

POLYCHROME : Retour d'information vers les médecins généralistes des Focus-groupes

Chers confrères,

Voici comme promis, les résultats de votre fructueuse participation à l'étude Polychrome.

Cette synthèse de 11 pages vous donne les grands axes de l'analyse des déterminants de la poly prescription et de la iatrogénie, puis un focus sur les « effets médecins ». La construction de chaque modèle synthétise vos propos et illustre constamment l'analyse.

Vous pouvez avoir accès au rapport complet sur le site de la SFMG à l'adresse suivante www.sfmfg.org

L'équipe de Polychrome et moi-même vous remercions encore de votre participation. En espérant vous revoir en juin au prochain congrès de la médecine générale, au cours duquel j'espère présenter ces résultats.

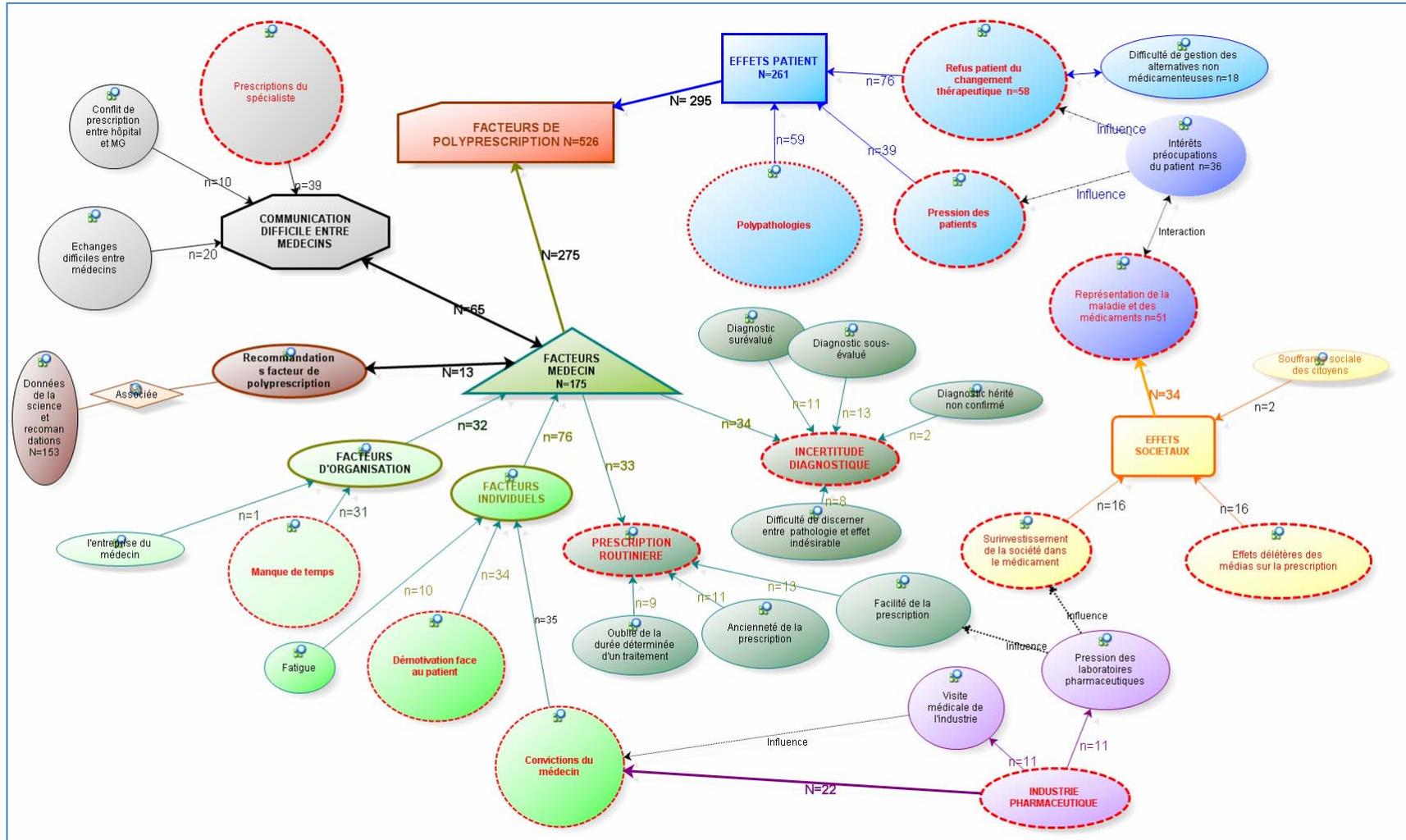
Dr Pascal CLERC
Directeur de l'étude
Tél : 06.81.31.91.90

