puisque vous m’avez pas fait d’ordonnance ». Il y a peut-être en arrière-plan tout ça. S’ils prennent pas les médicaments, quitte à les mettre dans la pharmacie, peu importe, c’est qu’ils sont pas malades, s’ils sont malades, ils seront pas remboursés, etc. Ils risquent à terme d’être plus pris en charge à 100 % ou que sais-je.” **Homme de 52 ans, exercice urbain.**

2.3.3.3 Demandes des patients

Les patients ont parfois des demandes très précises concernant leur traitement :

“Pour être encore précis, il y a certains médicaments pour nous qui auront une efficacité assez douteuse et pour lesquels on est obligé de prescrire, parce que les gens les demandent, comme les veinotoniques dont Sabine parlait tout à l’heure, ou certains médicaments pour la constipation, pour les diarrhées où, en général, c’est des fausses diarrhées. Les gens les demandent, ils veulent quelque chose pour aller à la selle. Il y a un petit peu la pression du patient. Tous ces médicaments dont l’efficacité est un petit peu douteuse ou pas assez efficace, on les prescrit. Surtout pour les personnes âgées en particulier qui ont déjà des listes assez importantes et impressionnantes de médicaments.” **Homme de 58 ans, exercice urbain.**

Les patients ont souvent une demande de régularisation pour leur automédication ou pour un renouvellement sans consultation. Les médecins y

répondent parfois :

“Une mauvaise prescription, et souvent on est amené à le faire, c’est une prescription faite sur le coin du secrétariat, parce que la secrétaire a un coup de fil d’une patiente, qu’il faut renouveler le truc. C’est la cousine du frère et il faut lui renouveler le Bi-Profenid[®]. Ça, c’est très mauvais et pourtant, je le fais. Des fois, je suis débordé, je le fais. Ça, c’est une mauvaise prescription parce que qu’est-ce qu’on connaît de la patiente ? Rien. On sait pas si elle est insuffisante rénale, on sait pas si elle a des antécédents de RGO ou d’ulcère. Ça, c’est la mauvaise prescription et pourtant c’est un seul médicament, on parle pas de iatrogénicité, d’interaction plus exactement. C’est, d’abord se calmer, faire une prescription à la fin quand on a véritablement vu le patient, qu’on a tout pesé. La prescription, c’est vraiment le dernier truc que l’on doit faire, pas le premier. **Homme de 46 ans, exercice urbain.**

Ce type de demande est également faites pour les proches :

“C’est le patient qui te dit : « vous pouvez me marquer ça pour mon épouse ou pour mon grand-père ? ». Il te demande de rajouter un médicament qui paraît pas évident là, le Mopral[®] par exemple pour sa femme. Tu vas le mettre et ça n’a rien à voir avec ça.” **Homme de 52ans, exercice urbain.**

2.3.3.4 Les traitements non médicamenteux

Le médecin a à sa disposition, des outils complémentaires à la prescription pour favoriser le suivi du patient.

“Ce que je fais parfois, c’est de donner une ordonnance parallèle, comme on donne un régime qui peut être écrit, une notice explicative sur l’insomnie, les risques des médicaments. Il y a la CPAM qui a édité un book à la fois sur l’anxiété et l’insomnie, avec le carnet dont on parlait, le carnet de sommeil.” **Homme de 46 ans, exercice urbain.**

La prescription de mesures symptomatiques sur l’ordonnance permet de leur donner du poids :

“Donc, il y a tout ça qui entre en ligne de compte. Par contre, au niveau hygiène de vie, posturale et autres, on écrit sur l’ordonnance, quand on sent que le patient c’est entré dans une oreille et sorti de l’autre, pour le coincer un peu plus sur ce qu’on a dit, là pour le coup, on le met par écrit.” **Femme de 50 ans, exercice urbain.**

Les médecins peuvent aussi proposer des alternatives thérapeutiques non médicamenteuses, qui sont plus ou moins bien acceptées :

“Dans la pratique, je ne sais pas avec cette personne, on va utiliser, s’il

est d'accord, de la kiné. Comme je le dis, je fais de la mésothérapie, de l'acupuncture, des choses comme ça. Donc ça va dépendre, si la personne me dit : « oui, j'aimerais bien », de proposer éventuellement d'autres choses. C'est plus des outils qu'on va avoir à notre disposition, pour sortir un petit peu de la re-prescription systématique et l'intégrer peut-être dans une autre démarche." **Homme de 52 ans, exercice urbain.**

“Oui, il y a le fait d'éviter au maximum les crudités, de faire un régime qui repose, qui met au repos l'intestin. Moi, ce que je fais, je leur dis : « pendant 5-6 jours par mois, vous faites un régime sans résidu, c'est-à-dire que vous prenez viande grillée, poisson bouilli, féculent cuit, aucune crudité ». Ça les met au repos. En plus, c'est très bon pour le diabète ce genre de choses et ça se passe très bien." **Homme de 46 ans, exercice urbain.**

2.3.3.5 Adhésion au traitement et objectifs thérapeutiques

Observance

Les patients ont plus de difficultés d'observance pour les pathologies qu'ils ne ressentent pas et dont le traitement provoque des désagréments :

“Son attente à lui. Lui va dire : « ma tension, je la ressens pas, je m'en fiche et je préfère pas prendre mon diurétique plutôt que de me lever la nuit ». Lui ce qui l'intéresse, c'est de pas se lever la nuit." **Homme de 46 ans, exercice urbain.**

Les patients n'évoquent pas facilement la mauvaise tolérance de leur traitement :

“Non, pas forcément. Non, c'est pas systématique. En consultation, souvent je pose la question : « Est-ce que ce traitement, vous l'avez bien pris ? ». Là, on a des surprises. « Est-ce que vous avez bien supporté ? » et on s'aperçoit que ça a été pris deux jours et qu'on les supporte plus. Ils vont pas forcément le dire. J'en reviens aussi, c'est fondamental l'interrogatoire. Poser des questions, ça prend du temps mais c'est la base de notre métier quand même. Se renseigner auprès du patient et de l'entourage pour constituer un faisceau d'informations qui vont nous permettre d'adapter notre traitement." **Homme de 57 ans, exercice urbain.**

Les modalités de prise des traitements ne sont pas toujours adaptées.

“Vous n'avez jamais été confrontés à la prise de médicaments chez le patient ? Vous arrivez, il est en train de prendre ses médicaments, donc il a ses 9 ou 10 comprimés. Il les met dans la main, il les agite et hop, en avant, tout

part en même temps avec une grande giclée d'eau. Tu sais pas très bien la biodisponibilité, la galénique de chacun. Qu'est-ce qui va arriver en premier sur le cytochrome P450? Tu l'imagines, tu vois ce qui va se passer, tu sais pas bien" **Homme de 48 ans, exercice rural.**

Nomadisme médical

Les médecins évoquent le nomadisme médical qui favorise la multiplicité des prescriptions.

"Moi j'ai quand même quelques patients qui vont voir d'autres médecins sans qu'on soit au courant. Moi c'est ce que je dis : « Je veux bien vous prendre en charge, mais dans ce cas-là, je pense aussi qu'il faut me dire ce qui est important pour votre santé ». C'est vrai qu'on ne peut pas tout savoir des gens, on n'est pas là pour ça. Mais sur le plan médical, soit on prend en charge le patient et on prend en charge le dossier médical, et il faut qu'il joue le jeu. S'il joue pas le jeu, dans ce cas-là c'est pas la peine, dans ce cas-là, ils vont voir un autre médecin ou alors ils se débrouillent. Il y a des choses qu'on ne peut pas faire." **Homme de 49 ans, exercice urbain.**

L'utilisation de système de partage des dossiers pourrait permettre au médecin de suivre plus facilement les prescriptions de ses confrères :

"Moi j'interroge leur Carte Vitale. La Caisse nous a mis un petit logiciel qui nous permet de savoir qu'est-ce qu'ils ont eu comme prescription et c'est super intéressant. Quand on a un nouveau patient, je trouve que c'est super intéressant, avec son accord, parce que ça permet de savoir exactement. S'il a oublié des prescriptions, on les retrouve et on est souvent étonné! Ça m'est arrivé deux, trois fois chez des patients à moi, on était un peu étonné de voir : « Tiens, vous avez eu telle chose »." **Homme de 46 ans, exercice urbain.**

L'automédication

Les médecins évoquent deux types d'"automédication". La première est en accord avec les prescriptions du médecin, lorsque le patient a une bonne compréhension de son traitement et qu'il peut prendre ses médicaments à la demande.

