



Année 2016

N°

**Thèse**  
Pour le  
**DOCTORAT EN MEDECINE**  
Diplôme d'État  
par  
**Cyrilla CELIER**  
Née le 20/06/1985 à Dreux (28)

---

**CONSULTATIONS DE SUIVI DE MALADIE CHRONIQUE CHEZ LE MÉDECIN  
GÉNÉRALISTE EN ZONE RURALE MÉDICALEMENT DÉFICITAIRE:  
QUELLES SONT LES ATTENTES DES PATIENTS ?**

---

Présentée et soutenue publiquement le 6 décembre 2016 devant un jury composé de :

Président du Jury :

Professeur Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ, Médecine Générale, PU, Faculté de Médecine - Tours

Membres du Jury :

Professeur Louis BERNARD, Maladies infectieuses et maladies tropicales, Faculté de Médecine - Tours

Professeur Alain CHANTEPIE, Pédiatrie, Faculté de Médecine - Tours

Professeur Philippe COLOMBAT, Hématologie et transfusion, Faculté de Médecine - Tours

Docteur Sophie GALICHER, Médecine Générale - Chaudon

**Directeur de thèse:**

Docteur Aude CHARTIER GELINEAU, Médecine Générale - Bailleau L'Évêque

## TITRE DE LA THESE:

**Consultations de suivi de maladie chronique chez le médecin généraliste en zone rurale médicalement déficitaire: quelles sont les attentes des patients?**

## RESUME:

**Introduction:** Le suivi de pathologie chronique est l'un des premiers motifs de consultation en médecine générale. En zone rurale médicalement déficitaire, confronté à la pénurie médicale, le médecin généraliste doit assurer efficacement ces consultations.

**Objectifs:** Recueillir et analyser les attentes des patients lors de consultation de suivi de maladie chronique chez leur médecin généraliste en zone rurale médicalement déficitaire. Secondairement, émettre des propositions pour améliorer le contenu de ces consultations de suivi.

**Méthode:** Enquête qualitative par entretiens individuels semi-dirigés de douze patients d'avril à novembre 2015, enregistrés, retranscrits, analysés par thèmes puis synthétisés.

**Résultats:** Les patients de notre étude ont des attentes similaires aux autres patients chroniques : consultation ritualisée, relation de partenariat, écoute, confiance, informations et réévaluation régulière de leur prise en charge. Ils rapportent également des attentes plus spécifiques: délivrance de l'ordonnance prioritaire, gestion efficace de la surcharge de travail et lutte contre un suivi trop routinier, disponibilité et polyvalence du médecin généraliste (médecin «de famille», «de terrain» et confident), explications et justifications des soins spécialisés prescrits, consultations sur rendez-vous.

**Conclusion:** Les attentes des patients chroniques des zones rurales médicalement déficientes en consultation de suivi chez leur médecin généraliste sont multiples, dépassant le simple «renouvellement d'ordonnance». Face aux contraintes liées au milieu rural isolé, certaines attentes plus spécifiques nécessitent une réflexion quant à l'organisation et au contenu de ces consultations itératives afin de tendre vers une prise en charge chronique de qualité.

**Mots-clés:** Maladie chronique - Médecine générale - Santé en zone rurale - Zone médicalement sous-équipée

---

## TITLE OF THE THESIS:

**Chronic disease follow-up visits to the GP in rural areas which are in medical deficit: what are the patients expectations?**

## SUMMARY:

**Introduction:** The chronic disease monitoring is one of the leading reasons for consultation in general practice. Medically deficient rural areas, faced with medical shortages, the general practitioner should ensure effective consultations.

**Objectives:** To collect and analyze the expectations of patients when chronic disease follow-up consultation with their GP in medically deficit rural areas. Secondly, make proposals to improve the content of these follow-up visits.

**Method:** Qualitative survey by semi-structured individual interviews of twelve patients from April to November 2015, recorded, transcribed and analyzed thematically then synthesized.

**Results:** The patients in our study had similar expectations than other chronic patients: ritualized consultation, partnership, listening, trust, information and regular reassessment of their care. They also report more specific expectations issuing the priority of the prescription, effective management of workload and avoiding a too repetitive monitoring, availability and diversity of the general practitioner ("family" doctor, with a "practical" background and confident), explanations and justifications of prescribed specialty care, consultations by appointment.

**Conclusion:** Expectations of chronic patients living in medically deficient rural areas regarding follow-up consultation with their GP are numerous and beyond the simple 'prescription renewal'. Faced with constraints related to isolated rural areas, some more specific expectations require a reflection on the organization and content of these iterative consultations to move towards a chronic care quality.

**Key-words:** Chronic disease – General practice – Rural health – Medically underserved area

UNIVERSITE FRANCOIS RABELAIS  
**FACULTE DE MEDECINE DE TOURS**

**DOYEN**

Pr. Patrice DIOT

**VICE-DOYEN**

Pr. Henri MARRET

**ASSESEURS**

Pr. Denis ANGOULVANT, *Pédagogie*  
Pr. Mathias BUCHLER, *Relations internationales*  
Pr. Hubert LARDY, *Moyens – relations avec l'Université*  
Pr. Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ, *Médecine générale*  
Pr. François MAILLOT, *Formation Médicale Continue*  
Pr. Patrick VOURC'H, *Recherche*

**SECRETAIRE GENERALE**

Mme Fanny BOBLETER

\*\*\*\*\*

**DOYENS HONORAIRES**

Pr. Emile ARON (†) – 1962-1966  
Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962  
Pr. Georges DESBUQUOIS (†)- 1966-1972  
Pr. André GOUAZÉ - 1972-1994  
Pr. Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004  
Pr. Dominique PERROTIN – 2004-2014

**PROFESSEURS EMERITES**

Pr. Catherine BARTHELEMY  
Pr. Philippe BOUGNOUX  
Pr. Etienne DANQUECHIN-DORVAL  
Pr. Loïc DE LA LANDE DE CALAN  
Pr. Noël HUTEN  
Pr. Olivier LE FLOCH  
Pr. Yvon LEBRANCU  
Pr. Elisabeth LECA  
Pr. Gérard LORETTE  
Pr. Roland QUENTIN  
Pr. Alain ROBIER

**PROFESSEURS HONORAIRES**

P. ANTHONIOZ – A. AUDURIER – A. AUTRET – P. BAGROS – G. BALLON – P. BARDOS – J.L. BAULIEU – C. BERGER – J.C. BESNARD – P. BEUTTER – C. BINET – P. BONNET – M. BROCHIER – P. BURDIN – L. CASTELLANI – B. CHARBONNIER – P. CHOUTET – J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – J. FUSCIARDI – P. GAILLARD – G. GINIES – B. GRENIER – A. GOUAZE – J.L. GUILMOT – M. JAN – J.P. LAMAGNERE – F. LAMISSE – J. LANSAC – Y. LANSON – J. LAUGIER – P. LECOMTE – G. LELORD – E. LEMARIE – G. LEROY – Y. LHUINTE – M. MARCHAND – C. MAURAGE – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAINÉ – J.P. MUH – J. MURAT – H. NIVET – L. POURCELOT – P. RAYNAUD – D. RICHARD-LENOBLE – M. ROBERT – J.C. ROLLAND – A. SAINDELLE – J.J. SANTINI – D. SAUVAGE – B. TOUMIEUX – J. WEILL

## PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

---

ALISON Daniel	Radiologie et imagerie médicale
ANDRES Christian	Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis	Cardiologie
ANGOULVANT Théodora	Pharmacologie clinique
ARBEILLE Philippe	Biophysique et médecine nucléaire
AUPART Michel	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BABUTY Dominique	Cardiologie
BALLON Nicolas	Psychiatrie ; addictologie
BARILLOT Isabelle	Cancérologie ; radiothérapie
BARON Christophe	Immunologie
BERNARD Louis	Maladies infectieuses et maladies tropicales
BODY Gilles	Gynécologie et obstétrique
BONNARD Christian	Chirurgie infantile
BONNET-BRILHAULT Frédérique	Physiologie
BRILHAULT Jean	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNEREAU Laurent	Radiologie et imagerie médicale
BRUYERE Franck	Urologie
BUCHLER Matthias	Néphrologie
CALAIS Gilles	Cancérologie, radiothérapie
CAMUS Vincent	Psychiatrie d'adultes
CHANDENIER Jacques	Parasitologie, mycologie
CHANTEPIE Alain	Pédiatrie
COLOMBAT Philippe	Hématologie, transfusion
CONSTANS Thierry	Médecine interne, gériatrie
CORCIA Philippe	Neurologie
COSNAY Pierre	Cardiologie
COTTIER Jean-Philippe	Radiologie et imagerie médicale
COUET Charles	Nutrition
DE TOFFOL Bertrand	Neurologie
DEQUIN Pierre-François	Thérapeutique
DESTRIEUX Christophe	Anatomie
DIOT Patrice	Pneumologie
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague	Anatomie & cytologie pathologiques
DUCLUZEAU Pierre-Henri	Médecine interne, nutrition
DUMONT Pascal	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
EL HAGE Wissam	Psychiatrie adultes
EHRMANN Stephan	Réanimation
FAUCHIER Laurent	Cardiologie
FAVARD Luc	Chirurgie orthopédique et traumatologique
FOUQUET Bernard	Médecine physique et de réadaptation
FRANCOIS Patrick	Neurochirurgie
FROMONT-HANKARD Gaëlle	Anatomie & cytologie pathologiques
GOGA Dominique	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
GOUDEAU Alain	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUPILLE Philippe	Rhumatologie
GRUEL Yves	Hématologie, transfusion
GUERIF Fabrice	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
GUYETANT Serge	Anatomie et cytologie pathologiques
GYAN Emmanuel	Hématologie, transfusion
HAILLOT Olivier	Urologie
HALIMI Jean-Michel	Thérapeutique
HANKARD Régis	Pédiatrie
HERAULT Olivier	Hématologie, transfusion
HERBRETEAU Denis	Radiologie et imagerie médicale
HOMMET Caroline	Médecine interne, gériatrie
LABARTHE François	Pédiatrie
LAFFON Marc	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LARDY Hubert	Chirurgie infantile
LARIBI Saïd	Médecine d'urgence
LARTIGUE Marie-Frédérique	Bactériologie-virologie
LAURE Boris	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

LECOMTE Thierry.....	Gastroentérologie, hépatologie
LESCANNE Emmanuel.....	Oto-rhino-laryngologie
LINASSIER Claude.....	Cancérologie, radiothérapie
MACHET Laurent.....	Dermato-vénéréologie
MAILLOT François.....	Médecine interne, gériatrie
MARCHAND-ADAM Sylvain.....	Pneumologie
MARRET Henri.....	Gynécologie-obstétrique
MARUANI Annabel.....	Dermatologie-vénéréologie
MEREGHETTI Laurent.....	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MORINIERE Sylvain.....	Oto-rhino-laryngologie
MOUSSATA Driffa.....	Gastro-entérologie
MULLEMAN Denis.....	Rhumatologie
ODENT Thierry.....	Chirurgie infantile
OUAISSI Mehdi.....	Chirurgie digestive
PAGES Jean-Christophe.....	Biochimie et biologie moléculaire
PAINTAUD Gilles.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PATAT Frédéric.....	Biophysique et médecine nucléaire
PERROTIN Dominique.....	Réanimation médical, médecine d'urgence
PERROTIN Franck.....	Gynécologie-obstétrique
PISELLA Pierre-Jean.....	Ophthalmologie
QUENTIN Roland.....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
REMERAND Francis.....	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe.....	Biologie cellulaire
ROSSET Philippe.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
ROYERE Dominique.....	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
RUSCH Emmanuel.....	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SAINT-MARTIN Pauline.....	Médecine légale et droit de la santé
SALAME Ephrem.....	Chirurgie digestive
SALIBA Elie.....	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
SANTIAGO-RIBEIRO Maria.....	Biophysique et médecine nucléaire
SIRINELLI Dominique.....	Radiologie et imagerie médicale
THOMAS-CASTELNAU Pierre.....	Pédiatrie
TOUTAIN Annick.....	Génétique
VAILLANT Loïc.....	Dermato-vénéréologie
VELUT Stéphane.....	Anatomie
VOURC'H Patrick.....	Biochimie et biologie moléculaire
WATIER Hervé.....	Immunologie

## **PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE**

---

LEBEAU Jean-Pierre  
LEHR-DRYLEWICZ Anne-Marie

## **PROFESSEURS ASSOCIES**

---

MALLET Donatien..... Soins palliatifs  
POTIER Alain..... Médecine Générale  
ROBERT Jean..... Médecine Générale

## **MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS**

---

BAKHOS David..... Physiologie  
BARBIER Louise..... Chirurgie digestive  
BERNARD-BRUNET Anne..... Cardiologie  
BERTRAND Philippe..... Biostatistiques, informatique médical et technologies de communication  
BLANCHARD Emmanuelle ..... Biologie cellulaire  
BLASCO Hélène..... Biochimie et biologie moléculaire  
CAILLE Agnès..... Biostatistiques, informatique médical et technologies de communication  
DESOUBEAUX Guillaume..... Parasitologie et mycologie  
DOMELIER Anne-Sophie..... Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière  
DUFOUR Diane..... Biophysique et médecine nucléaire

FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie.....	Anatomie et cytologie pathologiques
GATAULT Philippe.....	Néphrologie
GAUDY-GRAFFIN Catherine.....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUILLEUX Valérie.....	Immunologie
GUILLON Antoine.....	Réanimation
GUILLON-GRAMMATICO Leslie.....	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
HOARAU Cyrille.....	Immunologie
HOURIOUX Christophe.....	Biologie cellulaire
IVANES Fabrice.....	Physiologie
LE GUELLEC Chantal.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
MACHET Marie-Christine.....	Anatomie et cytologie pathologiques
PIVER Éric.....	Biochimie et biologie moléculaire
ROUMY Jérôme.....	Biophysique et médecine nucléaire
PLANTIER Laurent.....	Physiologie
SAMIMI Mahtab.....	Dermatologie-vénéréologie
TERNANT David.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
ZEMMOURA Ilyess.....	Neurochirurgie

### **MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES**

---

AGUILLON-HERNANDEZ Nadia.....	Neurosciences
DIBAO-DINA Clarisse.....	Médecine Générale
LEMOINE Maël.....	Philosophie
MONJAUZE Cécile.....	Sciences du langage - orthophonie
PATIENT Romuald.....	Biologie cellulaire
RENOUX-JACQUET Cécile.....	Médecine Générale

### **CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRA**

---

BOUAKAZ Ayache.....	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
CHALON Sylvie.....	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
COURTY Yves.....	Chargé de Recherche CNRS – UMR INSERM 1100
DE ROCQUIGNY Hugues.....	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 966
ESCOFFRE Jean-Michel.....	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
GILLOT Philippe.....	Chargé de Recherche INRA – UMR INRA 1282
GOUILLEUX Fabrice.....	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 7292
GOMOT Marie.....	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
HEUZE-VOURCH Nathalie.....	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
KORKMAZ Brice.....	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
LAUMONNIER Frédéric.....	Chargé de Recherche INSERM - UMR INSERM 930
LE PAPE Alain.....	Directeur de Recherche CNRS – UMR INSERM 1100
MAZURIER Frédéric.....	Directeur de Recherche INSERM – UMR CNRS 7292
MEUNIER Jean-Christophe.....	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 966
PAGET Christophe.....	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
RAOUL William.....	Chargé de Recherche INSERM – UMR CNRS 7292
SI TAHAR Mustapha.....	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
WARDAK Claire.....	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 930

### **CHARGES D'ENSEIGNEMENT**

---

#### ***Pour l'Ecole d'Orthophonie***

DELORE Claire.....	Orthophoniste
GOUIN Jean-Marie.....	Praticien Hospitalier
MONDON Karl.....	Praticien Hospitalier
PERRIER Danièle.....	Orthophoniste

#### ***Pour l'Ecole d'Orthoptie***

LALA Emmanuelle.....	Praticien Hospitalier
MAJZOUB Samuel.....	Praticien Hospitalier

#### ***Pour l'Ethique Médicale***

BIRMELE Béatrice.....	Praticien Hospitalier
-----------------------	-----------------------

# SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté,  
de mes chers condisciples  
et selon la tradition d'Hippocrate,  
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur  
et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent,  
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon  
travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux  
ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira  
les secrets qui me seront confiés et mon état ne  
servira pas  
à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres,  
je rendrai à leurs enfants  
l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime  
si je suis fidèle à mes promesses.  
Que je sois couvert d'opprobre  
et méprisé de mes confrères  
si j'y manque.

# REMERCIEMENTS

## **Madame le Professeur Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ**

*Vous me faites l'honneur de présider ce jury. Je vous remercie d'avoir accepté cette présidence et de m'avoir conseillée tout au long de mon travail de thèse. Soyez assurée de ma reconnaissance et de ma profonde gratitude.*

## **Monsieur le Professeur Louis BERNARD**

*Je vous remercie sincèrement d'avoir accepté de siéger dans le jury de ma thèse. Mon passage en tant que jeune interne dans votre service reste un très bon souvenir dans mon parcours de formation et m'a beaucoup apporté, tant sur le plan médical qu'humain. Veuillez trouver ici l'expression de ma profonde considération.*

## **Monsieur le Professeur Alain CHANTEPIE**

*Je vous remercie sincèrement d'avoir accepté de juger mon travail de thèse. Votre enseignement lors de mon passage dans votre service pendant mon externat et lors de différents séminaires de pédiatrie m'a été précieux et me suivra. Recevez l'expression de ma sincère reconnaissance.*

## **Monsieur le Professeur Philippe COLOMBAT**

*Vous avez accepté très spontanément de participer à ce jury. Je vous suis reconnaissante d'avoir accepté de donner votre point de vue sur ce travail et vous remercie pour votre disponibilité. Veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements.*

## **Madame le Docteur Sophie GALICHER**

*Je te remercie très sincèrement d'avoir accepté de participer au jury de ma thèse. Cette soutenance est donc une expérience nouvelle pour toutes les deux, chacune dans son rôle et je suis très heureuse de partager ce « rite de passage » avec toi. J'ai beaucoup appris à tes côtés lors de mon stage à Chaudon et tu restes pour moi un exemple à suivre dans ma pratique future, tant dans ta rigueur, ton humanité et tes questionnements constructifs. Reçois ici tout mon respect, ma reconnaissance et mon amitié renouvelée.*

## **Madame le Docteur Aude CHARTIER GÉLINEAU**

*Je te remercie tout d'abord de m'avoir fait l'immense plaisir d'accepter de diriger ma thèse (malgré toutes les réticences que cela aurait pu soulever) mais aussi pour ton soutien, ta disponibilité et ta sympathie tout au long de ce travail. Le chemin a été long mais tu as toujours su m'encourager, rester patiente et me faire part de tes remarques pertinentes pour mener à bien cette thèse. Ton dynamisme est contagieux, ne change rien ! Sois assurée de toute ma reconnaissance et de mes remerciements les plus sincères.*

## **À mes parents,**

*Pour toutes les valeurs simples mais essentielles que vous m'avez transmises, votre soutien sans faille dans les périodes difficiles de la vie et tous ces moments de bonheurs simples partagés de manière répétée depuis l'enfance qui ont fait de moi celle que je suis devenue, je vous remercie du fond du cœur.*

## **À mon frère,**

*Grand frère à la fois taquin et protecteur de mon enfance, nos vies d'adultes ont su nous rapprocher et je suis heureuse de partager régulièrement avec toi de riches discussions, des moments de réflexions mais aussi de fous rires libérateurs. Merci pour tous ces bons moments et pour la complicité si réjouissante que tu entretiens avec notre petit garçon.*

**À ma sœur,**

*Comment te remercier pour ta tolérance et ta patience renouvelée dans nos jeux d'enfants, pour nos longues discussions à refaire le monde depuis toujours, notre complicité au delà des mots, nos soutiens mutuels dans les instants critiques et ces beaux moments partagés avec nos jolies familles respectives.*

**À mes grands-parents,**

*J'aurais aimé que vous soyez tous présents pour partager ce moment si symbolique de la fin de ces longues études et que vous ayez connaissance de la voie que j'ai choisie. Vous restez des repères solides de mon enfance, chacun à votre manière.*

**À mes beaux-parents,**

*Merci pour votre accueil chaleureux lors de nos premières rencontres, pour tous les bons moments passés depuis en famille, pour nos discussions autour d'un café et pour tout l'amour que vous donnez jour après jour à notre petit garçon. Avec toute mon affection.*

**À mes amies**

*Merci à vous, Jessy et Christelle, pour cette amitié solide partagée depuis tant d'années et qui a su surmonter l'usure du temps, la distance, les silences, les divergences, les larmes et les moments difficiles, en nous apportant tant de bons moments de complicité, de rires, de discussions interminables, de soirées mémorables et d'instantanés ressourçant pour rebondir au mieux dans les vies que nous avons chacune choisies.*

*À Anne-Blandine, pour notre amitié construite au fil de nos années d'étude, pour nos soutiens mutuels dans nos moments de doute et pour la simplicité de nos retrouvailles, trop rares, mais qui nous donnent à chaque fois l'impression de s'être quittées la veille. Tu es une fille brillante et je te souhaite le meilleur pour la suite.*

*À Carmen, Vanessa et Bérengère, pour tous ces bons moments partagés, toujours trop courts et trop rares mais à chaque fois si agréables et d'une aide précieuse dans nos moments de doute de jeunes remplaçantes ou de vieilles thésardes! J'espère qu'ils se renouvelleront aussi souvent que possible malgré la distance.*

**À mes anciens co-externes et co-internes**

*À Anaïs, Thomas, Assya, Florence, Héjer, Florian, Vincent, Rosine, pour notre entraide, nos discussions, nos réflexions, nos déjeuners d'internat et nos fous rires inopinés lors de nos stages en commun.*

**À nos amis**

*À Christelle et Jérôme, Delphine et Stéphane, Séverine et Franck, Jennifer et Guillaume, Sophie et Thomas, Ludo, Cynthia et Joachim, pour ces soirées et ces week-end partagés avec nos petites familles bien vivantes.*

*À Magali, vous resterez toujours pour nous « Nounou », merci pour vos bons soins prodigués à notre petit garçon.*

**À mon groupe de pairs,**

*Merci de m'avoir spontanément inclus dans ce groupe de consœurs et amies pour ces soirées prolongées de réflexions enrichissantes me permettant à chaque fois d'avancer et de me remettre en question, autour de bons petits plats partagés dans une ambiance conviviale et ouverte.*

**À « JM28 » (Jeunes Médecins du 28),**

*Merci au bureau et aux membres de cette jeune association dynamique pour ces soirées de formations indépendantes, conviviales et enrichissantes.*

**À toutes les équipes hospitalières de mes lieux de stage d'externat et d'internat,**

*Merci aux médecins et aux personnels médicaux et paramédicaux qui m'ont accueillie avec bienveillance et sympathie et qui m'ont beaucoup apporté tant pour ma pratique future que sur le relationnel au sens large.*

**À mes maîtres de stages ambulatoires,**

*Je vous remercie pour votre accueil, vos enseignements, votre patience et vos bons conseils. Chacun dans votre style (parfois atypique) et selon votre pratique, m'a apporté et m'a permis d'éclairer mes premiers pas et mes attentes dans l'exercice de la médecine générale. Un grand merci à Patrice et Chantal pour votre accueil chaleureux et cette amitié qui perdure.*

**À mes premiers médecins remplacés,**

*Merci à Patrice, Jessica, Dany et Marie-Christine pour m'avoir fait confiance et m'avoir offert l'opportunité de toucher enfin du doigt les réalités de la pratique de la médecine générale en toute autonomie.*

**À toute l'équipe de la maison médicale de Civry,**

*Un grand merci pour votre accueil si agréable qui m'a tout de suite mise en confiance. Merci à toi Elodie pour ta confiance et surtout pour la qualité de ton travail et de ton organisation qui me permettent d'apprécier pleinement et sans appréhension mes journées de remplacement en faisant de la « vraie » médecine. Merci également à Janick et Sophie pour votre efficacité, votre patience et nos discussions sympathiques qui agrémentent nos journées communes de travail.*

**À tous les patients interrogés lors de cette étude,**

*Pour votre disponibilité, votre spontanéité et la convivialité de votre accueil à votre domicile. Sans vous, ce travail n'aurait pas pu être mené à son terme.*

**A tous les patients rencontrés lors de ma formation ou de mes premiers pas de médecin généraliste,**

*Pour toutes ces rencontres simples ou insolites, tous ces échanges, ces regards, ces parcours chaotiques et ces confidences, ces symptômes ou demandes sortants de mes apprentissages. Ce que vous m'apportez lors de consultations ou visites me rendent à la fois plus humble et plus forte pour la suite de mon parcours professionnel.*

**A mon conjoint,**

*Pour ce long chemin déjà parcouru à tes côtés, pour ta spontanéité, ta bonne humeur, ton inventivité, pour tous nos beaux projets accomplis ou à venir, pour nos complémentarités si enrichissantes, pour l'arrivée de notre petit garçon qui pimente encore plus nos vies et pour la venue prochaine de son petit frère dont nous nous réjouissons d'avance, pour tout cela, je te remercie de tout cœur. Tu vois, malgré tout ce temps (trop long!) passé penchée sur ma thèse, voilà une nouvelle étape de franchise ensemble et dont nous rirons bientôt de bon cœur, libérés de cette échéance arrivée plus vite qu'on aurait pu l'imaginer. Avec tout mon amour.*

# SOMMAIRE

<b>INTRODUCTION</b> .....	p 17
<b>MATERIEL ET METHODE</b> .....	p 19
<b>RESULTATS</b> .....	p 21
<b>CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION ET DES ENTRETIENS</b> .....	p 22
<b>ANALYSE ET INTERPRETATION DES ENTRETIENS</b> .....	p 23
<b>I. UNE CONSULTATION DE SUIVI RITUALISEE</b> .....	p 23
<b>1.1. Le "renouvellement de traitement" comme objectif principal</b> .....	p 23
<b>1.2. Avant la consultation : un temps préparatoire</b> .....	p 23
1.2.1. L'absence d'appréhension de la consultation.....	p 23
1.2.2. Une lassitude éventuelle.....	p 23
1.2.3. Une fréquence adaptée des consultations.....	p 24
1.2.4. La prise de rendez-vous ou non.....	p 24
1.2.4.1. majoritairement des consultations sans rendez-vous.....	p 24
1.2.4.2. une prise en charge jugée différente selon les modalités de consultation.....	p 24
1.2.4.3. des difficultés d'organisation.....	p 24
1.2.4.4. le secrétariat médical.....	p 25
1.2.5. La salle d'attente.....	p 25
1.2.5.1. une attente prolongée.....	p 25
1.2.5.2. s'occuper en attendant.....	p 25
<b>1.3. Une consultation stéréotypée</b> .....	p 26
1.3.1. L'entrée dans le cabinet médical.....	p 26
1.3.1.1. un accueil agréable.....	p 26
1.3.1.2. la Carte Vitale.....	p 26
1.3.2. L'entretien.....	p 26
1.3.2.1. l'interrogatoire du patient par le médecin généraliste.....	p 26
1.3.2.2. un moment de discussion.....	p 26
1.3.3. L'examen clinique.....	p 27
1.3.3.1. un moment important de la consultation.....	p 27
1.3.3.2. un examen plus ou moins approfondi.....	p 27
1.3.3.3. la mesure de la tension artérielle comme élément-clé de l'examen.....	p 27
1.3.3.4. d'autres éléments à surveiller.....	p 28
1.3.3.5. l'attente d'informations.....	p 28
1.3.4. Les prescriptions et l'ordonnance.....	p 28
1.3.4.1. l'ordonnance comme finalité de la consultation.....	p 28
1.3.4.2. reconduire le traitement médicamenteux chronique.....	p 28
1.3.4.3. la rédaction de l'ordonnance.....	p 28
1.3.4.4. les informations sur l'ordonnance.....	p 29
1.3.4.5. des prescriptions supplémentaires éventuelles.....	p 29
1.3.5. Le dossier médical.....	p 29
1.3.5.1. un dossier médical informatisé bien accepté.....	p 29
1.3.5.2. l'absence d'informatisation mal acceptée.....	p 29
1.3.6. La fin de la consultation.....	p 30
1.3.7. Après la consultation.....	p 30
1.3.7.1. le retour à domicile.....	p 30
1.3.7.2. le rôle du médecin au delà de la consultation et de son cabinet.....	p 30
<b>II. LA RELATION MEDECIN-MALADE</b> .....	p 31
<b>2.1. Un dialogue ouvert</b> .....	p 31
2.1.1. Une liberté de parole nécessaire.....	p 31
2.1.1.1. l'absence de sujet tabou ressentie.....	p 31
2.1.1.2. un médecin confident.....	p 31
2.1.2. Mais la nécessité d'un médecin comme guide de la discussion.....	p 31

2.1.2.1. la nécessité d'initier le dialogue par le médecin.....	p 31
2.1.2.2. la nécessité d'inciter le patient à s'exprimer.....	p 31
2.1.2.3. la nécessité de faire préciser les plaintes du patient.....	p 32
2.1.3. L'attente d'un discours transparent.....	p 32
2.1.3.1. l'importance de dire la vérité au patient.....	p 32
2.1.3.2. l'attente d'un médecin sincère.....	p 32
2.1.3.3. l'attente d'un médecin ouvert aux questions du patient.....	p 33
<b>2.2. L'importance de l'écoute.....</b>	<b>p 33</b>
2.2.1. La nécessité de se sentir écouté.....	p 33
2.2.2. L'attente d'un médecin disponible.....	p 33
2.2.3. La nécessité d'une écoute de qualité.....	p 34
2.2.3.1. une écoute attentive.....	p 34
2.2.3.2. une écoute ciblée.....	p 34
2.2.3.3. une écoute active.....	p 34
2.2.4. L'attente d'une prise en charge médicale centrée sur le patient.....	p 34
2.2.4.1. la considération du patient par le médecin.....	p 34
2.2.4.2. le soutien et l'empathie du médecin pour son patient.....	p 35
<b>2.3. La nécessité d'une adaptation du médecin au patient.....</b>	<b>p 35</b>
2.3.1. Connaître son patient.....	p 35
2.3.1.1. savoir ne pas généraliser.....	p 35
2.3.1.2. connaître les particularités de son patient.....	p 35
2.3.1.3. savoir mettre le patient à l'aise.....	p 35
2.3.2. Adapter le discours médical au patient.....	p 36
2.3.2.1. savoir adapter le langage médical.....	p 36
2.3.2.2. savoir adapter le contenu du discours médical.....	p 36
2.3.2.3. savoir adapter le rythme de la consultation.....	p 36
2.3.2.4. savoir rassurer et apaiser le patient.....	p 37
2.3.2.5. savoir encadrer le patient.....	p 37
2.3.3. Adapter la prise en charge médicale au patient.....	p 37
2.3.3.1. adapter le traitement au patient.....	p 37
2.3.3.2. savoir négocier avec son patient.....	p 37
2.3.3.3. savoir se montrer conciliant.....	p 38
<b>2.4. La confiance du patient en son médecin.....</b>	<b>p 38</b>
2.4.1. Une confiance nécessaire.....	p 38
2.4.1.1. une confiance recherchée par le patient.....	p 38
2.4.1.2. une confiance primordiale.....	p 38
2.4.2. Une confiance absolue.....	p 39
2.4.2.1. une confiance totale du patient pour son médecin.....	p 39
2.4.2.2. le médecin généraliste comme interlocuteur exclusif.....	p 39
2.4.3. Une confiance à entretenir.....	p 39
2.4.3.1. la nécessité de montrer son assurance.....	p 39
2.4.3.2. la nécessité de ne pas altérer cette confiance.....	p 39
<b>2.5. La qualité de la relation et son impact.....</b>	<b>p 39</b>
2.5.1. Les aspects positifs potentiels de la relation médecin-malade.....	p 40
2.5.1.1. la convivialité lors de la consultation.....	p 40
2.5.1.2. la sérénité lors de la consultation.....	p 40
2.5.1.3. le respect du patient pour son médecin.....	p 40
2.5.1.4. l'indulgence du patient pour son médecin.....	p 40
2.5.2. Les aspects négatifs potentiels de la relation médecin-malade.....	p 40
2.5.2.1. la distance du patient avec son médecin.....	p 40
2.5.2.2. l'appréhension du patient face à son médecin.....	p 40
2.5.2.3. la peur du patient face à son médecin.....	p 41
<b>2.6. La représentation du médecin généraliste pour le patient.....</b>	<b>p 41</b>
2.6.1. Des compétences médicales attendues.....	p 41
2.6.1.1. des compétences reconnues.....	p 41
2.6.1.2. des compétences toutefois limitées.....	p 41
2.6.2. Mais aussi des compétences relationnelles.....	p 41
2.6.2.1. des compétences humaines.....	p 41
2.6.2.2. un médecin de famille.....	p 42
2.6.2.3. des attitudes non verbales.....	p 42
2.6.3. Un simple prestataire de services?.....	p 42
2.6.3.1. la délivrance de formalités administratives.....	p 42
2.6.3.2. l'aspect financier.....	p 42