Les Modèles présentés ci-dessous se lisent de la manière suivante :

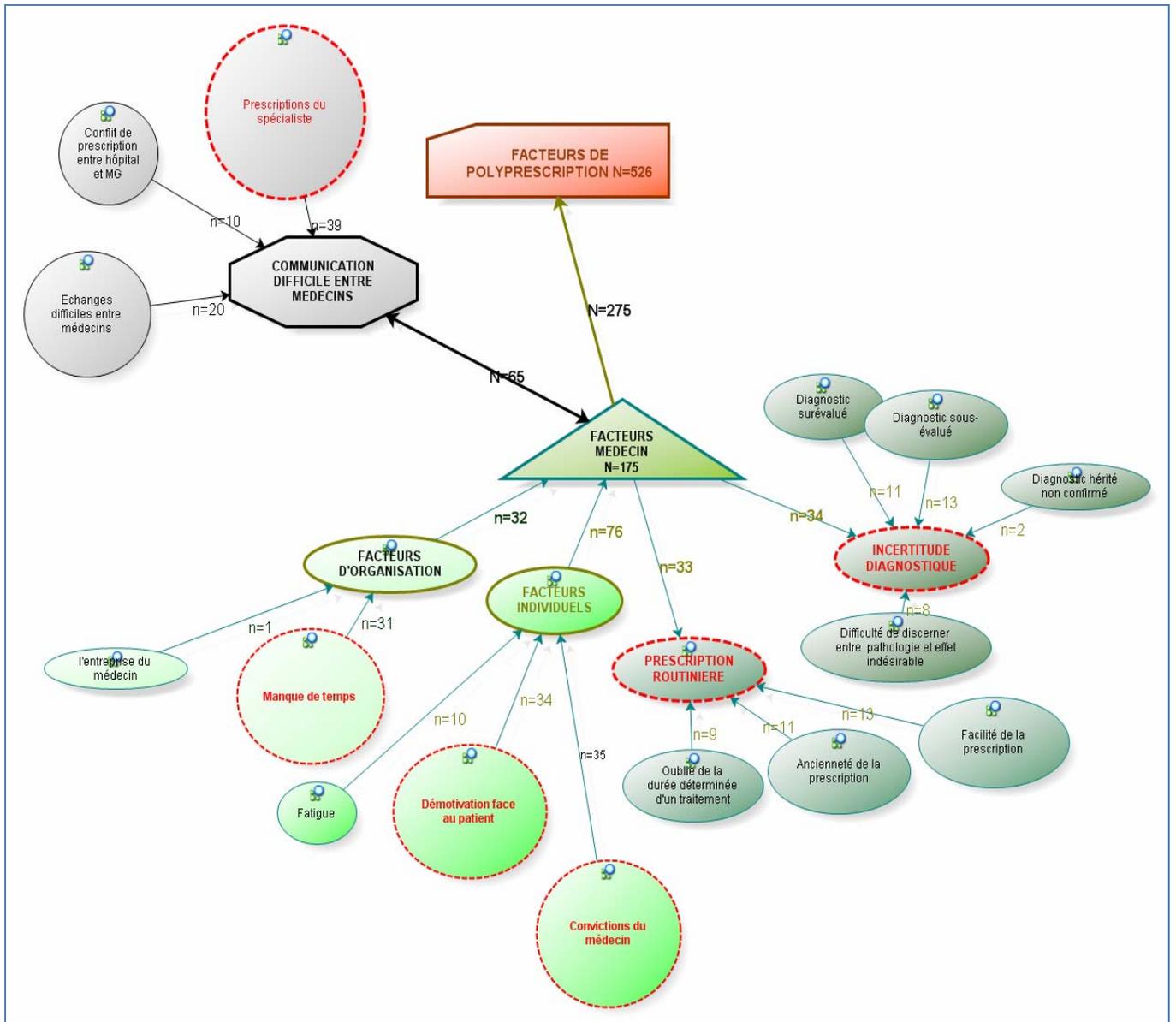
- Chaque couleur représente **une thématique** avec un en-tête de formes différentes et dont le texte et l'entourage sont en gras.
- Chaque thème est en relation avec des sous-thèmes qui synthétisent **les points forts** développés par les médecins.
- **Le nombre** qui accompagne chaque relation correspond au nombre de fois ou les points forts /sous-thèmes/thèmes ont été encodés (l'encodage est le terme usité pour la sélection de phrases par les chercheurs). L'importance des ronds et ellipses reflète ce nombre.
- Enfin les flèches en pointillé reflètent **un facteur d'influence**.