"Il faut que ce soit précis, il faut que ce soit expliqué et, si on offre la possibilité au patient ou si on a un accord avec lui pour de l'automédication, il faut que ce soit vraiment indiqué précisément, pas laisser des choses floues : à la demande. C'est : en cas de douleur, et pas de douleur à la tête parce que les gens peuvent après le Mopral[®] s'ils ont mal à la tête. C'est : en cas de

douleur, quel type de douleur le prendre, et mettre la posologie maximale à ne pas dépasser, ça c'est très important. Si on prescrit un Triptan dans une migraine, on va dire qu'il faut pas dépasser tant par jour et tant par semaine. Il faut que ce soit précis en termes d'indications et de doses maximales, et également d'arrêt si effets secondaires.” **Homme de 58 ans, exercice urbain.**

Les patients prennent également des médicaments achetés en pharmacie ou issus de leur pharmacie personnelle :

“Alors le patient qui me dit pas, à ce moment-là c'est de l'automédication. Je pose la question s'il y a une pathologie que je peux pas expliquer, qui paraît être un effet secondaire, mais que je peux pas expliquer. C'est tout. C'est la clinique qui va m'inciter à demander. Il faudrait être plus systématique, certainement.” **Homme de 56 ans, exercice rural.**

2.3.4 La rédaction de l'ordonnance

2.3.4.1 Les caractéristiques du patient

Des éléments informatifs concernant le patient doivent figurer sur l'ordonnance : “Il faut pas en rajouter parce que 83 ans ? Il doit boire un ou deux verres de vin par jour facilement, pour accompagner son repas ou son fromage. On peut pas avoir une idée sur l'importance de l'insuffisance rénale ?” **Homme de 58 ans, exercice urbain.**

“Il fait peut-être 140 kilos.” **Homme de 56 ans, exercice urbain.**

“Moi je pense qu'une mauvaise prescription, c'est une prescription manuscrite. Je m'explique, je pense qu'à la main c'est impossible de faire une ordonnance de qualité, c'est-à-dire avec tous les éléments nécessaires pour la bonne délivrance des médicaments. Je parle que des médicaments. Ça fait beaucoup de choses à écrire, notamment tout ce qui est vraiment nom, prénom, l'âge, le poids, pour les enfants par exemple, éventuellement la formule de Crokroft pour vérifier au niveau rénal.” **Homme de 54 ans, exercice urbain.**

2.3.4.2 La rédaction : un temps à part entière de la consultation

“Mais je pense que là, pour revenir plus à cette poly médication, je pense que ça va encore optimiser le fait que je vais être encore plus vigilant

sur le temps passé avec les patients, notamment au moment de la rédaction de l'ordonnance. Évidemment, il y a plusieurs temps dans la consultation, il y a l'interrogation, c'est important, il y a l'examen clinique, c'est important, il y a la rédaction de l'ordonnance. Avec les ordinateurs maintenant, c'est très facile d'appuyer et d'avoir l'ordonnance précédente qui sort, et on regarde pas trop. Ça, je trouve que c'est un danger des logiciels. Je pense que ça va me sensibiliser là-dessus pour, j'espère, plus de trois semaines!" **Homme de 48 ans, exercice rural.**

"Ce que ça m'a apporté, c'est bien rédiger les ordonnances. C'est vrai que des fois, on va trop vite. Même avec l'informatisation, on oublie des trucs!" **Homme de 53 ans, exercice urbain.**

2.3.4.3 La lisibilité

"Et puis la qualité de la prescription, c'est-à-dire qu'on peut très bien se tromper quand on écrit ou mal écrire, et c'est source d'erreur et de iatrogénie indiscutable. En plus, je pense qu'on a besoin aussi d'aide pour prescrire. On a beau avoir énormément de connaissances, c'est très difficile, justement face à des polyopathologies, de tenir compte de tous les éléments et de savoir si on prescrit aussi dans un avantage bénéfice-risque. Moi je prescris de manière informatisée depuis très longtemps. A la main, j'ai beaucoup de mal à le faire et à faire des ordonnances du même niveau que mes ordonnances faites par ordinateur." **Homme de 54 ans, exercice urbain.**

"Je pense qu'effectivement dans la rédaction de l'ordonnance, même si les aides à la prescription ont fait beaucoup de progrès, rien qu'au niveau de l'écriture du docteur. Je veux bien que tu continues à faire tes ordonnances de façon manuscrite, mais c'est un imbitable. Enfin je sais pas comment tu écris!" **Homme de 58 ans, exercice urbain.**

"Je pense que, de toute façon, rien que l'informatisation a permis un progrès extraordinaire puisque le patient commence à lire nos ordonnances. Avant ils nous disaient : « Vous cassez pas la tête, le pharmacien va me marquer sur les boîtes ». Donc son ordonnance, c'était ce que le pharmacien avait transcrit sur les boîtes. Je vous raconte pas le bazar que ça peut faire. Effectivement, un coup il a de l'Amiodarone Biogaran, le coup d'après il a de l'Amiodarone Teva. Et puis le jour où ça va pas, il en prend une de chaque puisqu'en fin de compte, il ne prend pas de l'Amiodarone, il prend du Biogaran et du Teva. Donc l'optimisation de l'ordonnance c'est déjà faire passer

un certain nombre de messages à partir de la feuille papier. Effectivement, de dire : « Un comprimé deux fois par jour ça veut dire quoi ? », « Quand est-ce que je les prends, docteur ? », « C'est une fois le matin au début du repas, à la fin du repas ». Je pense que le fait de hiérarchiser son ordonnance, parce que : « Docteur, comment je fais ? ».” **Homme de 58 ans, exercice urbain.**

2.3.4.4 La localisation des indications écrites

“Moi je crois qu’il y a une erreur de typographie, parce qu’il y a QSP un mois à renouveler deux fois. Donc ça doit pas être au bon endroit, je pense que c’est un traitement chronique.” **Homme de 56 ans, exercice péri-urbain.**

2.3.4.5 Le contenu de l’ordonnance

“Moi je mets la posologie : deux fois par jour, matin, midi et soir, pendant un mois. Sinon, les boîtes, le pharmacien c’est son métier.” **Homme de 53 ans, exercice urbain.**

“Pourquoi on met le nombre de boîtes ? Pour moi, ça sert à rien. Ça suffit de mettre par exemple la dose journalière et pendant combien de temps. Le calcul du nombre de boîtes, 9 boîtes, 10 boîtes, c’est un petit plus.” **Homme de 58 ans, exercice urbain.**

2.3.4.6 La hiérarchisation des molécules

“A nous de jouer sur l’ordonnance, pour utiliser le médicament qui a la double indication, de hiérarchiser les pathologies pour traiter vraiment l’indispensable et de laisser un petit peu les pathologies secondaires sans réponse thérapeutique forcément.” **Homme de 48 ans, exercice rural.**

2.3.4.7 Le nombre de molécules

“Si je devais reprendre ce genre de patient, je ferais le forcing dans un premier temps pour tâcher de diminuer le traitement. Le digestif dans son ensemble ça fait beaucoup. On peut pas tout supprimer, mais je pense que je redemanderais un avis déjà à un gastroentérologue, qu’il le revoit convenablement, lui demander son avis, comment on peut simplifier ça. Et il y a un, deux, trois, quatre, cinq médicaments, il faudrait essayer de s’en tenir à

deux.” **Homme de 51 ans, exercice urbain.**

“Voilà une ordonnance, on a fait le tour de la table, elle nous paraît pas trop mauvaise, et on se dit : ça fait 28 gélules, ça fait quand même un paquet à avaler. On voudrait bien en arrêter quelques-uns, on se dit : on voit pas trop, à part un ou deux et encore. Je me mets un peu à la place du patient qui ingurgite 28 gélules de 13 boîtes différentes, qui a 81 ans.” **Homme de 52 ans, exercice rural.**

2.3.4.8 La différenciation entre pathologies chroniques et aiguës

“Sur les interférences, je me demande s’il faut effectivement pas faire, comme tu as dit ce matin, l’ordonnance du chronique et l’ordonnance de l’aigu, de séparer. Parce que, effectivement après, ça fait des gags, surtout nous qui sommes à l’informatique, ça peut faire des gags quand on re-transpose.” **Homme de 46 ans, exercice urbain.**

“C’est possible. Mais il y avait une petite formule comme ça : médicament un jour, médicament toujours, point d’interrogation. Il a pu arriver qu’au moment où le colza a fleuri, il a eu besoin de Virlix[®] parce qu’il éternuait. Et puis on a oublié que c’était pour un truc aigu, ponctuel et ça ressort avec l’informatique, s’il y a l’informatique. C’est peut-être symptomatique d’une somme d’habitudes. C’est une somme d’habitudes, donc effectivement, là, on devient dangereux.” ?

2.3.4.9 L’ordonnance unique

“Moi je fais pareil, je marque systématiquement : « traitement de fond », avec zéro boîte en face s’il a besoin de rien. Et je mets même les autres médicaments prescrits par d’autres confrères, les ophtalmos, les machins, entre parenthèses. Donc le pharmacien sait que c’est pas à donner. J’ai tout ce qu’il prend sur une seule feuille.” **Homme de 56 ans, exercice péri-urbain.**

“C’est la cohérence entre diagnostic et liste. On peut regarder aussi glaucome et il n’y a pas les gouttes en face, alors avec les effets possibles, systémiques, des gouttes, bêta bloquants, etc. Est-ce que c’est complet ou pas complet ? C’est notre problème à chaque fois. Les gens, ils me disent : « Non, je veux pas ça, je veux pas ça, je veux pas ça » et en général, à la fin, je

leur dis : « Ecoutez, je vous fais pas une liste de courses, je vous fais une recette de cuisine », pour couper un peu ce discours. Parce qu'après on a des machins hyper tronqués, le pharmacien appelle, il sait plus, on sait plus rien. Même si on n'a pas le DMP, si on fait l'effort, grâce à l'informatique surtout, d'avoir des ordonnances complètes, même si après on met « pas de », « pas de », « pas de », c'est plus facile de pas se poser toutes ces questions-là et de savoir, et de pas oublier que le psy c'est lui qui prescrit le Norcet[®] ou je sais pas quel autre antidépresseur.” **Femme de 40 ans, exercice urbain.**

“Il repart avec cette ordonnance, à mon avis, si le malade est bien soigné, elle est incomplète, probablement parce qu'il lui reste peut-être des médicaments pour son HTA et son insuffisance cardiaque. Ça n'apparaît pas là parce qu'il lui en reste en stock, c'est possible aussi. Voilà pourquoi cette prescription semble incomplète.” **Homme de 48 ans, exercice urbain.**

“Effectivement, pour répondre à ta question, l'ordonnance c'est un aide-mémoire du patient et c'est aussi mon aide-mémoire parce que je sais que la dernière ordonnance, pour prolonger ce que tu dis, je marque : « ne pas délivrer, ne pas délivrer » en ayant posé la question. Le seul inconvénient c'est que ça prend du temps. A 30 patients, on n'a pas le temps. A 15 patients, on a le temps mais on ne gagne pas assez sa vie, etc.” **Homme de 58 ans, exercice urbain.**