<b>III. UN SUIVI QUI S'INSCRIT DANS LA DUREE.....</b>	<b>p 43</b>
<b>3.1. Faire le bilan par rapport à la dernière consultation.....</b>	<b>p 43</b>
3.1.1. Faire le point sur le traitement avant tout.....	p 43
3.1.2. Faire le bilan des symptômes physiques éventuels.....	p 43
3.1.3. Faire le point avec le patient.....	p 43
<b>3.2. Un suivi régulier et temporisation éventuelle.....</b>	<b>p 44</b>
3.2.1. Un suivi régulier.....	p 44
3.2.1.1. un gage de qualité.....	p 44
3.2.1.2. des informations progressives et répétées.....	p 44
3.2.2. Des décisions médicales non définitives.....	p 44
3.2.3. La temporisation éventuelle d'une prise en charge.....	p 44
3.2.3.1. la possibilité de différer une discussion.....	p 44
3.2.3.2. temporiser une prise en charge médicale.....	p 44
<b>3.3. Un suivi à long terme.....</b>	<b>p 45</b>
3.3.1. Une relation médecin-malade qui se construit dans le temps.....	p 45
3.3.1.1. un suivi facilité par une relation ancienne.....	p 45
3.3.1.2. les consultations de suivi avec les médecins remplaçants.....	p 45
3.3.2. La nécessité de lutter contre la routine.....	p 45
3.3.2.1. ne pas limiter la consultation à un simple renouvellement d'ordonnance.....	p 45
3.3.2.2. savoir s'interroger et se remettre en question.....	p 46
3.3.2.3. savoir lutter contre un suivi trop routinier.....	p 46
<b>3.4. La nécessité d'une bonne gestion du temps.....</b>	<b>p 46</b>
3.4.1. Le problème de l'attente prolongée en salle d'attente.....	p 47
3.4.1.1. un problème d'organisation.....	p 47
3.4.1.2. un problème de mauvaise tolérance.....	p 47
3.4.1.3. des répercussions sur la consultation.....	p 47
3.4.1.4. des solutions pour y remédier ?.....	p 48
3.4.2. Le problème du manque de médecins.....	p 48
3.4.2.1. un choix restreint de médecins.....	p 48
3.4.2.2. la pression du temps qui risque d'altérer la qualité de la consultation.....	p 48
3.4.2.3. savoir faire face à une charge de travail importante.....	p 48
<b>IV. PRISE EN CHARGE DE LA MALADIE CHRONIQUE.....</b>	<b>p 49</b>
<b>4.1. La maladie chronique.....</b>	<b>p 49</b>
4.1.1. La nécessité d'informer sur la maladie.....	p 49
4.1.1.1. savoir expliquer.....	p 49
4.1.1.2. savoir prévenir.....	p 49
4.1.1.3. savoir éclairer le patient.....	p 50
4.1.2. La prise en compte des connaissances du patient.....	p 50
4.1.3. La prise en compte du vécu du patient.....	p 51
4.1.3.1. prendre en compte la situation et l'environnement du patient.....	p 51
4.1.3.2. prendre en compte les symptômes du patient.....	p 51
4.1.3.3. prendre en compte le ressenti et le vécu du patient.....	p 51
<b>4.2. Le traitement.....</b>	<b>p 51</b>
4.2.1. La nécessité d'expliquer l'ordonnance.....	p 51
4.2.1.1. l'introduction d'un traitement chronique.....	p 52
4.2.1.2. la nature du traitement.....	p 52
4.2.1.3. les bénéfices attendus.....	p 52
4.2.1.4. les effets secondaires.....	p 53
4.2.1.5. la polymédication.....	p 53
4.2.1.6. la galénique.....	p 54
4.2.1.7. les modalités de prise.....	p 54
4.2.1.8. les explications orales en complément des explications écrites.....	p 54
4.2.2. Discuter des modifications du traitement médicamenteux.....	p 54
4.2.2.1. l'attente d'informations.....	p 54
4.2.2.2. la substitution d'un médicament chronique.....	p 55
4.2.2.3. l'ajout d'un médicament chronique.....	p 55
4.2.2.4. la déprescription.....	p 56
4.2.3. La nécessité de réévaluer régulièrement le traitement chronique.....	p 56
4.2.4. Les autres thérapeutiques non médicamenteuses sur l'ordonnance.....	p 57
4.2.5. Discuter de l'automédication.....	p 57

4.3. <u>Les examens complémentaires et consultations spécialisées</u> .....	p 57
4.3.1. Les informations sur les explorations.....	p 57
4.3.1.1. des informations attendues.....	p 57
4.3.1.2. l'absence de demande d'informations.....	p 58
4.3.2. L'acceptation des examens complémentaires.....	p 58
4.3.2.1. l'attente de prescription d'examens complémentaires.....	p 58
4.3.2.2. la nécessité d'une certaine pression du médecin.....	p 59
4.3.2.3. le problème des pathologies asymptomatiques.....	p 59
4.3.2.4. le problème des examens multiples.....	p 59
4.3.2.5. le problème de l'accessibilité aux soins.....	p 60
4.3.3. La nécessité d'informer sur les résultats des examens complémentaires.....	p 60
4.3.4. La prise en compte de l'intervention d'autres médecins ou professionnels de santé.....	p 60
4.3.4.1. savoir interroger sur une prise en charge médicale parallèle.....	p 60
4.3.4.2. savoir orienter le patient vers d'autres intervenants.....	p 60
4.3.4.3. savoir centraliser les informations.....	p 61
4.3.4.4. savoir coopérer avec les autres professionnels de santé.....	p 61
4.3.4.5. le problème des consultations non orientées par le médecin traitant.....	p 62
4.4. <u>L'éducation thérapeutique</u> .....	p 62
4.4.1. L'importance des explications régulières.....	p 62
4.4.1.1. l'attente d'informations spontanées.....	p 62
4.4.1.2. l'attente d'informations progressives.....	p 62
4.4.1.3. l'attente d'informations répétées.....	p 63
4.4.1.4. la nécessité de trier les informations.....	p 63
4.4.2. La nécessité d'analyser les modes de vie et l'environnement du patient.....	p 63
4.4.2.1. l'alimentation.....	p 63
4.4.2.2. l'environnement social.....	p 64
4.4.2.3. les loisirs et les addictions.....	p 64
4.4.3. L'acceptation des règles hygiéno-diététiques.....	p 64
4.4.3.1. le nature des règles hygiéno-diététiques.....	p 64
4.4.3.2. des règles hygiéno-diététiques souvent bien acceptées.....	p 65
4.4.3.3. la nécessité d'informations concrètes et réalisables.....	p 65
4.4.3.4. la nécessité d'une certaine pression du médecin.....	p 66
4.4.4. Discuter de l'observance.....	p 66
4.4.5. Impliquer le patient.....	p 67
V. <u>ABORDER DES PROBLEMES INTERCURRENTS</u> .....	p 67
5.1. <u>Problèmes aigus et autres problèmes de santé</u> .....	p 67
5.1.1. Les maladies intercurrentes.....	p 67
5.1.2. Les demandes de traitements médicamenteux.....	p 67
5.2. <u>Autres problématiques</u> .....	p 68
5.2.1. la nécessité de rechercher d'autres plaintes.....	p 68
5.2.2. diverses problématiques abordées.....	p 68
DISCUSSION.....	p 69
I. <u>A PROPOS DE LA METHODE</u> .....	p 69
1.1. <u>Forces de ce travail</u> .....	p 69
1.1.1. Choix de la méthode.....	p 69
1.1.1.1. une étude qualitative.....	p 69
1.1.1.2. des entretiens semi-dirigés.....	p 69
1.1.1.3. la retranscription.....	p 69
1.1.1.4. l'analyse.....	p 69
1.1.2. Choix de la thématique.....	p 69
1.1.2.1. un sujet original.....	p 69
1.1.2.2. des modes de recrutement variés.....	p 70
1.2. <u>Limites et biais de ce travail</u> .....	p 70
1.2.1. L'étude qualitative.....	p 70
1.2.1.1. l'absence de représentativité.....	p 70
1.2.1.2. la trame d'entretien.....	p 70
1.2.2. La réalisation des entretiens.....	p 70
1.2.2.1. l'enregistrement des entretiens.....	p 70
1.2.2.2. l'investigatrice.....	p 71

<b>II. SYNTHÈSE DES PRINCIPAUX RESULTATS ET HYPOTHESES</b> .....	p 71
<b>2.1. La consultation de suivi: une consultation ritualisée et importante</b> .....	p 71
2.1.1. L'importance de l'examen clinique.....	p 71
2.1.1.1. l'examen du corps.....	p 71
2.1.1.2. la mesure de la tension artérielle.....	p 72
2.1.2. L'attente de prescriptions.....	p 73
2.1.2.1. l'ordonnance comme finalité de la consultation de suivi.....	p 73
2.1.2.2. l'attente de prescriptions raisonnées.....	p 74
2.1.2.3. l'attente de prescriptions plus larges.....	p 75
2.1.3. Des patients concernés par leur suivi.....	p 75
2.1.3.1. la consultation de suivi : une consultation importante et nécessaire.....	p 75
2.1.3.2. le dossier médical informatisé: un outil au service d'un suivi de qualité.....	p 76
2.1.3.3. un temps pour faire un point global.....	p 77
<b>2.2. Le médecin généraliste: le pilier de la prise en charge médicale</b> .....	p 78
2.2.1. Un coordinateur des soins.....	p 78
2.2.1.1. qui centralise les informations médicales.....	p 78
2.2.1.2. qui coordonne les soins.....	p 78
2.2.1.3. qui coopère avec les autres professionnels de santé.....	p 78
2.2.2. Un partenaire de santé.....	p 79
2.2.2.1. qui partage la décision médicale.....	p 79
2.2.2.2. qui guide et conseille ses patients.....	p 79
2.2.2.3. qui favorise l'éducation thérapeutique.....	p 79
2.2.3. Un médecin de terrain et de famille.....	p 80
2.2.3.1. un médecin de terrain.....	p 80
2.2.3.2. un médecin de famille.....	p 80
2.2.4. Une continuité de suivi.....	p 80
2.2.4.1. une continuité relationnelle.....	p 80
2.2.4.2. un continuité informationnelle.....	p 81
<b>2.3. L'aspect relationnel au premier plan</b> .....	p 81
2.3.1. L'écoute.....	p 81
2.3.1.1. une écoute de qualité.....	p 81
2.3.1.2. un rôle de confident.....	p 82
2.3.2. La confiance.....	p 82
2.3.2.1. avoir des compétences médicales et relationnelles.....	p 82
2.3.2.2. se montrer sincère et dire la vérité.....	p 83
2.3.3. L'aspect financier.....	p 84
<b>2.4. Les problèmes organisationnels : une spécificité rurale ?</b> .....	p 85
2.4.1. La gestion du temps.....	p 85
2.4.1.1. l'attente prolongée en salle d'attente.....	p 85
2.4.1.2. disponibilité du médecin et durée de la consultation.....	p 85
2.4.1.3. pénurie de médecin et surcharge de travail.....	p 86
2.4.2. Le difficultés d'accessibilité aux soins.....	p 86
2.4.2.1. un cabinet médical de proximité.....	p 86
2.4.2.2. des soins spécialisés difficiles d'accès.....	p 86
<b>III. PROPOSITIONS POUR LA PRATIQUE</b> .....	p 88
<b>3.1. Améliorer la disponibilité et limiter le temps d'attente</b> .....	p 88
3.1.1. Proposer des plages de consultations sur rendez-vous.....	p 88
3.1.2. Limiter le nombre de demandes à gérer par consultation.....	p 88
3.1.3. Savoir se faire remplacer.....	p 88

<b>3.2. Apporter des information adaptées et les centraliser</b> .....	p 89
<b>3.2.1. Coordonner et centraliser les informations</b> .....	p 89
<b>3.2.2. Favoriser la décision médicale partagée</b> .....	p 90
<b>3.2.3. Utiliser des supports d'informations adaptés et indépendants</b> .....	p 90
<b>3.2.4. Favoriser l'éducation thérapeutique</b> .....	p 90
<b>3.3. Améliorer les problèmes organisationnels</b> .....	p 91
<b>3.3.1. Savoir utiliser le potentiel des nouvelles technologies</b> .....	p 91
<b>3.3.2. Créer un réseau de santé local</b> .....	p 91
<b>3.4. Réévaluer le cadre de la consultation</b> .....	p 92
<b>3.4.1 Éviter le terme « renouvellement d'ordonnance »</b> .....	p 92
<b>3.4.2. Revaloriser la consultation de suivi</b> .....	p 92

<b>CONCLUSION</b> .....	p 94
-------------------------	------

<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....	p 96
----------------------------	------

<b>ANNEXES</b> .....	p 100
Annexe 1 : Guide d'entretien.....	p 101
Annexe 2 : Notice d'informations.....	p 102
Annexe 3 : Formulaire de consentement.....	p 103
Annexe 4 : Recueil des caractéristiques du patient.....	p 104
Annexe 5 : Avis favorable du CCTIRS.....	p 105

**TABLE DES ILLUSTRATIONS :**

Tableau 1 : <i>Caractéristiques des patients et des entretiens</i> .....	p 22
Schéma 1 : <i>Consultation de suivi chronique chez le médecin généraliste en zone rurale médicalement déficitaires : attentes des patients et interactions</i> .....	p 93

# INTRODUCTION

Le suivi de pathologie chronique est l'un des premiers motifs de consultation en médecine générale (1). En moyenne, un médecin généraliste prend en charge 107 patients reconnus en ALD (2). Selon l'OMS, les maladies chroniques sont des affections de longue durée qui en règle générale évoluent lentement et nécessitent une prise en charge plus ou moins complexe sur une période prolongée (3) (4). Plus globalement, les maladies chroniques se caractérisent par un état pathologique (physique, psychologique ou cognitif) durable et évolutif, persistant depuis au moins trois mois, retentissant sur la vie quotidienne (limitation fonctionnelle des activités, nécessité de suivre un traitement médicamenteux ou non, nécessité de soins médicaux ou paramédicaux, nécessité d'une surveillance et/ou d'une assistance) et pouvant s'accompagner de comorbidités (3) (4).

En France, près de 15 millions de personnes seraient atteintes de maladies chroniques évolutives. Environ 9,5 millions d'assurés au régime général bénéficient d'un protocole de soins pour affection de longue durée (ALD) (5). Et on estime à 28 millions le nombre de personnes qui suivent un traitement régulier (reconduit au moins six fois par an) pour une même pathologie ou indication médicale (3).

Selon le rapport de l'Institut de Recherche et de Documentation en Santé (IRDES) de juin 2007, les maladies chroniques déclarées les plus fréquentes sont les troubles de la réfraction, les maladies bucco-dentaires puis les maladies ostéo-articulaires, endocriniennes, métaboliques et cardio-vasculaires (6). Par ailleurs, les pathologies reconnues comme « affections de longue durée » ayant les plus fortes prévalences sont les diabètes, les tumeurs malignes, les maladies psychiatriques de longue durée, l'hypertension artérielle sévère, les maladies cardiovasculaires (coronaropathies, cardiopathies, artériopathies), les insuffisances respiratoires chroniques, les accidents vasculaires cérébraux invalidants et les démences (5).

Pour le médecin généraliste, la consultation de suivi de pathologie chronique est plus longue et plus complexe que les autres consultations, avec la nécessité d'une prise en charge globale du patient (1) (7) (8) (9). L'impact des maladies chroniques et d'un traitement de fond sur la vie quotidienne des patients est important, notamment en cas de polymédication (augmentation du risque de iatrogénie, problème d'observance, augmentation du coût de la prise en charge) (3) (10) (11) (12).

Dans ma pratique, j'ai parfois des difficultés à cerner les attentes des patients lors de consultation de suivi de leur maladie chronique et de leur traitement de fond. Quand ils entrent dans le cabinet en disant « c'est pour mon renouvellement... », qu'attendent-ils de moi ? Un simple copier-coller de leur ancienne ordonnance ? Ou une réévaluation globale systématique et exhaustive ? (7) (13)

Ayant pour projet de m'installer en zone rurale médicalement déficitaire dans le département d'Eure-et-Loir, il me semblait utile de m'intéresser spécifiquement aux patients rencontrés dans ces zones géographiques rurales aux offres de soins limitées afin de mieux répondre à leur attentes dans ma pratique future (14). Il n'y a actuellement pas de réel consensus sur la définition des zones rurales, notamment depuis la nouvelle typologie de l'INSEE en 2011 en « zones d'aires urbaines ». Dans cette étude, le choix de la traditionnelle définition statistique a été retenue : le seuil maximal de 2000 habitants par commune qui répond le plus souvent également à des critères géographiques qualitatifs comme la faible densité d'emplois, de

services, d'équipements et d'interconnexions (15). En revanche, les zones médicalement déficitaires ont une définition légale (article L162-47 du code de sécurité sociale, article L1434-7 du code de santé publique, arrêté N°2012-OSMS-0072 du 22/05/2012 de l'ARS) : bassin de vie (territoire défini par l'INSEE) comprenant au moins 1500 habitants avec une densité médicale inférieure à 30% de la moyenne nationale ( $< 0,7$  médecin généraliste pour 1000 habitants) et une activité médicale des médecins de la zone supérieure de 30 à 50 % par rapport à la moyenne nationale. L'ARS détermine pour chaque région la carte des territoires déficitaires. Le bassin de vie de Janville en Eure-et-Loir est une zone rurale médicalement déficiente selon l'arrêté N° 2014-DG-0028 de l'ARS Centre (16). Par ailleurs, la répartition des affections de longue durée en Eure-et-Loir est similaire à celle retrouvée au niveau national début 2013, avec des taux de prévalences globalement plus importants (5).

L'objectif principal de ce travail de thèse vise à recueillir et analyser les attentes des patients lors d'une consultation de suivi de leur(s) maladie(s) chronique(s) et de leur traitement de fond chez leur médecin généraliste en zone rurale médicalement déficiente, afin de pouvoir y répondre dans ma pratique future.

Secondairement, cette étude cherche à repérer les déterminants sociologiques, psychologiques et comportementaux qui peuvent influencer les patients vers l'acceptation ou le refus d'un examen clinique spécifique, d'une éventuelle modification de traitement, d'une prescription d'examens complémentaires, d'une prise en charge spécialisée médicale ou paramédicale, ou d'une modification de leurs habitudes de vie. Ce travail a également pour objectif secondaire de recueillir les propositions des patients pour améliorer la consultation de suivi de leur maladie chronique et de trouver d'éventuels messages à transmettre aux médecins et aux patients afin que le contenu de ce type de consultation soit le plus adapté et le plus satisfaisant possible pour chacun.

# MATERIEL ET METHODE

Cette étude est une enquête qualitative réalisée par entretiens individuels semi-dirigés de patients suivis pour une ou plusieurs maladies chroniques par leur médecin généraliste et acceptant de participer à l'étude.

Une recherche bibliographique préalable est réalisée en utilisant différentes ressources et moteurs de recherche (dont PubMed, BDSP, BIU Santé, sudoc, CNGE) afin de connaître les données de la littérature scientifique.

Un échantillonnage raisonné est effectué incluant des patients présentant différents critères pouvant affecter la variabilité des réponses et des comportements: âge, sexe, nature et nombre de maladies chroniques, nombre de médicaments pris au quotidien. La taille de l'échantillon n'a pas été définie à l'avance, l'objectif de cohorte étant atteint à saturation des données (absence de nouvelle réponse ou nouvel élément lors d'entretiens).

Pour être inclus, les patients doivent avoir au moins dix-huit ans, consulter régulièrement leur médecin généraliste pour le suivi d'au moins une maladie chronique depuis au moins un an, vivre en zone rurale médicalement déficitaire d'Eure-et-Loir, accepter de participer à l'étude et être apte à donner leur consentement. Les critères d'exclusion se limitent aux patients présentant des troubles cognitifs ou du langage empêchant la bonne réalisation de l'entretien, aux patients ne parlant pas couramment le français ainsi qu'aux patients refusant de participer à un entretien enregistré.

Les patients sont sélectionnés par modes de recrutement variés par contact direct oral ou téléphonique, en dehors de tout cabinet médical (associations, réseaux de santé, bouche-à-oreille, cercle de connaissances) en zone rurale médicalement déficitaire dans le secteur de Janville (28310) en Eure-et-Loir. Un guide d'entretien est élaboré à partir de données bibliographiques et de nos hypothèses émises avant de réaliser cette étude (Annexe 1). Cette trame comprend une présentation du déroulement attendu de l'entretien, un recueil des caractéristiques du patient puis quatre questions principales dont une question "brise-glace" permettant d'initier l'entretien, suivies d'éventuelles questions de relance selon les besoins pendant l'entretien.

Un avis favorable du CCTIRS (Comité consultatif sur le traitement de l'information en matière de recherche dans le domaine de la santé) est obtenu définitivement le 10 juin 2015 (Annexe 4).

Deux entretiens pilotes sont réalisés pour évaluer la faisabilité de l'étude, tester la trame d'entretien et la modifier en fonction de la compréhension, des réponses et de la réactivité des patients pour mieux l'adapter aux objectifs qualitatifs de l'étude. Ces entretiens ne sont pas inclus dans l'analyse.

Après cette phase-test, je réalise tous les entretiens semi-dirigés au domicile des patients sélectionnés entre avril 2015 et février 2016. Ces entretiens sont enregistrés sur dictaphone numérique après consentement écrit des patients interrogés. Chaque entretien est rapidement retranscrit dans son intégralité avec le logiciel informatique Microsoft Word. Certains aspects non verbaux sont également précisés. Une anonymisation de l'entretien est réalisée lors de la retranscription. Chaque patient inclus reçoit la retranscription de l'entretien le concernant afin d'obtenir sa validation et son autorisation pour l'exploitation de ces données.

Chaque entretien retranscrit est lu à plusieurs reprises puis un codage ouvert des verbatims est effectué de manière indépendante entre ma directrice de thèse et moi-même.

Les résultats de cette analyse sont ensuite confrontés et permettent la réalisation progressive d'une grille d'analyse thématique globale pour l'ensemble des entretiens. Cette grille s'enrichit au fil des analyses successives, avec des thèmes et des sous-thèmes attendus (trame d'entretien) et d'autres non attendus. Les données sont traitées manuellement, sans l'aide de logiciel d'analyse, par «copié-collé» des verbatims. A partir de cette analyse des données brutes, un plan de rédaction est construit et les citations qui semblent les plus représentatives sont sélectionnées pour l'illustrer. Enfin, je cherche à organiser, articuler et sélectionner les différents thèmes tirés des analyses afin de réaliser une synthèse conceptuelle de ce travail.

## **RESULTATS**

# CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION ET DES ENTRETIENS

Douze entretiens individuels semi-dirigés sont réalisés du 25 avril 2015 au 11 février 2016 au domicile des patients interrogés.

Leur durée est de 17 à 37 minutes, avec une durée moyenne de 24 minutes.

La saturation des données est atteinte à l'issue du dixième entretien. Deux entretiens supplémentaires sont menés, confirmant la saturation.

La population étudiée comprend 7 femmes et 5 hommes.

Les patients interrogés sont âgés de 37 à 89 ans, avec une moyenne d'âge de 61 ans.

Ils sont suivis pour 1 à 5 maladies chroniques par leur médecin généraliste, avec une moyenne de 3 maladies chroniques par patient. Les principales pathologies chroniques sont des pathologies cardio-vasculaires (10 cas), métaboliques (6 cas), endocriniennes (3 cas), ostéo-articulaires (4 cas), psychiatrique (2 cas), neurologique (2 cas), infectieuses (2 cas) et tumorale (1 cas).

Les patients prennent quotidiennement 1 à 10 traitements médicamenteux, avec une moyenne de 5 médicaments par patient.

Tableau 1 : Caractéristiques des patients et des entretiens.

N°	Sexe	Age	Pathologies chroniques		Médicaments quotidiens		Durée entretien
			Nbr	Nature	Nbr	Nature	
P1	F	44	1	Hypothyroïdie	1	LEVOTHYROX	21'22
P2	F	55	3	HTA, sd dépressif, insomnie	3	CARDENSIEL, LAROXYL, XANAX	28'55
P3	F	46	1	Dyslipidémie	1	CRESTOR	27'19
P4	F	78	4	HTA, dyslipidémie, artériopathie, goutte, polyarthrite rhumatoïde	7	COVERSYL, CRESTOR, PLAVIX, INEXIUM, ALLOPURINOL, DOLIPRANE, IBUPROFENE	19'25
P5	M	69	5	HTA, dyslipidémie, thrombose hépatique, Birdshot, goutte	8	PREVISCAN, INEXIUM, SOLUPRED, ATACAND, CRESTOR, ALLOPURINOL, CALCIOSE, KALEORID	24'39
P6	M	64	2	Diabète type 2, coronaropathie stentée	10	DIAMICRON, METFORMINE, JANUVIA, RAMIPRIL, SECTRAL, BRILIQUE, KARDEGIC, PANTOPRAZOLE, TRIMEBUTINE	37'46
P7	F	62	3	AIT, HTA, dyslipidémie	4	KARDEGIC, TAREG, LIPANTHYL, OMEPRAZOLE	19'23
P8	M	37	2	VIH, hépatite C chronique	2	TRUVADA, KALETRA	23'17
P9	F	89	3	HTA, maladie de Ménière, kyste poplité chronicisé	7	CELECTOL, PARACETAMOL, PIASCLEDINE, CELEBREX, OGAST, VASTAREL, ZYMAD	24'30
P10	M	74	5	HTA, angor, dyslipidémie, hyperuricémie, antécédent UG	7	ENALAPRIL+HCZ, AMLODIPINE, KARDEGIC, ATORVASTATINE, ALLOPURINOL, OMEPRAZOLE	25'22
P11	F	59	2	Artériopathie carotidienne stentée, cancer du sein	4	KARDEGIC, CLOPIDROGEL, NAFTIDROFURYL, ATORVASTATINE	22'40
P12	M	56	2	Sclérose en plaque, diabète de type 2	3	METFORMINE, BETAFERON, FORLAX, CODOLIPRANE	17'03

# ANALYSE ET INTERPRETATION DES ENTRETIENS

Cette partie correspond à l'analyse des entretiens. Les patients de l'étude y expriment leurs attentes vis-à-vis des consultations de suivi de maladie chronique chez leur médecin généraliste en zone rurale médicalement déficitaire.

## I. UNE CONSULTATION DE SUIVI RITUALISEE

Pour la majorité des patients interrogés, la consultation de suivi de maladie chronique chez leur médecin généraliste est une consultation ritualisée, avec un déroulement attendu.

P1: *« Comment ça se passe ? Toujours à peu près pareil. »*

### 1.1. Le "renouvellement de traitement" comme objectif principal

Les patients précisent que le premier motif de consultation chez leur médecin généraliste est le « renouvellement » de leur traitement chronique. Il apparaît comme l'objectif principal de ces consultations itératives.

P5: *« Pour renouveler mon traitement, le plus souvent. »*

Le terme de « suivi » est utilisé spontanément par un seul patient.

P8 : *« Le plus souvent, euh... c'est surtout pour le suivi. »*

### 1.2. Avant la consultation : un temps préparatoire

#### 1.2.1. L'absence d'appréhension de la consultation

Les patients ne semblent pas appréhender les consultations de suivi. Ils les jugent globalement satisfaisantes et s'y préparent sereinement.

P6: *« la façon dont ça se passe, c'est... c'est très satisfaisant ! »*

Parfois, la nécessité de se rendre chez le médecin généraliste est vécue comme une contrainte mais la consultation en elle-même semble bien acceptée par le patient.

P10: *« Content pas d'y aller parce que ça me gêne mais content d'y aller parce qu'i' m' rassure quoi »*

#### 1.2.2. Une lassitude éventuelle

Une certaine lassitude est exprimée par deux patients vis-à-vis de ces consultations répétées, parfois ressenties comme inutiles.

P7: *« Bon... j'y vais, mais il y a des moments ça me... C'est pesant parce que je trouve que... j'ai l'impression d'y aller pour rien parfois...voilà...»*

### **1.2.3. Une fréquence adaptée des consultations**

La fréquence des consultations, le plus souvent trimestrielle, ne semble pas problématique pour la plupart des patients.

P2: « *Par exemple moi j'y vais tous les trois mois .* »

Seule une patiente juge leur rythme insatisfaisant avec l'attente de consultation moins fréquentes.

P7: « *Bah moi, je lui ai dis tous les deux mois j'en ai marre...parce que je me sens bien...Et je lui ai dit c'est pas que je veux pas vous voir mais tous les deux... on peut pas faire tous les trois mois*»

### **1.2.4. La prise de rendez-vous ou non**

#### **1.2.4.1. majoritairement des consultations sans rendez-vous**

Les médecins généralistes des patients de l'étude consultent tous sans rendez-vous. Ceci est jugé majoritairement peu satisfaisant pour les patients avec un temps d'attente souvent prolongé avant la consultation.

P6: « *Alors par contre il ne prend pas de rendez-vous...et... et donc c'est aléatoire !... c'est ça surtout qui nous pèse !* »

#### **1.2.4.2. une prise en charge jugée différente selon les modalités de consultation**

Parfois les médecins généralistes reçoivent également sur rendez-vous sur certaines plages horaires. Leurs patients soulèvent des différences entre les consultations avec ou sans rendez-vous, leur ressenti est variable.

P2 : « *quand on prend rendez-vous, c'est plus rapide, on a beaucoup moins de temps... Par contre quand j'y vais sans rendez-vous, j'ai beaucoup plus de temps pour dialoguer* »

P4 : « *Parce qu'en prenant rendez-vous, on attend un quart d'heure, là on est calme, on est... Tout se passe bien, elle prend le temps. Que quand tu es en visite normale, il y a vingt-cinq personnes devant toi, faut bazarder, elle a pas le temps de s'occuper de tout, de parler* »

P9 : « *sur rendez-vous, 'y a moins d'attente... après... la consultation c'est pareil, ça change rien ça... elle prend l' temps, autant l' temps que quand on vient sans le...rendez-vous...* »

Une patiente souhaite que la prise en charge des patients soit la même avec ou sans rendez-vous.

P2: « *que ça fasse moins de différence quand on prend un rendez-vous ou pas...* »

#### **2.4.3. des difficultés d'organisation**

Pour les patients, il peut exister des difficultés organisationnelles pour venir en consultation.

P2 : « *C'est vrai que j'aime mieux aller en consultation mais je peux pas le faire parce que c'est exceptionnel quand je travaille pas.* »

P8 : « *on ne sait jamais combien de temps on va attendre... C'est un peu la galère pour s'organiser*»

L'horaire de la consultation en lui même peut avoir un impact médical potentiel.

P2 : *« je vais la voir...le matin parce que sinon la tension dans la journée, ça...ça remonte »*

Les patients essaient parfois de regrouper leurs demandes avant de venir en consultation pour faciliter leur organisation personnelle.

P3: *« éventuellement des fois j'en profite et en même temps elle me fait le renouvellement de ma pilule.. J' prends ensemble comme ça, ça me fait qu'un renouvellement à aller chez le médecin »*

Venir en consultation en couple peut également faciliter l'organisation. Un patient explique qu'il délègue certains aspects de la consultation à sa femme présente : il est important que le médecin prenne en compte ces aspects d'organisation conjugale afin d'éviter une perte d'informations.

P5 : *« bah elle m'donne l'ordonnance quoi...Ca c'est ma femme qui... c'est ma femme qui gère... »*

Aucun patient n'évoque de difficulté pour se rendre chez son médecin généraliste en véhicule lorsque cela est nécessaire.

#### **1.2.4.4. le secrétariat médical**

Seule une patiente évoque le secrétariat de son médecin généraliste.

P2 : *« elle me demande bon bah pourquoi je viens déjà, parce que comme je prends rendez-vous avec la secrétaire, elle ne sait pas forcément... »*

Aucun patient ne précise ses attentes par rapport à l'existence d'un éventuel secrétariat médical.

#### **1.2.5. La salle d'attente**

##### **1.2.5.1. une attente prolongée**

La salle d'attente est souvent décrite comme une étape inévitable mais pénible voire stressante, avec un temps d'attente prolongé.

P7 : *« Le gros problème surtout, c'est l'attente... dans la salle d'attente quoi... bon on est à la retraite mais quand même, ça c'est un peu...pénible... »*

P4 : *« Bon, déjà, il y a l'attente qui nous stresse. »*

##### **1.2.5.2. s'occuper en attendant**

Quelques occupations permettent à certains patients de limiter l'ennui et le stress éventuel pendant l'attente.

P8 : *« j' profite de la salle d'attente pour lire et envoyer des mails ou des SMS sur mon portable»*

P9 : *« Alors j' prends... je prends un livre...je lis... parce que 'y en a qui papote... »*

### **1.3. Une consultation stéréotypée**

Pour la majorité des patients, le déroulement attendu de la consultation de suivi est stéréotypé avec trois temps principaux: l'entretien avec le médecin, l'examen clinique et les prescriptions.

P4 : *« elle m' pose quelques questions, elle m'examine, elle m' donne les papiers... et puis c'est tout »*

#### **1.3.1. L'entrée dans le cabinet médical**

##### **1.3.1.1. un accueil agréable**

Un accueil agréable est nécessaire pour de nombreux patients.

P6 : *« l'accueil, la façon dont ça se fait, ça c'est quand même important »*

P7 : *« il est très souriant, très avenant. Ça c'est important, pour moi »*

##### **1.3.1.2. la Carte Vitale**

Seul un patient parle de la Carte Vitale qu'il remet à son médecin généraliste au début de la consultation.

P5: *« je rentre là-dedans,...euh... je lui donne ma carte, euh...tout ça »*

#### **1.3.2. L'entretien**

##### **1.3.2.1. l'interrogatoire du patient par le médecin généraliste**

L'entretien est avant tout un temps attendu où le médecin interroge les patients.

P1: *« l'interrogatoire ça me paraît être un moment important pendant la consultation... »*

Les principaux thèmes de l'entretien sont les symptômes éventuels liés à la maladie chronique et le traitement chronique.

P3: *« Elle me demande si j'ai eu des symptômes. »*

P1: *« Il me demande comment je supporte le traitement. »*

D'autres questions sont attendues, comme la recherche de symptômes non liés à la maladie et l'évaluation du bien-être en général.