I. Déterminants de la poly prescription

A. Le modèle général



B. Le modèle centré sur les facteurs « médecin »



1. Les effets liés au médecin généraliste

Les facteurs d'organisation :

Les facteurs d'organisation sont exprimés sous la formule lapidaire : « le manque de temps ». L'analyse des verbatim des médecins permet d'évoquer plusieurs types de contraintes exprimées : au cours de la consultation, de la journée et dans l'organisation globale de son temps.

Au cours de la consultation, le nombre de demandes du patient : « *Si c'est juste un papier avec une liste de médicaments, c'est sûr que, pour moi, ce n'est pas optimal. Parfois, les contraintes de temps font qu'on est obligé de s'en tenir à ça, parce qu'il va y avoir plein de demandes dans la consultation et on est obligé d'abréger la prescription, le temps qui est consacré à la prescription.* » Homme, entre 40 et 54 ans, exercice Urbain en groupe, moins de 3 000 actes.

Au cours de la consultation, le nombre de problèmes médicaux à régler (Nb de pathologies, analyse du dossier, prévention, etc.) : « *Pour moi, vis-à-vis de ce type de patient, je vois la problématique suivante : elle vient globalement tous les deux mois, si je suis en début de matinée, que j'ai personne parce que c'est le printemps, je vais prendre la demie heure qu'il me faut et je vais reprendre tous les médicaments, lister les effets secondaires : « vous en êtes où ? Vous dormez mieux ? Vous en prenez un entier ou un demi ? Des fois, vous essayez de pas le prendre ? ». Donc rediscuter chaque item de l'ordo pour voir où elle en est. Et puis si c'est en hiver, je ne vais peut-être pas le faire aussi spécifiquement. S'il y a l'hémoculture, s'il y a la mammo, la prise de sang on en est où, s'il y a plein d'autres choses, globalement ça va être tellement banalisé que des fois on va renouveler sans s'occuper... ». Homme, 55 ans et plus, exercice urbain en groupe, plus de 6 000 actes par an.*

Au cours de la journée, la gestion du flux de patients, du téléphone... : « *Le temps, la pression, le téléphone, tout à gérer en même temps. Non, on n'est pas optimal.* » Homme, 40 à 54 ans, exercice urbain seul, plus de 6 000 actes par an.

L'organisation de son activité globale avec des conséquences sur la prescription, la formation, etc. « *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, entre 40 et 54 ans, exercice Urbain en groupe, moins de 3 000 actes.

« *Je rajoute : facteur de temps de cette consultation et facteur temps dans l'emploi du temps de la journée globale. Deux facteurs temps : le facteur temps de la consultation individuelle et le facteur temps de la surcharge de travail sur une journée.* » Femme, 55 ans et plus, exercice urbain en groupe, moins de 3 000 actes par an.

Les facteurs humains individuels :

Un facteur lié au médecin et un autre à la relation médecin – patient interviennent souvent : la démotivation face au patient et les convictions (ou absence de conviction) du médecin.

« *C'est vrai que les patients me fatiguent à force. Le diabétique, il faut lui répéter à chaque fois son régime. « Docteur, je voudrais arrêter de fumer. » C'est vrai que c'est ingérable en consultation et trois fois sur quatre, c'est comme ça.* » Homme, 40 à 54 ans, Exercice Urbain seul, plus de 6 000 actes par an.

« *Je me suis retrouvé particulièrement dans ce qu'a dit Carole, la plus grosse difficulté que je rencontre c'est la discordance entre ce qui me paraît moi essentiel et ce qui paraît primordial pour le patient. Ça, c'est vraiment une négociation, c'est un combat acharné, c'est un combat quotidien. C'est un combat qui nous use et bien souvent, on finit par lâcher le morceau pour avoir la paix, parce qu'on n'en peut plus, parce qu'on est fatigué, parce qu'on en a marre.* » Homme, 55 ans et plus, exercice urbain en groupe, 4 000 à 5 000 actes

L'incertitude diagnostique

Elle prend plusieurs formes :

– Soit il s'agit lors d'une reprise d'un patient, de diagnostics hérités non documentés et non remis en question : « *Ça faisait des années et des années qu'elle avait des migraines et qu'elle aurait eu à l'âge de 20 ans. Je ne l'ai jamais vue en crise, elle n'a jamais fait de crise et je me disais : pourquoi lui laisser ce médicament, à le prendre tout le temps, avec les effets secondaires que ça peut entraîner. Donc, elle s'attachait, elle s'attachait malgré qu'elle n'a pas fait de crise* ». Homme, 40 à 54 ans, exercice urbain, seul, 3 000 à 4 000 actes.