“Quand je suis confronté à mon patient, un patient x ou y, on essaye de rester dans un cadre relativement limité. Par contre dès que le patient ? c'est pas injustifié ? me revient avec une ordonnance de cardiologue, une ordonnance de pneumologue, une ordonnance de ceci ou de cela, et pas forcément injustifiée, mais tout de suite l'ordonnance prend des proportions, qui se rajoute à ce que j'avais” **Homme de 52 ans, exercice urbain.**

2.3.4.10 Les indications complémentaires

Les limites

“Le problème, c'est quand tu commences à mettre des conditions sur ton ordonnance, c'est maximum une condition. Il y a une étude qui montrait que, au-delà d'une condition, tu étais sûr que c'était pas compris.” **Homme de 51 ans, exercice urbain.**

“Simplifier le traitement pour la constipation, si c'est possible, si ça

contrarie pas trop le patient ou la patiente. Par contre, je trouve que le libellé des prises est vraiment confus, entre les quatre boîtes, la voie orale, la description des comprimés. Ça fait beaucoup trop de choses à lire. C'est une source de confusion, je pense.” **Homme de 44 ans, exercice urbain.**

Les mesures symptomatiques

“Moi je l'écris sur des trucs aigus, c'est-à-dire je vais pouvoir mettre des choses par rapport au lumbago, par rapport à une entorse...Par exemple entorse, c'est : jambe surélevée, pas d'appui pendant x temps, tant qu'il y a de la douleur, utiliser ceci, etc. ... - Moi j'écris tout ça. Pour une gastro, je mets : régime, hydratation fractionnée. Il y a des pathologies pour lesquelles je vais l'écrire et puis d'autres, pour lesquelles on est dans un entretien chronique et répété, ça se passe plus dans l'interaction. Ça va être : « Faites pas de porte-à-faux, gardez votre bras plus près du corps, évitez votre sac à main qui pend », un petit peu comme avec les diabétiques sur la marche. Quand c'est un truc chronique, c'est vrai que je l'écris pas alors que dans l'aigu, je vais avoir tendance à mettre des recommandations plus précises.” **Femme de 40 ans, exercice urbain.**

Les indications sur l'utilité des molécules

“Je trouve que ce serait très intéressant que sur les plaquettes de médicaments soit écrit en gros à l'attention du patient et de manière très vulgarisée et simple, l'intérêt d'une part pour qu'il comprenne ce qu'il prend et d'autre part pour qu'il y ait un effet placebo. Par exemple, moi je verrai très bien, écrit sous le Bi-Tildiem, ralenti le coeur, donc le repose. Très simple, juste un petit slogan qui permet au patient d'être plus motivé pour le prendre, de savoir pourquoi il le prend. Ou alors, par exemple : le Lasilix diminue l'eau dans le corps. Donc, qu'ils comprennent tout de suite que, s'il est déshydraté, s'il a eu la diarrhée, il ne va pas le prendre parce que ça diminue l'eau dans le corps.

-Ecris-le sur ton ordonnance.

-Oui, c'est vrai.”

Femme de 31 ans, exercice urbain et Homme de 52 ans, exercice urbain.

Les modalités de prise médicamenteuses

“Pour la Cordarone[®], moi j'aurais précisé les jours de la semaine, 5 comprimés par semaine pendant trois mois, j'aurais mis du lundi au vendredi.”

Femme de 31 ans, exercice urbain.

“Là-dessus, il y a aussi le Mopral[®] pour un mois alors que le Celebrex[®] est pour trois mois. Pareil, ce que disait Anne, quand je prescris un anti-inflammatoire, je mets « à prendre en milieu du repas et arrêter en cas de douleur à l'estomac ».” **Homme de 51 ans, exercice urbain.**

“Moi, quand j'ai besoin de deux niveaux, par exemple une patiente qui a des douleurs chroniques qui sont habituellement calmées par du niveau I, je mets le Dafalgan[®] comme je l'ai formulé tout à l'heure. Et je peux rajouter par exemple de la codéine, en formulant : si la douleur n'est pas calmée par le Dafalgan[®], rajouter la codéine, en prescrivant de la codéine en plus. En fait, j'évite au maximum de mettre deux médicaments qui contiennent du paracétamol de peur qu'ils dépassent les doses quotidiennes autorisées. Je préfère séparer les deux niveaux.” **Femme de 31 ans, exercice urbain.**

La gestion du nombre de boîtes

Les médicaments en surplus ne doivent pas empêcher de marquer la molécule concernée sur l'ordonnance afin d'éviter les oublis de renouvellement, et la création d'un stock de médicaments au domicile du patient.

“Je fais pareil et je marque : « déjà prescrit, ne pas délivrer ». Comme ça, ça m'évite les accumulations dans les armoires.” **Femme de 55 ans, exercice urbain.**

“Peut-être un effet pervers de l'informatique, j'ai calculé les durées de traitement qu'il a, pour le Myolastan[®] et l'Anafranil[®], il en a pour 40 jours, pour le Mopral[®] et le Deroxat[®], il en a pour 28, ce qui veut dire que le malade va revenir au bout de 28 jours. Je vais cliquer sur « renouveler » et il va se retrouver pour trois mois de Myolastan[®]. Il va faire du stock et peut-être de la surconsommation aussi.” **Homme de 52 ans, exercice rural.**

2.3.4.11 La dénomination commune internationale et le nom commercial

“- Mais on peut faciliter la démarche. On peut faire un tableau avec le nom du médicament, le nom de la molécule.

- Tu fais ça, toi ?

- Oui, je fais ça. Chez les personnes âgées qui ont un petit peu de mal,

je vais mettre : Cordarone[®] égale Amiodarone. Ils suivent leur tableau et finalement, ça se passe pas si mal. Après, il y a des cas limites où on sait que... **Homme de 46 ans, exercice urbain et ?**

“Le reproche, c’était peut-être que je mettais « non substituable » en fin d’ordonnance. Maintenant, du coup je suis bonne élève, enfin j’essaie de l’être. J’ai changé ma façon de faire et je mets « non substituable » pour certains médicaments, pratiquement plus pour des ordonnances complètes, et c’était déjà très rare avant, et je mets la raison sur l’ordonnance.” **Homme de 46 ans, exercice péri-urbain.**

“Parce que les personnes, à partir d’un certain âge, les génériques, si on ne pense pas ? Soit, on n’a pas prescrit de générique au départ, si on ne pense pas à ne pas substituer, le pharmacien va mettre le générique. La couleur des gélules n’est pas toujours la même. Et même entre deux génériques, entre deux marques de génériques pour le même produit, la galénique n’est pas forcément la même, donc c’est une source vraiment de iatrogénie. Et même dans les renouvellements parfois, le pharmacien ne suit pas la marque du générique.” **Femme de 55 ans, exercice urbain.**

2.3.4.12 Grille Mai

Les différents items de la grille Mai sont illustrés par les propos des médecins.

Indication du médicament

“... Peut-être que notre travail serait de nous centrer vraiment sur la polyopathie et de voir la rédaction de notre ordonnance, pour voir si on ne peut pas croiser les données pour arriver à une synthèse, que le médicament finalement soit utile à l’ensemble de la polyopathie.” **Homme de 56 ans, exercice rural.**

“L’autre élément important, c’est qu’on est obligé de tenir compte ? ça, c’est une habitude qu’on a en tant que médecin investigateur ? notre outil, quand on prescrit un médicament, on le rattache systématiquement à la pathologie pour laquelle on prescrit. Quelquefois, quand on voit des patients pour la première fois, on est assez effrayé de voir une ordonnance et de se dire : mais tiens, il y a ce médicament-là, je ne sais pas pourquoi il est prescrit. Si on se pose déjà cette question, rien que cette question, qu’on doit la

rattacher à un diagnostic précis, déjà on fait avancer énormément la qualité de notre prescription. Si on fait une ordonnance sur un bout de papier, pour moi c'est un critère de non qualité." **Homme de 54 ans, exercice urbain.**

"Moi je suis pas du tout d'accord avec cette prescription. D'abord le Kardegic[®] dans l'insuffisance cardiaque, je le mettrai plutôt dans l'insuffisance coronarienne, le Kardegic[®]. Le Kardegic[®] c'est pas le traitement de l'insuffisance cardiaque. A un dosage à 160, à mon avis 75 ça pourrait être suffisant. A ce patient insuffisant cardiaque, il lui manque un IEC, il lui manque le traitement anti-hypertenseur." **Homme de 48 ans, exercice urbain.**

Efficacité (SMR)

"79 ans, il a une rhinite, on peut penser que c'est une rhinite atrophique de la personne âgée. Donc, on sait très bien que ces traitements ça ne marche pas, enfin mis à part l'effet placebo." **Homme de 58 ans, exercice urbain.**

"Pour le Buflomedil c'est pareil, je suis d'accord avec Jean-Marc, donc je l'arrêtera parce que, en plus, en syndrome de Raynaud, ça n'a pas montré non plus une grande efficacité." **Homme de 44 ans, exercice urbain.**

Dosage

"Je mettrais quand même la dose limite pour le Paracétamol, c'est important : « Ne pas dépasser 4 grammes par jour »." **Homme de 58 ans, exercice urbain.**

"Si c'est un lombalgique, déjà je lui donnerais une dose antalgique ? L'antalgique, il faudrait le donner à dose efficace, à la posologie recommandée. Optimisation du dosage de l'antalgique." **Homme de 52 ans, exercice péri-urbain.**

Répartition sur 24 heures

"Dans l'ensemble, les trois vignettes précédentes sont mal rédigées au niveau des posologies. Elles sont pas assez précises. Moi je suis des personnes âgées, en vieillissant, pour les prescriptions, je mets les heures maintenant. Je mets carrément les heures." **Homme de 46 ans, exercice péri-urbain.**

"Je suis pas d'accord. Effectivement, des fois, on n'est pas assez explicite.