P3 : *« elle me demande.... si ma santé va bien, si y a rien d'autre, d'autres symptômes ou autre chose ... C'est important de poser la question..Vous venez pour ça mais est-ce qu'il y a d'autres problèmes? »*

Certains patients attendent davantage de questions ou posées de manière plus précise.

P7 : *« Donc plus de questions... des questions plus précises, plus ciblées. »*

##### **1.3.2.2. un moment de discussion**

L'entretien est également un temps de discussion avec le médecin généraliste. Il permet souvent de créer une ambiance conviviale et détendue pendant la consultation

P6 : *«on discute, on commence par exposer le pourquoi du comment. On met ça sur la table. »*

P10 : « *Tu vas au médecin en principe i'... i'... i' t' parle un peu... mais même si i' t' parle de ta vie privée comme ça, ça t' met un peu une bonne ambiance, ça t' fait plaisir hein ?* »

Cet entretien permet de faire le point sur la maladie, sur d'autres plaintes éventuelles ou sur des points spécifiques que les patients abordent ou souhaitent aborder avec leur médecin (prévention, sexualité, difficultés personnelles...)

P7 : « *on parle, on fait... le point* »

P8 : « *il me fait une p'tite piqûre de rappel de temps en temps sur la... sur la prévention quoi! (Rires)... plus en mode on refait le point sur votre... votre sexualité. Et euh... éventuellement si y a des soucis de ce côté là, on peut... je peux lui en parler quoi..* »

### **1.3.3. L'examen clinique**

#### **1.3.3.1. un moment important de la consultation**

Tous les patients parlent spontanément de l'examen clinique, en soulignant souvent son importance

P3: « *oui, l'examen c'est important!* »

#### **1.3.3.2. un examen plus ou moins approfondi**

Les patients décrivent le plus souvent un examen clinique limité à l'auscultation cardio-pulmonaire, mesure de la pression artérielle et palpation abdominale), avec un approfondissement en cas de symptôme particulier, ce qui semble les satisfaire.

P8 : « *il m'examine rapidement s'il n'y a pas de problème, il... il me prend la tension... il écoute... le cœur, les... les poumons... le ventre... Après s'il y a quelque chose de particulier, il regarde plus... plus attentivement, il prend un peu plus de temps, ça me semble bien fait quoi, j'en attend pas plus pas moins de ce côté là* »

Seule une patiente a décrit un examen clinique systématiquement exhaustif.

P3 : « *elle m'ausculte entièrement le corps.* »

Une patiente attend un examen plus approfondi.

P4: « *elle prend la tension et elle prend le... avec le pouls...et puis c'est tout le plus souvent, hein. Elle ne va pas plus loin, je pense pas avoir été déjà vraiment examinée entièrement...* »

#### **1.3.3.3. la mesure de la tension artérielle comme élément-clé de l'examen**

La mesure de la tension artérielle est systématiquement citée lors de la description de l'examen clinique.

P5: « *après elle me fait allonger... elle me prend ma tension, euh...* »

Plus le patient est âgé, plus il attend la mesure de la tension artérielle considérée comme révélatrice à elle seule de son état de santé .

P4 : « *Et puis prendre la tension et surtout savoir si on a de la tension et si...si ça va bien.* »

P9 : « *elle me regarde la tension, elle m' dit quatorze, ah ben j' dis c'est bas, ça va* »

Pour les patients plus jeunes, cet élément de surveillance est plus accessoire.

P8 : « *Personnellement je trouve que le poids c'est presque plus important que la prise de tension !* »

#### **1.3.3.4. d'autres éléments à surveiller**

D'autres éléments de surveillance sont attendus lors de l'examen clinique (poids, examen des membres inférieurs et des articulations douloureuses, réflexes ostéo-tendineux, examen ORL et buccal, examen gynécologique).

Un patient insiste sur la surveillance du poids qu'il attend à chaque examen clinique.

P8 : « *je trouve ça très important que le poids soit vérifié régulièrement !...j'aime bien que ce soit systématique quand je vois un médecin!* »

#### **1.3.3.5. l'attente d'informations**

En cas d'anomalies lors de l'examen clinique, les patients attendent des informations de leur médecin.

P6 : « *Par exemple d'expliquer s'il y a des anomalies pendant l'examen... ça se fait spontanément. Et ça c'est important.*»

### **1.3.4. Les prescriptions et l'ordonnance**

#### **1.3.4.1. l'ordonnance comme finalité de la consultation**

Pour beaucoup de patients, la remise de l'ordonnance est l'objectif principal de la consultation. La prescription de médicaments en elle-même est parfois considérée par les patients comme gage d'une prise en charge médicale de qualité.

P5: « *que t'aies ce qui t' faut en sortant quoi!...Elle m'donne des médicaments, elle m' soigne bien*»

#### **1.3.4.2. reconduire le traitement médicamenteux chronique**

Le plus souvent, le médecin généraliste reconduit le même traitement sans changement. Cela semble correspondre aux attentes des patients.

P3: « *le plus souvent c'est le même traitement donc, elle me la relit devant moi mais 'y a pas de changement souvent!* »

P6 : « *j'allais dire il recopie toujours la même chose, non c'est pas... enfin oui... oui et non... ça fonctionne bien quoi, hein. »*

#### **1.3.4.3. la rédaction de l'ordonnance**

Parfois, les ordonnances du médecin généraliste sont systématiquement manuscrites. Les patients concernés n'en sont pas satisfaits.

P7 : « *il rédige l'ordonnance, bon c'est à la main, ça prend un peu de temps* »

Pour certains patients, l'informatisation expose à un risque potentiel de rééditions itératives de l'ordonnance, sans réflexion appropriée de la part du médecin.

P2 : « *de creuser un petit peu plus ce qui s'est passé vraiment plutôt que de faire une ordonnance et tac tac tac, de faire un copié-collé, imprimer et voilà...* »

#### **1.3.4.4. les informations sur l'ordonnance**

Plusieurs patients insistent sur l'importance des explications médicales lors de la remise de l'ordonnance.

P1: « *Mais l'explication de l'ordonnance, moi, je trouve que c'est très important, vraiment... »*

La rédaction de l'ordonnance peut également être l'occasion de discuter du traitement, notamment si le médecin souhaite le modifier.

P2 : « *Ça par contre je trouve ça bien, parce que c'est au moment de l'ordonnance qu'elle me dit bon bah y a ça mais peut-être...peut-être qu'on pourrait faire autrement, diminuer éventuellement... »*

#### **1.3.4.5. des prescriptions supplémentaires éventuelles**

Les patients souhaitent que leur médecin ajoute si nécessaire des prescriptions non liées à leur maladie chronique sur leur ordonnance (problème intercurrent, contraception...)

P6 : « *on revient pour finaliser...le traitement et voir des petites choses qu'il faut rajouter, si on... si on est pris à la gorge ou.... »*

Certains patients évoquent spontanément la prescription d'examens complémentaires en plus des prescriptions médicamenteuses.

P11 : « *Tous les ans on a une prise de sang. »*

### **1.3.5. Le dossier médical**

#### **1.3.5.1. un dossier médical informatisé bien accepté**

Les médecins généralistes des patients interrogés sont majoritairement informatisés. Cette gestion informatique du dossier médical répond aux attentes des patients concernés, permettant un gain de temps et de lisibilité.

P2 : « *ça je trouve ça super de tout suivre sur ordinateur »*

P9 : « *l'ordinateur... d'abord ça...limite le temps... elle écrit mal hein...donc c'est mieux qu'elle est...qu'elle se mette sur la machine... le... sur l'ordinateur... oui oui oui oui !(Rires) »*

Pour une patiente, l'ordinateur est presque sacralisé, comme doté d'un pouvoir médical décisionnaire guidant le médecin dans ses choix thérapeutiques.

P9 : « *C'est bien, ça, le... l'ordinateur... la machine dit ça... bah c'est la machine...c'est normal hein.»*

Cette informatisation peut avoir un impact négatif sur la relation médecin-malade, liée à l'attitude du médecin face à son ordinateur.

P9 : « *parler avec leurs clients, pas juste rester derrière... leur ordinateur... moi j'ai besoin qu'on m' parle un peu et p'is d' parler mais qu'on m'écoute, ah oui oui, pas d' parler à la machine ! (Rires) »*

#### **1.3.5.2. l'absence d'informatisation mal acceptée**

Parfois, le médecin généraliste n'est pas informatisé, ce qui ne convient pas aux patients concernés.

P6 : « *il est pas très moderne, donc tout doit être écrit, il écrit tout, il a pas...d'ordinateur... faut revenir avec son ordonnance sinon...il est perdu... c'est... la seule chose notable qu'on peut dire. »*

### **1.3.6. La fin de la consultation**

Les patients attendent une synthèse claire de la consultation avant leur départ du cabinet : leur médecin doit faire le point sur les principaux sujets abordés lors de la consultation, évaluer la bonne compréhension du patient et revenir sur les points pouvant être problématiques.

P1 : « *r.aborder tous les points qu'on a vu avant...voir s'il y a besoin de redonner des explications »*

P3: « *refaire le point souvent pour être sûr qu'on a bien tout compris du traitement »*

Cette étape finale de la consultation permet aux patients de partir avec tous les éléments nécessaires pour gérer sereinement leur maladie chronique ou un problème intercurrent à domicile.

P5 : « *Et puis après elle me donne la marche à suivre»*

P7 : « *Donc on ressort...on est serein quoi ! On rentre avec les informations qu'il faut à la maison »*

Le règlement de la consultation est peu évoqué par les patients et ne semble pas problématique.

### **1.3.7. Après la consultation**

#### **1.3.7.1. le retour à domicile**

La consultation peut avoir un impact positif à la sortie du cabinet. Les patients attendent d'être informés et rassurés par leur médecin pour pouvoir rentrer le plus serein possible chez eux.

P10: « *content d'y aller parce qu'i' m' rassure quoi, il me... ça va, tout va bien. Quand j' reviens, bah j'ai gagné un an de plus ! Dans ma tête j' suis heureux ! Tout va bien, ça va.»*

#### **1.3.7.2. le rôle du médecin au delà de la consultation et de son cabinet**

Le travail du médecin généraliste ne se limite pas à la consultation seule. Au contraire, plusieurs patients estiment que leur médecin a un rôle à jouer au-delà du cadre de la consultation, gage de la qualité de son travail et pour lequel ils lui sont reconnaissants.

P5: «*elle a fait son boulot, le soir elle m'a appelé pour me dire vous r'passez demain que...oui, oui, non mais là 'y a la conscience professionnelle qu'est derrière, 'y a le suivi là!»*

Seule une patiente évoque les visites à domicile de son médecin généraliste. Ces visites ont un impact positif sur la relation médecin-malade en faisant entrer le médecin dans l'intimité du foyer, en dehors du cadre du cabinet médical.

P9: « *Elle est venue chez moi assez longtemps... pour mon mari... elle connaît les aises de la maison et tout... Bah j' trouve qu'elle vienne à la maison c'est pas rien... ça lie, ça... ça rapproche»*

## II. LA RELATION MEDECIN-MALADE

Pour les patients, l'aspect relationnel avec leur médecin généraliste est primordial lors des consultations de suivi.

P7 : *« Ce qui est important c'est avant tout le côté relationnel, en plus des compétences bien sûr »*

### 2.1. Un dialogue ouvert

Les patients souhaitent pouvoir discuter avec leur médecin généraliste lors des consultations de suivi.

P10: *« Mais je crois que dans tous ces trucs là comme la maladie ou tout, c'est... le dialogue fait beaucoup de choses... c'est c'est énorme je crois... avec le médecin l' dialogue... »*

#### 2.1.1 Une liberté de parole nécessaire

##### 2.1.1.1. l'absence de sujet tabou ressentie

Globalement, les patients pensent pouvoir aborder tout sujet si nécessaire avec leur médecin généraliste.

P3: *« Moi avec mon médecin, je suis libre, parce que je me dis que c'est elle qui faut... Il faut lui dire s'il y a quelque chose... j'ai pas de tabou. »*

##### 2.1.1.2. un médecin confident

Certains patients attendent que leur médecin généraliste joue un rôle de confident et de soutien lors de moments difficiles de leur vie.

P2 : *« Mes soucis personnels, j'arrive facilement à lui en parler.. quand on va chez le médecin, on finit par craquer quoi, on se confie...il faut... là faut crever l'abcès quoi »*

#### 2.1.2. Mais la nécessité d'un médecin comme guide de la discussion

##### 2.1.2.1. la nécessité d'initier le dialogue par le médecin

Le dialogue est parfois plus facile pour le patient si le médecin aborde lui-même certains sujets difficiles ou délicats.

P8 : *« Bon j'arrive à parler assez facilement avec lui mais... c'est plus facile si c'est lui qui l'aborde... qui en parle en premier euh... par exemple de...la sexualité, ça permet d'en parler plus facilement »*

Quelques patients précisent même qu'ils n'abordent pas certains sujets si leur médecin n'en parle pas d'emblée.

P4 : *« J' pense pas que ça me gênerait de parler de quoi que ce soit mais j'ose pas lui en parler, que ça vienne de moi... Après si elle en parlait... ça serait plus simple... plus facile pour moi »*

##### 2.1.2.2. la nécessité d'inciter le patient à s'exprimer

Certains patients préfèrent que leur médecin les encourage à s'exprimer, notamment en posant des questions ouvrant à la discussion voire à la confiance.

P2 : « elle nous demande, c'est si on veut hein, c'est...Mais est-ce qu'il y a eu un événement qui a fait que vous ayez... voilà... et ça c'est important je trouve »

Parfois le patient attend même que son médecin le bouscule un peu pour l'aider à cheminer.

P8 : « Quitte à ce que le médecin nous relance avec des questions qui... pourraient être un peu... gênantes... qui peuvent un peu... titiller...euh... piquer...mais qui permettent parfois d'avancer aussi»

### **2.1.2.3. la nécessité de faire préciser les plaintes du patient**

Les patients souhaitent que leur médecin les aide à préciser d'éventuelles plaintes ou problématiques, notamment en les orientant avec des questions.

P2 : « si il nous demande bah vous avez eu quoi durant les trois mois par exemple... de creuser un petit peu plus ce qui s'est passé vraiment »

Une patiente attend que son médecin évite les questions trop ouvertes et cible davantage son interrogatoire afin de l'aider à préciser ses plaintes.

P7 : « est-ce que vous avez quelque chose à signaler c'est vrai que ça fait un peu large... peut-être de creuser un peu plus, d'essayer de trouver avec le patient s'il y a un problème... plus spécifique...De nous aider à retrouver ce qu'on voulait dire sans qu'on vienne avec...euh...une liste de courses !»

## **2.1.3. L'attente d'un discours transparent**

### **2.1.3.1. l'importance de dire la vérité au patient**

Le plus souvent, les patients attendent que leur médecin généraliste leur dise la vérité sur leur santé.

P5 : « si t'as un cancer ou... faut qu'on te le dise quoi... On te dit la vérité, c'est tout!»

P11 : « qu'est-ce qu'on a comme maladie...si c'est grave ou pas... et puis de nous l' dire ! Parce que ça sert à rien de l' cacher parce que si c'est pour être malade autant le... le savoir directement »

Parfois, le patient préfère que son médecin lui précise quand il ne peut pas expliquer sa symptomatologie ou sa situation clinique.

P8 : « De dire la vérité quand on sait ou quand on ne sait pas, oui ! Moi ça ne me choque pas qu'un médecin me dise je ne sais pas !...de dire je ne sais pas trop, j' trouve ça mieux que de dire tout un tas de choses en jargon médical qu'on comprend pas mais finalement 'y a rien à comprendre !»

### **2.1.3.2. l'attente d'un médecin sincère**

La sincérité du médecin généraliste est aussi un élément important. Un patient pense que cette sincérité permet un suivi de qualité .

P8 : « d'être le plus...sincère possible dans... le discours,...l'attitude et... l'intention de faire... à partir du moment... où le médecin a fait sincèrement ce qu'il pensait être le mieux pour son patient, on est en confiance, ça...ça se ressent dans la relation...même si le médecin se trompe parfois... s'il pensait faire au mieux, ça reste un bon médecin !

### **2.1.3.3. l'attente d'un médecin ouvert aux questions du patient**

Les patients attendent que leur médecin accepte de répondre à leurs éventuelles questions.

P5 : *« Je lui demande rien, pas souvent, mais si j'ai un truc, j' lui pose la question, terminé, hein! »*

Une patiente ressent une réticence gênante de la part de son médecin quand elle lui pose des questions. Cela limite leur dialogue.

P4 : *« j'ai l'impression qu'elle apprécie pas...qu'on lui pose des questions. C'est peut-être dans ma tête mais... »*

## **2.2. L'importance de l'écoute**

Les patients insistent tous sur l'importance de l'écoute lors des consultations de suivi.

P2 : *« ce qui est important pour nous, c'est d'être bien à l'écoute... que le médecin écoute bien »*

### **2.2.1. La nécessité de se sentir écouté**

Les patients veulent que leur médecin généraliste les écoute effectivement et ostensiblement.

P8 : *« Oui, l'écoute du médecin, c'est vraiment important, je veux dire de... de se sentir vraiment écouté... »*

### **2.2.2. L'attente d'un médecin disponible**

De nombreux patients attendent que leur médecin généraliste soit disponible et prenne suffisamment de temps pour les prendre en charge lors des consultations.

P7 : *« oui c'est vrai il prend le temps, on s'assoit... c'est vrai que c'est pas stressant... on n'est pas à la...enfin moi j'ai pas l'impression d'être à la chaîne. »*

Parfois, les patients se sentent plus à l'aise pour discuter et aborder certains sujets quand leur médecin se montre plus disponible.

P2 : *« sans rendez-vous, j'ai beaucoup plus de temps pour dialoguer... j'arrive à expliquer plus facilement ce que j'ai, je suis plus libre, on a plus de temps, on sent que le médecin a beaucoup plus de temps donc c'est plus facile... je suis plus détendue pour dialoguer »*

La disponibilité du médecin ne semble pas incompatible avec les contraintes de temps : les patients attendent que leur médecin généraliste leur montre sa disponibilité si nécessaire en cas de situation difficile à surmonter.

P2 : *« on peut montrer qu'on est à l'écoute, même si on a pas trop le temps... montrer que si un jour on a besoin de parler de quelque chose de... de plus difficile à dire, il sera là pour nous écouter »*

P8 : « *Essayer de... leur faire sentir qu'ils sont là si besoin pour les...épauler dans les moments difficiles quoi. Ça veut pas dire...même s'il y a beaucoup... d' patients à gérer... tout le monde n'a pas besoin d'être soutenu tous les jours et heureusement !! (Rires) »*

### **2.2.3. La nécessité d'une écoute de qualité**

#### **2.2.3.1. une écoute attentive**

Selon les patients, le médecin généraliste doit les écouter avec attention.

P2 : « *et ça c'est important je trouve, d'être à l'écoute vraiment de ce qu'on vit, ce qu'on a vécu et aussi de ce qu'on ressent. »*

P7 : « *Et prendre le temps pour voir si tout va bien, pas juste demander ça va, point. »*

#### **2.2.3.2. une écoute ciblée**

Parfois les patients n'attendent pas que leur médecin les écoute exhaustivement. Au contraire, il doit savoir cadrer le dialogue pour aborder les sujets essentiels au suivi ou au bien-être du patient.

P2 : « *mais y a pas forcément besoin qu'on raconte tout...toute notre vie pour se sentir écouté... »*

P5 : « *tu vas chez un toubib, il est pas là pour t'écouter...elle a pas l' temps! Pas pour papoter, non, non !... on va pas lui parler du beau temps ou des betteraves...dans l' jardin!... Mais de prendre le temps d' parler, et d'écouter si 'y a des choses importantes à dire... que le patient puisse les dire »*

#### **2.2.3.3. une écoute active**

Une patiente ne souhaite pas que son médecin l'écoute passivement. Au contraire, elle préfère qu'il s'implique dans la discussion et la guide pour exprimer d'éventuelles plaintes ou demandes.

P7 : « *peut-être de creuser un peu plus, d'essayer de trouver avec le patient s'il y a un problème... Donc être à l'écoute mais un peu comme une écoute...euh disons une écoute active, pour aider le patient à arriver là où il veut en venir !»*

### **2.2.4. L'attente d'une prise en charge médicale centrée sur le patient**

#### **2.2.4.1. la considération du patient par le médecin**

Les patients souhaitent être considéré avant tout en tant que personne et non uniquement en tant que malade. Leur médecin généraliste doit prendre en compte leurs propos sur leurs symptômes, leur ressenti et leur vécu.

P2 : « *Je veux dire montrer qu'on s'intéresse vraiment à...à la personne et pas juste à... à ses médicaments, à...son ordonnance... »*

Les patients ne veulent pas être jugés par leur médecin. Ils le considèrent comme un tiers neutre sans affect ni a priori sur leur histoire personnelle. Cela favorise le dialogue et les confidences.

P8 : « *d'avoir quelqu'un à qui parler de manière...plus neutre... sans préjugés, ça fait du bien. »*

#### **2.2.4.2. le soutien et l'empathie du médecin pour son patient**

Selon les patients, leur médecin généraliste doit savoir les soutenir dans les moments difficiles de la vie.

P12: *«il m'épaule bien aussi dans les aléas de la vie, que ce soit médical ou autre... bon, je sais que je peux aller le voir si j'ai besoin... bon, ça c'est important aussi, de sentir qu'il est là pour nous»*

Quelques patients évoquent l'empathie de leur médecin généraliste qu'ils attendent et apprécient.

P5: *«Et puis elle se met quand même à notre place.»*

P8: *«Il m'a dit que c'était dur à accepter... « je ne vais pas vous assommer avec plein d'infos, vous êtes déjà assez sonné comme ça »... il m'a dit prenez le temps de digérer un peu tout ça...»*

### **2.3. La nécessité d'une adaptation du médecin au patient**

#### **2.3.1 connaître son patient**

##### **2.3.1.1. savoir ne pas généraliser**

Pour les patients, leur médecin doit les considérer en tant qu'individu à part entière et non comme un patient parmi d'autres. Il ne doit pas agir en se basant sur des généralités mais doit s'adapter à leur situation propre dans toute sa singularité.

P2: *« C'est vrai que quand on va chez le médecin, on voit notre cas, c'est notre cas à nous, c'est vrai qu'il faut pas trop généraliser, c'est notre histoire...à nous »*

##### **2.3.1.2. connaître les particularités de son patient**

Le médecin généraliste connaît bien ses patients sur le plan médical : leurs antécédents, leurs pathologies actuelles et leurs besoins thérapeutiques. Cela répond aux attentes des patients.

P5: *« Comme elle me dit...vous... c'est vrai que c'est spécial, vous avez des maladies compliquées.»*

Parfois les patients pensent que leur médecin généraliste doit également connaître ses patients sur le plan psycho-relationnel. Il doit décrypter les attitudes, les comportements, les réactions et les attentes sous-jacentes de ses patients.

P1: *« Si le médecin il connaît son patient, il doit, avec le temps, finir par voir le patient qui va pas oser lui parler d'autre chose, ça après, c'est pas toujours facile. »*

P2: *« Oui je pense que ça fait déjà longtemps que je la connais et elle me connaît aussi surtout...elle sait que je suis anxieuse »*

##### **2.3.1.3. savoir mettre le patient à l'aise**

Selon les patients, leur médecin généraliste doit les mettre à l'aise lors des consultations de suivi.

P7: *«mettre le patient à l'aise, l'écouter, le mettre en confiance, je pense que c'est le plus important»*

Une patiente attend que son médecin la mette plus à l'aise. Pour elle, cet aspect relationnel est primordial pour son suivi.

P4 : *« j'arrive pas à être à l'aise... Et ça je pense que c'est important que le médecin...il essaie de mettre le patient à l'aise pour...être plus libre avec. »*

### **2.3.2. adapter le discours médical au patient**

#### **2.3.2.1 savoir adapter le langage médical**

Les patients attendent que leur médecin utilise un langage clair et facilement compréhensible.

P3: *«les explications...avec des termes que tout le monde comprend...oui, pas des explications purement...médicales!..Des explications à notre niveau quoi, que ce soit simple à comprendre, clair.»*

Les patients ne souhaitent pas que leur médecin généraliste emploie un langage médical trop technique. Ce jargon médical peut masquer la vérité et créer une barrière entre médecin et patient. L'utilisation d'un langage trop spécialisé donc peu compréhensible pour les patients risque d'altérer leur confiance envers leur médecin.

P8 : *« j' trouve ça mieux que de dire tout un tas de choses en jargon médical qu'on comprend pas mais finalement y a rien à comprendre ! C'est juste une façon de noyer le poisson... »*

#### **2.3.2.2. savoir adapter le contenu du discours médical**

Le médecin généraliste doit parfois adapter progressivement son discours en fonction des réactions de son patient.

P8 : *« il a su... s'adapter à moi...à ma réaction... Et ça, vraiment je lui en suis très... reconnaissant. »*

Certains patients souhaitent que leur médecin sache décrypter ce qu'ils acceptent d'entendre ou non. Le médecin doit adapter son discours en fonction des sensibilités propres à chaque patient.

P8 : *« dire la vérité quoi... quelle qu'elle soit...et puis aussi en fonction de ce que le patient veut bien entendre... ça j'imagine que... ça doit pas être vraiment évident à... à percevoir pour le médecin ! »*

#### **2.3.2.3. savoir adapter le rythme de la consultation**

Les patients attendent que leur médecin généraliste adapte le rythme de la consultation selon les particularités de ses patients, leur niveau de compréhension et leurs angoisses éventuelles.

P2 : *« donc elle prend le temps de m'expliquer... C'est important pour que je ne sois pas trop angoissée, stressée... »*

Une patiente n'est pas satisfaite du rythme trop rapide de la consultation qui limite sa compréhension. Elle attend que son médecin prenne plus de temps pour lui donner des explications.

P4 : *« Peut-être qu'elle me l'a dit mais que j'ai pas compris...mais comme c'est toujours un peu rapide pour moi... »*

#### **2.3.2.4. savoir rassurer et apaiser le patient**

Les patients ont besoin d'être rassurés par leur médecin généraliste lors des consultations de suivi.

P1 : « *Expliquer et rassurer, après ça ne me pose pas de problèmes... »*

P2 : « *elle sait que je suis anxieuse donc elle prend le temps de me dire... »*

Un patient attend que son médecin sache décrypter ses attentes et différencier une demande sous-tendue par une angoisse importante donc à prioriser et une demande plus anecdotique et secondaire.

P8 : « *Mais il fait toujours l'effort d'essayer de trouver une réponse quand c'est nécessaire et ça je trouve ça important... de s'adapter un peu à mes... à mes attentes... De sentir... si c'est indispensable ou si c'est juste une question de curiosité, le niveau de... d'intérêt que j'y porte quoi ! (Rires) »*

#### **2.3.2.5. savoir encadrer le patient**

Les patients attendent que leur médecin généraliste les encadre dans leur suivi chronique, notamment pour améliorer leur observance.

P10 : « *Par moment il m'engueule un peu quand même !... Alors si l' médecin...i' me l' dit, bah là ça me pfff... c'est carré oui (Rires) Non non 'y a aucun problème, je vais faire c' qu'i' m' dit ! »*

Mais ils ne souhaitent pas être infantilisés. Leur médecin généraliste doit plutôt être un guide et un partenaire dans la prise en charge de leur santé.

P8 : « *Mais il fait ça bien, pas dans le genre je te fais la morale ni comme si j'étais un gosse... plus en mode on refait le point»*

### **2.3.3. adapter la prise en charge médicale au patient**

#### **2.3.3.1. adapter le traitement au patient**

Les patients attendent une prise en charge thérapeutique personnalisée de la part de leur médecin.

P7 : « *c'est pas le traitement le même pour tout le monde quoi. J'ai l'impression qu'il s'adapte vraiment en fonction des personnes. Moi je trouve que c'est important ça»*

#### **2.3.3.2. savoir négocier avec son patient**

Le médecin généraliste doit savoir négocier avec ses patients et éviter les attitudes trop rigides voire autoritaires. Les patients attendent une décision partagée entre eux et leur médecin, et sur laquelle il est possible de revenir si nécessaire.

P1 : « *peut-être lui dire que c'est pas figé, que c'est pas catégorique, que ça peut être un essai et que si ça ne va pas, revenir... essayer de faire passer le message sans être trop rigide, essayer d'être un peu dans la négociation si c'est nécessaire. »*

P12 : « *de discuter, de... bon... de négocier.. voir ce qui convient le mieux entre suivi suffisant de tout ça et mon bien-être...voir ce qui est le plus adapté pour moi »*

Selon certains patients, cette négociation permet une meilleure adhésion du patient à sa prise en charge médicale et limite les problèmes d'observance.

P11 : « *de bien dire, de conseiller mais peut-être d'être aussi un peu moins dur là dessus... ne pas se braquer sans nous donner une autre solution pour...éviter de faire n'importe quoi aussi !* »

### **2.3.3.3. savoir se montrer conciliant**

Parfois, les patients souhaitent que leur médecin se montre arrangeant si nécessaire, surtout pour des motifs organisationnels compte-tenu de l'attente prolongée habituelle en salle d'attente.

P7 : « *il m'a donné de l'Augmentin, j'ai pas supporté, je lui ai téléphoné, il m'a dit vous passez par derrière, je vous change l'antibiotique...j'ai pas été obligée de rattendre deux heures juste pour ça*»

Dans certaines situations difficiles à surmonter, les patients apprécient que leur médecin gère l'organisation de leur prise en charge médicale, comme la prise de rendez-vous d'exams complémentaires ou de consultations spécialisées.

P8 : « *d'organiser les choses pour moi, c'est... j'aurais jamais pu je crois... j'étais vraiment... en détresse quoi ! J'avais vraiment besoin d'aide, de soutien, et il a été là, il m'a aidé vraiment* »

## **2.4. La confiance du patient en son médecin**

### **2.4.1. Une confiance nécessaire**

#### **2.4.1.1. une confiance recherchée par le patient**

Le choix du médecin généraliste est basé sur la relation de confiance que les patients recherchent avant tout.

P7 : « *avant on avait un autre médecin qui est parti à la retraite... moi j'avais confiance aussi donc j' voulais retrouver cette confiance là. Aller voir un médecin et p'is avoir la trouille qu' i' s' trompe, ça sert plus à rien...enfin ça sert pas à grand chose (Rires)* »

#### **2.4.1.2. une confiance primordiale**

Selon les patients, la confiance en leur médecin est indispensable au bon déroulement de leur suivi.

P5: «*faut être confiant, c'est tout ce que j'ai à dire. D' faire confiance à son médecin, ça c'est super important!*»

Certains patients préfèrent changer de médecin généraliste s'ils ne sont pas en confiance. Ils pensent que la qualité de leur suivi médical en est forcément altérée.

P2 : « *De tout façon c'est indispensable...je veux dire de faire confiance à son médecin... sinon vaut mieux le changer !* »

P3: « *Si j'ai pas confiance après, je change de médecin!* »

Aucun patient n'aborde l'aspect réciproque de cette confiance du médecin en son patient.

## **2.4.2. Une confiance absolue**

### **2.4.2.1. une confiance totale du patient pour son médecin**

Les patients ont le plus souvent une grande confiance en leur médecin généraliste.

P2 : « *C'est vrai je lui fais entièrement confiance. »*

Certains patients précisent toutefois que cette confiance connaît certaines limites. Il ne s'agit pas d'une confiance aveugle mais plutôt d'une confiance réfléchie.

P11: « *j' lui fait confiance pour le reste donc faut qu' j' l'écoute aussi pour ça... faudrait...* »

### **2.4.2.2. le médecin généraliste comme interlocuteur exclusif**

Parfois, le suivi chronique du patient est exclusivement assuré par le médecin généraliste. Cela augmente les responsabilités du médecin et la confiance nécessaire de son patient .

P7 : « *moi je vois pas de spécialiste donc c'est sur lui que tout repose, sur ses épaules ! Donc c'est lui qui gère tout et qui m'explique... Donc après il faut avoir confiance hein ! »*

## **2.4.3. Une confiance à entretenir**

### **2.4.3.1. la nécessité de montrer son assurance**

Les patients attendent que leur médecin montre son assurance. Cela permet de les rassurer et de les mettre en confiance. Inversement, si le médecin montre des marques d'incertitude ou d'hésitation, cela altère la confiance du patient et peut être source d'angoisse.

P6 : « *je pense que s'il est parfaitement convaincu lui,... il saurait nous convaincre... C'est sûr que si on a un médecin qui hésite, qui est indécis, ce n'est pas rassurant pour le patient ! »*

P7 : « *Donc si ça patouille, s'il a pas l'air sûr de lui, ça n'aide pas. Lui, il est ferme, posé, il maîtrise son sujet ! »*

### **2.4.3.2. la nécessité de ne pas altérer cette confiance**

Le médecin généraliste doit éviter d'altérer la confiance de ses patients par des attitudes inadaptées favorisant la confusion du patient et remettant en cause l'ensemble de sa prise en charge médicale.

P6 : « *ça c'est bien pour le patient, de discuter de la prise en charge globale sans avoir une critique acérée du confrère...qui peut nous gêner, nous en tant que patient... on ne sais plus trop à qui il faut faire confiance après... »*

## **2.5. La qualité de la relation et son impact**

La qualité de la relation entre le patient et son médecin généraliste a un impact direct sur la qualité du suivi chronique.

P1: « *Après je pense que tout dépend du relationnel entre le patient et le médecin »*

## **2.5.1. Les aspects positifs potentiels de la relation médecin-malade**

### **2.5.1.1. la convivialité lors de la consultation**

Les patients attendent une atmosphère détendue et conviviale lors des consultations. Ceci permet une meilleure tolérance de leur suivi chronique.