– Soit de symptômes ou syndromes chroniques qui n'ont pas été réévalués : « *Est-ce que c'est vraiment une épigastralgie qui est venue comme ça, ou est-ce qu'elle peut cacher un angor ?* » Homme, 55 ans et plus, exercice rural, seul, 4 000 à 5 000 actes.

Soit des pathologies cliniques (HTA, démences, migraines, etc..) sur diagnostiquées : « *Pour en revenir aux anti-cholinestérasiques, je serai plus nuancé que toi. J'ai eu des exemples où je suis persuadé que ça marche, ils sont rares. Ils sont rares et j'en viens à la conclusion que nos diagnostics de démence d'Alzheimer sont largement surévalués et que, donc, il y a beaucoup trop de patients traités et que la plupart des démences que l'on voit sont des démences mixtes, voire artériopathiques* » Homme, 40 à 54 ans, exercice rural, seul, plus de 6 000 actes.

– Enfin il y a le problème des pathologies induites par les médicaments, et leur difficulté de reconnaissance : « *Par ailleurs, elle prend du Lexomil, c'est le Bromazepam si ma mémoire est bonne, c'est quand même réputé pour donner des troubles de la mémoire. Plutôt que de lui donner de l'Ikaran, qui est une réponse médicamenteuse à : « je perds un petit peu la tête », est-ce qu'on a fait un MMS ? Est-ce qu'on a réexaminé la patiente ? Est-ce qu'on a essayé de bilancer ce trouble de la mémoire pour essayer de savoir si c'est iatrogène ou pas ?* » Homme, 40 à 54 ans, exercice urbain, seul, plus de 6 000 actes.

Les facteurs de prescription routinière

Certes la prescription routinière fait souvent appel à la facilité de la réponse médicamenteuse : « *Il y a tellement d'attachement de ces patients à tel médicament qu'il faut qu'on arrive un petit peu à déprogrammer ce qui est déjà programmé parce qu'ils font l'association : c'est le médicament qui m'a donné... Parfois, on prescrit facilement certains médicaments et ça persiste.* » Homme, 40 à 54 ans, exercice urbain, seul, 3 000 à 4 000 actes

Les facteurs d'inertie thérapeutique sont liés soit à l'ancienneté d'une prescription que l'on renouvelle sans se poser de questions, soit à l'attachement du malade :

« *Le problème que l'on rencontre, c'est la difficulté d'arrêter des médicaments qui sont culturellement sur l'ordonnance du patient, les hypnotiques, les demandes des patients qu'on a du mal à arrêter.* » Homme, 55 ans et plus, exercice urbain, en groupe, moins de 3 000 actes

« *Cette prescription, c'est des briques qui sont montées les unes au-dessus des autres. C'est dix pierres de Lego les unes au-dessus des autres et maintenant, qu'est-ce qu'on reconstruit à la place ?* » Homme, 40 à 54 ans, exercice urbain, seul, 5 000 à 6 000 actes

Enfin il y a les prescriptions a durées déterminées inclut dans le traitement chronique et oubliées : « *Je constate qu'elle a un score à 18 et je lui dis : « écoutez, vous êtes presque dépressive, en train de commencer une dépression – je l'ai vue trois fois – je vous donne ce traitement en plus ». Et puis après, elle prend. Mais comme elle n'a jamais été dépressive avant, les recommandations disent : il faut que le traitement soit donné au moins 12 mois. Et puis après j'oublie, en fait. La patiente va mieux, va bien et elle continue à le prendre. Et c'est moi qui, douze mois plus tard, je n'ai pas un rappel automatique dans mon logiciel, et elle continue à le prendre. Donc ça rajoute une ligne à l'ordonnance effectivement.* » Homme, 40 à 54 ans, exercice urbain, groupe, 6 000 actes et plus

2. Les effets liés à la communication entre médecins

La communication entre médecins est le plus souvent traitée par les médecins généralistes en termes de « trouble des modes de communication » plutôt qu'en termes de mauvaises relations humaines.