D'ailleurs moi j'ai du mal à comprendre ! Et même actuellement, il faudrait mettre : deux fois par jour. Je suis d'accord qu'il faut mettre matin ou midi, ou matin et soir." **Homme de 53 ans, exercice péri-urbain.**

"Moi je mettrais jamais un comprimé et demi à répartir en trois prises. Je marque un demi comprimé matin, midi et soir. Mais jamais comme ça, surtout à 79 ans." **Homme de 46 ans, exercice urbain.**

"J'imagine que c'est moi qui fais l'ordonnance, les patients que je vois depuis dix ans où le traitement n'a quasi pas changé, il y a des gens, au lieu de mettre : matin, midi et soir, parce que ça m'emmerde, parce que c'est en visite et que c'est manuscrit ? Imprimé, je l'aurais mis matin, midi et soir. Quand je le fais manuellement, je mets deux fois par jour, trois fois par jour, parce que ça fait dix ans que les gens prennent de la même façon et que je le sais." **Homme de 56 ans, exercice urbain.**

Durée de prescription

"Là, les anti-inflammatoires peut-être avec précaution, mais si elle en a besoin ? Parce qu'il a prescrit des massages, donc il y a une poussée douloureuse, ça peut se justifier pendant quelque temps, quelques jours. Mais peut-être pas pendant trois mois." **Homme de 52 ans, exercice urbain.**

"D'autant plus que le Noctamide[®] c'est une benzodiazépine pour les insomnies uniquement occasionnelles. Et puis une benzodiazépine, normalement, on devrait pas la mettre au long cours." **Femme de 31 ans, exercice urbain.**

Utilisation pratique (galénique)

"-J'ai un problème avec le Multicrom[®], c'est marqué une goutte trois fois par jour, elle sait pas si elle doit le boire ou le mettre dans les yeux. Il y a un problème avec le Multicrom[®], moi je sais pas si c'est à mettre dans le nez, dans les yeux, si c'est à boire, etc. -Nasale, oui. Mais c'est marqué pour solution nasale. Mais je marquerais nasal. Je marque toujours nasal, oui. C'est long à écrire tout ça." **Femme de 55 ans, exercice urbain.**

"Mais le Previscan[®] c'est très friable, alors pour l'adaptation des doses, bonjour." ?

"Et les galéniques qui sont différentes. J'y tiens parce que, les patients

âgés, ils se repèrent à la couleur des comprimés. Quand les gélules passent du rouge à blanc, à bleu à blanc, c'est pas pareil pour les patients, c'est pas le même médicament, alors que c'est le même en DCI." **Femme de 55 ans, exercice urbain.**

Contre-indications

"Sauf qu'on ne sait pas, que les gens viennent en nous disant parfois : « j'ai un glaucome, attention ». Je me dis : s'ils le savent, si vraiment ils me le disent, c'est qu'éventuellement l'ophtalmo leur a dit. Potentiellement c'est un fermé, mais je l'écris en rouge partout." **Femme de 38 ans, exercice rural.**

Interactions médicamenteuses

"Quand il y a un risque d'interaction, de mauvaise absorption d'un médicament qui est important, oui, je précise : « à distance des autres »." **Femme de 50 ans, exercice urbain.**

"Au niveau des interactions et des effets secondaires, on en tient compte je pense, mais d'une façon relative parce que, si on doit vraiment tenir compte des interactions, des effets secondaires, on ne prescrirait pas de médicaments dans les polyopathologies. Systématiquement, vous avez des contre-indications, des effets secondaires. D'une façon relative, on voit le pour et le contre lorsqu'on prescrit un médicament." **Homme de 48 ans, exercice urbain.**

"Elle est illusoire. En plus de ça, avec les médicaments qui sortent sur le marché où tu as trois molécules qui sont dans le même cachet, ça résout pas le problème de l'interaction. Donc, tu as bonne conscience parce que t'as qu'une seule ligne de prescription?" **Homme de 48 ans, exercice rural.**

"Après, pour rebondir, il y a plusieurs médicaments qui ont des effets anticholinergiques. Donc, chez un homme de 78 ans, ça se discute aussi. Donc, il y a l'Atarax[®], l'Athymil[®], l'Aricept[®]. Aricept[®] et Bitildiem[®] ça peut faire des bradycardies, une association qui doit créer des bradycardies possibles. Donc, il y a des interactions médicamenteuses." **Femme de 40 ans, exercice urbain.**

Médicament utilisé pour effet adverse

Il est nécessaire de penser que les traitements peuvent être prescrits pour

corriger les effets indésirables induits par d'autres médicaments : "Au vu de la quantité de reflux et du reflux qui augmente avec l'âge, l'IPP, on en met beaucoup en gériatrie. Si on laisse le Kardégic[®], il me semble que c'est logique de mettre un IPP." **Femme de 40 ans, exercice urbain.**

"Là aussi, on a un exemple dans cette ordonnance, les thérapeutiques qui sont consécutives. Le Kaléorid[®] apparaît à cause du Furosémide[®]. Le Levothyrox[®] apparaît peut-être à cause de l'Amiodarone[®]. Le Gaviscon[®] apparaît avec le nombre de médicaments. On est dans le serpent qui se mord la queue. On en rajoute, on crée une nouvelle pathologie qu'on corrige et on rajoute. C'est un bel exemple." **Homme de 48 ans, exercice rural.**

"Je vais rajouter la chose suivante, ça pourrait être une prescription qui traite des effets iatrogènes induits par des médicaments prescrits en première ligne pour une pathologie donnée." **Homme de 46 ans, exercice péri-urbain.**

Duplication d'un médicament

"Moi je peux pas laisser un à trois sachets par 24 heures d'Aspegic[®] avec les délais non indiqués et un ou deux comprimés de Celebrex[®]. Pour moi c'est totalement impossible. S'il prend deux comprimés de Celebrex[®] et trois sachets d'Aspegic dans la journée? Il peut pas juger de ça, il n'a pas les compétences pour juger de la iatrogénie des médicaments. Le risque de cette ordonnance, si j'analyse bien, c'est qu'il est très mal et qu'il prenne trois Aspegic et deux Celebrex[®] par jour pendant quelques jours. On lui laisse décider d'une chose qui peut être grave." **Femme de 55 ans, exercice urbain.**

"Je me suis fait taper sur les doigts l'autre jour par un diabétologue parce que j'avais prescrit deux Sulfamides. Elle était pas contente, elle avait raison. Donc, c'est le genre de truc que je ferai plus. Moi j'en avais prescrit un, il y en avait un déjà dans l'ordonnance, et j'en ai re-prescrit un autre. Bon, il s'est rien passé, mais bon, c'est le genre de truc qui marque quand même. Donc, là aussi, je vais regarder d'un peu plus près." **Femme de 65 ans, exercice urbain.**

Omission d'un médicament

Des médicaments indiqués peuvent également ne pas figurer sur l'ordonnance :

“Il n’a pas de Kardégic[®], ce gars-là. Il a un diabète, une hypertension, une hyper lipidémie, une angine de poitrine, il a quatre facteurs de risques cardiovasculaires. Il lui manque, dans sa panoplie” **Homme de 44 ans, exercice urbain.**

“Pour rebondir, c’est un peu terrible, mais c’est une consultation où, à 78 ans, les médicaments c’est très dangereux et donc, il faut vraiment se poser la question d’optimiser un traitement. Et moi j’aurais envie d’en rajouter parce que le médicament qui va lui sauver la vie, il est pas dessus. Il y a pas l’aspirine.” **Homme de 49 ans, exercice péri-urbain.**

2.3.4.13 Notification des effets indésirables

Les médecins indiquent de différentes façons les effets indésirables potentiels des médicaments sur les ordonnances :

“Moi j’ai pas d’informatique, mais j’avais fait une formation sur la conduite automobile et les médicaments sur mon département. Et il nous avait donné un petit tampon. A chaque fois que je prescris un hypnotique ou un truc comme ça, je le mets.” **Homme de 52 ans, exercice urbain.**

“C’est pas le cas pour cette patiente, mais pour certains médicaments le risque est important et je le précise sur l’ordonnance. Je pense par exemple au Fluorochinolone, je le dis parce qu’un des copains du groupe de pairs a été l’objet d’un procès qu’il a perdu parce qu’une de ses patientes a eu une rupture du tendon d’Achille et qu’il ne l’avait pas avertie de ce risque, etc., etc. Par exemple, en ce qui concerne les Fluoroquinolones, et c’est un des bonheurs de l’informatique, chaque fois que je sors Norfloxaxine, il y a écrit : « interrompre le traitement en cas de douleur tendineuse ou d’éruption cutanée ». Après, les gens savent qu’ils risquent pas grand-chose à le prendre, mais s’ils ont ça, il faut l’interrompre. De la même façon qu’ils savent en général, quand il y a une éruption cutanée, qu’il vaut mieux interrompre le traitement.” **Homme de 51 ans, exercice urbain.**

“Moi, je note souvent, en cas d’effets secondaires d’un médicament que j’arrête ou que je remplace, je mets : « arrêter, effets indésirables : prendre à la place ». C’est autant pour moi que pour le malade. La fois suivante, je sais, c’est marqué dans la fiche de consultation et sur l’ordonnance. Ça évite des erreurs catastrophiques.” **Homme de 46 ans, exercice péri-urbain.**

2.3.4.14 Les aides rédactionnelles

Les médecins ont besoin d'aides rédactionnelles, l'informatique pourrait apporter une solution :

“Nous avons aujourd'hui compris qu'optimiser l'information et l'intervention dans les polyopathologies était quelque chose d'important. Il faut être plus pertinent sur la communication dans l'ordonnance avec le patient. Il faut synthétiser les pathologies et la prise en charge dans le contexte socioculturel. Il faut être plus performant dans les interactions et les contre-indications. Là, un outil informatique plus performant serait nécessaire.” **Homme de 51 ans, exercice urbain.**

“En plus, c'est idiot parce que je pourrais le mettre sur l'ordinateur, ça sortirait automatiquement.” **Homme de 58 ans, exercice urbain.**