P12: *«de parler de petites choses qui peuvent être importantes pour moi... C'est pas que purement médical, c'est moins aseptisé!... qu'il y ait un échange, et même sur des choses anodines, ça permet d'alléger un peu le cadre, ça crée une certaine convivialité quoi!»*

### **2.5.1.2. la sérénité lors de la consultation**

Parfois les patients ont besoin d'une ambiance sereine lors de la consultation avec un médecin disponible pour pouvoir s'exprimer plus facilement.

P2 : *« le médecin prend beaucoup plus de temps pour m'écouter, donc je suis plus détendue pour dialoguer. »*

### **2.5.1.3. le respect du patient pour son médecin**

Les patients adaptent parfois leur comportement ou leur langage lors de la consultation, en respect pour leur médecin généraliste.

P5 : *« J' dis tiens, ça faut que j' fasse gaffe à... à lui parler quand même convenablement!!»*

### **2.5.1.4. l'indulgence du patient pour son médecin**

Les patients sont souvent indulgents envers leur médecin généraliste. Ils reconnaissent que leur profession est difficile.

P6 : *«c'est pas un métier facile !»*

Ils tolèrent les limites des compétences et connaissances de leur médecin généraliste. Ils comprennent que certains prise en charge médicale soient difficiles.

P5: *«c'est sûre qu'elle était embêtée. Vous savez, c'est pas facile de résoudre tous les problèmes.»*

P8: *«Moi ça ne me choque pas qu'un médecin me dise je ne sais pas !»*

## **2.5.2. Les aspects négatifs potentiels de la relation médecin-malade**

### **2.5.2.1. la distance du patient avec son médecin**

Une patiente décrit la distance qui existe entre elle et son médecin généraliste et qui rend la communication difficile. Elle l'explique en partie par un changement récent de médecin.

P4 : *« Mais je sais pas trop, je sais pas...Je peux pas m'expliquer tellement avec elle... j'arrive pas à être à l'aise...Peut-être qu'on ne la connaît pas assez non plus, hein...faut être logique... »*

### **2.5.2.2. l'appréhension du patient face à son médecin**

Parfois les patients appréhendent la réaction de leur médecin, ce qui les gêne pour exprimer une demande ou aborder un sujet. Ils ont peur de déranger, de retarder ou d'irriter leur médecin.

P2 : « je n'ose pas trop en parler parce que ça fait trop de choses à gérer je pense pour le médecin et là j'ose pas... des fois je n'ose pas alors du coup, j' me dis on n'a pas parlé de ça »

P4 : « J'ose pas déranger surtout qu'on se connaît pas vraiment... j'ai l'impression qu'elle apprécie pas qu'on...qu'on lui pose des questions.»

### **2.5.2.3. la peur du patient face à son médecin**

Certains patients évoquent la peur potentielle des patients face aux médecins. Mais cela ne correspond pas à leur situation personnelle actuelle avec leur médecin généraliste.

P6 : «c'est sûr que les médecins..on a toujours peur un peu donc... 'y en a qui sont un peu raides»

P7: « 'y a des médecins...Y'en a qui sont pas... qui sont un peu sévères.»

## **2.6. La représentation du médecin généraliste pour le patient**

### **2.6.1 Des compétences médicales attendues**

#### **2.6.1.1. des compétences reconnues**

Globalement, les patients ne doutent pas des compétences médicales de leur médecin généraliste.

P5: « je suis ce qu'elle me dit! C'est elle qui est toubib, c'est pas moi, attendez!»

Les patients les plus âgés sont les plus convaincus par les compétences de leur médecin. Pour eux, ces compétences médicales sont une évidence à ne pas remettre en doute. Ils s'en remettent à leur médecin généraliste pour toute décision médicale.

P9: «'y a pas besoin de mon avis pour moi... elle sait c' qui faut mieux que moi quand même...»

Le médecin généraliste est considéré par certains patients comme un médecin de terrain qui connaît l'environnement habituel de ses patients. Il peut ainsi leur proposer des solutions concrètes et plus adaptées à leur situation.

P8: «ces détails là, des choses concrètes, j' pense que le médecin généraliste a un rôle à jouer à ce niveau là, il est plus médecin... de terrain... plus proche de nous que les spécialistes à mon avis...»

#### **2.6.1.2. des compétences toutefois limitées**

Selon les patients, il est normal que le médecin généraliste ne soit pas omniscient: les limites de ses connaissances le désacralisent et le rapprochent de ses patients.

P8: « Ils ne peuvent pas tout savoir... dans un sens ça les rend même plus humains !(Rires)»

### **2.6.2. Mais aussi des compétences relationnelles**

#### **2.6.2.1. des compétences humaines**

L'aspect relationnel est primordial pour les patients: les compétences médicales sont nécessaires mais non suffisantes pour un suivi de qualité.

P6 : *« faut avoir les compétences mais après faut maîtriser l'aspect relationnel, c'est sûr ! »*

### **2.6.2.2. un médecin de famille**

Parfois le médecin généraliste est considéré comme un « médecin de famille ». Il connaît les autres membres de la famille du patient et doit se préoccuper également de leur santé et de leur bien-être.

P3 : *« Elle fait toujours le tour de la famille, savoir... si tout le monde va bien (Rires)... c'est vrai qu'elle fait toujours un peu le tour de tout le monde, savoir...les enfants... »*

P10 : *« c'est presque un médecin de famille quoi...il nous suit presque depuis...y a plus de vingt ans ! »*

### **2.6.2.3. des attitudes non verbales**

Le médecin généraliste a certaines attitudes non verbales et corporelles qui sont interprétées par les patients et ont un impact sur l'aspect relationnel.

P7 : *« il me dit bah alors enfin... bah d'un air de dire y a rien euh... »*

## **2.6.3. Un simple prestataire de services ?**

### **2.6.3.1. la délivrance de formalités administratives**

Quelques patients évoquent certains actes qui représentent pour eux de simples formalités administratives. Il leur semble évident que leur médecin accepte de leur délivrer certains documents ou ordonnances sur simple demande lors de la consultation.

P3 : *« j'en profite et en même temps elle me fait le renouvellement de ma pilule. »*

P7 : *« je lui dis que je voudrais le certificat médical »*

Rarement, les patients utilisent des images du domaine commercial pour illustrer certaines de leurs demandes lors de consultations. Comme si le rôle de leur médecin se limitait alors à celui d'un prestataire de service parmi d'autres et la relation médecin-malade à une relation marchand-client.

P1 : *« des fois j'dis je vais faire mon marché »*

P7 : *« sans qu'on vienne avec...euh...une liste de courses ! (Rires) »*

### **2.6.3.2. l'aspect financier**

Peu de patients évoque la transaction financière à la fin de la consultation pour régler leur médecin généraliste. Cet aspect de la consultation ne semble pas problématique. Aucun patient n'en fait la critique.

P8 : *« je lui donne ma Carte Vitale et il se paye avec... enfin il me fait le...le tiers payant quoi. »*

P11 : *« après... euh... bah j' la paye, elle m' rend la Carte euh... la Carte Vitale... et voilà »*

Un patient soulève le problème des dépenses de santé considérables en terme d'exams complémentaires et d'hospitalisations, notamment en cas de maladie chronique déclarée. Il pense que son médecin généraliste a un rôle à jouer dans ce contexte. Il souhaite plus de mesures de dépistage et de prévention primaire pour limiter ces dépenses de santé publique.

P6 : *« Ah mais faire des analyses, vous comprenez, c'est une catastrophe mon pauvre monsieur... et puis on se retrouve en clinique à dix mille euros le séjour parce que le diabète a dépassé la dose alors que ça aurait pu se voir plus tôt... Mais c'est vrai quand on voit tout ce qui est fait une fois que la maladie est déclarée, c'est de la prévention après coup mais au niveau national ça doit quand même coûter beaucoup d'argent... »*

### **III. UN SUIVI QUI S'INSCRIT DANS LA DUREE**

Les patients interrogés sont globalement satisfaits de leur suivi chronique par leur médecin généraliste.

P5: *«Moi je pense que...on est quand même bien suivi.»*

#### **3.1. Faire le bilan par rapport à la dernière consultation**

Pour les patients, le délai entre deux consultations permet de faire le point avec leur médecin généraliste par rapport à la consultation précédente.

P1: *«c' qui est très important c'est quand même le... le recul... par rapport...au dernier renouvellement »*

##### **3.1.1. Faire le point sur le traitement avant tout**

Une des principales attentes des patients est la réévaluation de leur traitement de fond et de ses éventuels effets indésirables depuis la dernière consultation.

P1: *« il me demande s'il y a eu des soucis avec mon traitement depuis la dernière fois... les effets qui a pu se passer avec le traitement...par rapport au traitement. »*

##### **3.1.2. Faire le bilan des symptômes physiques éventuels**

Les patients souhaitent que leur médecin les interroge sur l'apparition ou l'évolution d'éventuels signes physiques depuis la consultation précédente.

P3: *«si y a rien d'autre, d'autres symptômes ou autre chose depuis la dernière fois»*

##### **3.1.3. Faire le point avec le patient**

Pour les patients, la consultation de suivi est l'occasion de faire le point avec leur médecin sur leur maladie chronique et sur leur vécu depuis leur dernier entretien.

P1: *« et justement les questions et les ressentis par rapport au dernier...euh consultation, ce qui s'est passé depuis la dernière fois, voilà. Je pense que c'est important... »*

## **3.2. Un suivi régulier et temporisation éventuelle**

### **3.2.1. Un suivi régulier**

#### **3.2.1.1. un gage de qualité**

Pour les patients, le suivi chronique avec des consultations régulières permet une prise en charge médicale de qualité.

P1: *«Comme on vient régulièrement, ça permet d'être bien suivi... d'être régulièrement examiné»*

#### **3.2.1.2. des informations progressives et répétées**

Ce suivi régulier permet au médecin généraliste de donner progressivement les informations nécessaires et de revenir régulièrement sur des explications précédentes afin de vérifier la bonne compréhension du patient.

P1: *« redonner des explications, réexpliquer plusieurs fois ou même à chaque fois »*

### **3.2.2. Des décisions médicales non définitives**

Les patients souhaitent que leur médecin ne prenne pas de décisions définitives et qu'il laisse la possibilité de rediscuter d'une prise en charge selon l'évolution de la maladie ou le vécu du patient lors des consultations successives.

P7 : *« Moi ce que j'aime bien c'est, par exemple il dit on change ça p'is on va voir si ça va mieux après, que ce soit pas définitif et puis suivre l'affaire, suivre ce qu'il a décidé de faire. Donc quelque chose de pas complètement figé... »*

Le médecin généraliste doit préciser à ses patients que ses propositions ou décisions médicales ne sont pas imposées sans discussion préalable et peuvent être rediscutées ultérieurement.

P1: *« si on doit changer le traitement et que la personne est réticente, peut-être lui dire que c'est pas figé, que c'est pas catégorique, que ça peut être un essai et que si ça ne va pas, revenir...»*

### **3.2.3. La temporisation éventuelle d'une prise en charge**

#### **3.2.3.1. la possibilité de différer une discussion**

Il ne semble pas possible aux patients de parler de multiples sujets lors d'une seule consultation de suivi. Ils acceptent que leur médecin généraliste priorise les sujets essentiels et reporte d'éventuels problèmes secondaires.

P1: *« Peut-être dire bah non à ce moment-là on abordera ça peut-être sur le prochain renouvellement... Mais on ne peut pas tout voir à chaque fois. »*

#### **3.2.3.2. temporiser une prise en charge médicale**

Les patients attendent que leur médecin généraliste adapte sa prise en charge en fonction de la situation du patient. Le médecin doit savoir temporiser une décision médicale à une prochaine consultation de suivi si nécessaire, en fonction du contexte.

P2 : *« Elle me propose et suivant ce que je ressens, elle me dit est-ce qu'on pourrait actuellement baisser certaines choses ?... Suivant ce que je lui dis, bah là c'est peut-être pas le moment »*

En cas d'apparition récente d'un symptôme sans gravité apparente, certains patients souhaitent que leur médecin temporise sa prise en charge médicale. Mais il ne doit pas pour autant négliger un éventuel problème médical avéré nécessitant une prise en charge plus rapide.

P3: *« Pas tout faire d'un coup dès le moindre petit signe mais pas non plus ne rien faire et ne faire qu'attendre, attendre, attendre pour voir si ça passe...ça dépend de ce que c'est...comme symptôme.»*

### **3.3. Un suivi à long terme**

#### **3.3.1. Une relation médecin-malade qui se construit dans le temps**

##### **3.3.1.1. un suivi facilité par une relation ancienne**

Les patients connaissent le plus souvent leur médecin généraliste depuis de nombreuses années, ce qui facilite leur suivi.

P2 : *« Oui je pense que ça fait déjà longtemps que je la connais et elle me connaît aussi surtout... »*

Un changement de médecin généraliste perturbe les habitudes du patient et rompt la relation avec son ancien médecin. Peu à peu, une nouvelle relation se crée avec son nouveau médecin généraliste. Cette relation se construit dans le temps.

P6 : *« on a changé de médecin puisque notre ancien médecin a pris sa retraite donc... ça a un peu bouleversé les choses. Bon maintenant ça fait pas mal de mois ...ou d'années qu'on va chez le même mais...et donc il y a pas de... ça se passe très bien. »*

##### **3.3.1.2. les consultations de suivi avec les médecins remplaçants**

Parfois les patients vont en consultation de suivi quand leur médecin généraliste est remplacé. Globalement les médecins remplaçants sont bien acceptés par les patients. Ils apportent un nouveau regard sur la prise en charge médicale, à condition qu'ils ne se limitent pas à un simple recopiage de l'ordonnance habituelle.

P2 : *« Même si c'est pas notre médecin habituel... c'est bien aussi...et même parfois il donne un autre avis sur l'ordonnance, sur le traitement, ça peut être positif aussi... et pas juste recopier et voilà...»*

P9 : *« j' suis contente quand 'y a un remplaçant... j'ai une autre attention de... d'une autre personne quand...eh ben il a des d'autres idées en tête tout ça ! J' suis contente de voir un autre euh docteur!»*

#### **3.3.2. La nécessité de lutter contre la routine**

##### **3.3.2.1. ne pas limiter la consultation à un simple renouvellement d'ordonnance**

Les patients ne souhaitent pas que leur médecin limite la consultation à un simple renouvellement d'ordonnance.

P1: « *il faut pas que le médecin se dise j' suis...ça va juste être un renouvellement et voilà je fais mon renouvellement* »

Pour eux, la consultation de suivi nécessite un investissement plus important de leur médecin qu'un simple recopiage d'ordonnance. Dans le cas contraire, cela peut être une cause de changement de médecin.

P2 : « *de creuser un petit peu plus ce qui s'est passé vraiment plutôt que de faire une ordonnance et tac tac tac, de faire un copié-collé, imprimer et voilà... c'est vrai que bon avant j'avais un médecin c'était ça, c'est pour ça que j'avais changé de médecin* »

### **3.3.2.2. savoir s'interroger et se remettre en question**

Selon les patients, le médecin généraliste doit s'interroger régulièrement lors de leur suivi.

P2 : « *bah c'est vrai que c'est bien qu'il essaie pas de nous renouveler l'ordonnance sans nous poser de questions...et sans se poser de questions !* »

Il leur semble bénéfique que leur médecin généraliste remette en question sa prise en charge si nécessaire, en fonction de l'évolution de la maladie ou des symptômes.

P6 : « *j'ai des méthodes...qui fonctionnaient bien mais... après...on continuait... on se posait plus la question, est-ce qu'on continue ou pas... on n'a pas ce sentiment avec celui qu'on a en ce moment.* »

### **3.3.2.3. savoir lutter contre un suivi trop routinier**

Un patient insiste sur la nécessité de lutter contre un suivi trop routinier avec un risque de négligence de nouveaux problèmes médicaux ou des certains symptômes récents de la part du médecin comme du patient.

P6 : « *avec le temps qui passe, bon l' médecin i'...on a l'impression qu'il se détache...ça devient plus automatique...et malheureusement faut pas tomber dans la routine...avec le temps on risque... d'oublier des choses...le plus important, je pense que... c'est ça ! Ne pas rester dans une routine, je renouvelle, au revoir.* »

L'installation d'un suivi trop routinier peut être une cause de changement de médecin généraliste.

P6 : « *C'est là qu'on change parce que c'est... 'y a comme une lassitude ou... plus une habitude... une routine...* »

## **3.4. La nécessité d'une bonne gestion du temps**

Pour les patients, un des problèmes majeurs de leur suivi chez leur médecin généraliste est la gestion du temps, avant et pendant la consultation.

P2 : « *prendre du temps, ça c'est vrai que... je trouve ça vraiment important* »

### **3.4.1. le problème de l'attente prolongée en salle d'attente**

Pour les patients, l'attente prolongée avant la consultation est un problème. Comme la majorité de leurs médecins généralistes consulte sans rendez-vous, l'attente peut atteindre plusieurs heures avant la consultation.

P7 : *« Le gros problème surtout, c'est l'attente... dans la salle d'attente quoi... »*

#### **3.4.1.1. un problème d'organisation**

Pour les patients soulevant ce problème, c'est avant tout l'organisation de leur médecin généraliste qui ne répond pas à leurs attentes.

P6 : *« C'est plus un problème d'organisation que la consultation en elle-même qui peut poser problème »*

Et cette organisation jugée souvent inadaptée par les patients peut compliquer leur propre organisation et aggraver leur insatisfaction.

P8 : *« ce que je trouve très compliqué, c'est l'attente. Dans le coin, il y a très peu de médecins qui prennent sur rendez-vous en fait ! Donc on ne sait jamais combien de temps on va attendre... C'est un peu la galère pour s'organiser... »*

#### **3.4.1.2. un problème de mauvaise tolérance**

Les patients ont souvent une mauvaise tolérance de ce temps d'attente prolongée avant la consultation, source d'ennui, de stress ou de frustration.

P9 : *« la salle d'attente... On en a du chagrin de partir, on a des fois trois heures d'attente ! »*

Selon un patient, le vécu de ce problème d'attente prolongée peut être également difficile pour le médecin généraliste.

P8 : *« j'imagine que certains doivent mal le vivre, être tendus avec ça... les patients...p't-être même les médecins finalement... d'avoir autant de monde qui attend... »*

#### **3.4.1.3. des répercussions sur la consultation**

Cette attente prolongée en salle d'attente peut avoir des conséquences. Le plus souvent, les patients ont évoqué leur stress proportionnel au temps d'attente et aux nombres de patients installés en salle d'attente.

P8 : *« mais j'avoue que...bon....euh... la pression monte rapidement quand la salle d'attente est pleine... c'est...ça c'est un peu compliqué à gérer pour moi... »*

Selon les patients, ce stress peut avoir une répercussion négative sur leur tension artérielle

P4 : *« Bon, déjà, il y a l'attente qui nous stresse...quand tu vois quinze vingt personnes devant toi... on a tout de suite la tension qui a monté... elle me prend la tension j'ai 18 »*

Parfois cette attente prolongée a pour conséquence directe une impatience de la part des patients qui incitent leur médecin à accélérer la consultation. Il y a alors un risque de négliger voire d'oublier certaines demandes initiales.

P7: « ça fait deux heures que j'attends... euh...peut-être qu'il y a eu un truc pendant un moment mais que j'ai oublié parce que... au bout de deux heures, on a qu'une envie, c'est qu'il ausculte, qu'il nous donne l'ordonn...»

Face à cette affluence en salle d'attente, certains patients estiment que leur médecin ne peut pas être aussi disponible qu'ils le souhaiteraient.

P5: «quand tu vois la salle d'attente qu'est pleine, elle a pas l' temps!»

#### **3.4.1.4. des solution pour y remédier ?**

Proposer des consultations sur rendez-vous pourrait, selon certains patients, limiter le temps d'attente. Cela améliorerait le vécu des patients et des médecins ainsi que le déroulement de la consultation de suivi.

P8 : «peut-être de proposer des consultations sur rendez-vous... c'est une histoire d'organisation en fait...pour chaque médecin...et ça pourrait aussi du coup améliorer la consultation parce que bon, finalement, l'attente ça fait aussi partie de la consultation »

### **3.4.2. le problème du manque de médecins**

#### **3.4.2.1. un choix restreint de médecins**

Les patients évoquent parfois le choix limité de médecins sur le secteur géographique étudié. Mais globalement, ils sont satisfaits de leur médecin généraliste.

P6 : « Bon localement disons qu'on a pas trop le choix mais même si on a pas trop le choix, effectivement, on ne regrette pas notre choix... »

#### **3.4.2.2. la pression du temps qui risque d'altérer la qualité de la consultation**

Selon les patients, la pression du temps peut altérer la qualité de la consultation de suivi chez leur médecin généraliste. Ils évoquent le problème du manque de disponibilité de leur médecin pressé par le temps en cas de forte affluence. Ils attendent que leur médecin ne montre pas de précipitation lors de la consultation quel que soit le contexte. Mais ils admettent que la charge de travail de leur médecin est très voire trop importante.

P4 : «Bon je reconnais qu'on est dans un village où ils sont débordés, alors plus vite c'est fait, plus vite elle est tranquille. Quand c'est pas trop grave, elle va plus vite. C'est pas vraiment de sa faute, mais enfin...»

Toutefois, quelques patients estiment que leur médecin généraliste se montre toujours suffisamment disponible, même en cas de surcharge de travail.

P9 : « Elle prend le temps pour voir les clients... c'est important ! C'est pas parc' qu'elle a du monde que elle prend moins de temps, ah oui !... c'est pas parc' qu'i' y plein de monde que c'est... bâclé»

#### **3.4.2.3. savoir faire face à une charge de travail importante**

Pour les patients, l'importante charge de travail de leur médecin généraliste est problématique et préjudiciable pour une prise en charge optimale. Ils attendent que leur médecin sache faire face à cette surcharge de travail, bien qu'ils admettent que cela soit très difficile.

P2 : « *il y a tellement de manque de médecin, je comprends qu'ils ne peuvent pas recevoir tout le monde le matin ! C'est vrai...c'est compliqué parce que ils ont beaucoup de travail mais euh...Oh la la (souple), c'est vrai que...c'est un problème. »*

P7 : « *bon c'était chargé aussi chez lui, parfois c'était un peu plus à la chaîne... »*

En cas de consultation de suivi simple, sans problème surajouté ou demande complémentaire, certains patients acceptent facilement que la consultation soit rapide, ce qui pourrait permettre à leur médecin de limiter son retard éventuel.

P8 : « *si ça va bien, je n'ai pas beaucoup d'attentes, ça me dérange pas si ça va plus vite ! »*

Face à la surcharge de travail des médecins généralistes, une patiente évoque le risque d'épuisement professionnel et d'erreur médicale. Elle suggère aux médecins de se faire régulièrement remplacer pour limiter ces risques.

P9 : « *ça vaut mieux que d'être complètement débordée... 'y a l' risque de se tromper après... ou de... craquer, d' vouloir partir. Ah oui...vaut mieux savoir s' reposer quand i' faut, d' souffler pour être au mieux pour ses clients!...les docteurs... p't-être leur dire que si ils sont fatigués faut mieux s' faire remplacer, faut qu'ils s'écoutent aussi...bah c'est le comble si c'est le médecin qu'est malade après!»*

## **IV. PRISE EN CHARGE DE LA MALADIE CHRONIQUE**

### **4.1. La maladie chronique**

#### **4.1.1. La nécessité d'informer sur la maladie**

##### **4.1.1.1. savoir expliquer**

Les patients attendent des informations sur leur maladie chronique de la part de leur médecin généraliste.

P2 : « *Bah c'est vrai que des fois on aimerait bien avoir l'explication .. sur la maladie, des...des choses sur les périodes où ça va mieux, ça va moins bien... »*

Ils souhaitent que leur médecin leur explique les causes éventuelles de cette maladie et ses conséquences potentielles.

P4 : « *sur les maladies...la tension...les artères bouchées...la provenance, savoir d'où ça vient. »*

P3: « *expliquer, dire ce qu'on a, ce que c'est comme maladie, les conséquences que ça peut avoir...»*

##### **4.1.1.2. savoir prévenir**

Selon certains patients, le médecin généraliste a un rôle de prévention: il doit informer ses patients avant l'apparition d'éventuelles maladies chroniques.

P6 : « *mais c'est vrai que justement le médecin traitant est aussi là pour... euh... ouvrir les yeux... ça m'aurait sans doute averti... j'aurais peut-être repris le sport ! »*

Un patient souhaite davantage d'actes de prévention et de dépistage. Il pense que son médecin généraliste ne doit pas se limiter à la prescription de multiples examens complémentaires de suivi, une fois le diagnostic de maladie chronique établi.

P6 : *« la prévention, le... le dépistage... même avec un bilan minimum... Mais c'est vrai quand on voit tout ce qui est fait une fois que la maladie est déclarée, c'est de la prévention après coup... ça permettrait de dépister plus tôt, c'est un peu dommage quoi ! »*

Parfois, les patients souhaitent aussi recevoir plus d'informations sur les moyens de prévenir les complications potentielles de leur maladie ou de calmer leurs symptômes.

P4 : *« en nous disant en vous faisant ça ou ça, ça peut vous calmer, c'est sûr. Il y a des choses comme ça qui sont... euh... que m'intéresserait si elle en parlait plus »*

#### **4.1.1.3. savoir éclairer le patient**

Le plus souvent, les patients comptent sur leur médecin pour connaître la vérité sur leur maladie chronique, même en cas d'annonce difficile comme un diagnostic grave ou une complication.

P8: *« si 'y a quelque chose d'anormale ou de grave, il faut me le dire ! ...moi je préfère savoir !... Savoir où je vais et ce à quoi je dois me préparer ! »*

Les patients attendent que leur médecin généraliste ait un discours clair et franc mais sans être anxiogène pour autant: ils pensent que leur médecin doit expliquer mais également rassurer autant que possible.

P7 : *« Et puis il dramatise pas tout... en étant quand même strict sur ce qu'il faut faire. »*

P12: *« il a ni noirci ni blanchi le tableau, il m'a dit la vérité mais bon avec tact... bon sans m'effrayer mais sans me mentir non plus. »*

#### **4.1.2. La prise en compte des connaissances du patient**

Les patients souhaitent que leur médecin prenne en compte leurs connaissances éventuelles concernant la maladie chronique, sans les négliger ni les dévaloriser, tout en gardant son rôle de médecin et de guide de la consultation.

P6 : *« l'écoute du médecin, la prise en compte de ce que le patient lui dit. Ne pas s'en tenir qu'à ce que le médecin pense et... connaît... le patient, c'est lui qui se connaît le mieux. Bon c'est pas son métier ... de faire les causes à effets mais... il faut que le médecin il l'écoute aussi! Alors après faut qu'il fasse la part des choses mais prendre en compte ce qu'on lui dit, voilà...J' veux dire des fois c'est là où ça... ça coince ! »*

Selon eux, ces connaissances sont un élément positif qui permet au patient de s'approprier sa maladie chronique et son traitement et au médecin d'améliorer l'adhésion de son patient à la prise en charge. Ils font ainsi allusion à l'idée de « patient-expert ».

P1: *« j'arrive euh à m'autodoser parce qu'on connaît, on commence avec le temps à savoir quand on n'est pas...les symptômes... Mais il est vrai que c'est quand même intéressant d'en parler parce que...moi personnellement je me trouve mieux quand je suis plutôt dans les valeurs basses »*

### **4.1.3 La prise en compte du vécu du patient**

#### **4.1.3.1. prendre en compte la situation et l'environnement du patient**

Le médecin généraliste doit essayer de connaître et de prendre en compte la situation réelle et concrète de ses patients. Selon les patients, cela permet d'adapter correctement leur prise en charge médicale et d'améliorer leur observance.

P2 : *« que le médecin soit à l'écoute de comment on vit tous les jours... des choses concrètes »*

P1: *« essayer d'analyser et de voir ce qui peut être fait dans la réalité, concrètement! »*

#### **4.1.3.2. prendre en compte les symptômes du patient**

Pour les patients, il est nécessaire que leur médecin généraliste considèrent les symptômes qu'ils leur rapportent. Ils évoquent surtout des symptômes liés à leur traitement médicamenteux (signes fonctionnels permettant d'équilibrer le traitement, effets secondaires).

P1: *« je me trouve mieux quand je suis plutôt dans les valeurs basses »*

P11: *« si on a que'que chose qui va pas... savoir si ça peut pas venir des médicaments... »*

#### **4.1.3.3. prendre en compte le ressenti et le vécu du patient**

Les patients attendent que leur médecin prenne en compte leur vécu face à la maladie chronique et à son impact sur leur vie quotidienne.

P8 : *« De parler du regard des autres... de ce poids à porter souvent... je trouve que de parler de...de la vie... de comment je vais dans ma vie quoi... je trouve ça important »*

Les patients évoquent parfois leur peur et leur angoisse face à la maladie chronique qui peut avoir une répercussion sur leur prise en charge. Seul un patient nie toute peur face à ce suivi chronique.

P6 : *«Bon la maladie ça fait aussi un peu peur en elle-même...»*

P5 : *« moi, j'ai peur de rien, j'y vais...Ah, non... j'ai pas la trouille, ça c'est...c'est pas un problème! »*

La prise en compte du ressenti des patients face à la maladie peut également permettre au médecin d'ajuster correctement sa prise en charge. Il peut ainsi adapter la posologie d'un médicament ou une prise en charge non médicamenteuse comme la prescription de règles hygiéno-diététiques réalistes afin de permettre une meilleure observance du patient.

P2 : *« elle me dit est-ce qu'on pourrait actuellement baisser certaines choses ? Et suivant ce que je lui dis... bah là c'est peut-être pas le moment, selon les événements de la vie »*

P5: *«Bon après là où ce s'rait plus difficile c'est d'changer les habitudes...»*

## **4.2. Le traitement**

### **4.2.1. La nécessité d'expliquer l'ordonnance**

Les patients attendent des informations sur les ordonnances que leur délivre leur médecin généraliste.

P1: *« J'aime pas qu'on me prescrive sans rien dire, sans expliquer vraiment... l'explication de l'ordonnance, moi, je trouve que c'est très important, vraiment. »*

Parfois il existe une certaine ambivalence face à cette attente éventuelle d'informations.

P5 : « *Y a pas plus d'explications, non, non, elle dit vous continuez comme ça, c'est bien... si elle a programmé ça comme ça, c'est très bien.* » ... « *si elle me disait... prenez ce médicament là, ça va vous aider à vous remonter la santé assez vite...d'avoir les explications, ça aide aussi quoi!* »

Une patiente souhaite plus d'informations sur son traitement de la part de son médecin généraliste.

P4 : « *je trouve qu'on discute pas trop non plus des médicaments... Y a pas vraiment d'explications... Mais d'avoir plus d'informations quoi... elle m'a donné des médicaments, je ne sais même pas à quoi ça sert alors... Carrément qu'elle me dise je vous donne ça pour ça et ça... »*

Pour les patients, les informations sur le traitement prescrit incombent essentiellement à leur médecin généraliste, même si le pharmacien peut aussi avoir un rôle complémentaire à ce niveau.

P3: « *expliquer l'ordonnance avant de sortir c'est important je trouve. Qu'on se retrouve pas avec des questions une fois rentré à la maison...à la pharmacie, ils nous redisent mais ils ne savent pas toujours exactement pourquoi ça a été prescrit... Donc c'est mieux de voir ça avec son médecin* »

P9 : « *je me fais toujours expliquer à la pharmacie... ils mettent sur les boites tout ça... c'est vrai c'est plus le pharmacien que l' médecin qui m'explique comment... pour prendre mes médicaments »*

#### **4.2.1.1. l'introduction d'un traitement chronique**

Seule une patiente évoque clairement le début de son traitement médicamenteux chronique. Les informations initialement données par son médecin sur ce nouveau traitement l'ont aidée à mieux accepter cette prise médicamenteuse quotidienne.

P3: « *après bah on a commencé le traitement. Elle m'a expliqué que ça ferait baisser le cholestérol plus vite, que ça devrait être plus efficace. Donc j'ai accepté... »*

#### **4.2.1.2. la nature du traitement**

Quelques patients attendent que leur médecin généraliste leur explique la nature du traitement qu'il leur prescrit (nom du médicament, classe thérapeutique).

P1 : « *moi j'aime bien qu'on me dise ce qu'on m'a prescrit, pourquoi, qu'on m'explique, ça c'est très important. »*

Une patiente souhaite que son médecin lui précise s'il s'agit d'un médicament générique ou d'une molécule princeps.

P1: « *J'aime bien... Et aussi savoir si on m'a prescrit le générique ou le vrai médicament...* »

#### **4.2.1.3. les bénéfices attendus**

Quelques patients attendent des explications sur les bénéfices attendus de leur traitement. Cela les rassure sur leur prise en charge médicale.

P2 : « *Donc peut-être plus d'explications, pour être rassurer, sur... sur le pourquoi on prend XANAX... à cette quantité quoi... à quoi ça sert* »

#### **4.2.1.4. les effets secondaires**

Les patients estiment que leur médecin généraliste doit prévoir et gérer l'apparition d'éventuels effets secondaires liés à leur traitement de fond.

P7 : « *après tous les médicaments ont des effets indésirables, ça bon, c'est pas de notre ressort, c'est du ressort des médecins...* »

Ils attendent des informations sur les effets indésirables potentiels. Mais certains patients ne souhaitent pas en avoir la liste exhaustive qui risquerait d'être anxiogène voire de produire un effet nocebo.

P1: « *Après éventuellement aussi les effets secondaires possibles, peut-être sans trop rentrer dans les détails parce que...après forcément on les a tous! (Rires)*»

Certains effets indésirables peuvent ne pas être repérés par le patient. Le médecin généraliste a un rôle à jouer dans ce sens. Parfois le patient ne ressent pas l'effet secondaire du traitement. L'interrogatoire précis du médecin permet de le mettre en évidence.