Le problème le plus important est la prescription des médecins spécialistes (qu'ils soient ambulatoires ou hospitaliers) qui vient se surajouter sans qu'il y ait eu concertation sur l'opportunité de tel ou tel traitement médical :

« En fait, la prescription des AVK ne dépend pas de nous, enfin à 95 %. C'est le cardio qui instaure l'AVK ». Homme, 40 à 54 ans, exercice Urbain, seul, plus de 6 000 actes par an

« Ils restent très focalisés sur leur disciplines, quel que soit ce qu'il y a à côté. Souvent, on n'est pas trop aidé de ce côté-là. Ils sortent avec leurs traitements adaptés à leurs pathologies. Soit, ils ne savaient pas forcément ce que le patient prenait aussi à côté parce qu'ils sont peut-être pas allés dans le service avec leur duplicata d'ordonnance. C'est un peu le sentiment que j'ai au niveau des services spécialisés. » Homme, 40 à 54 ans, exercice Urbain, en groupe, 4 000 à 5 000 actes par an

Puis viennent les difficultés d'échange entre les médecins, du fait de leurs organisations professionnelles différentes et de leur manque de temps :

« Il m'est arrivé d'appeler des spé, notamment en cardio avec des ordonnances, en leur disant : « est-ce que tu m'autorises à soulever ça parce que tel problème ou tel co-prescription ou tel problème de tolérance ». On rentre dans une négociation qui est très chronophage. Je ne 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 ». Homme de 40 à 54 ans, Exercice rural en groupe, plus de 6 000 actes.

« On a plus de difficultés par exemple avec les psychiatres, même si, malgré tout, on fait beaucoup de psychiatrie. L'échange de courriers entre psychiatre et généraliste, c'est catastrophique. ». Homme de 40 à 54 ans, exercice urbain, seul, moins de 3 000 actes par an

Et bien sûr les difficultés de relations humaines qui peuvent être aggravées par une offre réduite de médecins spécialistes : « S'il y a un rapport de confiance mutuelle avec les spécialistes à qui j'envoie mes patients, ça se passe bien. Ceux avec qui je sais que ça se passe pas bien, l'endocrinologue il y en a qu'un, donc c'est vrai que je me débrouille pour ce qui est du diabète, mais parfois je suis obligée, par la demande des patients, de les envoyer et ça se passe moins bien. Je pense que c'est aussi une question de rapports de personne à personne. » Femme, 40 à 54 ans, exercice rural en groupe, moins de 3 000 actes par an

Ou bien une absence de communication aggravée par la négation de l'historique médical :

« Il y a d'autres spécialistes aussi où ils me changent mes prescriptions. Mes prescriptions, ce n'est pas que j'y tiens particulièrement, mais enfin on a quand même bossé pour équilibrer un hypertendu. On n'a pas mi un truc comme ça au pif, c'est selon nos expériences, selon les croyances du patient, selon des indications, des choses qu'ils supportent et tout. Le confrère spécialiste qui voit le patient pendant une demie heure, à tout casser il change tout, du jour ou lendemain j'allais dire, ou il change une grande partie de l'ordonnance, ça me pose quand même problème dans la poly pathologie et dans la iatrogénie » Homme de 40 à 54 ans, exercice rural, seul, plus de 6 000 actes par an. .

Le « conflit » entre l'hôpital et les médecins généralistes est lié à la non prise de conscience du fait qu'un acte de prescription hospitalier « facile » peut avoir un impact pour le médecin généraliste :