“Je suis sur un module où j'ai le Vidal qui est accroché, et alors je dois dire que, bien plus souvent qu'avant, où il fallait prendre le Vidal pour aller regarder, je vais très facilement : un clic, je vérifie les contre-indications, je vérifie les effets indésirables, dans une proportion que je ne faisais pas autrefois. Là, je dirais que mes prescriptions en sûreté se sont améliorées.” **Homme de 65 ans, exercice urbain.**

Les groupes de pairs permettent aussi un raisonnement différent sur le traitement : “On se retrouve avec le regard de ses pairs et c'est vrai qu'on se pose des vraies réflexions. Quand on prend le temps de préparer le dossier et de l'apporter, de se poser les vraies questions sur le traitement, rien que le traitement, quand on veut l'expliquer à ses pairs, ce temps de réflexion est extrêmement productif. Je pense que, rien que la réflexion de ton pair, c'est très efficace” **Homme de 54 ans, exercice urbain.**

Chapitre 3

Discussion

3.1 Matériel et méthode

3.1.1 Concernant le matériel

Le recrutement de l'échantillon des médecins a été effectué dans un premier temps selon trois critères (appartenance SFMG, genre et âge). Il s'agissait d'une étude expérimentale avec un l'échantillonnage raisonné qui a permis de diversifier la population étudiée. Les médecins étaient originaires de 14 régions d'exercice différentes et leurs modes d'exercice étaient variés (urbain, péri-urbain et rural). La différence de pratique, en fonction de la densité médicale et de l'accessibilité aux soins, a été ainsi prise en considération, même s'il n'y a pas de différence significative mise en évidence pour ces caractéristiques [17]. Les jeunes médecins (moins de 38 ans) et les femmes ont été sous représentés dans la population étudiée. La première raison est en rapport avec l'âge tardif d'installation des médecins généralistes, en moyenne vers 35 ans[18]. De plus, les médecins vieillissent avec leurs patientelles. Les médecins de plus de 45 ans sont donc plus concernés par la polyprescription[4] (cf tableau.II). Quelques médecins de l'échantillon avaient une activité en maison de retraite ou un diplôme complémentaire en gériatrie.

3.1.2 Concernant la méthode

La pratique de formation professionnelle des groupes de pairs était connue de la plupart des participants ce qui a facilité l'adhésion et le déroulement des séances. Les médecins ont évoqué des différences avec les réunions de groupe de pairs : l'absence de données complémentaires concernant le contexte du patient et le projet thérapeutique du médecin. Ils ont ainsi pu faire référence à leur expérience quotidienne et leur vécu ce qui a permis de faire émerger

des éléments pertinents pour notre travail.

Le critère de sélection des vignettes a été choisi à partir d'une sélection de 105 vignettes représentatives des séances de patients chroniques âgés[15][16].

Pour des raisons de faisabilité et de coût, les entretiens ont été menés par plusieurs animateurs. Afin de minimiser les différences d'animation, ils se sont retrouvés préalablement pour échanger sur la méthodologie et s'imprégner du guide d'entretien et des questionnaires. Le questionnaire a servi de fil conducteur lors des entretiens ce qui a permis d'unifier les informations recueillies. Les thèmes abordés se sont recoupés entre les différents groupes pour plusieurs raisons. Les vignettes sélectionnées présentaient toutes le même type de pathologies (classes 1, 2, 3) et chaque vignette a été traitée au moins deux fois par un groupe différent. Associée à l'importance de la durée des enregistrements (50 heures) cette méthode a permis d'obtenir une saturation des données et de rechercher le poids de chaque assertion. L'étude des données a été soumise à une triangulation par la réalisation du travail d'analyse par trois chercheurs simultanément. Ce travail a été complété par la recherche de données pertinentes issues de la recherche bibliographique afin d'homogénéiser les résultats de l'analyse.

3.2 Résultats

La mise en évidence de la complexité intervenant dans la rédaction d'une ordonnance de polyprescription chez un patient chronique est la conclusion principale de cette étude. Elle n'est pas le seul fait des médecins mais plutôt le résultat d'un réseau complexe d'intervenants et de relation inter-individuelles, contrairement aux ordonnances des patients mono-pathologique ou consultant pour un problème aigu unique.

3.2.1 La sécurité sociale

La sécurité sociale en tant qu'organisme payeur (remboursements, arrêt maladies...) et contrôleur joue un rôle dans la rédaction des ordonnances.

Dénomination Commune Internationale (DCI) :

L'exigence de prescription systématique en DCI pour des raisons économiques a entraîné des problèmes pratiques. Les médecins ont rapporté que de nombreux patients n'arrivaient pas à faire la différence entre le nom du laboratoire et la DCI. De plus, les patients se repèrent souvent à la forme et à la couleur des comprimés, ainsi qu'à l'aspect de la boîte. Cela peut poser des problèmes d'observance et de iatrogénie par une prise inadaptée de ces traitements, surtout chez les patients souffrant de troubles cognitifs. Ce phénomène

est amplifié par les changements réguliers de fournisseur des officines en ville. Pour remédier, en partie, à ce problème un amendement du nouveau code de santé publique a été proposé lors du vote du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour l'année 2010[19]. Cet article tend à permettre aux spécialités génériques de se présenter sous des formes galéniques similaires à celle de la spécialité de référence, afin de prévenir le risque de confusion entre la spécialité et les génériques d'une même molécule.

Par ailleurs, les patients ont une représentation des génériques qui est plutôt négative. Il est parfois difficile pour le médecin de prescrire en générique sachant que l'observance du patient risque d'être moindre. Une action pluridisciplinaire (médecins, paramédicaux et CPAM), à l'échelle nationale, pourrait être utile, pour lutter contre cette représentation sociale. En effet, les bons résultats de la campagne nationale d'information sur les antibiotiques, menée ces dernières années sont encourageants en ce sens.

Ordonnances bizonnes

Dans le cadre des réductions des coûts de la santé, on peut également évoquer le problème des ordonnances bizonnes. En effet les médecins en ville sont contraints de respecter ce système d'ordonnance et sont sensibilisés à cette problématique (voir le nombre d'aide à la prescription des ordonnances bizonnes à disposition sur ameli.fr et les sites des CPAM), alors que les ordonnances de sortie hospitalières ne font pas forcément la distinction. Les médecins généralistes sont alors en difficulté face à leurs patients pour leur expliquer que la prise en charge à 100% est limitée à des pathologies bien définies et pour pouvoir modifier l'ordonnance.

Réévaluation du SMR

Depuis les années 1999, à la suite de la réévaluation du SMR de nombreux médicaments par la Commission de transparence, la sécurité sociale a diminué le taux de remboursement de certains traitements dont le SMR était insuffisant. Ce déremboursement des spécialités à faible SMR a eu un impact sur la prescription de ces médicaments. Les médecins interrogés dans l'étude ont remarqué une diminution des demandes des patients pour ces médicaments, citant notamment les veinotoniques. La diminution de l'utilisation de cette classe médicamenteuse à l'initiative des patients est confirmée dans la littérature[20]. Néanmoins pour certaines classes thérapeutiques (mucolytiques), il a été mis en évidence une diminution de prescription associée à un report de prescription sur d'autres classes[21]. Ces traitements déremboursés sont toujours présents en officine et peuvent donc être utilisés en automédication.

3.2.2 La relation aux paramédicaux et aux aidants

La relation aux paramédicaux et aux aidants est également en rapport avec l'ordonnance. En effet, ils ont une place prépondérante dans l'aide à la prise médicamenteuse chez les populations polymédiquées et peuvent avoir un rôle informatif en cas de problème aigu. Ils limitent ainsi de nombreux problèmes d'observance et de iatrogénie. Néanmoins, la souffrance psychologique et l'épuisement physique des aidants peut être difficile à évaluer et à faire verbaliser. Ces difficultés éprouvées face à la maladie peuvent entraîner une demande, de la part du patient et des aidants, d'une solution médicamenteuse pour un soulagement. Cela participe à des prescriptions inadaptées (exemple les benzodiazépines ou les hypnotiques en maison de retraite), qui ne tiennent pas compte de la balance bénéfices-risques. L'instauration d'aides et de mesures de dépistage de la souffrance des aidants pourrait peut-être améliorer ce ressenti.

3.2.3 Le patient

La demande du patient Le patient au cours de la consultation peut manifester différents comportements qui ont une influence sur la prescription du médecin généraliste. Les médecins ont évoqué ces différents comportements sous les termes de "demande ou pression".

Lors d'une consultation le patient se présente avec des motifs et des attentes justifiés que le médecin doit prendre en compte autant que les référentiels de prescriptions. Le motif réel de consultation peut être caché par le patient, qui le manifeste parfois en fin de consultation sous forme du syndrome de la poignée de porte : "au fait docteur" [22]. Ce comportement peut entraîner des prescriptions hâtives et donc inadaptées par insuffisance d'évaluation de la balance bénéfice risque du médicament. Dans cette situation il faudrait proposer un nouveau rendez-vous pour pouvoir correctement prendre en charge cette demande.

Les demandes du patient peuvent également se manifester de façon plus claire : "Docteur, je pense que ce traitement me ferait...". Cette modalité de demande influence le médecin dans son choix thérapeutique de prise en charge et augmente les prescriptions qui n'ont pas une réelle indication [23].

Les représentations sociales

Le patient exprime également des représentations en rapport avec la société dans laquelle il vit et qui participent à la relation malade-médecin. Ces représentations peuvent être liées à la reconnaissance sociale de la maladie, à la vieillesse... L'ordonnance a une dimension thérapeutique, car elle donne accès aux médicaments et permet ainsi une reconnaissance de sa ou

ses maladies par autrui. Les patients attendent des médicaments une solution efficace à leur symptomatologie, ce qui peut expliquer la représentation symptôme=médicament fréquemment évoquée par les médecins lors des enregistrements. Cette représentation est probablement plus présente chez les patients âgés qui ressentent des difficultés à différencier les symptômes liés au vieillissement de ceux en rapport avec une pathologie[24].