P7 : « *il...m' demande. Je lui dis ah oui c'est vrai j'ai une petite quinte de toux, bah il dit ça, ça peut être le...un traitement pour la tension... j'y pensais plus parce que c'est pas.. on se sent pas malade ! Et en fin de compte il suit, il fait attention* »

Si le patient perçoit l'effet indésirable comme un effet bénéfique, le rôle du médecin est essentiel afin d'en limiter les conséquences délétères pour la santé du patient.

P1: « *je me trouve mieux quand je suis plutôt dans les valeurs basses et... le médecin traitant m'a dit que ce n'était pas toujours très bon au niveau cardiaque...*»

#### **4.2.1.5. la polymédication**

La polymédication semble problématique pour certains patients. Un patient pense que le traitement prescrit par son médecin généraliste est trop lourd, faisant indirectement allusion à son attente de déprescription.

P5 : « *elle m'en donne même p't-être de trop...*»

Pour certains patients, il est important que leur médecin généraliste aborde régulièrement le problème de la polymédication. Cela permet de discuter d'un éventuel allègement de leur traitement.

P2 : « *quand elle me dit quand je vois tout ce que vous prenez déjà... c'est un peu lourd quoi...* »

Une patiente, pourtant lourdement polymédiquée, estime que son médecin répond à ses attentes en limitant ses prescriptions médicamenteuses.

P7 : « *Il est pas non plus à bourrer de... à donner trop de médicaments (Rires)* »

#### **4.2.1.6. la galénique**

L'impact de la galénique de certains médicaments est rarement abordé par les patients. Ils attendent parfois que leur médecin généraliste adapte la galénique en fonction du contexte médical ou de leurs préférences. L'objectif est d'améliorer leur observance .

P1: *« et voir...la sorte de médicament la plus adaptée, si c'est plutôt en poudre, en sachet, en comprimé... essayer de voir s'il y a d'autres solutions plus adaptées... pour le prendre... »*

#### **4.2.1.7. les modalités de prise**

Selon les patients , le médecin doit leur expliquer les modalités de prise des médicaments prescrits. Cela permet de limiter le risque d'erreur.

P3: *« d'expliquer le traitement, comment il faut le prendre...s'il y a besoin avec ou sans... »*

Les principales informations attendues sont les horaires de prise des médicaments, notamment le moment le plus adapté par rapport aux repas.

P4 : *« Mais à quel moment le prendre. Est-ce qu'on le prend le matin de bonne heure, est-ce qu'on le prend le midi, le soir? C'est plus les informations...euh...techniques... »*

#### **4.2.1.8. les explications orales en complément des explications écrites**

Les patients attendent que leur médecin généraliste leur explique clairement sa prescription avant de leur remettre l'ordonnance. Certains estiment que des informations orales sont nécessaires en complément des indications écrites sur l'ordonnance. Selon eux, ce sont les informations orales données lors de la consultation qui priment et qu'ils retiennent principalement.

P3: *« je le prenais toujours le matin... c'est...à la pharmacie qu'on m'a dit...que les médicaments comme ça c'était à prendre le soir... Je regarde l'ordonnance et c'est bien écrit toujours le soir!!... mais c'est comme on en avait jamais vraiment parlé, j'avoue que j'avais pas fait attention. »*

Certains patients notent eux-même sur l'ordonnance des indications transmises oralement par leur médecin généraliste.

P9 : *«elle m'a dit... c'est pour... l'estomac... j'ai noté tout ça pour m' rappeler...su' l'ordonnance... parc' que c'est pas toujours facile... les noms des médicaments... savoir pour quoi c'est fait...»*

### **4.2.2. Discuter des modifications du traitement médicamenteux**

#### **4.2.2.1. l'attente d'informations**

Les patients évoquent souvent la possibilité que leur médecin généraliste modifie leur traitement chronique. Ils ne s'opposent pas à ces modifications mais attendent des explications voire une justification de la part de leur médecin généraliste.

P1: *« si on doit changer un peu mon traitement, il faut me l'expliquer aussi... pourquoi... Je veux dire ça peut simplement suffire pour que je l'accepte assez facilement...»*

P7 : *« Faut quand même que le médecin justifie pourquoi lui il pense que bah... que ça va pas et qu'il faudrait faire autre chose.»*

Parfois la perspective d'une modification de traitement est anxiogène pour le patient car cela peut signifier qu'il existe un problème sous-jacent. C'est pourquoi les explications du médecin généraliste sont importantes dans ce contexte.

P3: *«Je me dis que si elle veut changer c'est qu'il y a quelque chose quelque part, ou que les analyses sont pas bonnes»*

Seul un patient n'attend aucune explication en cas de changement de son traitement habituel. Il s'en remet entièrement à son médecin et applique ses prescriptions.

P5: *«Si elle me dit il faut changer le traitement, bah...j'le change, je suis ce qu'elle me dit!...Elle a pas besoin d' rentrer dans les détails, si elle me dit on change, on change! Moi, je suis bête et discipliné»*

Les ressentis des patients sont variables face à ces modifications potentielles de traitement. Beaucoup semblent confiants et sereins, après quelques explications de leur médecin. D'autres sont plus réticents ou anxieux vis-à-vis de ces changements potentiels et semblent avoir besoin d'être davantage rassurés par leur médecin.

P7 : *«Donc si il change quelque chose et qu'il l'explique, moi, je suis en confiance»*

P2 : *«c'est pas toujours facile le changement... Donc peut-être plus d'explications, pour être rassurée... C'est sûr... euh... Il y a des choses qui sont...difficiles à accepter... il faut voir...»*

#### **4.2.2.2. la substitution d'un médicament chronique**

La substitution d'un médicament chronique par un autre est peu évoquée. Dans ce cas, la perspective d'un bénéfice potentiel permet aux patients d'accepter assez facilement ce changement.

P4 : *« parce que bon si c'est elle qui juge que le médicament qu'elle m'a donné avant était pas bon et que celui-là est meilleur, qu'il va me soulager plus vite, je suis d'accord... »*

Ces patients attendent des explications car ce changement peut révéler un problème de tolérance d'un traitement antérieur ou l'évolution de la maladie chronique qu'ils ne perçoivent pas toujours.

P3: *« Là il me faut un peu plus d'explications parce que je me dis que si mon corps il réagit bien, pourquoi changer, quoi... »*

#### **4.2.2.3. l'ajout d'un médicament chronique**

Les patients sont plus réticents à l'ajout potentiel d'un médicament à leur traitement chronique. Ils craignent les risques liés à la polymédication. Ils attendent encore plus fermement des explications dans ce contexte.

P4 : *« Pareil s'il fallait rajouter des médicaments...Tout dépend... parce que si c'est pour me donner la même chose, c'est pas la peine d'en avoir deux pareil, ou c'est plus fort ou c'est moins fort... »*

Les patients acceptent plus facilement l'ajout d'une molécule supplémentaire s'il y a un espoir d'amélioration de leurs symptômes et la possibilité de revenir sur cette décision médicale selon leur tolérance et l'évolution clinique sous ce nouveau traitement.

P4 : *« si j'ai vraiment trop mal, à ce moment je vais accepter ses conditions et faire un essai »*

#### **4.2.2.4. la déprescription**

Une diminution de la posologie des médicaments chroniques est attendue par certains patients. Cette diminution est parfois plus facile à envisager par les patients qu'un arrêt définitif.

P2 : « *Donc c'est vrai que diminuer j'aurais moins de mal mais l'arrêter ça serait beaucoup plus difficile !* »

L'arrêt d'un médicament chronique soulève souvent plus d'interrogations de la part des patients, notamment sur la toxicité éventuelle du médicament concerné.

P4 : « *s'il fallait... qu'elle nous dise demain on n'a plus le droit à prendre ça, on lui poserait déjà la question pour quelle raison... est-ce que c'est nocif pour nous?* »

La réaction des patients face à la proposition de l'arrêt d'un médicament est variable. Parfois ils en sont satisfaits et cet arrêt potentiel est une attente positive.

P3: « *je me dis au contraire moins t'en prends mieux c'est !* »

P11 : « *moi j'aimerais bien...qu'on diminue, qu'elle m' les arrête! Donc si elle en arrête, ça pose pas d' problème, au contraire (Rires)* »

D'autres patients ressentent plutôt cet arrêt comme une contrainte imposée et devant laquelle ils n'ont pas le choix.

P4 : « *Pourquoi on n'a plus le droit...? savoir pourquoi on serait obligé d'arrêter...* »

Une patiente ne parvient pas à envisager l'arrêt d'un traitement chronique. Cette situation lui fait peur.

P2 : « *Je crois aussi que j'ai la peur de... que ça aille pas... c'est pour ça que je veux pas baisser... mais je pense que si elle me dit faut l'arrêter je pense que...pffff* »

Le problème de la dépendance à certains médicaments et le risque de syndrome de sevrage est aussi une crainte des patients.

P2 : « *je sais pas si c'est psychique ou quoi mais...euh...quand je le prends pas je dors pas !* »

P4 : « *on s'arrêterait, on serait huit jours sans dormir...* »

#### **4.2.3. La nécessité de réévaluer régulièrement le traitement chronique**

Bien que les patients décrivent eux-même la consultation de suivi comme un "renouvellement de traitement", ils attendent souvent une réévaluation régulière de ce traitement. Cela permet de vérifier s'il est toujours adapté et indiqué, s'il est bien toléré et s'ils en ont bien compris les modalités.

P6 : « *on continuait... on se posait plus la question, est-ce qu'on continue ou pas* »

P11 : « *si on a que'que chose qui va pas... savoir si ça peut pas venir des médicaments* »

P3: « *refaire le point souvent pour être sûr qu'on a bien tout compris du traitement* »

#### **4.2.4. Les autres thérapeutiques non médicamenteuses sur l'ordonnance**

Les thérapeutiques non médicamenteuses que le médecin généraliste peut prescrire sont rarement évoquées par les patients. Selon quelques patients, ces alternatives non médicamenteuses peuvent limiter la prise de médicaments supplémentaires.

P7 : *« il a peut-être des méthodes bon, ça peut être contraignant de se masser tout ça mais n'empêche que c'est efficace et ça peut éviter de prendre encore d'autres médicaments! »*

D'autres patients attendent des recommandations ou des conseils écrits sur leur ordonnance.

P1 : *« sur l'ordonnance...éventuellement parfois on peut aussi noter des conseils, moi je trouve ça bien...je pense que des fois ça peut être intéressant... d'avoir...des choses écrites, voilà»*

#### **4.2.5. Discuter de l'automédication**

Les patients abordent parfois l'automédication avec leur médecin généraliste. Ils apprécient les conseils de leur médecin pour les guider dans le choix de molécules à usage courant, souvent en libre accès, afin de limiter les risques d'interactions avec leur traitement chronique ou de contre-indications liées à leur maladie chronique.

P11 : *« si j' prends quelque chose de moi-même... j' lui en parle. Parce qu'une fois, j' lui ai dit que j' prenais des Nurofen et elle m'a dit qu'il fallait pas... parc' que c'est dangereux avec le « Plavic » et le le... l'aspirine... Elle m'a dit de prendre simplement du Doliprane ou Upsa, voilà, c'est tout. »*

### **4.3. Les examens complémentaires et consultations spécialisées**

#### **4.3.1. Les informations sur les explorations**

##### **4.3.1.1. des informations attendues**

Les patients attendent des informations sur les éventuels examens complémentaires prescrits par leur médecin généraliste.

P6 : *« expliquer...si on doit faire des examens... ça se fait spontanément. Et ça c'est important. »*

Pour eux, il est plus rassurant de recevoir ces informations de la part de leur médecin généraliste prescripteur que d'une autre source, notamment via internet.

P7 : *« si on a un examen à faire, bon, on sait pourquoi on y va... on va pas se jeter sur la tablette en rentrant, sur internet...On rentre avec les informations qu'il faut à la maison. »*

En recevant les informations nécessaires, les patients ont un meilleur vécu de ses prescriptions d'examen complémentaires qui ne leur sont pas imposées d'emblée sans explications.

P2 : *« Elle m'explique pourquoi il faut faire ça quoi... C'est pas faut faire ça, point... voilà, les explications, c'est important... »*

Seule une patiente considère ne pas recevoir suffisamment d'informations de son médecin généraliste sur les prescriptions d'examens complémentaires. Elle exprime son incompréhension voire son désarroi à la découverte de prescriptions qui n'auraient pas été expliquées au cabinet.

P4 : *« comme là elle m'a recommandé une prise de sang... je ne sais même pas pour quelle raison... j'aurais aimé qu'elle me dise pourquoi... Je ne sais même pas pour quelle raison je dois la faire... On rentre à la maison, on regarde les ordonnances: et là je vois...prise de sang! »*

#### **4.3.1.2. l'absence de demande d'informations**

De rares patients n'attendent aucune information particulière de leur médecin généraliste en cas de prescription d'examens complémentaires.

P5 : *« C'est pareil si elle veut que je fasse un examen, comme un radio ou une prise de sang ou quoi...Bah, moi, si elle me dit faut faire ça, moi je le fais, j'suis pas têtue pour ça! »*

Ils ont confiance en leur médecin et considèrent que ces examens sont justifiés si leur médecin les prescrit, avec pour objectif l'optimisation de leur prise en charge.

P3: *« j'ai pas forcément besoin qu'on m'explique trop pourquoi on me fait tel examen...si elle me demande autre chose, c'est parce que je viens parce que j'ai quelque chose...elle me dit vous faites ça et là je me dis si elle me fait ça et puis qu'après elle a les résultats pour faire ce qu'il faut »*

Pour autant, ces patients ne sont pas opposés à d'éventuelles explications complémentaires de leur médecin, même s'ils ne sont pas en demande d'emblée.

P5 : *« Si elle m'en donnait des informations, ça serait pas plus mal peut-être! »*

#### **4.3.2. L'acceptation des examens complémentaires**

Globalement, les patients acceptent facilement la prescription d'examens complémentaires, sous réserve d'explications adéquates. En cas de réticence, le patient est d'autant plus demandeur d'informations, notamment sur l'objectif de l'examen et son intérêt dans sa prise en charge médicale.

P1: *« A partir du moment où il y a une explication, ça ne me pose pas de problème. »*

P2 : *« si jamais je ne suis pas d'accord sur un examen ou autre...il faut vraiment qu'elle m'explique...dans quel but il faut faire ça... pourquoi elle veut me faire faire ça quoi »*

##### **4.3.2.1. l'attente de prescription d'examens complémentaires**

Les patients sont parfois en attente de prescriptions d'examens complémentaires régulières.

P6 : *« faire une prise de sang par an passé cinquante ou cinquante cinq ans... ça permettrait de dépister plus tôt, c'est un peu dommage quoi ! »*

P10 : *« souvent j' lui d'mande pour une prise de sang... j'aime bien vous savez la totale tout »*

Selon eux, ces prescriptions d'examens sont le reflet d'une prise en charge médicale de qualité.

P7 : *« il m'a fait faire passer une radio... il fait attention quoi, on se sent pris en charge. »*

#### **4.3.2.2. la nécessité d'une certaine pression du médecin**

Bien qu'ils acceptent facilement la prescription d'examens complémentaires, certains patients ont parfois des difficultés à passer effectivement ces examens.

P3 : *« j'ai quand même été chez le phlébologue. Ça fait deux ans qu'elle m'avait prescrit le papier »*

Pour eux, il est nécessaire que leur médecin insiste et exerce une certaine pression pour qu'ils les réalisent: en répétant sa demande, en délivrant à plusieurs reprises l'ordonnance voire en insistant sur les risques encourus en ne réalisant pas l'examen.

P3: *« je pense que d'en reparler à chaque fois... le fait de me faire un peu...peur...que... de pas le faire ça pourrait avoir des conséquences, bah...du coup j'y suis aller... de me le prescrire, je me suis dis...elle va pas me la refaire à chaque fois cette ordonnance quand même! »*

P10 : *« j' crois pour j'y aille vraiment, faudrait qu'i' m' fasse peur... Si j'sais...qu' c'est grave, je frai n'importe quoi...si j'ai peur...là j' vais y aller... c'est un peu idiot mais bon on est comme on est ! »*

Parfois, ces patients attendent que leur médecin leur impose quasiment la réalisation rapide des examens complémentaires prescrits en leur demandant de lui rapporter les résultats dès la consultation suivante.

P3: *« je crois qu'il faut plutôt qu'elle me dise je vous fais faire tel... examen... vous le faites et vous revenez avec les résultats la prochaine fois... comme ça j'ai pas vraiment le choix...Enfin disons que je... le ferai plus rapidement! »*

#### **4.3.2.3. le problème des pathologies asymptomatiques**

Les patients temporisent souvent la réalisation des examens complémentaires en cas d'absence de signes fonctionnels : il leur est plus difficile de percevoir un bénéfice à la réalisation de ces examens s'ils ne ressentent aucun symptôme ni aucune gêne.

P3: *« Elle me dit mais si il y a vraiment quelque chose de grave, on le sait comment? Bah oui, je sais bien mais comme je n'ai pas mal...»*

Parfois, les patients évaluent leur état de santé en fonction du nombre d'examens complémentaires prescrits : plus leur médecin leur prescrit d'examens, plus ils se sentent malades, et inversement. Mais un patient admet que cette perception de la prise en charge médicale est une manière de fuir la réalité des faits.

P6 : *« évidemment moi, moins je faisais d'examens, mieux je me portais...enfin je croyais... faut dire qu'on est sans doute tous un peu pareil là-dessus... tête dans le sable, à faire l'autruche... »*

#### **4.3.2.4. le problème des examens multiples**

La prescription d'examens multiples et répétés est souvent un problème pour les patients. Ils admettent que ces examens permettent de déceler précocement une complication ou un problème de santé surajouté. Mais ils trouvent souvent cela très contraignant, voire disproportionné et excessif. Ils attendent que leur médecin ajuste ses prescriptions en fonction du contexte clinique et qu'il sache temporiser certains examens en fonction de l'évolution.

P3: « on a un médecin qui veut un peu trop approfondir alors il vous envoie voir untel...les radios...on y va partout, les laboratoires c'est pareil... si il y a quelque chose il va pas passer à côté...je me dis tout tout d'un coup, ça fait peut-être trop...en même temps de trop attendre sans rien faire s'il y a des choses... Donc entre les deux, au fur et mesure en fonction de ce que c'est! »

#### **4.3.2.5. le problème de l'accessibilité aux soins**

Le problème d'accessibilité aux soins peut constituer un frein pour la prescription d'examen complémentaires par le médecin généraliste et pour leur réalisation par le patient. La distance géographique avec les difficultés de transports potentiels en milieu rural peuvent être un obstacle en cas de nécessité de déplacements importants ou répétés pour des soins ou des consultations spécialisées. Le manque de professionnels de santé majore les délais de rendez-vous souvent considérables. Les patients attendent que leur médecin généraliste prenne en compte cet aspect organisationnel lors de ses prescriptions.

P4 : « C'est pas que ça me gênerait tout ça simplement c'est les kilomètres à aller faire »

P10 : « bah j'y ai été mais faut prendre rendez-vous dans trois mois... j'ai abandonné. »

#### **4.3.3. La nécessité d'informer sur les résultats des examens complémentaires**

Les patients attendent que leur médecin généraliste les informe sur les résultats des examens complémentaires prescrits, surtout en cas d'anomalie ou de diagnostic grave.

P6 : « Par exemple d'expliquer ... des résultats d'examen...ça c'est important. »

P8 : « si y a quelque chose d'anormale ou de grave, il faut me le dire !...moi je préfère savoir ! »

Une patiente souhaite même que son médecin généraliste la contacte directement en cas d'anomalie significative de ses résultats.

P3: « ce qui est important, c'est que si il y a quelque chose, qu'elle m'appelle! Ça, ça pour moi, c'est important... donc si il y a quelque chose d'important, il faut qu'elle me le signale! »

#### **4.3.4. La prise en compte de l'intervention d'autres médecins ou professionnels de santé**

##### **4.3.4.1. savoir interroger sur une prise en charge médicale parallèle**

Pour certains patients, leur médecin généraliste doit les interroger sur l'existence d'une prise en charge par d'autres professionnels de santé avec d'éventuelles prescriptions associées.

P3: « savoir si éventuellement je prends pas autre chose pour une autre maladie que j'ai... si je prends pas un autre traitement par un autre médecin. »

##### **4.3.4.2. savoir orienter le patient vers d'autres intervenants**

Les patients attendent que leur médecin les oriente vers un médecin spécialiste ou un professionnel de santé approprié si leur situation clinique le nécessite.

P6 : « entre ça [la rééducation], la diététique, les conseils par rapport au tabac, l'alcool... c'est vrai que le médecin traitant... il peut pas faire tout ça... faudrait se voir tous les trois jours... »

Les patients souhaitent souvent d'être orientés par leur médecin généraliste vers le médecin spécialiste le plus indiqué selon le contexte médical. Un patient attend même que son

médecin généraliste l'oriente d'emblée pour tout nouveau symptôme décrit qui nécessiterait potentiellement une prise en charge spécialisée.

P7 : « *Et puis d'être orienté, si faut être orienté, vers le bon spécialiste* »

P6 : « *et de ne pas hésiter à envoyer le patient vers... vers un spécialiste si 'y a le moindre truc.* »

La prescription de soins paramédicaux comme la kinésithérapie et le suivi par une diététicienne est rarement évoquée par les patients.

P7 : « *ça prend du temps... Donc voilà, peut-être d'orienter, de guider vers une diététicienne*»

P4: «*Aller voir le kiné*»

#### **4.3.4.3. savoir centraliser les informations**

Selon les patients, le médecin généraliste doit centraliser toutes les informations médicales les concernant.

P6 : « *Effectivement, c'est le seul qui va avoir toutes les infos à la limite à tout instant...* »

Chacun doit œuvrer pour que le médecin généraliste soit informé des différents éléments du dossier médical du patient : le médecin généraliste mais aussi les spécialistes et le patient lui-même.

P6 : « *que le spécialiste...qu'il fasse vraiment... information auprès du médecin traitant... moi je fais en sorte qu'il soit au courant de tout, qu'il ait les résultats, tout ça, ça aussi c'est important qu'il sache pour nous suivre correctement, ça paraît normal.* »

#### **4.3.4.4. savoir coopérer avec les autres professionnels de santé**

Certains patients souhaitent une coopération entre leur médecin généraliste et les autres professionnels de santé. Ils pensent souvent que leur médecin généraliste doit suivre les prescriptions des médecins spécialistes consultés.

P5 : « *Déjà pour me donner les médicaments, faut qu'elle suive les spécialistes.*»

Un patient ne souhaite pas que son médecin généraliste critique négativement et ouvertement devant lui les médecins spécialistes vers qui il l'oriente. Cela le mettrait dans une position incertaine donc insatisfaisante entre l'avis du généraliste et l'avis du spécialiste d'organe. Ce type d'attitude pourrait altérer sa confiance en son médecin généraliste et remettre en cause sa prise en charge médicale.

P6 : « *c'est pas facile, pour un patient... d'être entre deux, entre le spécialiste et le généraliste... c'est bien pour le patient, de discuter de la prise en charge globale sans avoir une critique acérée du confrère...qui peut nous gêner, nous en tant que patient... on ne sais plus trop à qui il faut faire confiance après...De pas dire, ça, ce qu'il a prescrit, le spécialiste, ça me plaît pas, je ne vous le remet pas, point final !* »

Ce patient attend au contraire une prise en charge pluridisciplinaire avec une alliance entre les différents intervenants médicaux en évitant les conflits. Selon lui, le médecin spécialiste d'organe dicte la prise en charge dans son domaine et le médecin généraliste supervise la prise en charge globale du patient.

P6 : « ne pas être en bagarre entre guillemets avec les spécialistes, vraiment travailler globalement avec... parce que le diabétologue, c'est sa spécialité... on peut supposer que c'est lui qui pilote. Le médecin traitant lui, par contre... il faut que tous ces gens là soient au courant de ce que chacun fait, de façon à avoir un suivi transversal après... »

#### **4.3.4.5. le problème des consultations non orientées par le médecin traitant**

Certains patients consultent parfois sans être orientés par leur médecin traitant, soit sur le conseil d'un autre spécialiste, soit par opportunité par l'intermédiaire d'un proche. Ils attendent que leur médecin généraliste accepte facilement ces éventuelles consultations hors "parcours de soin", qu'il soit compréhensif et se préoccupe avant tout de l'intérêt de son patient.

P7 : « je vais voir le cardiologue... par l'intermédiaire de ma nièce... J'avais un peu peur qu'il le prenne mal mais non... c'est bien aussi qu'il accepte que parfois, on prenne une initiative quand on a l'opportunité... pas pour tout mais là... il comptait me faire ce bilan... on allait dans le même sens »

## **4.4. L'éducation thérapeutique**

### **4.4.1. L'importance des explications régulières**

#### **4.4.1.1. l'attente d'informations spontanées**

Les patients attendent des informations spontanées de leur médecin généraliste concernant leur suivi médical. Ils préfèrent souvent que leur médecin anticipe leurs éventuelles questions.

P6: « Par exemple d'expliquer s'il y a des anomalies... ou si on doit faire des examens... Ça il le fait à chaque fois... ça se fait spontanément... comme on se sent à l'aise avec lui, on lui pose facilement des questions mais c'est vrai que... c'est encore mieux quand ça vient de lui d'emblée ! »

#### **4.4.1.2. l'attente d'informations progressives**

Les patients souhaitent des informations progressives au fil des consultations de suivi. Cela permet une meilleure assimilation de ces informations et améliore l'observance du traitement ou l'application de règles hygiéno-diététiques.

P3: « Elle m'avait dit là pendant six mois vous limitez le fromage... après elle m'a expliqué le reste, pas manger trop de trucs gras, faire attention avec les sauces. Elle m'a expliqué au fur et à mesure »

Cela permet également de s'adapter à la réaction du patient, notamment à l'annonce d'un diagnostic. Les patients attendent alors que le médecin ne délivre pas toutes les informations en une seule fois mais au contraire qu'il sache temporiser et revenir sur les informations précédentes.

P8 : « je pense que s'il m'avait dit autres choses, des explications ou autres... je n'aurais rien entendu de toutes façons... il m'a dit prenez le temps de digérer un peu tout ça, revenez demain matin ça sera mieux pour en reparler, vous aurez des questions... j'étais moins perdu que s'il m'avait tout... tout balancé en une fois et voilà au revoir monsieur, débrouillez vous avec tout ça ! »

#### **4.4.1.3. l'attente d'informations répétées**

Les patients attendent des informations régulières et répétées. Leur médecin doit faire régulièrement le point sur leur bonne compréhension globale du suivi et revenir sur des informations déjà délivrées antérieurement si nécessaire.

P1: *« voir s'il y a besoin de redonner des explications, réexpliquer plusieurs fois ou même à chaque fois surtout s'il y a des traitements lourds où on peut oublier facilement des choses importantes »*

#### **4.4.1.4. la nécessité de trier les informations**

Une patiente pense que son médecin généraliste doit savoir trier les différentes informations:

- les informations de sources diverses connues du patient et plus ou moins fiables,

P1: *« parce que par exemple pour le calcium j'ai un peu tout entendu...un coup on me dit qu'il faut le prendre pendant les repas, un coup on me dit qu'il faut le prendre en dehors des repas...»*

- les informations indispensables au patient pour une bonne appréhension de son suivi médical,

P1: *« les effets secondaires... les points qui peuvent être très importants dans certains médicaments »*

- et les informations éventuellement utiles mais facultatives, à adapter selon le patient.

P1: *« Après éventuellement aussi les effets secondaires possibles, peut-être sans trop rentrer dans les détails parce que...après forcément on les a tous! »*

#### **4.4.2. La nécessité d'analyser les modes de vie et l'environnement du patient**

Les patients apprécient que leur médecin généraliste s'intéresse aux aspects concrets de leur vie dans différents domaines, pour adapter au mieux leur prise en charge.

P2 : *«que le médecin soit à l'écoute de comment on vit tous les jours... des choses concrètes»*

##### **4.4.2.1. l'alimentation**

L'élément de mode de vie le plus souvent cité par les patients est l'alimentation. Ils souhaitent que leur médecin s'y intéresse de façon concrète.

P7 : *« Et puis prendre en compte comment ça se passe en réalité... bon par exemple pour mon mari, finalement c'est plus à moi qu'il faut donner des explications sur la cuisine parce que c'est pas lui qui tient le... les manches de casseroles !»*

Les représentations et connaissances des patients vis-à-vis de l'alimentation peuvent être très différentes des recommandations de leur médecin généraliste. Les patients attendent que leur médecin les prenne en compte afin d'adapter au mieux ses conseils.

P1: *« dire...il faut faire attention à ce que vous mangez...peut-être que... j'ai l'impression de faire attention et peut-être que ce que je fais en réalité c'est pas bien..d'aller creuser un peu..du concret »*

#### **4.4.2.2. l'environnement social**

Les patients apprécient que leur médecin s'intéresse à leur environnement familial et professionnel qui a un impact sur leur mode de vie, leur santé, leur bien-être et potentiellement sur leur prise en charge médicale et ses applications au quotidien.

P2 : « *je suis arrivée à un âge où le soir j'arrive, j'ai plus d'enfants... »*

P8 : « *si je suis...en couple ou pas...il me rappelle...qu'il faut utiliser les préservatifs... »*

P4 : « *comme là mes mains... c'est dû à mon travail*»

P8 : « *Il sait que j'ai un boulot stressant et on en parle souvent. »*

Selon les patients, certains événements de la vie peuvent également avoir des répercussions sur leur état de santé. Ils attendent que leur médecin généraliste s'en préoccupe, voire les aide à les surmonter, par exemple en se confiant.

P2 : « *c'est vrai qu'elle nous demande, c'est si on veut hein, c'est...Mais est-ce qu'il y a eu un événement qui a fait que vous ayez... ça c'est important je trouve...»*

P8 : « *J'ai un ami qui est... qui est décédé dans un accident de voiture en début d'année, j'ai été le voir pour... pour en parler, pour me confier un peu... ça m'a aidé... »*

#### **4.4.2.3. les loisirs et les addictions**

Les activités de loisirs, principalement les activités physiques, sont parfois évoquées par les patients. Selon eux, l'impact positif potentiel de ces activités sur la santé et le bien-être doit être mis en avant par leur médecin généraliste. Quelques patients évoquent également les conséquences négatives potentielles de leurs activités physiques et attendent que leur médecin sache les conseiller et les encadrer afin de limiter ces effets délétères possibles sur leur santé.

P2 : «  *finalement l'activité physique ça...ça ferait pas de mal. Entre copines...euh...on voit d'autres choses, d'autres personnes et je trouve que ça c'est très bien quoi... C'est vrai qu'en plus on a diminué le LAROXYL et le... le XANAX suite à ça, oui... oui... »*

P7 : « *après mon AVC...je lui dis c'est de la gym douce...alors il m'a dit d'accord et il a souligné gym douce (Rires). Il dit autrement pas euh...de sports trop violents»*

Lors de leur suivi chronique, les patients attendent parfois que leur médecin généraliste recherche et évalue d'éventuelles addictions qui peuvent avoir un impact négatif sur la santé.

P6 : « *Bon on avait fait le point sur le tabac avec lui»*

P10 : « *Bon il m' demande par moment la boisson ?»*

#### **4.4.3. L'acceptation des règles hygiéno-diététiques**

##### **4.4.3.1. la nature des règles hygiéno-diététiques**

Les principales règles hygiéno-diététiques évoquées par les patients interrogés sont la limitation de l'apport lipidique et sodé ainsi que l'activité physique régulière.

P2 : « *elle m'avait dit de faire attention au sel, au gras et puis de faire du sport aussi. »*

Selon les patients, le médecin généraliste doit présenter les règles hygiéno-diététiques comme des mesures complémentaires à leur traitement médicamenteux. Ces mesures peuvent même être le traitement de première intention, à poursuivre une fois un éventuel traitement médicamenteux prescrit. Il est parfois également nécessaire de bien prendre en compte le traitement médicamenteux prescrit pour adapter les règles hygiéno-diététiques et éviter d'éventuels effets délétères.

P3: « finalement ça a rien fait changé, elle a quand même dû me prescrire le traitement... Bon elle m'a expliqué qu'il fallait quand même continuer de faire attention... »

P6 : « je fais aussi de la marche active... tellement active que des fois pfff (souffle)... avec le... le Sectral... au début, c'est pas facile de doser le...l'effort... »

#### **4.4.3.2. des règles hygièno-diététiques souvent bien acceptées**

Beaucoup de patients interrogés acceptent facilement les règles hygièno-diététiques prescrites par leur médecin généraliste.

P2 : « Mais bon, moi, j'ai pas trop de mal à accepter tout ça, tous ces trucs... Non je crois que si vraiment j'avais besoin de supprimer un truc, je pense que j'y arriverais... »

Mais pour eux, les restrictions alimentaires vont à l'encontre des plaisirs de la table et peuvent être problématiques. Certains patients expliquent parvenir à s'y plier mais avec quelques écarts modérés. Pour d'autres ces restrictions sont plus difficiles à vivre et à appliquer. Plus rarement, ces mesures sont trop difficiles à surmonter voire inenvisageables.

P2 : « Faut pas dire qu'on met pas de graisse...moi le pain beurre machin j'aime bien mais c'est vrai que je dis bon bah faut...modérément... »

P12 : « pour le régime... bon je fais des écarts... j'essaie de limiter mais... il faut une marge de tolérance sinon... on est malheureux presque, on n'a plus les plaisirs de la table! »

P5: «si elle me dit qu'il faut arrêter de manger du cochon ou du boudin, du sanglier, tout ça... P'is pas d' pâté, j'avais lui dire: attendez, dis donc, vous avez envie que je crève là!»