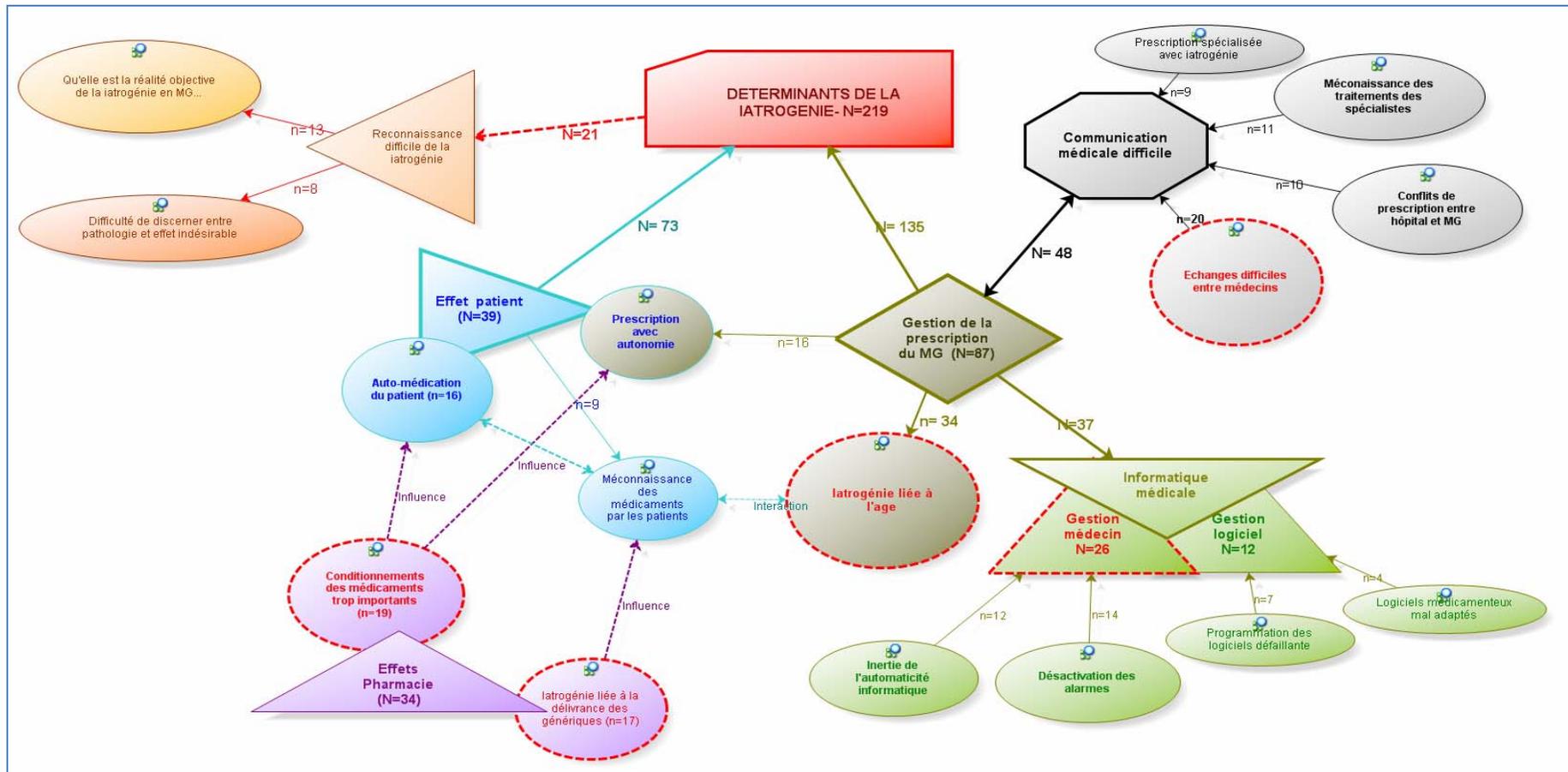
« Les personnes âgées qui partent à l'hôpital, on a eu beaucoup de mal à les sevrer de leurs benzodiazépines. Elles reviennent avec une prescription, comme ça à l'hôpital elles font pas chier. » Homme, de plus de 55 ans, exercice urbain seul, de 4 000 à 5 000 actes

« Mais je constate depuis quelques années un renversement de la tendance. C'est-à-dire qu'ils sortent souvent de l'hôpital avec plus de médicaments qu'ils ne sont rentrés et, comme toi, pas toujours justifiés. Je constate par exemple des choses assez surprenantes, c'est-à-dire que, quand ils