La non adhésion au projet thérapeutique

La non adhésion au projet thérapeutique par le refus de modification de traitement est également fréquemment évoquée. On peut parler d'une représentation d'attachement au médicament, même si celui-ci présente un effet thérapeutique modéré. Le patient peut ressentir une amélioration clinique subjective par rapport à ce traitement en rapport avec l'effet placebo.

Les modifications de traitement comportant des mesures non médicamenteuses peuvent aussi être difficile à accepter par le patient, probablement en rapport avec une nécessité d'investissement et d'implication personnelle plus importante que pour le traitement médicamenteux.

3.2.4 Le médecin

Les évolutions démographiques

Le vieillissement de la population et les données démographiques indiquent que les médecins seront de plus en plus confrontés à la problématique de la prise en charge de sujets polypathologiques et donc à la rédaction de ce type d'ordonnance. Il est donc nécessaire d'élaborer des stratégies de prises en charge adaptées pour limiter les multiples conséquences de la polyprescription. Les médecins ont donné des informations pratiques ainsi que des informations sur leurs comportements. Il est évident qu'il faut prendre en compte la dimension matérielle : informatique, coût, organisation professionnelle, ainsi que la dimension humaine, qui prennent probablement part au risque de iatrogénie.

La relation malade/médecin

La relation médecin malade a une place importante dans la rédaction de l'ordonnance de polyprescription. Elle permet d'élaborer une négociation, un contrat de prise en charge des pathologies et des objectifs thérapeutiques. Cette relation est créée dès les premières consultations pour permettre un échange dans la durée. Le médecin doit délivrer une information explicite pour permettre au malade de comprendre les intérêts de son traitement. L'instauration d'un dialogue répété de prescription est indispensable pour renforcer la compréhension du traitement par le patient. Le niveau socio économique du patient ainsi que les problèmes liés à la compréhension et l'en-

codage imparfait de l'information sont des éléments importants à prendre en compte afin d'améliorer la communication entre le médecin et son patient[25]. Les pharmaciens et les infirmiers peuvent compléter et répéter l'information sur le traitement pour faciliter la compréhension de l'ordonnance. L'ordonnance joue alors un rôle d'aide mémoire pour le patient. Une bonne relation médecin-malade doit également permettre de limiter le nomadisme médicale et ainsi la multiplicité des ordonnances qui en découle. L'automédication peut aussi être abordée plus facilement, il est utile de la rechercher et d'éduquer les patients aux conséquences notamment la iatrogénie qu'elle peut entraîner. Les pharmaciens et les CPAM doivent également sensibiliser les patients à ce problème.

Le contexte du médecin

L'élaboration de l'ordonnance par le médecin est soumise à de nombreux facteurs. Les médecins ont très fréquemment évoqués le "manque de temps" qui est lié à l'organisation de leur activité. Leur disponibilité est fluctuante en fonction de l'organisation du cabinet (consultations libres ou rendez vous, place des visites), de la demande de prise en charge par les patients ainsi que par le maintien de l'équilibre financier du cabinet qui est centré sur le paiement à l'acte. Cette organisation est difficilement compatible avec une prise en charge adaptée du patient chronique. Les médecins ont conscience qu'il est parfois plus simple de renouveler l'ordonnance sans se poser de questions, pour gagner du temps, surtout si le patient semble en situation d'équilibre thérapeutique. Ce sont les consultations au cours desquelles le patient n'a pas de plainte particulière et dit " je vais bien". Bien entendu les facteurs personnels du médecin : fatigue, problèmes personnels... favorisent ces comportements.

Les facteurs humains ont également été évoqués notamment les croyances des médecins vis à vis de leurs patients. Notamment pour l'arrêt de certains médicaments comme les benzodiazépines, où le médecin évoque un attachement et une dépendance très forte du patient, qui les freinent probablement dans leur démarche de sevrage. Une aide sous forme d'information ou de formation peut permettre de diminuer ces comportements.

L'informatique

L'usage de l'informatique a permis de simplifier le quotidien du médecin, grâce à l'utilisation d'un dossier médical informatisé, l'accès à des aides pour la prescription... Cela permet de limiter les problèmes rédactionnels et de rendre les ordonnances lisibles. Les médecins évoquent régulièrement des inconvénients comme la facilité du renouvellement des ordonnances ou les incohérences des logiciels avec la pratique quotidienne : ergonomie, alarmes inadaptées. Il faut remarquer que les médecins généralistes sont équipés de façon hétérogène. L'accès à l'outil informatique demande un investissement

personnel important dans les premiers temps d'utilisation. Les médecins n'utilisent pas tous les mêmes fonctionnalités (comptabilité, dossier médical, aide à la prescription...)[26].

Les médecins spécialistes

Les médecins spécialistes (libéraux ou hospitaliers) peuvent également augmenter la polyprescription par l'ajout de molécules sans forcément prendre en compte les autres prescriptions. Les relations médecin-médecin sont au coeur de ce problème. Le manque d'échanges confraternels pour des questions de temps et/ou de distance (notamment en milieu rural) sont un frein à l'optimisation des ordonnances. Néanmoins lorsque de bonnes relations sont établies, il semble que le travail pluridisciplinaire soit efficace pour optimiser les ordonnances[16]. Le développement du Dossier Médical personnalisé par l'Agence des Systèmes d'Information Partagées de santé semble intéressant pour faciliter les échanges d'informations médicales entre médecins.

3.3 Les solutions proposées

Les médecins doivent être aidés pour gérer dans le temps les ordonnances complexes de patients chroniques. A l'issue de ce travail nous proposons quelques règles dont nombre d'entre elles sont issues de la réflexion des médecins en focus groups. L'ordonnance est l'un des outils pour élaborer et réévaluer un plan de prise en charge thérapeutique.

La hiérarchisation des molécules permet de mettre en évidence les traitements les plus indispensables du patient et d'en informer les patients et les aidants. Cela permet aux médecins, en cas de problème aigu, de faciliter la limitation du nombre de médicament en ne conservant que les traitements indispensables.

La différenciation entre les médicaments chroniques et ceux prescrits pour une pathologie aiguë doit être nette sur l'ordonnance pour éviter la pérennisation de certains traitements, notamment les traitements chroniques à durée de prescription limitée. (Antidépresseurs, AVK pour certaines indications...)

La rédaction doit comporter si possible la dénomination commune internationale associée au nom commercial pour tous les traitements, afin d'éviter les erreurs de prise médicamenteuse. L'ordonnance joue un rôle de repère pour le patient. Une rédaction correcte doit permettre de limiter les accidents liés aux prises inadaptées et favoriser l'observance. Notamment la précision concernant les horaires de prise (comprenant l'intervalle minimal entre deux prises) ainsi que la modalité de prise (à jeun, au milieu des re-

pas, dans le nez...) sont indispensables. L'ordonnance doit également contenir les indications concernant l'arrêt récent d'un médicament et les mesures non médicamenteuses. Le médecin doit également prendre en compte les caractéristiques du patient pour adapter la galénique et favoriser l'observance. Un patient présentant des troubles visuels aura des problèmes avec un traitement sous forme de gouttes par exemple.

L'outil informatique est indispensable à la bonne rédaction des ordonnances. L'informatique a permis de rendre les ordonnances lisibles pour le patient et les intervenants médicaux. Il est également une aide à la prescription par l'existence d'alarmes concernant les interactions et contre-indications. Il est important que les médecins reçoivent une aide qui leur fait défaut aujourd'hui pour leurs outils informatiques que ce soit pour l'ergonomie du dossier médical ou pour des référentiels de pharmacologie.

Le médecin traitant joue un rôle de coordinateur entre les différents intervenants qui prennent en charge un patient polypathologique. Des relations interprofessionnelles plus fluides sont indispensables pour permettre un travail pluridisciplinaire visant à optimiser l'ordonnance. L'existence d'un dossier Médical Personnel Informatisé du patient devrait permettre une meilleure gestion de l'information entre les professionnels de santé. Le développement d'outils d'échanges entre les médecins par internet pourrait également être utile, notamment en cas de distances importantes. D'ici ces avancées technologiques, les échanges de courrier de correspondance (manuscrits ou électroniques) entre les différents médecins ou entre la ville et l'hôpital sont également indispensables pour une optimisation de la prise en charge.

Les correspondants doivent être clairement désignés en accord avec le patient pour éviter le nomadisme médical et favoriser un projet thérapeutique pluridisciplinaire. Le rôle de synthèse du médecin traitant doit être clairement défini dans le système de soins. La centralisation des différentes prescriptions pour permettre la rédaction d'une ordonnance unique est recommandée.

Le médecin a également un rôle d'éducation thérapeutique en association avec les paramédicaux pour les maladies chroniques. Il a été démontré que l'implication des infirmières pour l'éducation thérapeutique et le suivi de maladies chroniques permettait d'améliorer la prise en charge[27]. Il faut donc réfléchir à une réorganisation de notre système de soins qui limite actuellement ces possibilités. Il est également indispensable d'autonomiser et d'impliquer les patients dans leurs prises en charge.

Afin de permettre une relation médecin-malade de qualité, il faudrait repenser une organisation de travail qui puisse dégager un temps suffisant pour l'écoute et l'échange. Cela pose la question d'une revalorisation de la rémunération (voir un paiement forfaitaire) pour ce type de consultation. Ainsi le médecin pourrait faire correctement émerger les besoins et

attentes du patient, réaliser un travail d'éducation sanitaire et thérapeutique de meilleure qualité, faciliter le travail pluridisciplinaire... Une réflexion sur de nouvelles modalités d'exercice : les maisons de santé ou les réseaux de soins..., est à prévoir.