Au delà de l'acceptation, peu de patients affirment appliquer réellement les règles hygièno-diététiques conseillées par leur médecin dans leur vie quotidienne.

P3: « j'ai presque pas mangé de fromage pendant six mois »

P6: « j'ai continué à faire du vélo... en plus du vélo je fais aussi de la marche active»

#### **4.4.3.3. la nécessité d'informations concrètes et réalisables**

Les patients ne veulent pas que leur médecin leur impose ces règles hygièno-diététiques parfois très contraignantes sans explications complémentaires. Ils souhaitent que leur médecin généraliste leur explique l'objectif de ces mesures et l'impact positif attendu sur leur santé et leur maladie chronique. Inversement, informer sur les conséquences délétères possibles sur la santé si les patients n'appliquent pas ces règles conseillées peuvent les inciter à modifier leurs habitudes de vie.

P2 : «elle m'avait dit c'est vrai faire du sport ça vous aiderait... de pouvoir peut-être diminuer les médicaments ça a aussi été une motivation...»

P6 : «parce que moi dire, bah, faut faire comme ci comme ça, moi ça suffit pas !»

P3: « comme elle m'avait expliqué que ça pouvait être dangereux... je me suis dis on va essayer de réduire les risques!...les explications aussi ça aide pour changer ses habitudes.»

Ces modifications de mode de vie nécessitent un apprentissage. Certains patients insistent sur l'importance de recevoir des informations concrètes et réalisables sur ces règles prescrites. Ils attendent que leur médecin sache les guider, leur donner des conseils adaptés et des repères pratiques pour pouvoir assimiler ces mesures et les appliquer au quotidien.

P7 : «avoir des informations... adaptées euh... et surtout concrètes, qui puissent vraiment être appliquées au quotidien quoi !»

L'utilisation de supports d'information adaptés peut être bénéfique en complément des informations délivrées par leur médecin (sites internet sélectionnés, listes de recommandations, livrets didactiques dédiés...). Ces repères pratiques peuvent faciliter l'application des règles hygiéno-diététiques seul à domicile et parfois de limiter l'appréhension de conséquences néfastes potentielles. Mais certains supports (listes standardisées, menu type, etc) ne sont pas toujours adaptés à tous les patients qui peuvent souhaiter une approche plus personnalisée et plus adaptée à leur situation personnelle et à leurs habitudes de vie.

P7: *« il y a des... des sites internet qui sont pas trop mal... pour avoir des informations »*

P4: *« qu'elle nous donne le régime carrément, sur une feuille, manger ça et ci et pas ça et ci »*

P6: *« j'avais ma liste de sports autorisés, ceux qu'il fallait pas faire du tout...ça j'avoue, c'est utile... il y a eu un début d'infarctus... tu sais pas trop comment te comporter »*

P7 : *« juste des menus type...ça va pas... il aime pas ou 'y a d'autres personnes qui cuisinent pas comme ça... ça correspond pas à nous...nos habitudes »*

#### **4.4.3.4. la nécessité d'une certaine pression du médecin**

Le médecin généraliste a un rôle à jouer dans l'application et le maintien des règles hygiéno-diététiques selon certains patients : en les encourageant, les encadrant voire en exerçant une certaine pression.

P9: *« elle m'encourage...elle m' dit c'est bien c' que vous faites... Elle m' dit faut continuer »*

P10: *«Faut... un peu d' peur... qu'i' m' mette un peu le...la... la pression quoi... Mais j' me soigne moi-même par la peur... par la peur j' me soigne »*

#### **4.4.4. Discuter de l'observance**

Certains patients souhaitent que leur médecin généraliste aborde le sujet de l'observance de leur traitement chronique et des règles hygiéno-diététiques conseillées.

P2: *« savoir si on a bien pris le traitement, si on prend bien les bons dosages »*

P8: *«savoir si je prends bien le traitement, si 'y a pas d'oubli. »*

P3: *« Elle me demande toujours si je fais attention à ce que je mange »*

Les patients attendent que leur médecin généraliste les accompagne avec des conseils concrets et adaptés à leur situation personnelle pour faciliter ou améliorer leur observance (adaptation de la galénique, solutions organisationnelles pour limiter les oublis ou les erreurs de prises médicamenteuses)

P1: *« voir...la sorte de médicament la plus adaptée, si c'est plutôt en poudre, en sachet, en comprimé...essayer de voir s'il y a d'autres solutions plus adaptées pour moi, qui me poseraient moins de problèmes pour le prendre »*

P8: *«Au début, franchement, c'était difficile pour moi tous ces traitements... j'étais stressé... peur d'en oublier et des conséquences que ça pouvait avoir... Du coup il m'a conseillé d'acheter un pilulier...j'ai vite compris que c'était une grande aide !»*

Aucun patient n'affirme avoir un problème d'observance avec son traitement chronique actuel. Un patient évoque un épisode antérieur où il avait arrêté de lui même un médicament chronique, ce qui avait inquiété son médecin généraliste. Il insiste sur l'importance du dialogue devant ce type de situation.

P10 : « on s'est fait engueulé parce que on a arrêté les antidépresseurs sans lui demander... du jour au lendemain...i' nous a expliqué qu'on pouvait être très mal très mal en arrêtant comme ça brutalement... Mais je crois que dans tous ces trucs là...c'est... le dialogue fait beaucoup de choses... avec le médecin l' dialogue »

#### **4.4.5. Impliquer le patient**

Les patients souhaitent parfois être directement impliqués par leur médecin généraliste dans la prise en charge de leurs pathologies chroniques notamment au niveau des décisions concernant leur traitement médicamenteux ou leur surveillance clinique.

P2 : « ce qu'elle nous demande, et ce qui est bien aussi j' trouve , si il faut baisser ou...est-ce qu'on pourrait diminuer le dosage de certaines choses... genre le LAROXYL... est-ce qu'on diminue ?»

P2 : « ce que je trouve bien c'est... le médecin me demande de noter la tension. »

## **V. ABORDER DES PROBLEMES INTERCURRENTS**

### **5.1. Problèmes aigus et autres problèmes de santé**

Les patients interrogés souhaitent pouvoir aborder avec leur médecin généraliste toute symptomatologie et autres plaintes non liées à leur pathologie chronique lors de leur consultation de suivi. Selon eux, cela permet un suivi global de qualité.

P6 : « bon, il y a... il y a le traitement habituel et puis des fois il peut y avoir autre chose »

P1: « Comme on vient régulièrement, ça permet aussi d'être bien suivi pour le reste»

#### **5.1.1. Les maladies intercurrentes**

Les principales plaintes rapportées par les patients interrogés, non liées à leurs pathologies chroniques, sont des symptomatologies infectieuses saisonnières, des douleurs notamment rhumatologiques et des plaintes diverses.

P1: « autre chose, ne serait que même pour une grippe ou un rhume »

P4: « quand j'ai mal quelque part euh...je lui dis. »

P3: « par exemple moi avec mes insomnies »

#### **5.1.2. Les demandes de traitements médicamenteux**

Des patients peuvent demander à leur médecin la prescription de traitement médicamenteux régulier non lié à leur pathologie chronique.

P3: « des fois j'en profite et en même temps elle me fait le renouvellement de ma pilule »

P1: « l'été bah j'en profite pour anticiper euh l'antihistaminique »

## **5.2. Autres problématiques**

Les patients souhaitent avoir la possibilité d'aborder librement toutes problématiques éventuelles avec leur médecin généraliste lors de leur consultation de suivi.

### **5.2.1. la nécessité de rechercher d'autres plaintes**

Selon eux, le médecin généraliste ne doit pas se focaliser uniquement sur le suivi de leur pathologie chronique lors de la consultation. Il doit être attentif et rechercher d'autres plaintes éventuelles.

P1: *« Mais c'est à mon avis au médecin d'initier ça, je veux dire de chercher d'autres plaintes, en interrogeant correctement son patient »*

P3: *« pas focaliser que sur la maladie... Vous venez pour ça mais est-ce qu'il y a d'autres problèmes? »*

### **5.2.2. diverses problématiques abordées**

Les autres problématiques le plus souvent abordées avec le médecin généraliste concernent la famille, le travail et divers problèmes personnels.

P3: *« bon j'ai eu quelques problèmes, bon mon papa est décédé »*

P8: *« il sait que j'ai un boulot stressant et on en parle souvent. »*

P2 : *« Mes soucis personnels, j'arrive facilement à lui en parler »*

# DISCUSSION

## I. A PROPOS DE LA METHODE

### 1.1. Forces de ce travail

#### 1.1.1. Choix de la méthode

##### 1.1.1.1. une étude qualitative

L'objectif de ce travail de thèse est de recueillir et d'analyser les attentes des patients lors d'une consultation de suivi de maladie chronique chez leur médecin généraliste en zone médicale déficitaire rurale.

Le choix d'une étude qualitative permet de faire émerger des idées et opinions et de dégager des tendances. Cette méthode permet de valider toutes les idées émises même minoritaires, afin de les analyser.

##### 1.1.1.2. des entretiens semi-dirigés

Les entretiens individuels permettent aux patients interrogés de s'exprimer pleinement, sans être limités par un leader d'opinion comme cela peut être le cas avec les focus group. L'échange est plus profond et permet d'aborder des sujets plus intimes.

En revanche, les entretiens individuels ne bénéficient pas de la dynamique de groupes des entretiens collectifs. Mais les patients de notre étude n'ont globalement pas de difficulté à s'exprimer et sont souvent très loquaces. L'utilisation d'une question "brise-glace" permet d'initier facilement les entretiens de façon non directive. J'interviens donc peu lors des entretiens et j'utilise peu les questions de relance, ce qui évite de limiter les propos ou idées émis.

Enfin, ce type d'entretien a l'avantage d'être également plus facile à organiser. Tous les entretiens sont réalisés au domicile des patients interrogés, à leur demande, ce qui permet l'installation d'une ambiance conviviale avec des patients globalement à l'aise.

##### 1.1.1.3. la retranscription

Chaque entretien est enregistré puis rapidement retranscrit dans son intégralité, y compris les hésitations, les onomatopées et les expressions familières. Certains aspects non verbaux sont également annotés (comportements, attitudes corporelles). Chaque patient inclus reçoit la retranscription de l'entretien le concernant afin d'obtenir sa validation et son autorisation pour exploiter ces données. Ainsi l'ensemble des entretiens peut être étudié, source de nombreuses informations à analyser.

##### 1.1.1.4. l'analyse

L'analyse des retranscriptions débute par un codage ouvert permettant de n'exclure aucun propos et d'analyser l'ensemble des entretiens dans leur intégralité. Une analyse inductive a été réalisée pour l'ensemble des entretiens de manière indépendante entre moi-même et ma directrice de thèse. Après chaque analyse d'entretien, nous confrontons nos résultats. Cela permet de limiter le biais de subjectivité.

### 1.1.2. Choix de la thématique

#### 1.1.2.1. un sujet original

Le sujet de ce travail de thèse est ancré dans la pratique quotidienne de la médecine générale, puisque le suivi de maladie chronique est l'un des premiers motifs de consultation pour les médecins généralistes. Pour autant, les attentes des patients lors de ce type de consultation ont

peu été étudiées jusqu'ici et on retrouve peu de références bibliographiques dans la littérature scientifique (7) (17).

De plus, souhaitant exercer en zone médicale déficitaire rurale dans le département d'Eure-et-Loir, je me suis intéressée spécifiquement aux patients rencontrés dans ces zones géographiques rurales aux offres de soins limitées afin de mieux répondre à leurs attentes dans ma pratique future. Cette spécificité d'approche fait l'originalité de ce travail.

### **1.1.2.2. des modes de recrutement variés**

Afin que les patients interrogés puissent s'exprimer le plus librement possible, je choisis de ne pas les recruter dans des cabinets de médecine générale. Je n'ai donc aucun lien avec leur médecin généraliste. Les modes de recrutement choisis sont variés par contact direct oral ou téléphonique, par l'intermédiaire d'associations, de cercles de connaissances ou du bouche à oreille. Cela permet d'inclure des patients présentant différents critères (âge, sexe, nature et nombre de maladies chroniques, nombre de médicaments pris au quotidien) apportant une variabilité des réponses et des propos émis.

## **1.2. Limites et biais de ce travail**

### **1.2.1. L'étude qualitative**

#### **1.2.1.1. l'absence de représentativité**

Comme pour toute étude qualitative, les résultats de ce travail de recherche ne peuvent pas être généralisés car la population étudiée n'est pas constituée dans un but de représentativité. Mais ces résultats pourraient être utilisés secondairement pour élaborer un questionnaire d'enquête quantitative sur un échantillon représentatif de la population source.

Un échantillonnage raisonné est effectué. Il est intéressant de constater que notre panel de patients interrogés a des caractéristiques variées qui favorisent probablement une variabilité des propos et un recueil riche d'idées et opinions. Pour autant, certaines caractéristiques manquent inévitablement. Par exemple, afin de permettre une réalisation optimale des entretiens, les patients présentant des troubles cognitifs ou du langage et les patients ne parlant pas couramment le français sont exclus de cette étude. Il serait intéressant de s'intéresser aux spécificités de ces patients.

#### **1.2.1.2. la trame d'entretien**

Lors des recherches bibliographiques, peu de références sur les attentes des patients en consultation de suivi chronique sont trouvées. Et encore moins sur d'éventuelles spécificités des patients de zones rurales médicalement déficientes. La trame d'entretien est donc réalisée en partie avec nos propres hypothèses après discussion avec ma directrice de thèse, ce qui constitue un biais de subjectivité.

Mais cette trame est modifiée après les entretiens-test, en fonction des idées et concepts émis par les patients. De plus, les questions de relance sont peu utilisées car les sujets sont souvent abordés spontanément par les patients interrogés, ce qui confirme la pertinence de la trame d'entretien. Cela permet de limiter ce biais de subjectivité.

### **1.2.2. La réalisation des entretiens**

#### **1.2.2.1. l'enregistrement des entretiens**

L'enregistrement des entretiens permet de limiter au maximum la perte de données. Lors du premier contact avec chaque patient interrogé puis au début de chaque entretien, je précise que l'ensemble de nos échanges seront enregistrés. Je remets également à chaque patient une notice d'informations avant le déroulement de l'entretien. Certains patients ont plus de

difficultés à faire abstraction de l'enregistrement en début de séance, ce qui pourrait pu limiter leur propos. Mais l'installation d'une ambiance conviviale préalable et l'utilisation d'un dictaphone numérique discret leur permet de s'exprimer librement au fur et à mesure de l'entretien. De plus, mon engagement à anonymiser leurs propos et ma proposition systématique de relecture de la retranscription de leur entretien pour validation permet l'installation d'une relation de confiance propice à un échange libre.

#### **1.2.2.2. l'investigatrice**

Ce travail de thèse est ma première expérience d'étude qualitative et de recueil d'informations par entretiens semi-dirigés. Je réalise tous les entretiens de l'étude seule, ce qui peut constituer un biais d'investigation. Ma subjectivité et mes a priori sur les attentes des patients et le « renouvellement d'ordonnance » liés à mon point de vue de médecin peuvent également représenter un biais.

Malgré mon manque d'expérience, je pense m'être améliorée avec la réalisation des entretiens-test qui permettent de cibler mes erreurs et d'adapter la trame d'entretien, afin d'être le moins interventionniste possible et de laisser les patients s'exprimer librement. Et la méthode de l'enquête est détaillée pour qu'elle soit reproductible par d'autres chercheurs.

Lors des entretiens, les patients se retrouvent face à une représentante du corps médical. Même si je n'ai aucun lien avec leur médecin généraliste que je ne connais pas, le fait de parler à un médecin généraliste remplaçant peut modifier leur expression et limiter leurs propos. Mais les explications préalables ainsi que l'ambiance conviviale au cours de l'entretien réalisé à leur domicile permet aux patients interrogés d'être détendus et d'échanger spontanément et sans retenue apparente.

## **II. SYNTHÈSE DES PRINCIPAUX RESULTATS ET HYPOTHESES**

### **2.1. La consultation de suivi: une consultation ritualisée et importante**

#### **2.1.1. L'importance de l'examen clinique**

##### **2.1.1.1. l'examen du corps**

Pour les patients de notre étude, l'examen clinique est un élément central du contenu de la consultation de suivi. Dans la littérature, on retrouve des résultats similaires : l'examen du corps est une étape primordiale pour les patients lors de la consultation médicale, considérée comme un devoir professionnel que le médecin est tenu de pratiquer à chaque consultation (18) (19). Cette attente est générale, quelle que soit l'origine géographique du patient : il ne semble pas y avoir de spécificité liée au milieu rural (17).

L'examen clinique ne se limite pas au seul cadre de la démarche biomédicale : il représente un enjeu à la fois relationnel et thérapeutique en soi.

Il permet l'installation d'une relation de confiance entre le patient qui livre son corps le temps de l'examen et le médecin qui porte toute son attention à ce corps. C'est un temps de communication non verbale entre le médecin avec son savoir scientifique et le patient avec sa connaissance sensible de son propre corps. L'examen clinique peut également compenser d'éventuelles lacunes concernant la qualité d'écoute des médecins (20). En inspectant, en auscultant, en palpant régulièrement les corps, le médecin n'écoute-t-il pas ses patients en tant que personne dans leur globalité ? Lors du suivi de leurs patients, il est important que les médecins généralistes soient conscients de l'impact potentiel de la façon dont se déroule

l'examen clinique à travers leurs attitudes non verbales et l'intention donnée à chacun de leurs gestes médicaux.

L'examen clinique peut également être perçu par le patient comme un soin à part entière. L'attention portée par le médecin généraliste lors de l'examen corporel de son patient répond d'ailleurs à la définition du « soin », étymologiquement « porter attention à une personne ». A travers le toucher, le médecin rentre physiquement en contact avec son patient. Son attention portée au corps devient ainsi concrète, objectivable et ressentie par le patient. D'ailleurs les patients de notre étude décrivent un examen clinique limité : c'est l'acte en tant que tel qu'ils attendent plus que son exhaustivité. Toucher le patient peut être un acte de soin bénéfique en lui-même. La notion de « toucher thérapeutique » se développe, offrant ainsi une nouvelle approche de l'examen clinique (21). Même si l'examen clinique apporte peu à la démarche biomédicale du jour, il participe de manière bénéfique à la prise en charge chronique du patient qui est en demande de soin et de repères ritualisés lors de ses consultations de suivi.

Au delà de l'approche purement diagnostique, la répétition de l'examen clinique lors des consultations permet au médecin de prendre soin de son patient et d'étoffer la relation complexe médecin-malade tout au long de son suivi chronique.

#### **2.1.1.2. la mesure de la tension artérielle**

La mesure de la tension artérielle est très attendue par les patients de notre étude. Les plus âgés accordent beaucoup d'importance à cette mesure qu'ils attendent systématiquement lors de leur examen clinique par le médecin généraliste. Pour les plus jeunes, cet élément de surveillance clinique semble plus accessoire. Les résultats de travaux antérieurs montrent également l'importance de ce moment presque protocolaire aux yeux des patients, notamment les plus âgés, pendant la consultation médicale (7) (22). Globalement, les patients les plus âgés sont plus attachés à l'examen du corps auquel il rattache systématiquement la mesure de la tension artérielle (19) (22). Là encore, il ne semble pas exister de spécificité rurale pour cette attente.

Cette mesure de la tension artérielle représente sans doute pour les patients un indicateur de leur état de santé avec ses valeurs chiffrées qui permettent de comparer l'évolution de leur état général ou de leur « niveau d'énergie » au fil des consultations (23). Les patients considèrent probablement cette mesure comme un outil médical, une aide pour le médecin pour ajuster leur prise en charge chronique.

Mais selon les données scientifiques récentes, les mesures de pression artérielle réalisées dans l'environnement habituel du patient (MAPA, automesure) sont plus significatives pour appuyer une décision médicale (24). La mesure de la pression artérielle au cabinet pourrait donc avoir moins de valeur aux yeux des médecins. Pourtant, selon une étude déclarative de la Société Française de Médecine Générale, elle reste un geste quasi systématique lors des consultations de médecine générale, notamment chez les patients hypertendus mais également chez les normotendus (25).

Cette prise systématique de la pression artérielle par le médecin généraliste semble créer une habitude, un rituel partagé par le médecin et son patient. C'est un symbole du corps médical, reflet d'une dimension presque sacrée de la médecine. C'est également une marque potentielle de l'attention du médecin pour son patient. Au delà de la prise de tension en elle-même, c'est probablement toute la symbolique et l'aspect relationnel qu'elle soulève qui en fait un geste de soin incontournable pour les patients.

Même si la mesure de la pression artérielle au cabinet est rarement significative dans la démarche biomédicale, l'importance qu'elle représente pour les patients lors de la consultation

de suivi ne doit pas être négligée par les médecins généralistes. Là aussi, le patient y retrouve un repère solide et concret dans sa prise en charge chronique.

## **2.1.2. L'attente de prescriptions**

### **2.1.2.1. l'ordonnance comme finalité de la consultation de suivi**

Pour les patients de notre étude, l'objectif principal des consultations de suivi chronique est le « renouvellement » de leur ordonnance de traitement de fond. Contrairement aux résultats de Siproudhis Frère, la délivrance de l'ordonnance semble être l'élément prioritaire de ces consultations itératives (17). Mais dans cette étude antérieure, seule une minorité de patients vivent en milieu rural. Il est possible que cette attente prioritaire de prescription médicamenteuse soit plus marquée dans les populations rurales.

D'autres travaux ont étudié les attentes de prescription des patients de manière plus générale, et non uniquement dans un contexte de suivi chronique. Ils montrent que les patients ayant un niveau d'études moins élevé, les ouvriers, les agriculteurs, les retraités et les plus de 65 ans attendent davantage une prescription médicamenteuse lors d'une consultation chez leur médecin généraliste (26) (27). Or, en milieu rural, les catégories socioprofessionnelles les plus représentées sont les agriculteurs, les ouvriers et les retraités (28). Les personnes âgées sont également surreprésentées dans l'espace à dominante rurale, notamment dans les zones rurales isolées (29). On peut déduire de ces données démographiques que les populations rurales sont globalement plus enclines à attendre une prescription médicamenteuse par leur médecin généraliste, quel que soit le contexte de la consultation.

L'ordonnance médicale garde un fort pouvoir symbolique pour les patients, notamment chez les patients les plus âgés (30). En effet, les anciennes générations ont été bercées par la croyance des « médicaments miracles », véhiculant jusqu'à aujourd'hui un modèle « étiologico-thérapeutique » selon Laplantine (31). Une grande partie de la population générale pense toujours qu'il existe une solution médicamenteuse pour chaque problème de santé (26). Auparavant, le médecin généraliste était jugé sur la longueur de son ordonnance et les patients gardent encore aujourd'hui l'habitude de sortir le plus souvent de chez leur médecin avec une ordonnance (32). L'ordonnance en elle-même constitue un repère temporo-spatial en concluant le plus souvent la consultation et en matérialisant la nécessité de consulter. La prescription médicale incarne ainsi la reconnaissance du patient en tant que malade, la sollicitude du médecin à son égard et l'accès à la guérison ou plus souvent dans un contexte chronique, au soulagement des symptômes (33).

Les résultats d'une étude allemande révèlent que les patients consultant pour suivi de maladie chronique sont plus en attente d'une prescription médicamenteuse : ils considèrent davantage les médicaments comme la thérapeutique exclusive par rapport aux patients qui consultent pour une pathologie aiguë mineure (34). Dans un contexte de suivi chronique, la délivrance de l'ordonnance est potentiellement une preuve matérielle de la justification des consultations itératives : c'est ce que les patients viennent chercher et, pour certains, ce qu'ils paient à la fin de la consultation (35).

En zone rurale médicalement déficitaire, l'ordonnance peut également être aux yeux des patients la marque concrète d'une certaine efficacité de leur médecin généraliste : face à la pénurie médicale et aux difficultés organisationnelles qui y sont liées, la consultation de suivi doit être « rentable. Dans ces zones rurales isolées, la population est globalement plus âgée et reste marquée par les habitudes et normes des consultations traditionnelles : l'attente de la prescription du traitement de fond, le plus souvent renouvelé intégralement, reste au premier plan, comme un rituel final de ces consultations de suivi.

### 2.1.2.2. l'attente de prescriptions raisonnées

Bien qu'ils admettent que le plus souvent leur médecin généraliste reconduise leur traitement médicamenteux, les patients de notre étude ne souhaitent pas que la consultation de suivi se limite à un simple « renouvellement d'ordonnance ». Ils attendent la prescription d'un traitement de fond qui leur soit adaptée et régulièrement réévaluée par leur médecin, avec une ordonnance claire, expliquée et si possible rédigée informatiquement pour plus de lisibilité. D'autres études montrent également que la réévaluation du traitement chronique par le médecin généraliste lors des consultations de suivi est très importante voire essentielle pour les patients (7) (17). Contrairement à ce que pense la majorité des médecins généralistes interrogés par Ducos et Guillemaud, les patients ne sont pas opposés à la modification de leur traitement de fond (9) (11). Ils envisagent la consultation de suivi comme un temps pour faire le point avec leur médecin généraliste sur leur traitement médicamenteux.

Dans notre étude, les patients attendent des informations en cas de modifications de leur traitement de fond, notamment s'ils sont plus jeunes ou s'ils souffrent de troubles psychiques. Les résultats de travaux antérieurs montrent que les patients les plus jeunes sont plus en attente d'échange d'informations sur leur prise en charge médicale chronique, notamment sur leur traitement médicamenteux, et recherchent une relation de partenariat avec leur médecin généraliste avec qui ils souhaitent partager les décisions médicales (17) (19) (36). Selon Gallais, les patients souffrant de troubles psychiques accordent également beaucoup d'importance aux informations concernant leur traitement de fond et à sa réévaluation régulière étant donné leur état clinique souvent fluctuant (37).

Les patients de notre étude attendent également davantage d'informations de leur médecin généraliste en cas d'ajout d'une nouvelle molécule, avec souvent une peur sous-jacente de la polymédication. Cette crainte de la iatrogénie chez des patients polymédiqués pour maladies chroniques est retrouvée dans d'autres études (7) (17). Il ne semble pas que les patients vivant en zone rurale isolée se distinguent quant à cette réticence pour les médicaments. La médiatisation des effets indésirables de certaines molécules, des limites de l'efficacité des médicaments comme l'émergence de résistances aux antibiotiques et des stratégies financières des firmes pharmaceutiques ont probablement terni de manière globale l'image de la toute puissance du médicament qui prédominait dans les années 1970 (38). Ce scepticisme des patients à l'égard de la multiplication des prescriptions médicamenteuses permet d'autant plus de discuter du traitement de fond et de le réévaluer. C'est d'ailleurs les informations orales qui semblent être mieux retenues par les patients de notre étude. Il est donc important que le médecin généraliste délivre un minimum d'informations orales en complément des prescriptions écrites remises à son patient sans déléguer intégralement ce devoir d'information au pharmacien d'officine lors de la délivrance des médicaments.

Si l'ajout d'une nouvelle molécule au traitement de fond suscite une certaine réticence nécessitant une justification de la part du médecin généraliste prescripteur, l'arrêt d'un médicament chronique soulève souvent plus d'interrogations de la part des patients de notre étude. Certains sont en demande d'une déprescription qu'ils envisagent comme une diminution positive de leur traitement de fond. D'autres hésitent voire refusent la perspective d'arrêter certaines molécules prescrites au long cours par leur médecin généraliste, notamment en cas de dépendance physique ou psychologique à un traitement. On retrouve des résultats similaires dans le travail de thèse de Guilluy-Crest et il ne semble pas y avoir de spécificité liée à la ruralité quant à la perception des patients vis-à-vis de la déprescription (12). La démarche de déprescription, inhérente à une réévaluation de qualité du traitement chronique, nécessite donc que le médecin généraliste prenne le temps d'expliquer et de rassurer son patient. Contrairement à ce que pensent les médecins généralistes, les patients peuvent accepter la déprescription (11) (39). Encore faut-il leur proposer : la majorité des patients en attente de déprescription estiment que c'est à leur médecin généraliste d'initier la démarche

alors que les médecins généralistes hésitent souvent à le faire, pensant entre autres que les patients vont être réticents voire la refuser (12)

### **2.1.2.3. l'attente de prescriptions plus larges**

Dans notre étude, les patients évoquent rarement la possibilité de prescription de thérapeutiques non médicamenteuses en complément de leur traitement de fond, permettant ainsi de limiter le nombre de molécules prises au quotidien. On retrouve des résultats similaires dans des travaux antérieurs (7) (40). Le rôle symbolique fort de la prescription médicamenteuse explique sans doute l'attente limitée des patients pour des thérapeutiques non médicamenteuses, moins médiatisées et moins reconnues par le grand public. D'autres part, le coût financier de ces thérapeutiques, le plus souvent à la charge des patients, complique l'adhésion des patients à ces prescriptions non médicamenteuses auxquelles renoncent souvent les médecins généralistes dans ce contexte. Plus spécifiquement, les populations vivant en zones rurales médicalement déficitaires ont un accès limité aux offres de soins et services en matière d'application et de suivi des thérapeutiques non médicamenteuses (kinésithérapeute, diététicienne, psychologue, psychiatre, structures sportives, etc). Ceci explique la faible importance de leurs attentes de prescription de thérapeutiques non médicamenteuses, surtout lorsque l'intervention d'un professionnel de santé est nécessaire.

En revanche, certaines thérapeutiques non médicamenteuses peuvent être appliquées par le patient de façon autonome. Les patients de notre étude sont demandeurs de recommandations ou de conseils de la part de leur médecin généraliste. Ils apprécient lorsque ces consignes sont inscrites sur leur ordonnance. Là encore, le poids symbolique de l'ordonnance est évident et matérialise la prise en charge médicale. L'inscription sur l'ordonnance d'éventuelles thérapeutiques non médicamenteuses au même titre que le traitement de fond médicamenteux permet à la fois de garder une trace écrite que le patient peut relire selon ses besoins, mais également de percevoir ces thérapeutiques non médicamenteuse comme un traitement à part entière, en complément du traitement médicamenteux habituel.

Dans notre étude, les patients souhaitent également pouvoir demander à leur médecin généraliste la prescription de traitement médicamenteux non lié à leur suivi chronique. Il peut s'agir d'un traitement régulier (contraception, antiallergique) ou un traitement ponctuel pour une pathologie aiguë surajoutée. Ces demandes complémentaires lors des consultation de suivi chronique sont également retrouvées dans d'autres études (7) (9).

Les médecins généralistes doivent donc considérer l'ordonnance comme un outil de prise en charge plus globale, en ne se limitant pas au seul traitement médicamenteux de fond mais en y intégrant si nécessaire des prescriptions non médicamenteuses ou de traitement liés à d'éventuelles plaintes intercurrentes sans rapport direct avec la pathologie chronique.

### **2.1.3. Des patients concernés par leur suivi**

#### **2.1.3.1. la consultation de suivi : une consultation importante et nécessaire**

Même si pour les patients de notre étude, l'obtention de l'ordonnance de leur traitement de fond est prioritaire, ils ne souhaitent pas que la consultation de suivi se limite à un simple copié collé de prescriptions antérieures. Leurs attentes vont bien au delà d'un « renouvellement d'ordonnance », aux vues des nombreuses remarques et demandes émises lors des différents entretiens. Tout comme le montrent Siproudhis-Frère et Garoux-Devret, les patients considèrent cette consultation comme importante et nécessaire pour un suivi chronique de qualité (7) (17).

Contrairement à ce que semblent penser les médecins généralistes interrogés par Ducos dans son travail de thèse, les patients ne sont pas désintéressés par ces consultations de suivi et leur

contenu (9). Même si l'objectif de ces consultations itératives n'est pas d'établir un diagnostic ou de prendre en charge une pathologie aiguë, les patients considèrent qu'elles sont aussi importantes qu'une consultation pour un autre motif (17).

Aux vues des entretiens productifs réalisés lors de notre étude, les patients se sentent concernés par leur suivi. La fréquence des consultations de contrôle leur convient et ils expriment rarement une certaine lassitude qui semble davantage liée à l'aspect organisationnel de ces consultations qu'à leur déroulement et à leur contenu.

### **2.1.3.2. le dossier médical informatisé: un outil au service d'un suivi de qualité**

Les patients de notre étude sont en demande d'un dossier médical informatisé qui, selon eux, permet un gain de temps et de lisibilité ainsi qu'une continuité de suivi. On retrouve des attentes similaires dans des études antérieures: les patients ont globalement confiance dans l'informatisation de leur dossier médical, gage d'une prise en charge plus efficace selon eux (41) (42). Si leur médecin généraliste n'est pas informatisé, les patients ne sont pas satisfaits et soulèvent le problème des ordonnances manuscrites souvent difficilement lisibles. D'autres études montrent que les patients attendent notamment la délivrance d'une ordonnance imprimée, claire et lisible par eux-même mais aussi par les autres professionnels de santé (4) (42).