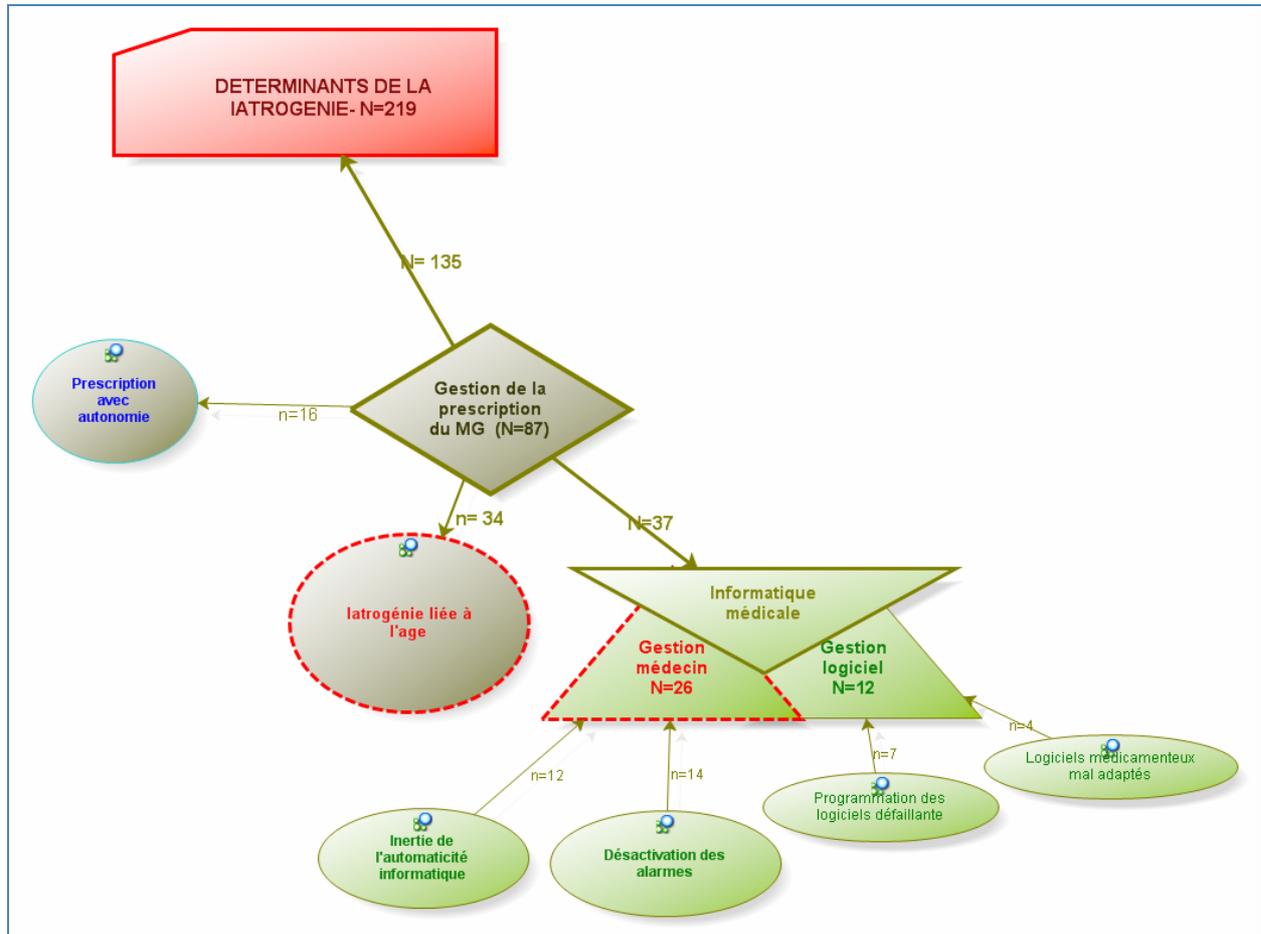
rentrent à l'hôpital avec un IPP, ils en sortent sans. Mais quand ils rentrent de l'hôpital sans IPP, ils en sortent toujours avec. Dans 50 % des cas, quelles que soient les prescriptions, pas uniquement les IPP, la justification d'une modification de traitement n'est pas donnée dans le compte rendu. C'est extrêmement agaçant, effectivement. » Homme de 40 à 54 ans, exercice rural, seul, plus de 6 000 actes par an. .

II. Déterminants de la iatrogénie

A. Le modèle général



B. La gestion de la prescription par le médecin généraliste



L'Informatique médicale mal adaptée qui gêne le médecin plutôt que de l'aider efficacement. S'il y a des effets liés à la mauvaise préparation du logiciel pour le confort de la pratique, les alarmes constantes des logiciels de prescription et l'automatisme qu'induit l'informatique diminuent la vigilance du médecin.

« En fait, dans les logiciels, tu renseignes les traitements chroniques et, en plus, il voit tout ce que tu rajoutes. Tu dis : je mets Aricept pour trois mois, lui sait que, comme tu as fait ça le 2 octobre, jusqu'au 2 janvier il sait que le patient est sous Aricept. Tout ce que tu vas prescrire au milieu, il tient compte de la prescription des trois mois, plus la prescription de tous les chroniques. Or s'il a supprimé des médicaments chroniques, il faut qu'il pense à le supprimer dans sa base. Ce qui m'arrive de temps en temps, je ne pense pas à supprimer dans ma base les chroniques et, du coup, il me met des... » Homme entre 40 et 54 ans, exercice urbain, en groupe, moins de 3 000 actes

« Les rappels en particulier, la gestion des fenêtres, des choses qui, dans le logiciel que j'ai, sont minables. » Homme entre 40 et 54 ans, exercice urbain, en groupe, plus de 6 000 actes

« L'outil informatique, il est super mais plus on a d'alarmes, plus on a tendance à les décocher ou à ne pas les prendre en compte. Moi, il fait aussi des alarmes en fonction des antécédents des patients, donc quand il va voir que j'ai un patient asthmatique, si je prescris un bêtabloquant, il va me dire : attention, etc. Il y a des associations de diurétiques qu'on peut faire, aussitôt il se met en rouge. C'est bien mais c'est un peu chiant aussi. Ce n'est pas un outil idéal parce que, quand on va se planter sur l'interaction, ça va être 100 %, ça va être 100 % pour le patient et ça va être 100 % pour nous. » Homme plus de 55 ans, exercice urbain, en groupe, de 5 000 à 6 000 actes

« Moi j'ai quasiment désactivé cette fonction de mon logiciel parce que j'en avais marre qu'à chaque prescription, il me sortait des tas de contre-indications qui n'en étaient pas en fait. Donc, je l'ai supprimé. » Homme plus de 55 ans, exercice périurbain, en groupe, de 5 000 à 6 000 actes

La difficulté pour le médecin est de gérer **la iatrogénie induite par le vieillissement des patients**.