Le médecin doit aussi organiser son temps de consultation pour dégager un moment à part entière pour la rédaction de l'ordonnance. Le renouvellement est en fait la réévaluation de l'ordonnance dans son ensemble. Il peut utiliser la grille MAI comme check-list list. Le nombre minimum de molécules prescrites est un objectif indispensable ainsi que l'existence d'une indication définie pour chaque molécule[28]. Il doit être vigilant à ne pas répondre aux demandes de régularisation d'automédication et doit rechercher une automédication non dite par le patient.

3.4 Proposition : guide de la réévaluation de l'ordonnance de polyprescription

Ce travail associé à une recherche bibliographique [30] à propos des méthodes de réévaluation des ordonnances de polyprescription permet de proposer la méthodologie suivante.

3.4.1 Pour toutes les ordonnances

1. De préférence une ordonnance informatisée.
2. Indiquer les caractéristiques suivantes : poids, âge, sont obligatoires. (On peut discuter de mettre la clairance en évidence : est-ce une information concernant le secret médical ou une information pour adapter les posologies?)
3. Faire une ordonnance unique à partir des ordonnances de tous les intervenants(y compris celle de l'ophtalmologiste).
4. Hiérarchiser les molécules de la plus indispensable à la moins indispensable.
5. Séparer les traitements chroniques des traitements aigus, et des traitements chroniques à durée déterminée.
6. Indiquer la galénique la plus adaptée au patient pour chaque molécule.
7. Indiquer les horaires et les intervalles à respecter entre deux prises.
8. Indiquer les modalités de prise (à jeun, au milieu des repas...).
9. Indiquer les mesures non médicamenteuses si besoin.
10. Écrire en DCI.

3.4.2 Nouveau patient

1. Peut être réalisé sur une à deux consultations.
2. Réaliser un recueil soigneux des antécédents (au mieux documentés) et des traitements avec une estimation de l'ancienneté de prise pour chaque molécule.
3. Réévaluation des diagnostics (réalité, dossier, toujours d'actualité?).
4. Informer le patient de la démarche de réévaluation de l'ordonnance et de l'éventualité d'arrêt d'un ou plusieurs traitements.
5. Réévaluer que l'indication est toujours d'actualité pour chaque traitement.
6. Choisir le meilleur SMR possible.
7. Adapter les posologies de chaque molécule en fonction des caractéristiques du patient (poids, insuffisance rénale ou hépatique) pour obtenir la posologie efficace.
8. Réévaluer la posologie en fonction de circonstances aiguës (état fébrile, chaleur...).
9. Si des molécules présentent une indication peu claire, des effets indésirables ou un SMR insuffisant, proposer au patient de les arrêter.

3.4.3 Réévaluation de l'ordonnance

1. Doit être annuelle ou bisannuelle.
2. Réévaluer l'indication de chaque molécule.
3. Réévaluer l'efficacité et la tolérance de chaque molécule.
4. Adapter les posologies si besoin.

3.4.4 Nécessité de rajouter un traitement

1. Être certain de l'indication : notamment, s'agit-il de contrer un effet secondaire ou une nouvelle pathologie ?
2. Privilégier les mesures non médicamenteuses si possible.
3. Si le patient consulte pour un épisode aigu, insister sur la durée de prescription.
4. Arrêter les molécules pouvant présenter un risque d'interaction si le médicament à ajouter est indispensable.

3.4.5 En cas d'événement intercurrent

1. Rechercher une automédication.
2. Rechercher un problème d'observance ou de prise médicamenteuse inadaptée.
3. Rechercher la prescription d'un confrère notamment ophtalmologue ou psychiatre.
4. Utiliser le ou les effet(s) indésirable(s) d'une molécule que le patient refuse d'arrêter, pour rendre cet arrêt effectif.

Chapitre 4

Conclusion

Le vieillissement de la population française est un véritable défi de santé publique. Il nécessite, entre autres, une prise de conscience de la polypathologie et de ses conséquences à tous les niveaux de notre système de soin, pour favoriser une gestion correcte de la polyprescription du patient chronique.

Ce travail expérimental basé sur une méthodologie qualitative a permis dans un premier temps, de mettre en évidence la complexité des relations entre l'ordonnance et les différents intervenants de la santé et d'en proposer une schématisation.

Dans un second temps, les médecins généralistes interrogés, ont apporté une information pertinente sur les multiples facteurs sociologiques et organisationnels qui interviennent dans leur pratique quotidienne de gestion des ordonnances de polyprescription. Les médecins généralistes, qui ont une place centrale depuis la création du rôle de médecin traitant, ont conscience de ces différents facteurs. Ils souhaitent et veulent participer à la création d'outils et de moyens novateurs (référentiels, organisation différente des soins...) pour aider à améliorer leurs pratiques. Un guide de réévaluation des ordonnances de polyprescription a ainsi été proposé. Il sera la base de travail pour la rédaction d'un référentiel proposé par la SFMG.

La prise en charge globale du patient et de la maladie par l'ensemble des professionnels de santé semble une des solutions pertinente au problème de la polyprescription. Néanmoins, de multiples déterminants sociologiques jouent un rôle important dans cette problématique et mériteraient d'être plus précisément étudiés pour comprendre au mieux le vécu et la complexité de la prise en charge des pathologies chroniques pour le malade.

Le président de thèse : Professeur Boué

Annexes

Annexe 1 : email de recrutement



Focus group : Polychrome

Chers Confrères,

Dans le cadre de l'[étude Polychrome](#) sur les **polyopathologies chroniques** et les **polyprescriptions**, la [SFMG](#) et [INSERM](#) recherchent **60 médecins généralistes** qui participeront à un **FOCUS GROUP d'une journée** consacré :

- à l'**analyse des problèmes rencontrés par le médecin généraliste lors de ses prescriptions pour les patients présentant des polyopathologies chroniques,**
- aux **propositions de stratégies thérapeutiques de remplacement, ne reposant pas uniquement sur le médicament.**

Cette étude est dirigée par le **Dr Pascal Clerc** médecin généraliste, chercheur à l'**Inserm U750 (Cermes)** et membre de la **SFMG**.

Ces **Focus Group** se dérouleront sur **une journée à Paris** et s'appuieront sur de **vrais cas cliniques** issus de la base de l'OMG. Ils se dérouleront par **petits groupes de 6 Médecins Généralistes** accompagnés d'un animateur.

Les dates fixées sont les deux dates pré-sélectionnées :

Samedi 29 Novembre 2008

OU

Samedi 17 janvier 2009.

La journée se déroulera **à l'une de ces deux dates**, et vous devez donc dorénavant être disponible ces deux samedis. La date retenue vous sera communiquée le plus tôt possible.

Cette **journée d'étude est rémunérée 250 Euros**. Les **frais de transports sont remboursés à hauteur de 100 Euros** sur la base d'un aller-retour en 2nde classe SNCF.

Les **résultats** de ces Focus Group vous seront communiqués et feront l'objet de **publications nationales et internationales**.

Une **attestation de participation à une étude** vous permettra de **valider une partie de vos obligations de FMC (groupe 3)**.

Si vous êtes intéressés, merci de **compléter les informations** ci-dessous **avant le 28 septembre 2008** et nous les adresser par mail à reseau@sfmfg.org

Dr Pascal CLERC
Directeur de l'étude
Chercheur SFMG et INSERM

BULLETIN DE PARTICIPATION :

Informations à compléter :

Nom :
Prénom :
Adresse :
Code Postal :
Ville :
Téléphone :

Date de naissance :
Date d'installation :

Appartenance à un groupe de pairs : Oui Non

Fournir un RIAP annuel 2007

Annexe 2 : caractéristiques des vignettes traitées

Caractéristiques	hommes	femmes	total
Nombre de patients	7	4	11
Nombre de pathologies traitées	55	33	88
Nombre de médicaments prescrits	68	37	105
Nombre d'interactions médicamenteuses identifiées	19	16	35
Nombre de contre indications identifiées	24	14	38

TAB. I – Caractéristiques des vignettes traitées 1.

Caractéristiques	hommes	femmes	total	Etendue
Age des patients	78	77,4	78	[44 ;83]
Nombre de pathologies traitées/patient	9	8	9	[3 ;13]
Nombre de médicaments prescrits/patient	10	8,5	9	[6 ;13]
Nombre d'interactions médicamenteuses/patient	2	4	2	[1 ;7]
Nombre de contre indications/patient	3	2	2	[0 ;10]

TAB. II – Caractéristiques des vignettes traitées 2.

Annexe 3 : grille MAI

Grille MAI
Indication du médicament
Efficacité (SMR)
Dosage
Répartition sur 24 heures
Durée de prescription
Utilisation pratique (galénique)
Contre-indications
Interactions médicamenteuses
Médicament utilisé pour effet adverse
Duplication d'un médicament (Ex: 2 <u>veinotoniques</u>)
Omission d'un médicament (ex: <u>statine</u> et <u>Ins</u> Coronaire)

Annexe 4 : exemple de noeuds hiérarchiques à trois niveaux

Coordination médicale = Relations médicales (EM)	
Effets délétères de la mauvaise communication médicale (NO)	
	Facteur de <u>poly</u> prescription d'examen complémentaires
	Habitudes de prescription des médecins spécialistes
	Prescription spécialisée facteur de iatrogénie
	Conflit de prescription entre hôpital et MG
	Méconnaissance des traitements des spécialistes
	<u>Echanges</u> difficiles entre médecins
	Prescription spécialisée, facteur de <u>poly</u> prescription