Mais cette informatisation peut également avoir des limites avec un risque de dérives. Dans notre étude, des patients ont soulevé le problème de l'impact négatif potentiel sur la relation médecin-malade, lié à l'attitude du médecin généraliste face à son ordinateur. Cette crainte est partagée par les patients d'études préalables et dépend de la capacité du médecin à garder le contact avec son patient, souvent influencée par ses compétences en informatique (41) (42). Il est probable que les représentations qu'ont les patients de l'informatisation de leur médecin généraliste dépendent de leur propre expérience personnelle en terme d'utilisation de l'informatique. Les personnes n'utilisant pas d'ordinateur peuvent surestimer et idéaliser ses fonctions dans la pratique de leur médecin généraliste et en avoir une image de « machine » se substituant à leur médecin généraliste. Cette présence ressentie d'un « tiers » lors de la consultation de suivi pourrait créer une barrière entre médecin et patient et altérer leur communication. Mais contrairement aux idées reçues, les populations vivant en zones rurales sont bien équipées en outils informatiques : selon le rapport du CREDOC de 2014, dans les petites communes de moins de 2000 habitants 81% de la population possède au moins un ordinateur et une connexion internet, contre 78% dans les communes de 2000 à 100 000 habitants (45). On peut donc en conclure que les patients des zones rurales isolées connaissent bien l'outil informatique. À l'exception des patients âgés de plus de 70 ans qui sont globalement peu équipés en ordinateurs (44%) et sont un peu plus nombreux à vivre dans ces zones géographiques. Il ne semble donc pas exister de spécificité rurale quant au ressenti des patients vis-à-vis de l'informatisation de leur médecin généraliste. Pour autant, il est important que les médecins généralistes aient conscience de la place que prend l'ordinateur au sein de la consultation de suivi et montrent à leurs patients qu'ils restent à leur écoute en s'efforçant de continuer à communiquer avec eux malgré les saisies informatiques.

En revanche, les patients de notre étude n'évoquent pas les problématiques éthiques et de confidentialité liées à l'informatisation des données médicales, pourtant souvent citées par les patients d'études antérieures (41) (42). Il est curieux de constater que ce problème n'ait pas été spontanément abordé par les patients de notre étude qui vivent en zones rurales isolées où les patients se connaissent souvent voire se côtoient régulièrement et où le médecin généraliste est souvent plus proche de ses patients. Cette proximité de la population pourrait facilement fragiliser la confidentialité des données médicales et interpeller les patients quant à la bonne application du secret professionnel. Mais les médecins généralistes des patients de notre étude

exercent tous en cabinet isolé, ce qui peut limiter aux yeux des patients le risque de fuites de données médicales par un dossier médical informatisé partagé.

### **2.1.3.3. un temps pour faire un point global**

Pour les patients de notre étude, la consultation de suivi permet de faire le point sur leurs pathologies chroniques. A travers l'entretien, l'examen clinique et les éventuels résultats d'examens complémentaires, ils souhaitent faire le bilan de l'évolution de leurs maladies et réévaluer leur traitement de fond et leur observance avec leur médecin généraliste. Il ne semble pas y avoir de spécificité rurale sur ces attentes de réévaluation du suivi chronique : on retrouve des attentes similaires dans le travail de thèse de Garoux-Drevet (7). A noter que lors des entretiens, les patients précisent attendre également une synthèse claire de leur consultation de suivi avant leur départ du cabinet. Les médecins généralistes doivent s'efforcer de faire le point sur les principaux sujets abordés lors de la consultation, évaluer la bonne compréhension du patient et revenir sur d'éventuels points problématiques. Cela permet aux patients de partir avec tous les éléments nécessaires pour gérer sereinement leur maladie chronique à domicile jusqu'à la prochaine consultation.

Les consultations répétées dans le cadre du suivi chronique permettent également de temporiser certaines décisions médicales. Les patients souhaitent que leur médecin généraliste leur laisse la possibilité de rediscuter d'une prise en charge selon leur vécu ou l'évolution de la maladie lors des consultations successives. Les médecins généralistes doivent inévitablement gérer une part d'incertitude dans leur profession (évolution de symptômes mal étiquetés, effet secondaire d'un traitement, demandes profanes à décrypter, opinion et vécu du patient) (46). Le cadre d'un suivi chronique permet d'adapter dans le temps la prise en charge des patients en fonction du contexte clinique et de son évolution. Aussi les médecins généralistes doivent-ils préciser à leurs patients que leurs propositions ou décisions médicales ne sont pas définitives et peuvent toujours être réévaluées ultérieurement.

La consultation de suivi chronique est aussi l'occasion pour les patients de notre étude d'aborder des problèmes intercurrents non liés à leurs pathologies chroniques. Les patients souhaitent en effet élargir la consultation de suivi à une prise en charge plus globale de leur santé et de leur bien-être. Ils veulent avoir la possibilité de parler d'une pathologie aiguë éventuelle, de prévention, d'automédication mais également de toute problématique qui les concerne personnellement (famille, travail, environnement personnel) et pour laquelle ils attendent une écoute ou des conseils de la part de leur médecin généraliste. Des études antérieures révèlent que, de manière générale, les patients consultent leur médecin généraliste en moyenne pour 1,6 à 1,9 motifs et ce nombre moyen augmente avec l'âge des patients et avec la durée de la consultation : plus la consultation se prolonge, plus le patient a tendance à rapporter de nouvelles plaintes (47) (48). Des travaux de thèse traitant spécifiquement des patients consultant pour leur suivi chronique révèlent que 71% d'entre eux ont des plaintes multiples (7) (9). Il n'y a probablement pas de spécificité rurale dans cette attente de prise en charge globale ne se limitant pas à la pathologie chronique seule. Ces demandes multiples complexifient la consultation de suivi qui est déjà plus dense et plus longue que les autres (8). Il est donc nécessaire que les médecins généralistes sachent faire le tri des multiples plaintes de leurs patients : ils doivent savoir prioriser les problèmes essentiels et reporter d'éventuels problèmes secondaires à une prochaine consultation. Les patients admettent qu'il n'est pas possible de tout gérer lors d'une même consultation et le contexte de suivi chronique permet là encore de temporiser certains sujets de discussion ou prise en charge non urgente.

## **2.2. Le médecin généraliste: le pilier de la prise en charge médicale**

### **2.2.1. Un coordinateur des soins**

#### **2.2.1.1. qui centralise les informations médicales**

Les patients de notre étude considèrent leur médecin généraliste comme le coordinateur de leur prise en charge médicale chronique. Selon eux, le médecin généraliste doit s'efforcer de centraliser les informations médicales les concernant (compte-rendu d'hospitalisation ou de consultation, résultats d'examens complémentaires). Mais les patients admettent que cela est difficile et nécessite la coopération de tous dans leur parcours de soins. Dans des études antérieures, les patients n'évoquent pas spontanément ce rôle de centralisation des informations de leur médecin généraliste (7) (49). Les patients des zones rurales médicalement déficitaires y sont peut-être plus sensibles, leur médecin généraliste étant souvent un des seuls interlocuteurs de santé restant à proximité, régulièrement consulté et plus facilement joignable si nécessaire par rapport aux autres professionnels de santé, à l'exception des infirmières libérales, compte-tenu des difficultés d'accessibilité et de disponibilité.

#### **2.2.1.2. qui coordonne les soins**

Selon les patients de notre étude, le médecin généraliste doit savoir les orienter vers d'autres professionnels de santé notamment vers les médecins spécialistes d'organe si nécessaire. Ce rôle d'orientation vers les spécialistes est le premier cité par les patients interrogés dans le travail de thèse de Mourton sur leurs représentations du médecin généraliste (49). L'instauration du parcours de soins avec le médecin traitant coordonnant l'orientation des patients explique sans doute que ce rôle soit mis spontanément en avant par les patients de cette étude antérieure. Cet encadrement mis en place par les organismes de sécurité sociale a peut-être valoriser le rôle médecin généraliste en lui redonnant une place centrale dans le système de soins. Mais cela peut également l'avoir fragilisé en le limitant à un simple intermédiaire imposé entre patients et médecins spécialistes et en lui faisant ainsi porter en grande partie la responsabilité des dépenses de santé publique (50). Mais pour les patients vivant en zone rurale médicalement déficitaire, le médecin généraliste semble garder toute sa place dans la prise en charge médicale des patients, notamment des patients chroniques. Aux yeux des patients de notre étude, son rôle principal ne se limite pas à les orienter vers des médecins spécialistes d'organe. Au contraire, il conserve son rôle d'omnipraticien pouvant gérer de multiples problématiques de santé, palliant ainsi au manque de médecins spécialistes et sachant orienter à bon escient vers un autre professionnel de santé si nécessaire. Il est véritablement le médecin de premier recours du fait de sa plus grande proximité et accessibilité pour les patients des zones rurales isolées.

#### **2.2.1.3. qui coopère avec les autres professionnels de santé**

Dans notre étude, les patients souhaitent que leur médecin généraliste prenne en compte les interventions des autres professionnels de santé et appliquent leurs éventuelles prescriptions. Ils pensent que leur médecin généraliste doit s'efforcer de ne pas critiquer trop négativement devant eux ces professionnels vers qui il les oriente, mettant le patient dans une position délicate entre l'avis du généraliste et l'avis du spécialiste d'organe. Nous n'avons pas retrouvé dans la littérature d'étude sur ce thème. Rappelons que le code de déontologie indique que « le médecin doit proposer la consultation d'un confrère dès que les circonstances l'exigent » en « respect[ant] le choix du malade » (article 60) (51). Si « les avis du consultant et du médecin traitant diffèrent profondément [...] le malade doit en être informé » et le médecin traitant est « libre de cesser ses soins si l'avis du consultant prévaut auprès du malade ou de son entourage » (article 61). Le médecin généraliste doit donc s'efforcer de faire la meilleure utilisation possible de l'avis sollicité : en cas d'avis spécialisé non satisfaisant, il doit garder son esprit critique et discuter avec son patient en expliquant avec tact son propre avis et les

raisons de ses divergences de point de vue. Car en définitive, il reste le seul responsable de ses prescriptions, même si celles-ci ont été proposées ou initiées par un confrère.

Les patients de notre étude attendent donc une prise en charge pluridisciplinaire de qualité avec une alliance entre les différents intervenants médicaux en évitant les conflits. Selon certains patients, le médecin spécialiste d'organe dicte la prise en charge dans son domaine et le médecin généraliste supervise la prise en charge globale du patient. Mais cette vision de l'organisation des soins est idéalisée. Selon plusieurs études, la coopération entre médecins généralistes et autres professionnels de santé est souvent limitée (49) (50). L'organisation difficile de rendez-vous et la communication interprofessionnelle lacunaire et souvent retardée altèrent la qualité de la prise en charge des patients avec une perte d'informations et la remise en cause du rôle de coordinateur des soins du médecin généraliste. En zones rurales médicalement déficitaires, l'accessibilité aux autres professionnels de santé est encore plus limitée par la désertification médicale, la distance géographique et le manque de disponibilité liée à une surcharge de travail. Il est alors nécessaire que les médecins généralistes s'appuient sur un réseau de correspondants afin d'orienter efficacement leurs patients.

## **2.2.2. Un partenaire de santé**

### **2.2.2.1. qui partage la décision médicale**

Dans notre étude, les patients souhaitent être impliqués par leur médecin généraliste dans la prise en charge de leurs pathologies chroniques notamment au niveau des décisions concernant leur traitement médicamenteux ou leur suivi. Ce désir de participation aux décisions médicales est fréquemment retrouvé dans la littérature avec une évolution de la relation médecin-malade vers une relation de partenariat (7) (17) (19) (36).

Mais dans notre étude, certains patients, notamment parmi les plus âgés, ont une confiance quasi absolue en leur médecin généraliste à qui ils s'en remettent sans discussion pour toute décision médicale concernant leur prise en charge chronique. Il est probable que les patients les plus âgés, plus attachés à l'image du « médecin de famille » et au modèle relationnel patriarcal plus traditionnel, entretiennent une relation plus ancienne et plus affective avec leur médecin généraliste par rapport aux patients les plus jeunes. Il ne semble pas que cette particularité soit spécifique des milieux ruraux isolés. Dedienne révèle une tendance similaire dans son travail de thèse, avec des patients âgés plus réservés par rapport à leur désir de participer aux décisions médicales (19).

### **2.2.2.2. qui guide et conseille ses patients**

Même si les patients de notre étude souhaitent une certaine autonomie dans la prise en charge de leur maladie chronique, ils considèrent leur médecin comme un partenaire mais aussi comme un guide et un conseiller. Ils admettent avoir besoin d'être encadrés et motivés par leur médecin généraliste dont ils attendent parfois une certaine pression pour la réalisation de certains soins. On retrouve ce souhait d'accompagnement dans des travaux antérieurs (19) (49). Les patients sont en demande d'informations sur leur maladie chronique, leur traitement, les résultats des examens complémentaires réalisés. Ils attendent que leur médecin généraliste leur explique clairement ces différents éléments. Ils ne souhaitent plus subir leur suivi chronique mais être accompagnés par leur médecin généraliste tout en restant actifs dans cette prise en charge médicale.

### **2.2.2.3. qui favorise l'éducation thérapeutique**

Dans notre étude, le contexte de suivi chronique est favorable à l'application de l'«Éducation Thérapeutique du Patient» (ETP) qui offre aux patients une participation active dans la gestion de leur maladie chronique (7). Les patients de notre étude n'évoquent pas directement ce concept d'«Éducation Thérapeutique» mais des notions qui s'y rattachent: désir

d'informations, prise en compte de leur environnement et de leur mode de vie, règles hygiéno-diététiques concrètes et réalisables, implication dans la prise de décision médicale, discussion sur leur observance. Là encore, on retrouve ce désir d'alliance thérapeutique avec leur médecin généraliste qui leur permet de mieux accepter et s'approprier leur maladie. A noter que la notion d'«Éducation Thérapeutique du Patient» sous-entend en théorie une approche pluridisciplinaire plus difficile à mettre en place en zone rurale médicalement déficitaire (52). Le manque de professionnels de santé qui sont déjà surchargés de travail et l'absence fréquente de réseaux formels ne permettent pas, le plus souvent, la mise en place durable de projets adaptés à l'échelle locale.

### **2.2.3. Un médecin de terrain et de famille**

#### **2.2.3.1. un médecin de terrain**

Dans notre étude, les patients considèrent leur médecin généraliste comme un « médecin de terrain » compétent dont le rôle dépasse le cadre de son cabinet. Selon eux, il connaît l'environnement habituel de ses patients et peut ainsi leur proposer des solutions concrètes et plus adaptées à leur situation. Le monde rural présente bien entendu des spécificités à prendre en compte dans la prise en charge des patients chroniques (réseaux de transports limités, difficultés d'accessibilité à certains professionnels de santé, us et coutumes, habitudes locales, associations et infrastructures sportives peu nombreuses...). L'image de l'unique médecin du village qui connaît tout le monde, est très proche de ses patients et connaît parfaitement leur milieu de vie semble encore ancrée dans l'esprit des patients de manière générale. Selon Mourton, en milieu rural, le médecin généraliste a plus de notoriété qu'en milieu urbain (49) : globalement plus proches de ses patients, faisant plus de visites à domicile qu'en ville, il garde un rôle primordial et est beaucoup plus sollicité, faisant face à la pénurie de médecins qu'il subit autant que ses patients. Mais même en zone rurale isolée, la pratique des médecins évolue et les jeunes générations qui s'y installent ne souhaitent plus faire de leur profession un sacerdoce, adoptant un mode de vie plus urbain et vivant le plus souvent à distance de leur cabinet : la relation avec leur patientèle pourrait en être changée.

#### **2.2.3.2. un médecin de famille**

Les patients de notre étude considèrent souvent leur médecin généraliste comme un « médecin de famille » qui connaît et suit les autres membres de leur famille, parfois sur plusieurs générations. Ce terme de « médecin de famille » est cité dans la définition de la Médecine Générale par la WONCA (53). En milieu rural, la plus grande proximité du médecin avec ses patients permet souvent au médecin généraliste d'avoir une meilleure connaissance des histoires familiales ou relationnelles de sa patientèle et ainsi d'appréhender plus facilement les problèmes sous-jacents dans l'exercice de ses fonctions. Cela peut aussi induire une position délicate lorsqu'il prend en charge plusieurs membres d'une même famille, notamment pour respecter le secret médical et pour maintenir neutralité et absence de jugement. Mais l'arrivée de populations urbaines en zone rurale, plus exposées à l'éclatement des familles et plus enclines au nomadisme médical, pourrait également modifier cette représentation de « médecin de famille » (54).

### **2.2.4. Une continuité de suivi**

#### **2.2.4.1. une continuité relationnelle**

Dans notre étude, les patients s'accordent à dire que leur suivi chronique est facilité par une relation ancienne avec leur médecin généraliste, construite dans le temps au fil des consultations. Aux vues de la littérature, la communication médecin-malade est d'ailleurs principalement basée sur cette continuité relationnelle (55). Mais dans certaines études, les patients semblent ne pas y accorder une si grande importance (17) (36). Il est possible que les patients vivant en zones rurales médicalement déficientes soient plus fidèles à leur médecin

généraliste, d'une part parce qu'ils restent le plus souvent attachés à l'image du « médecin de famille » et d'autre part parce que la pénurie de médecins limite fortement le nomadisme médical.

Mais certains patients de notre étude évoquent le risque d'un suivi trop routinier lié à cette continuité relationnelle. Ils craignent qu'avec le temps leur médecin généraliste ne réévalue pas leur prise en charge chronique et néglige l'apparition de nouveaux symptômes. Ils souhaitent au contraire que ce suivi qui s'inscrit dans le temps soit un atout pour une communication de qualité et que les consultations régulières incitent leur médecin généraliste à se remettre régulièrement en question.

#### **2.2.4.2. un continuité informationnelle**

Dans notre étude, les patients acceptent globalement bien les médecins remplaçant leur médecin généraliste. Dans ce contexte, c'est surtout la continuité informationnelle sur leur suivi chronique qui importe et celle-ci est facilitée par l'utilisation d'un dossier médical informatisé et bien renseigné. Dans son travail de thèse, Krucien met en évidence la prévalence de la continuité informationnelle sur la continuité relationnelle pour les patients de manière générale (36). Certains patients de notre étude pensent d'ailleurs que les médecins remplaçants peuvent apporter un nouveau regard bénéfique sur leur prise en charge médicale chronique. Pour autant, les patients semblent rester attachés à leur médecin généraliste qu'ils privilégient comme interlocuteur principal.

### **2.3. L'aspect relationnel au premier plan**

#### **2.3.1. L'écoute**

##### **2.3.1.1. une écoute de qualité**

Les patients de notre étude attendent que leur médecin généraliste les écoute avec attention et ostensiblement. Ils veulent se sentir écoutés et considérés en tant que personne. On retrouve des résultats similaires dans des études antérieures (19) (20) (49). Il ne semble pas y avoir de spécificité rurale dans ces attentes. Un travail de thèse préalable met en évidence que la qualité d'écoute des médecins est meilleure lors des consultations de suivi chronique (20). Il est probable que la relation médecin-malade qui se construit dans le temps permet au médecin généraliste de mieux percevoir les attentes et les préoccupations de ses patients, et de mieux déchiffrer ce qu'ils veulent lui dire avec leurs mots mais également par leurs attitudes non verbales. L'entretien qui initie la consultation est également un temps d'échange entre le patient et son médecin généraliste: selon les patients de notre étude, il permet aussi de créer une ambiance agréable et détendue pendant la consultation de suivi. Ce ressenti est probablement plus marqué dans les zones rurales. Malgré une redéfinition progressive du lien social rural depuis l'arrivée de « néoruraux », le médecin généraliste est souvent plus proche de ses patients en zone rurale et il persiste une certaine convivialité traditionnelle (manifestations locales, vie collective) qui simplifie souvent les rapports sociaux dans les petites communes rurales (56) (57).

Mais contrairement aux résultats de l'étude de Dedienne où les patients préfèrent ne pas être interrompus par leur médecin, les patients de notre étude n'attendent pas que leur médecin généraliste les écoute passivement et exhaustivement (19). Ils souhaitent au contraire qu'il s'implique dans la discussion et sache cadrer le dialogue pour aborder les sujets essentiels à leur suivi ou leur bien-être en les guidant pour exprimer d'éventuelles plaintes ou demandes. Ils perçoivent probablement que l'écoute de leur médecin généraliste est de meilleure qualité quand il limite le nombre de plaintes à gérer lors d'une même consultation: ils semblent

attendre que leur médecin généraliste les écoute attentivement et qu'il sélectionne ensuite les principaux problèmes en temporisant la prise en charge de plaintes plus secondaires. Cela corrobore les résultats de Dareths-Fabier qui montrent qu'au delà de deux motifs de consultation, la qualité d'écoute du médecin est significativement moins bonne (20). Il est possible que cette attente soit en partie liée à la pénurie de médecins dans les zones rurales médicalement déficitaires: la surcharge de travail qui en découle nécessite des efforts de chaque partie pour une écoute de qualité mais néanmoins efficace.

### **2.3.1.2. un rôle de confident**

Les patients de notre étude considèrent également leur médecin généraliste comme un confident. Ils comptent sur son écoute et son soutien pour se confier lors des moments difficiles de leur vie. Ce temps de parole et d'écoute est primordial, notamment lors de situations difficiles: il fait partie de ce que Balint appelle "l'offre du patient" qui livre ses maux à son médecin qui l'écoute (58).

Dans notre étude, les patients pensent pouvoir aborder tous les sujets avec leur médecin généraliste si nécessaire. On retrouve des résultats similaires dans une enquête IPSOS de 2007 où les trois-quart des patients interrogés déclarent pouvoir aborder des sujets intimes avec leur médecin généraliste (59). Cependant, une autre étude montre que les patients peuvent être plus réticents à évoquer des problèmes gynécologiques ou proctologiques lorsque leur médecin généraliste est de sexe opposé (7).

Les zones rurales n'étant pas épargnées par les situations difficiles, tant sur le plan médical que social, les patients peuvent ressentir le besoin de se confier à leur médecin généraliste. Ce dernier est un confident de confiance: tenu de ne pas juger et soumis au secret médical, il ne risque pas de divulguer "maladies honteuses", secrets de famille et autres sujets tabous dans une population où les rumeurs et le "qu'en dira-t-on" sont encore souvent de mise. A noter que les résultats de Dareths-Fabier révèlent que la qualité d'écoute des médecins est significativement plus faible lorsque le patient aborde des problèmes sociaux (20). Les médecins généralistes doivent s'efforcer d'être plus attentifs à ce type de plaintes lors du suivi chronique de leurs patients, notamment en zone rurale isolée où ils sont parfois les seuls à leur apporter un certain soutien et jouer le rôle de soupape.

En effet, en zones rurales médicalement déficitaires, face à la pénurie de psychologues et à l'image négative souvent encore véhiculée autour des troubles psychologiques et des maladies psychiatriques, le médecin généraliste tient régulièrement un rôle de psychologue. Dans ces zones rurales, certains patients sont très isolés, notamment les personnes âgées vivant seules à domicile, et n'ont parfois aucune autre personne à qui se confier en cas de mal-être et de vécu difficile de leur solitude. Un travail de thèse antérieur montre que les patients vivant en milieu rural considèrent davantage leur médecin généraliste comme un confident que les patients urbains (49).

## **2.3.2. La confiance**

### **2.3.2.1. avoir des compétences médicales et relationnelles**

Les patients de notre étude ont une grande confiance en leur médecin généraliste, ce qui leur semble indispensable au bon déroulement de leur suivi. Des études antérieures montrent également que les patients sont satisfaits des compétences de leur médecin généraliste de manière générale (49) (55). Mais il est probable qu'en zone rurale médicalement déficitaire, la relation de confiance entre patients et médecin généraliste soit plus importante. D'une part, il existe souvent entre eux une proximité relationnelle plus marquée qu'en milieu urbain. D'autre part le médecin généraliste est le plus souvent le pilier de la prise en charge sanitaire des patients. En cas de pathologie chronique, puisque l'offre de soins spécialisés est limitée et

peu accessible, c'est souvent le médecin généraliste qui assure exclusivement le suivi chronique habituel. Cela augmente ses responsabilités et la confiance nécessaire des patients. Pour illustrer cette hypothèse, on peut citer les résultats d'un autre travail de thèse où les personnes vivant en milieu rural estiment davantage que leur médecin généraliste est le plus compétent pour suivre une pathologie chronique comme un diabète (49). La polyvalence du médecin généraliste reste donc une réalité nécessaire et souhaitée par les patients en zone rurale.

Dans notre étude, les patients précisent toutefois que leur confiance en leur médecin généraliste n'est pas une confiance aveugle mais plutôt une confiance réfléchie. Ils attendent que leur médecin généraliste montre son assurance et n'altère pas cette confiance par des attitudes inadaptées ou par une prise en charge médicale qui leur semblerait inappropriée. Même si le schéma relationnel médecin-malade patriarcal persiste parfois en milieu rural, l'exigence de performances recherchée de manière générale par la société actuelle y fait inévitablement évoluer les rapports entre patients et médecin généraliste. Les patients les plus jeunes, plus mobiles donc plus enclins au nomadisme médical et moins attachés à l'image de « médecin de famille » et au modèle patriarcal, peuvent être plus critiques vis-à-vis de leur médecin généraliste (49). La médiatisation de certains scandales sanitaires a pu favoriser une certaine méfiance des patients en général vis-à-vis du monde médical. Et l'accès facile et rapide aux informations médicales, notamment via Internet, a probablement augmenté leur niveau d'exigence de compétences et d'efficacité vis-à-vis de leur médecin généraliste. Ainsi, dans notre étude, les patients peuvent exiger que leur médecin généraliste justifie sa prise en charge et sache se remettre en question lors de leur suivi chronique.

Les patients de notre étude attendent de multiples compétences médicales mais aussi relationnelles de la part de leur médecin généraliste au cours de leur suivi chronique: prendre en charge d'éventuels symptômes, coordonner les soins, informer et s'adapter aux patients, les encadrer et les convaincre. On retrouve des attentes similaires dans différentes études antérieures (7) (17) (19). Il ne semble pas y avoir de particularités rurales dans ces exigences de compétences.

#### **2.3.2.2. se montrer sincère et dire la vérité**

Les patients interrogés dans notre étude attendent le plus souvent que leur médecin généraliste leur dise la vérité sur leur santé, notamment en cas de diagnostic grave ou incertain. Selon eux, la sincérité de leur médecin généraliste est aussi un élément important pour un suivi de qualité et une relation de confiance. Contrairement à l'étude de Dedianne où certains patients ne souhaitent pas connaître la vérité de la part de leur médecin, de peur des conséquences potentielles sur leur vie quotidienne, aucun patient de notre étude n'affirme refuser que son médecin généraliste l'informe sur la réalité de son état de santé (19). L'annonce de la vérité par le médecin généraliste semble mieux acceptée et plus attendue par les patients chroniques vivant en zone rurale, malgré les potentielles conséquences et angoisses engendrées, que sa dissimulation par un discours trop technique donc hermétique voire un discours mensonger.

À travers cette vérité et cette sincérité attendues, les patients de notre étude concèdent à leur médecin généraliste le droit de ne pas savoir et de se tromper. Malgré leurs exigences de compétences et de polyvalence, il est normal selon eux que leur médecin généraliste ne soit pas omniscient. Les limites de ses connaissances le désacralisent et le rapprochent de ses patients. Mais les patients préfèrent que leur médecin généraliste leur précise quand il ne peut pas expliquer une situation clinique ou qu'il reconnaisse une éventuelle erreur. Cela participe à la relation de confiance attendue par les patients de notre étude. Inversement, si le médecin généraliste ne reconnaît pas ses limites et ses erreurs, le doute apparaît et la confiance du

patient est altérée. On retrouve également ce « droit à l'erreur » reconnu par les patients dans d'autres études (19) (61). Au cours du suivi de pathologies chroniques, il faut donc que les médecins généralistes trouvent un juste équilibre entre l'assurance qu'ils doivent montrer dans leur prise en charge et la sincérité qui est également attendue par les patients.

### **2.3.3. L'aspect financier**

Dans notre étude, peu de patients évoquent la transaction financière à la fin de la consultation pour régler leur médecin généraliste. Cet aspect de la consultation ne semble pas problématique. Aucun patient n'en a critiqué le montant. Nous ne savons pas si, dans le cadre de leurs pathologies chroniques, les patients de notre étude bénéficient majoritairement du tiers payant au titre d'une affection de longue durée, ce qui pourrait expliquer leurs attentes limitées par rapport à cet aspect financier de la consultation. Mais dans d'autres études, on retrouve également une certaine indifférence des patients par rapport à la notion d'argent dans la relation médecin-malade (19) (49). La majorité des patients ne critique pas le tarif de la consultation habituelle et estime qu'il correspond au travail fourni, notamment en milieu rural (49) (62). Il est possible que les patients des zones rurales médicalement déficitaires aient davantage de reconnaissance pour le travail de leur médecin généraliste, principal acteur dans la prise en charge de leur santé et que cette reconnaissance se traduise par une acceptation naturelle de cette rémunération de la consultation.

Il est également probable que ce paiement de la consultation garde une fonction symbolique dans la relation contractuelle entre le médecin qui fournit une prestation et le malade qui lui doit des honoraires en échange, inscrivant ainsi cette relation dans un cadre professionnel.

Est-il alors possible que les patients perçoivent leur médecin généraliste comme un simple prestataire de service parmi d'autres? Dans notre étude, certains patients évoquent la délivrance de certains documents par leur médecin généraliste comme une banale formalité administrative réalisée sur simple demande et utilisent des termes du domaine commercial pour illustrer certaines de leurs demandes (« faire son marché », « liste de courses »). Pour autant, il serait réducteur de penser que les patients jugent la relation avec leur médecin généraliste comme une simple relation commerciale, aux vues de la richesse des entretiens de notre étude et des nombreuses attentes qui en ressortent. Mourton a d'ailleurs mis en évidence que les patients, de manière générale, ne perçoivent pas le rôle de leur médecin généraliste comme celui d'un prestataire de service, notamment en milieu rural (49).

Les patients de notre étude sont suivis par leur médecin généraliste pour des pathologies chroniques avec souvent un protocole de soins qui nécessite la réalisation d'actes et examens complémentaires. Certains patients estiment que leur médecin généraliste a un rôle à jouer pour limiter ces dépenses de santé publique considérables. Ils sont ainsi en accord avec le Code de Déontologie Médicale qui rappelle que le médecin doit « sans négliger son devoir d'assistance morale, limiter ses prescriptions et ses actes à ce qui est nécessaire à la qualité, à la sécurité et à l'efficacité des soins » (article 8) (51).

Selon Dedienne, les patients perçoivent de manière positive les médecins généraliste qui suivent les recommandations des tutelles afin de limiter les dépenses de santé (19). Mais cela peut également être source de conflit dans la relation médecin-malade lors du suivi chronique, par exemple si le médecin refuse la prescription d'explorations attendues par le patient ou impose la prescription de médicaments génériques. Le médecin généraliste doit donc trouver un équilibre entre d'une part les intérêts de la collectivité et la pérennité du système de soins et d'autre part le patient qu'il suit dans sa globalité et la relation médecin-malade qui en découle.

## **2.4. Les problèmes organisationnels : une spécificité rurale ?**

### **2.4.1. La gestion du temps**

#### **2.4.1.1. l'attente prolongée en salle d'attente**

Selon les patients de notre étude, le principal point négatif de leur suivi chronique chez leur médecin généraliste est le temps d'attente prolongé en salle d'attente qui peut rendre très contraignante leur venue en consultation. La majorité de leurs médecins généralistes consulte sans rendez-vous. Cette attente peut atteindre plusieurs heures avant la consultation. Cette organisation jugée souvent inadaptée par les patients peut avoir des conséquences négatives : difficultés d'organisation personnelle, mauvaise tolérance (ennui, stress, élévation de la tension artérielle), insatisfaction, impatience, négligence ou oubli de certaines plaintes initiales. Dans le travail de thèse de Coiffier, les patients se disent également gênés par une durée d'attente jugée trop longue avec l'apparition potentielle d'une irritabilité secondaire voire d'un renoncement à la consultation (63). Dans cette étude, seule une minorité des patients vivent en zone rurale, la majorité des consultations se font sur rendez-vous et le temps d'attente estimé en cas de consultation libre est moindre, autour de quarante-cinq minutes. En zone rurale médicalement déficitaire, l'attente est souvent beaucoup plus importante, étant donnée l'affluence de patients et, dans notre étude, l'organisation des consultations majoritairement sans rendez-vous. Cela explique le peu d'adhésion des patients de notre étude au choix d'organisation de leur médecin généraliste, contrairement aux résultats de cette étude antérieure.

A noter que dans notre étude, les patients consultant le plus souvent leur médecin généraliste en horaires libres, certains thèmes comme la ponctualité de leur médecin et leurs attentes vis-à-vis d'un éventuel secrétariat médical n'ont pas été abordés spontanément lors des entretiens.

#### **2.4.1.2. disponibilité du médecin et durée de la consultation**

Les patients de notre étude attendent que leur médecin généraliste soit disponible et prenne suffisamment de temps pour les prendre en charge lors de leurs consultations de suivi. On retrouve des attentes similaires dans la littérature: la durée de la consultation est l'une des attentes prioritaires des patients en général (64).

Mais dans notre étude, les patients estiment que leur médecin généraliste ne peut pas être aussi disponible qu'ils le souhaiteraient en cas de forte affluence. Selon eux, la pression du temps que doit gérer leur médecin peut altérer la qualité des consultations de suivi chronique. Ils attendent pourtant que leur médecin généraliste ne montre pas de précipitation lors de ces consultations de suivi. Le travail de thèse de Marquant va dans leur sens et décrit la consultation de suivi chronique comme une consultation plus complexe et donc plus longue que les autres (8).

Pour certains patients de notre étude, la disponibilité de leur médecin généraliste ne semble pas incompatible avec les contraintes de temps. Au delà de la durée de la consultation en elle-même, ils attendent avant tout que leur médecin généraliste leur montre sa disponibilité si nécessaire en cas de situations difficiles à surmonter. Mais lors d'une consultation de suivi simple, sans problème surajouté ou demande complémentaire, ils acceptent facilement que la consultation soit plus rapide. Selon Siproudhis-Frère, les patients chroniques considèrent le temps passé en consultation comme un élément secondaire relativement à d'autres attentes concernant leur suivi chronique (17).