Le vieillissement physiologique et ses conséquences sur un traitement chronique ancien :

« Non, je le vis pas bien parce qu'on sait justement qu'on est dans une problématique de risque, donc j'essaie systématiquement de collecter des effets secondaires importants qui pourraient se mettre à survenir parce qu'on vieillit, on se dénutrit, la clearance change et tout. Donc, il y a des moments où on a un pépin et c'est des pépins qui sont liés à ça. Il faut changer de molécule, il faut changer de forme, donc il faut collecter les infos ». Femme, entre 40 et 54 ans, exercice urbain, seule, moins de 3 000 actes

« Par contre en maison de retraite, là, c'est presque du quotidien parce qu'on est confronté vraiment à des personnes beaucoup plus âgées, qui ont des traitements qui sont très complexes. Dès qu'on dépasse la limite, ça ne pardonne pas, tout de suite on a les conséquences. Là, c'est presque du quotidien, il faut rattraper, modifier, compenser » Homme entre 40 et 54 ans, exercice urbain, seul, entre 4 000 et 5 000 actes

Le vieillissement cognitif et son retentissement indirect sur la iatrogénie :

« Moi, mon objectif sur une ordonnance comme ça, c'est d'essayer de diminuer le nombre de médicaments, surtout qu'à 83 ans, on peut se demander si, sur le plan cognitif, il est capable de tout gérer en même temps » Homme plus de 55 ans, exercice urbain, en groupe, moins de 3 000 actes

Un élément adjacent **concerne les prescriptions du médecin qui laisse une autonomie de gestion au patient**. Cette souplesse est intéressante pour gérer des poussées aiguës ponctuelles, mais elle n'est pas sans inconvénient en termes iatrogène :

« Je voulais rebondir sur ce que disait Didier, le Voltarène que va prendre la femme, si elle n'a pas pris, en plus, deux Advil en vente libre et du paracétamol. C'est le danger de ces auto prescriptions. » Homme entre 40 et 54 ans, exercice urbain, seul, plus de 6 000 actes

« Mais surtout si on laisse un degré de liberté au patient, il faut l'encadrer de manière hyper précise au niveau de l'écriture de l'ordonnance. » Homme entre 40 et 54 ans, exercice urbain, en groupe, entre 5 000 et 6 000 actes

C. La communication médicale

La communication médicale difficile, intervient aussi dans les problèmes de iatrogénie. Outre les éléments identiques aux déterminants de la poly prescription, nous pouvons insister plus particulièrement sur les prescriptions de spécialités, ignorées des médecins généralistes (ou tardivement connues) surtout en ophtalmologie :

« A lui, oui, mais ce que la patiente prend. Elle peut très bien avoir une ordonnance pour son glaucome faite par son ophtalmo. Si elle a un bêtabloquant par exemple, c'est... » Homme, 55 ans et plus, exercice urbain en groupe, entre 4 000 et 5 000 actes.

« 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 ne 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 bêtabloquant. Je me retrouve donc avec des strates supplémentaires à gérer que je n'avais pas choisies. » Homme entre 40 et 54 ans, exercice urbain, en groupe, entre 5 000 et 6 000 actes

Pour conclure

La richesse du recueil sur notre gestion des polypathologies chroniques nous permet d'envisager plusieurs publications :

- Un résumé d'une page est paru dans le N° 2508 du « Le généraliste » du vendredi 11 décembre 2009.
- Une thèse de médecine est en cours à la faculté de Kremlin-Bicêtre, centrée sur la gestion des ordonnances. Elle devrait être soutenue par Céline Guillebaud dans le courant du deuxième trimestre 2010.
- Un article est en cours de rédaction pour la revue « Sciences sociales et santé ».
- Un autre est prévu pour la Revue du praticien et pour une revue anglo-saxonne.

Les solutions que vous proposez souvent vont permettre à la SFMG de soumettre des recommandations : nous vous les ferons relire avant publication.

Enfin des colloques concernant les pathologies chroniques nous permettent d'intervenir et de faire valoir les difficultés et les propositions de médecins généralistes (CNAMTS, mutuelles, DGS, etc...).