Annexe 5

Tableau : Typologie des pathologies chroniques

	Classe 1	Classe 2	Classe 3	Classe 4	Classe 5	Classe 6
Pourcentage des pathologies chroniques	37.83%	23.14%	14.34%	13.34%	7.52%	3.83%
Age	> 60 ans	2/3 > 70 ans	< 60 ans. dont la moitié entre 26 et 39 ans	De 40 à 69 ans	11-25 ans et 40-59 ans	11 - 39 ans
Genre	H-F	63% de femmes	H-F	H-F	H-F	H-F
Nb path_Chron/ patients	4 à 9	7 à 8	1 à 4	4 à 6	1 à 4	1 à 2
Nb actes totaux/ an	> 4	> 4	> 4	2 à 3	< 4	< 3
Nb d'actes chroniques/ an	> 4	> 4	> 4	2 à 3	< 3	< 2
Nb path_Chron/ actes	3 à 5	> 6	1 à 2	2 à 3	1 à 2	1 à 2
Nb de mdclactes	4 à 6	6 à 7	1 à 4	2 à 4	1 à 4	1 à 4
Pathologies	Cardio-vasculaire (Fdr & CCV), Rhumatologie	Grande dispersion	Psychiatrie, TMS	Cardio-vasculaire (Fdr), TMS	Dermatologie, V. aériennes, TMS	TMS et anxiété
Libellés	HTA, HYPERLIPIDEMIE, DIABETE 2, INSUF. CORON. ARTHROSE	ARTHROSE, INSUF. CORON., RGO, INSOMNIE	HUMEUR DEPRESSIVE, ANXIETE, LOMBALGIE, ARTHROPATHIES	HTA, HYPERLIPIDEMIE, LOMBALGIE	LOMBALGIE, ARTHROPATHIES	LOMBALGIE, ARTHROPATHIES, ANXIETE

Bibliographie

- [1] Fourrier A., et al.. Consommation médicamenteuse chez le sujet âgé vivant à domicile et en institution à partir de la cohorte Paquid : importance de la poly médication et utilisation de psychotropes. *La Revue de Gériatrie* 1996 ; 21 : 473-476.
- [2] Sermet C.. Consommations et prescriptions pharmaceutiques chez les personnes âgées, un état des lieux. *Gérontologie et société* 2002 ; 103 : 13-26.
- [3] Sermet C.. La polypathologie des personnes âgées. Publication CREDES 1994. 1021 p.
- [4] Labarthe G.. Les consultations et visites des médecins généralistes : Un essai de typologie. *DREES, Etudes et Résultats* 2004 ; 315 : 8 p.
- [5] Vionnet-Fuasset J.. Fréquence et nature de la polymédication chez les personnes âgées en médecine générale. 2005, Université Pierre et Marie CURIE : Issy les moulineaux. p. 3-24
- [6] Lechevallier-Michel N., et al.. Frequency and risk factors of potentially inappropriate medication use in a community-dwelling elderly population : results from the 3C Study. *Eur J Clin Pharmacol* 2005 ; 60(11) : 813-819.
- [7] Straand J. and Rokstad K.S.. Elderly patients in general practice : diagnoses, drugs and inappropriate prescriptions. A report from the More & Romsdal Prescription Study. *Fam Pract* 1999 ; 16 (4) : 380-388.
- [8] Fialova D., et al.. Potentially inappropriate medication use among elderly home care patients in Europe. *JAMA* 2005 ; 293 (11) : 1348-1358.
- [9] Spinewine A., et al.. Appropriate prescribing in elderly people : how well can it be measured and optimised ? *Lancet* 2007 ; 370 (9582) : 173-184.
- [10] Sermet C.. Consommation et prescriptions de médicaments chez les personnes âgées. *Les Cahiers Albert Legrand* 1999 ; 140 : 4-7.
- [11] Clerc P.. Etude polychrome, rapport final INSERM. www.sfmng.org/recherche

- [12] <http://www.ecosante.fr>
- [13] Kitzinger J.. The methodology of focus groups : The importance of interaction between research participants. *Sociology of Health and Illness* 1994; (16) : 103-121.
- [14] SFMG. Groupes de pairs, 1er symposium national 2002. Document de recherche en médecine générale 2002; 59 p.
- [15] Clerc P., Le Breton J., and al.. Etude Polychrome : construction d'une typologie des pathologies chroniques en médecine générale, pour une analyse de la poly-prescription. *Pratiques et Organisation des Soins* 2008; 39 (1) : 43-51.
- [16] Clerc P, Le Breton J., and al.. Étude Polychrome : Une méthode d'expertise pour optimiser des ordonnances de polyprescription en médecine générale. *Prat Organ Soins* 2009 2009; 40 (3) : 167-175.
- [17] Amar E. and Pereira C.. Les prescriptions des médecins généralistes et leurs déterminants. *DREES, Etudes et Résultats* 2005; 440 : 12.
- [18] Lucas-Gabrielli V., Sourty-Le Guellec M.J.. Evolution de la carrière libérale des médecins généralistes selon leur date d'installation. *Bulletin d'information en économie de la santé* 2004; 81.
- [19] <http://www.senat.fr>. Article 29 bis (art. L. 613-5 du code de la propriété intellectuelle, art. L. 5121-10-2 et L. 5121-10-3 nouveau du code de la santé publique) - Prévention des risques d'accidents liés à la différence dans les caractéristiques physiques des médicaments de références et des médicaments génériques.
- [20] Dumontaux N., Pichetti S.. Impact de la diminution des taux de remboursement des veinotoniques sur les prescriptions des généralistes. *Dossiers solidarités et santé* 2009; 12 p.
- [21] Devaux M., Grandfils N., Sermet C.. Déremboursement des mucolytiques et des expectorants : quel impact sur la prescription des généralistes ?. *Questions d'économie de la santé* 2007; 128 : 1-6.
- [22] Vallée J.P., Gallois P.. La demande exprimée d'emblée par le patient est elle sa principale, ou sa réelle préoccupation ?. *Médecine* 2006; 1 : 25-26.
- [23] Kravitz RL, Epstein RM. and Al.. Influence of patients request for direct-to-consumer advertised antidepressants : a randomized controlled trial. *JAMA* 2005; 295 : 1995-2002.
- [24] Collin J. and Al.. Le médicament comme objet social et culturel, recension des écrits et propositions sur les perspectives de travail à prioriser. Rapport de recherche, Université de Montréal. 2005.

- [25] Lussier M.T, Richard C.. Le dialogue de prescription un incontournable dans l'usage optimal du médicament!. *Le médecin du Québec* 2008 ; 43 (12), 45-52.
- [26] <http://www.irdes.fr>. Résultat de l'apport de l'informatique en médecine générale, FORMMEL. 2000.
- [27] Bourgueil Y., Le Fur P., Mousquès J., Yilmaz E.. La coopération médecins généralistes/infirmières améliore le suivi des patients diabétiques de type 2. Principaux résultats de l'expérimentation ASA-LEE. *Questions d'économie de la santé* 2008 ; 136 : 1-8.
- [28] Legrain S.. Consommation médicamenteuse chez le sujet âgé, Consommation, Prescription, Iatrogénie et observance . *Revue Bibliographique HAS* 2005.
- [29] Allonier C., Guillaume S., and Sermet C.. De quoi souffre-t-on ? État des lieux des maladies déclarées en France. IRDES, *Questions d'économie de la santé* 2006 ; 123 p.
- [30] <http://www.has-sante.fr>. ameliorer-la-prescription-medicamenteuse-chez-le-sujet-age-pmsa

Résumé

Analyse qualitative des déterminants de la gestion des ordonnances de poly prescription en médecine générale. Étude Polychrome.

Objectifs : Repérer et analyser les déterminants sociologiques de la décision de polyprescription dans la prise en charge de patients polypathologiques par le médecin généraliste.

Méthode : Enquête qualitative, utilisant les méthodes des focus groups et des groupes de pairs, centrée sur la gestion de la poly-médication en médecine générale. Le recueil des données a nécessité la participation de 60 médecins généralistes, répartis en 10 groupes pour les enregistrements. Chaque groupe associé à un animateur a travaillé sur des vignettes issues d'ordonnances type de poly-médication. Les séances ont été enregistrées pour l'analyse des données. Les informations issues des séances ont été analysées, par un trinôme de chercheurs assisté d'un logiciel d'analyse qualitative (Nvivo8).

Résultats : Le codage des enregistrements a mis en évidence des déterminants liés aux patients, aux médecins et à l'organisation du système de santé, intervenant dans la décision médicale du médecin généraliste lors de la prescription d'une ordonnance contenant plusieurs médicaments. Les relations, complexes, entre ces différents acteurs de santé ont été retranscrits, après analyse, sous formes de cartes heuristiques. Ce travail apporte un éclairage nouveau sur le fonctionnement du médecin lors de la prescription ainsi que sur les différentes fonctions d'une ordonnance de polymédication.

Conclusion : Les résultats, associés aux données de la littérature, ont permis de mieux comprendre les barrières et les leviers de prescription des ordonnances de patients chroniques. Des stratégies d'optimisation de la rédaction d'ordonnances de poly-prescription, en rapport avec les réalités de la pratique en médecine générale, ont été proposées. Une réflexion des intervenants de la santé autour de ces données est à réaliser, ce qui pourrait conduire à une amélioration des pratiques et de la qualité des soins en médecine générale,

MOTS CLES : Polyprescription - Polypathologie - Maladie chronique - Décision médicale - Médecine générale - Médecin généraliste

Abstract

Qualitative analysis of the determiners of the management of polypharmacy regimens in general practice. Polychrome study.

Objectives : locate and analyse the sociological determiners of the decision of polypharmacy to polypathological patients by the general practitioner.

Method : qualitative inquiry, using the focus groups and groups of peers methods, centered on the management of polypharmacy. The data collection required the participation of 60 doctors, split in 10 groups for recordings. Each group is associated to a speaker, and worked on typical polypharmacy regimens stamps. The sessions are recorded for the data analysis. Data gathered during sessions were analyzed by three researchers assisted by a qualitative analysis software (Nvivo 8).

Results : the coding highlighted determiners related to patients, to doctors and to the health system organization, influencing the medical decision during the writing of prescriptions containing several medicines. The relations between these various determiners were retranscribed into heuristics maps.

Conclusion : the results allowed a better understanding of barriers and controllevers of prescription. Strategies of polypharmacy regimens optimization in touch with realities of the general practice were suggested. They could lead to an improvement of the practice and the cares quality in general practice.

KEYWORDS : Polypharmacy regimens - chronics diasese - general practice -