### **2.4.1.3. pénurie de médecin et surcharge de travail**

Par définition, le nombre de médecins généralistes est restreint dans les zones rurales médicalement déficitaires ciblées dans notre étude. Les patients craignent que l'importante charge de travail de leur médecin généraliste altère la qualité de leur suivi chronique. Certains évoquent même le risque d'épuisement professionnel et d'erreur médicale. Bien qu'ils admettent que cela soit très difficile, les patients attendent que leur médecin sache faire face à cette charge de travail considérable.

Mais globalement, les patients de notre étude sont satisfaits de leur médecin généraliste et estiment qu'il se montre suffisamment disponible, même en cas de surcharge de travail. Face à la pénurie médicale, les patients de ces zones rurales sont probablement plus indulgents et plus reconnaissants envers leur médecin généraliste. Une autre étude montre que les patients urbains acceptent mal de ne pas être reçus rapidement à leur demande par leur médecin généraliste alors que les patients des zones rurales tolèrent plus facilement un certain délai de consultation, d'autant plus s'ils reçoivent un conseil téléphonique de la part de leur médecin (19).

## **2.4.2. Le difficultés d'accessibilité aux soins**

### **2.4.2.1 un cabinet médical de proximité**

Dans notre étude, les patients n'ont pas évoqué de difficultés pour se rendre au cabinet de leur médecin généraliste. Cela suppose qu'il dispose d'un moyen de locomotion pour s'y rendre. En milieu rural isolé, les réseaux de transports en commun étant quasi inexistant, les déplacements se font principalement avec le véhicule personnel. Il est donc probable que la majorité des patients de notre étude possède ou ont accès à un véhicule pour se déplacer.

Même si le cabinet du médecin généraliste est globalement plus éloigné du lieu d'habitation des patients en milieu rural qu'en ville, la distance à parcourir est globalement modérée (temps de parcours inférieur à 15 minutes dans 95% des cas) et bien acceptée (7) (65).

En milieu rural, une certaine solidarité traditionnelle persiste encore et les patients peuvent compter le plus souvent sur l'aide de la famille ou du voisinage pour faire face à d'éventuelles difficultés de déplacement. Et en cas d'isolement important ou de difficultés majeures pour se rendre au cabinet, le médecin généraliste exerçant en milieu rural se déplacera plus facilement au domicile du patient qu'en milieu urbain (49). Il pourrait d'ailleurs être intéressant d'explorer plus spécifiquement les attentes des patients chroniques suivis en visites à domicile.

Globalement, l'accessibilité au cabinet du médecin généraliste (ou à défaut au médecin lui-même) ne semble pas problématique même en milieu rural isolé. Mais dans notre étude, les patients sont majoritairement suivis depuis plusieurs années par leur médecin généraliste. Aucun n'évoque le refus pourtant fréquent et problématique d'être pris en charge comme « nouveau patient » par un médecin généraliste du fait de la pénurie médicale et des patientèles déjà trop importantes.

### **2.4.2.2. des soins spécialisés difficiles d'accès**

En zone rurale, la distance géographique est plus conséquente et donc plus problématique pour accéder aux soins spécialisés, aux équipements médicaux techniques et aux établissements de santé. En effet, ces offres de soins sont surtout implantées en ville où elles disposent des infrastructures nécessaires et d'une importante densité de population. Dans notre étude, les patients précisent que la distance à parcourir pour accéder à un soin spécialisé peut représenter un frein pour appliquer les recommandations ou les prescriptions de leur

médecin généraliste nécessaires à leur suivi chronique (consultations spécialisées, soins paramédicaux, examens complémentaires nécessitant un équipement médical spécifique). Mais cette distance n'a probablement pas le même effet dissuasif pour tous les patients vivant en zone rurale: la possession d'un véhicule diminue le temps de trajet et facilite l'organisation de déplacements importants ou répétés. Les patients vivant en zone rurale médicalement déficitaire doivent donc assumer un coût de déplacement supplémentaire pour accéder à une offre de soins plus large et plus spécialisée. En revanche, ne pas disposer d'un véhicule et/ou du permis de conduire en milieu rural peut majorer l'isolement et compliquer la prise en charge chronique. Il pourrait être intéressant d'étudier les attentes des patients confrontés à ces problématiques dans le cadre de leur suivi chronique.

Les patients de notre étude attendent donc que leur médecin généraliste prenne en compte ces aspects organisationnels lors de ses prescriptions de soins spécialisés et qu'il justifie l'indication de ces prescriptions. Selon Siproudhis-Frère, les patients des zones rurales accordent plus d'importance que les autres à recevoir des explications sur les prescriptions d'explorations complémentaires, probablement du fait des difficultés organisationnelles et logistiques à gérer pour les réaliser (17).

La pénurie de professionnels de santé complique également l'accès aux soins en zone rurale médicalement déficitaire. Au delà de l'accessibilité géographique déjà complexe, l'offre de soins est également limitée sur le plan temporel : certains soins spécialisés sont peu disponibles avec des délais de rendez-vous souvent considérables. Les patients se voient parfois refuser leur accès à cause de patientèle déjà trop conséquente à gérer, ou renoncent à organiser un rendez-vous, découragés par l'importance du délai proposé. Enfin la pratique de dépassements d'honoraires est fréquente chez les médecins spécialistes avec parfois une double tarification proposée notamment pour réduire ce délai d'attente. La pénurie d'offre de soins est encore plus importante si le patient ne souhaite pas consulter de médecins qui ne proposent pas le tarif opposable de la sécurité sociale.

En zone rurale médicalement déficitaire, des difficultés d'accessibilité aux soins de trois ordres peuvent donc se conjuguer: géographiques, temporelles mais aussi financières (65). Les médecins généralistes exerçant dans ces zones doivent d'autant plus avoir une démarche réflexive lors de la prescription d'examens ou de soins spécialisés dans le cadre d'un suivi chronique, afin de limiter les difficultés que peuvent rencontrer de manière répétée ses patients. Et ce notamment chez les patients chroniques peu symptomatiques ou asymptomatiques qui acceptent plus difficilement les prescriptions de soins spécialisés, ne percevant pas leur impact bénéfique potentiel relativement aux contraintes organisationnelles bien réelles et immédiates (17).

### **III. PROPOSITIONS POUR LA PRATIQUE**

Ce travail de thèse a également permis de recueillir les propositions des patients d'une zone rurale médicalement déficitaire pour améliorer la consultation de suivi de leurs maladies chroniques. En les analysant et en les confrontant aux données de la littérature, nous en avons fait émerger des « messages clés » à transmettre aux médecins généralistes et aux patients afin que le contenu de ce type de consultation soit le plus adapté et le plus satisfaisant possible pour chacun.

#### **3.1. Améliorer la disponibilité et limiter le temps d'attente**

##### **3.1.1. Proposer des plages de consultations sur rendez-vous**

Les patients de notre étude estiment que proposer des consultations sur rendez-vous permettrait de limiter le temps d'attente avant la consultation et ses conséquences négatives potentielles. Cela pourrait améliorer le vécu des patients et des médecins et le déroulement consécutif de la consultation de suivi, comme le décrit Coiffier (63).

Pour autant, certains patients apprécient la souplesse des consultations en horaires libres. Un fonctionnement de cabinet en consultations mixtes avec des plages suffisamment nombreuses de consultations sur rendez-vous et d'autres sans rendez-vous pourrait répondre aux attentes de tous les patients. A condition que cette organisation corresponde au schéma d'organisation du médecin généraliste et n'engendre pas davantage de stress dans sa pratique.

##### **3.1.2. Limiter le nombre de demandes à gérer par consultation**

Les patients étant amenés à consulter régulièrement leur médecin généraliste dans le cadre de leur suivi chronique, il semble raisonnable et adapté de limiter le nombre de plaintes prises en charge lors d'une même consultation (9).

Aux vues de la littérature, la qualité d'écoute est moindre au delà de deux motifs de consultation (20). Il serait judicieux que le médecin généraliste ne se laisse pas parasiter par de multiples demandes de ses patients (7). A la fin de l'entretien, médecin et patient pourraient convenir d'une à deux demandes à prioriser en plus de la réévaluation de la prise en charge de la pathologie chronique qui amène le patient à consulter. Les problèmes plus secondaires seront gérés lors de la prochaine consultation de suivi ou au besoin avant, lors d'une consultation supplémentaire dédiée.

##### **3.1.3. Savoir se faire remplacer**

Selon les patients de notre étude, la surcharge de travail conséquente de leur médecin généraliste l'expose à un risque d'épuisement professionnel. Déjà confrontés à une pénurie de médecins, les patients craignent un véritable « burn out » de leur médecin généraliste, plus fréquent en milieu rural, et un arrêt précipité de leur exercice (66) (67). Certains évoquent également le risque d'erreur médicale consécutivement à cette charge de travail très difficile à gérer.

Afin de limiter ces risques, certains patients interrogés incitent les médecins généralistes à se faire remplacer régulièrement. Même si les patients des zones rurales restent très attachés à leur médecin généraliste, ils acceptent globalement bien les médecins remplaçants. Et ce, surtout s'il existe une continuité informationnelle basée sur un dossier médical bien tenu, de préférence informatisé et si le médecin remplaçant sait apporter avec tact un nouveau regard sur la prise en charge chronique du patient (36).

Il pourrait être intéressant d'organiser des remplacements récurrents avec un ou plusieurs médecins remplaçants qui travailleraient régulièrement dans le même cabinet, connaîtraient la patientèle et ses habitudes et seraient connus des patients au fil du temps. Ainsi les patients garderaient facilement leurs repères et le médecin généraliste remplacé pourrait se ressourcer et gérer au mieux sa charge de travail à son retour.

Et pourquoi ne pas envisager une organisation plus régulière avec un remplacement sur un ou plusieurs jours hebdomadaires fixes, qui permettrait au médecin généraliste remplacé de profiter de son ou ses éventuels jours de congés habituels sans avoir à fermer le cabinet ? Ainsi la permanence de soin serait maintenue et la surcharge de travail consécutive à un jour de fermeture serait amoindrie.

## **3.2. Apporter des information adaptées et les centraliser**

### **3.2.1. Coordonner et centraliser les informations**

Selon les patients interrogés, la coordination des soins liés à leur suivi chronique incombe principalement à leur médecin généraliste. Cette coordination se base avant tout sur la transmission et la centralisation des informations concernant le patient et sur une orientation adaptée vers d'éventuels autres professionnels de santé (49).

Ainsi, une coopération et une communication de qualité entre les différents professionnels de santé est nécessaire et chacun a son rôle à jouer (50).

- le médecin généraliste en rédigeant un éventuel courrier pour introduire son patient,
- les autres professionnels de santé en communiquant en retour avec le généraliste de préférence par messagerie cryptée pour une information plus rapidement accessible et plus facilement exploitable,
- et les patients eux-même en précisant le nom de leur médecin généraliste et en demandant de lui communiquer tous documents les concernant lorsqu'ils rencontrent un autre professionnel de santé.

En cas de prise en charge urgente nécessaire, l'échange téléphonique semble le plus approprié, par exemple pour prendre rapidement un avis spécialisé ou pour prévenir de l'arrivée d'un patient orienté vers un service d'urgence. Mais cela ne doit pas remplacer les échanges écrits et les notifications écrites dans le dossier médical du patient.

L'informatisation du dossier médical, attendue par les patients, est également un élément central de la prise en charge du patient chronique (41) (42). Il permet de centraliser toutes les données médicales du patient, notamment ses antécédents, les notes et remarques lors des consultations, les résultats d'examens et compte-rendu de consultations ou d'hospitalisations transmis électroniquement ou numérisés, les traces écrites sur d'éventuels échanges interprofessionnels, les informations administratives du patient (etc). Il permet de limiter le risque d'oubli ou de perte d'informations lors du suivi chronique, notamment en cas de remplacement du médecin généraliste, à condition de mettre en place des procédures sécurisées de sauvegarde et de confidentialité. L'outil informatique semble donc quasi incontournable pour optimiser la prise en charge des patients chroniques par leur médecin généraliste. Et ce d'autant plus qu'il est utilisé dans la vie quotidienne et appréhendé de manière globalement positive par les patients, y compris en zone rurale (45).

### **3.2.2. Favoriser la décision médicale partagée**

Les patients de notre étude considère leur médecin généraliste comme un partenaire pour gérer leur prise en charge chronique. Ils sont demandeurs d'informations et beaucoup souhaitent partager avec lui les décisions médicales.

Afin de faciliter cette relation de partenariat, il est nécessaire que le médecin généraliste apporte des informations claires, compréhensibles et adaptées au patient (7) (17) (36). Ainsi le médecin peut proposer une orientation de la prise en charge médicale et guider de manière adaptée le patient en lui expliquant par exemple les bénéfices et les risques d'une procédure. Il est également nécessaire d'évaluer le degré d'attente du patient d'une décision médicale partagée : en effet, certains patients ne sont pas prêts à ce type de relation et préfère s'en remettre à leur médecin pour toute décision d'ordre médical (19).

Une synthèse à la fin de la consultation permet également de faire le point sur la bonne compréhension et les attentes du patient quant à sa prise en charge chronique. Un temps d'échange est donc nécessaire avant de conclure la consultation. La rédaction d'une éventuelle ordonnance peut par exemple être l'occasion de refaire le point si nécessaire sur le traitement de fond et ses modalités de prise.

### **3.2.3. Utiliser des supports d'informations adaptés et indépendants**

Dans notre étude, les patients sont demandeurs d'informations adaptées et concrètes, notamment au sujet des règles hygiéno-diététiques qui peuvent leur être recommandées par leur médecin généraliste et qui sont souvent contraignantes à appliquer dans leur vie quotidienne.

Il est nécessaire que leur médecin généraliste puisse leur fournir ou leur conseiller des supports d'information adaptés et de préférence indépendants de l'industrie pharmaceutique ou agro-alimentaire. Cela permet au patient de disposer d'une source d'informations fiable, vérifiée et consultable à tout moment. On peut citer par exemple les « fiches Infos-Patients » de la revue Prescrire, certains sites internet didactiques ou autres outils et supports pédagogiques ciblés (68) (69). Ces différents supports évitent que les patients se retrouvent seuls au domicile sans information ou au contraire noyés par la multitude d'informations disponibles notamment sur internet, de sources diverses plus ou moins fiables et parfois très anxiogènes.

### **3.2.4. Favoriser l'éducation thérapeutique**

Dans notre étude, les patients veulent être impliqués et responsabilisés dans la gestion de leur santé. Il est important que leur médecin généraliste leur apporte les informations et les ressources nécessaires à une prise en charge optimale de leurs pathologies chroniques dans leur quotidien (gestion du traitement, informations sur la maladie chronique, prévention d'éventuelles complications, modalités de suivi, etc).

Cet abord de l'éducation thérapeutique du patient peut et doit avant tout se faire lors des consultations régulières de suivi. Il serait intéressant de choisir un thème principal lors de consultations simples de suivi sans demandes surajoutées (alimentation, sevrage du tabac, activités physiques, etc). Peut-être est-il même envisageable de planifier d'avance ce thème pour une prochaine consultation de suivi. Le médecin généraliste peut aborder ces différents thèmes par une approche motivationnelle à condition d'avoir été sensibilisé aux techniques de communication nécessaire (52).

Le médecin généraliste peut également s'appuyer sur les professionnels de santé locaux : infirmières (apprentissage des techniques d'injection d'insuline ou d'héparine), podologues (prévention du pied diabétique), kinésithérapeute (apprentissage postural préventif), pharmaciens (modalités de prise du traitement). Les infirmières qui interviennent régulièrement auprès des patients chroniques, souvent à domicile, participent pleinement à la prise en charge chronique des patients et jouent également un rôle de sentinelle pouvant alerter patients et médecins généralistes si nécessaire. Elles sont parfois formées en éducation thérapeutique (diabète, rhumatologie, anticoagulants, stomies), ce qui est bien entendu un atout supplémentaire dans la prise en charge des patients. S'appuyer sur les acteurs de santé locaux peut permettre une meilleure coordination des soins chroniques, améliorer les échanges interprofessionnels, mettre en place un réseau local pluridisciplinaire et valoriser les compétences complémentaires de chacun (50).

En revanche, compte tenu de la surcharge de travail que connaissent les médecins généralistes en milieu rural, il semble peu réaliste qu'ils puissent en parallèle mettre en place de façon durable et régulière des groupes d'éducation thérapeutique à l'échelle locale (70). Mais il est sans doute envisageable de s'appuyer ponctuellement sur des structures et programmes déjà existants : services hospitaliers proposant des consultations ou hospitalisations dédiées à l'éducation thérapeutique des patients chroniques, le programme SOPHIA de l'assurance maladie dédié au diabète, certaines associations de patients parfois locales (etc) (52).

### **3.3. Améliorer les problèmes organisationnels**

#### **3.3.1. Savoir utiliser le potentiel des nouvelles technologies**

Les patients de notre étude ont évoqué des difficultés d'accessibilité à des soins spécialisés, notamment liés aux trajets importants et aux délais de rendez-vous considérables. Afin de limiter ces problèmes organisationnels dans la prise en charge de ses patients chroniques, le médecin généraliste pourrait s'appuyer sur les nouvelles technologies.

Par exemple, il est déjà possible de demander des avis spécialisés à distance grâce aux appareils médicaux connectés : électrocardiogramme et avis cardiologique, lecteur de glycémie et avis endocrinologique (etc). Il est également possible de transmettre des données médicales par messagerie cryptée : imagerie numérisée et avis orthopédique, photographie de lésions cutanées atypiques et avis dermatologique (etc). L'extension de la télémédecine peut également s'envisager à moyen terme en zone rurale médicalement déficitaire : des projets et actions sont déjà menés à l'échelle nationale dans différents domaines (téléconsultation, télésurveillance, téléexpertise, téléradiologie, télécardiologie, télédialyse...) et pourraient être progressivement transposables dans des zones rurales isolées afin d'améliorer l'accessibilité aux soins spécialisés (71) (72). A noter que certains orthoptistes pallient déjà dans une certaine mesure à la pénurie d'ophtalmologistes en réévaluant les corrections optiques et en réalisant un dépistage de rétinopathie, nécessaire dans le suivi de certaines pathologies chroniques, par rétinographie avec transmission des images qui sont lues et interprétées en différé et/ou à distance par un ophtalmologiste (73).

#### **3.3.2. Créer un réseau de santé local**

Afin d'orienter au mieux ses patients, il est nécessaire que le médecin généraliste se crée un réseau informel de professionnels de santé (50). En enrichissant au fil du temps son réseau de correspondants en fonction de la qualité des réponses des intervenants sollicités mais également des retours sur le vécu des patients, il pourrait orienter efficacement ses patients chroniques si nécessaire et demander plus facilement un avis urgent si besoin. Il est donc

nécessaire de bien communiquer avec ces différents professionnels de santé afin d'optimiser la prise en charge des patients mais également le confort de travail du médecin.

Il pourrait être également envisageable d'établir avec l'appui des pouvoirs locaux une certaine attractivité pour que des professionnels de santé extérieurs à la zone rurale médicalement déficitaires interviennent régulièrement : consultations spécialisées (cardiologie, rhumatologie, psychiatrie), PMI, psychologue, diététicienne, sage-femme (etc). La mise à disposition de locaux dédiés, comme par exemple dans le cadre d'une maison de santé pluridisciplinaire, pourrait faciliter ce type d'organisation. Même si la fréquence de ces interventions restait faible (de l'ordre d'une à deux interventions mensuelles), cela pourrait améliorer les difficultés organisationnelles des patients chroniques et amoindrir la pénurie de professionnels de santé à l'échelle locale.

### **3.4. Réévaluer le cadre de la consultation**

#### **3.4.1. Éviter le terme « renouvellement d'ordonnance »**

Même s'ils nomment spontanément « renouvellement d'ordonnance » les consultations régulières chez leur médecin généraliste dans le cadre du suivi de leurs maladies chroniques, les patients attendent davantage qu'un simple recopiage d'ordonnance (7) (17). Aux vues de la richesse des entretiens de notre étude, les attentes de ces patients lors de ces consultations sont nombreuses. Et pourtant les médecins généralistes eux-même utilisent souvent ce terme de « renouvellement d'ordonnance », intégré dans le codage de la CIM-10 (Z76.0), parfois abrégé en « RO » pour désigner le motif de consultation dans le dossier médical (74) (75).

Il serait donc opportun que patients et médecins généralistes réfléchissent conjointement au choix d'un nouveau terme pour désigner ces consultations régulières au contenu complexe. Nous avons fait le choix dans notre étude d'employer le terme de « consultation de suivi chronique » qui nous semblait le plus approprié mais d'autres désignations pourraient s'envisager, à condition qu'elles conviennent aux deux parties afin que chacun l'intègre naturellement.

#### **3.4.2. Revaloriser la consultation de suivi**

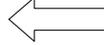
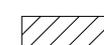
Les attentes des patients sont nombreuses quant au contenu de leurs consultations de suivi (7) (17). Le médecin généraliste doit s'efforcer d'y répondre, en plus d'appliquer les recommandations de bonnes pratiques indiquées dans la prise en charge des pathologies chroniques. Dans ces conditions, les consultations de suivi chronique sont inévitablement plus longues et plus complexes (8). Ne serait-il pas envisageable de revaloriser la cotation de ces consultations afin d'optimiser leur qualité dans un système où le médecin généraliste est rémunéré à l'acte? (9)

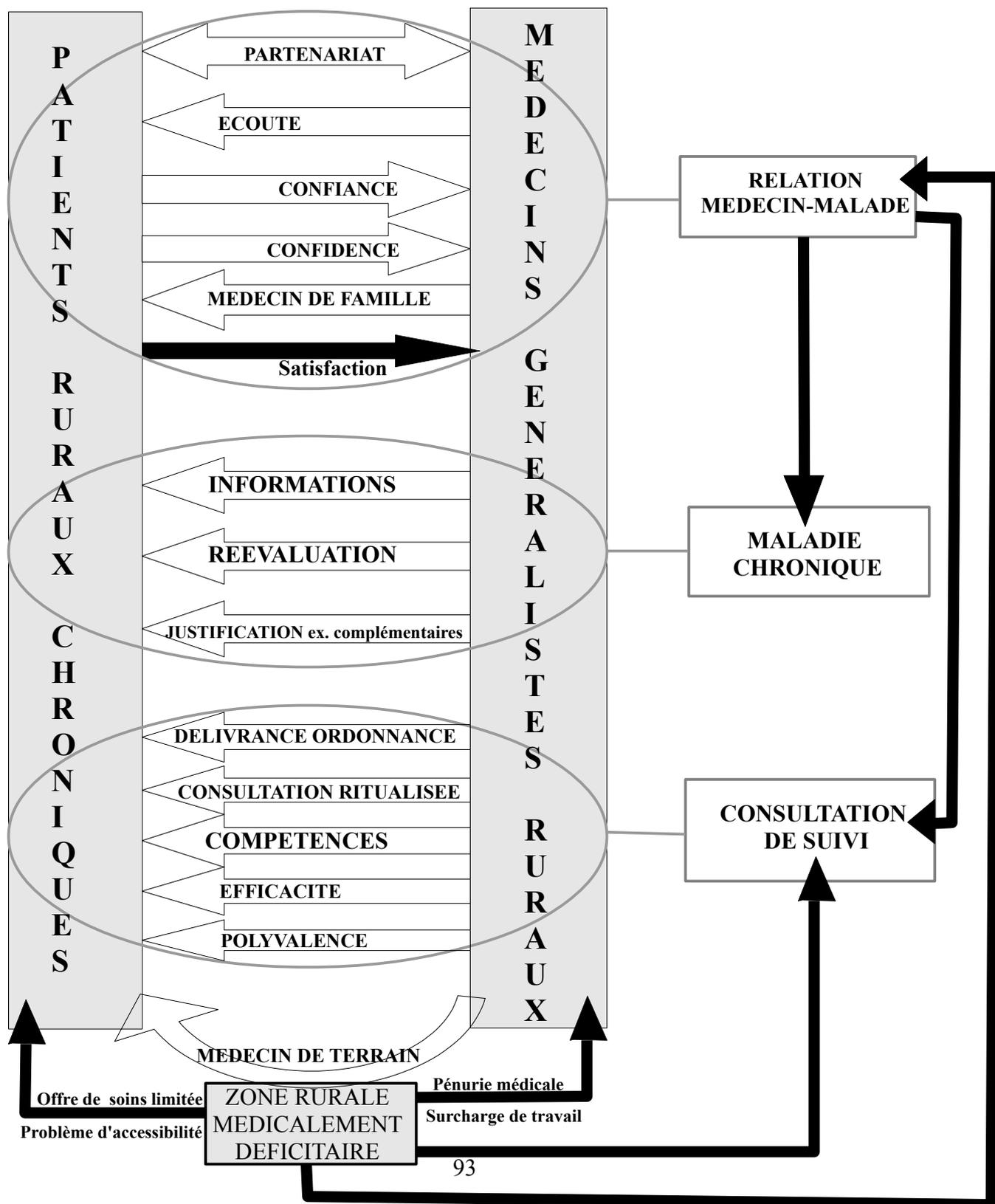
**Schéma 1 :**

CONSULTATION DE SUIVI CHRONIQUE  
CHEZ LE MÉDECIN GÉNÉRALISTE  
EN ZONE RURALE MÉDICALEMENT DÉFICITAIRE :  
**PRINCIPALES ATTENTES DES PATIENTS ET INTERACTIONS**

**LEGENDE :**

Attentes des patients :

-  actes/compétences attendus par les patients de la part leur médecin généraliste
-  modes socio-communicationnels attendus par les patients vers leur médecin généraliste
-  interactions relationnelles attendues par les patients avec leur médecin généraliste
-  Interactions/impacts potentiels
-  Attentes plus spécifiques des patients chroniques des zones rurales médicalement déficitaires



## CONCLUSION

Les patients souffrant de maladies chroniques et vivant en zone rurale médicalement déficitaire ont des attentes similaires aux autres patients chroniques lors des consultations de suivi chez leur médecin généraliste. Ils souhaitent une consultation ritualisée où chaque étape est un repère solide dans son déroulement (entretien, examen clinique, prescriptions). Ils considèrent que leur relation avec leur médecin généraliste est avant tout une relation de partenariat basée sur l'écoute, la confiance, la transmission d'informations et la réévaluation régulière de leur prise en charge médicale. Ils sont assez indifférents aux aspects financiers de ces consultations, le caractère contractuel de la relation médecin-malade restant au second plan.

Néanmoins, cette étude met en évidence plusieurs spécificités dans les attentes de ces patients vivant en zone rurale médicalement déficitaire, notamment face aux problèmes organisationnels qui peuvent avoir un impact sur la relation médecin-malade. La pénurie de médecins généralistes et leur surcharge de travail soulèvent certaines craintes des patients comme la peur d'une altération de la qualité de leur prise en charge chronique, de la disponibilité et de l'écoute de leur médecin généraliste. L'organisation de consultations uniquement sans rendez-vous, majoritaire dans notre étude, est également problématique pour les patients quant à leur tolérance et à leur emploi du temps. Enfin, l'offre de soins spécialisés est très limitée et pose des problèmes d'accessibilité géographiques, temporels voire financiers. C'est pourquoi les patients attendent que leur médecin généraliste explique et justifie ses prescriptions de soins spécialisés et sache coordonner au mieux leur prise en charge.

Pour autant, les patients chroniques des zones rurales médicalement déficientes semblent satisfaits du choix de leur médecin généraliste. Globalement plus proches de lui, ils le considèrent comme un médecin «de famille» et «de terrain» et se confient plus souvent à lui. Ces patients sont également plus fidèles à leur médecin généraliste, du fait de la pénurie médicale mais également de l'attachement à ce médecin «de famille». Mais certains soulèvent le risque de suivi trop routinier au fil du temps et souhaitent véritablement une remise en question régulière de leur médecin généraliste. Efficacité, compétences et polyvalence sont également très attendues par ces patients: face à la pénurie médicale, chacun doit s'efforcer de tendre vers une prise en charge chronique de qualité mais néanmoins efficace et le moins chronophage possible pour tous. C'est sans doute ce qui explique que l'objectif principal de ces consultations pour les patients reste la délivrance de l'ordonnance de leur traitement de fond: c'est à leurs yeux l'aspect concret, palpable et symbole d'efficacité de ces consultations de suivi.

Ces attentes spécifiques des patients chroniques vivant en zone rurale médicalement déficitaire présentent probablement des variantes locales selon les zones géographiques considérées et leurs particularités locales (organisation des consultations, offre de soins, réseaux éventuels, habitudes culturelles...). Il serait intéressant de comparer ces attentes en fonction de la localisation géographique des zones dont sont originaires les patients chroniques ruraux.

De plus, l'évolution des populations rurales semble tendre peu à peu vers une «rurbanisation» avec une population plus jeune et plus familiale ayant des habitudes plus urbaines, les personnes plus âgées s'orientant davantage vers les centres urbains où l'accessibilité aux services est facilitée. Et de nouvelles organisations d'offre de soins à l'échelle locale se profilent. Cela ouvre la perspective de nouvelles études sur l'évolution dans le temps des attentes des patients chroniques vivant en zone rurales médicalement déficitaires.

# BIBLIOGRAPHIE

1. LABARTHE G. Les consultations et visites des médecins généralistes, un essai de typologie. DREES, Études et Résultats, 2004, n°315.
2. La rémunération annuelle du médecin traitant. Fiche ECO de la CSMF [en ligne]; 2007 [consulté le 9 novembre 2014]. Disponible sur: <http://www.csmf.org/upload/File/Fiches%20ECO/Fiche%20ECO%20n6.pdf>
3. AGRINIER N., ANDRE J-M, BOUE F. *et al.* La prise en charge et la protection sociale des personnes atteintes de maladie chronique, Rapport du Haut Conseil de la Santé Publique, Novembre 2009.
4. Personnes atteintes de maladie chronique [en ligne]; Agence Régionale de Santé Centre-Val de Loire, [consulté le 9 novembre 2014], Disponible sur: <http://www.ars.centre.sante.fr/Personnes-atteintes-de-maladie.79717.0.html>
5. Fréquence des ALD au 31/12/2012 [en ligne]; Assurance maladie, 2012 [consulté le 20 novembre 2014]. Disponible sur: <http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-etpublications/donnees-statistiques/affection-de-longue-dureeald/prevalence/frequence-des-ald-au-31-12-2012.php>
6. ALLONIER C., GUILLAUME S., SERMET C. De quoi souffre-t-on en France. Etat des lieux des maladies déclarées en France. Enquête décennale santé INSEE 2002-2003. Bulletin d'information en économie de la santé n°123, IRDES, juin 2007.
7. GAROUX DREVET M. Qu'attendent les patients de la consultation de suivi d'une pathologie chronique en médecine générale ? Approche qualitative. Thèse : Médecine : Saint-Étienne : 2013.
8. MARQUANT J. Les consultations pour renouvellement d'ordonnance en médecine générale : étude descriptive des éléments de consultation associés au motif « renouvellement d'ordonnance », à partir des données de l'étude ECOGEN. Thèse : Médecine : Lille : 2014.
9. DUCOS D. La consultation de renouvellement de traitement en médecine générale : enquête de pratique. Thèse : Médecine : Lyon: 2010.
10. VIONNET FUASSET J. Fréquence et nature de la polymédication chez les personnes âgées en médecine générale. Documents de recherche en médecine générale, 2005, 60: 3-24.
11. GUILLEMAUD C. Analyse des déterminants de la gestion des ordonnances de polyprescription des patients chroniques en médecine générale. Thèse: Médecine : Paris Sud XI: 2010.
12. GUILLUY CREST M. La déprescription : les patients sont-ils prêts ? Analyse du vécu et du ressenti des patients à qui le médecin généraliste propose une déprescription. Thèse : Médecine : Paris Descartes : 2012.
13. SAINT GEORGE A. Enquête de pratique : identification des problèmes intercurrents lors d'une consultation de renouvellement d'ordonnance en médecine générale. Thèse : Médecine : Tours : 1999.
14. Disparités géographiques de la santé en France : les affections de longue durée [en ligne]; 2006 [consulté le 7 décembre 2014]. Disponible sur: [http://www.ameli.fr/fileadmin/user\\_upload/documents/pointreperen\\_1.pdf](http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/pointreperen_1.pdf)
15. DEPRAZ S., TRATNJEK B. Mais où est donc passé l'espace rural ? Compte-rendu des cafés géographiques [en ligne]; septembre 2013, Lyon [consulté le 7 décembre 2014]. Disponible sur: <http://cafe-geo.net/mais-ou-est-donc-passe-l-espace-rural/>
16. Arrêté N° 2014-DG-0028 relatif à la définition des mises en oeuvre des mesures destinées à une meilleure répartition des professionnels de santé, des maisons médicales, des pôles de santé et des centres de santé. Agence Régionale de Santé Centre, 2014.
17. SIPROUDHIS FRERE J. La consultation de renouvellement d'ordonnance en médecine générale : qu'en attendent les patients? Thèse : Médecine : Rennes : 2014.

18. BACON GASCHIGNARD S. L'enjeu relationnel et thérapeutique de l'examen du corps en consultation de médecine générale: analyse du vécu des patients à partir de 37 entretiens semi-dirigés. Thèse: Médecine: Lyon: 2008.
19. DEDIANNE M-C. Attentes et perceptions de la qualité de la relation médecin-malade par les patients en médecine générale: application de la méthode par focus groups. Thèse: Médecine: Grenoble: 2001.
20. DARETHS FABIER S. Evaluation de la qualité d'écoute des médecins généralistes en consultation. Thèse: Médecine : Bordeaux II : 2011.
21. GUEYDAN K. Le toucher en médecine générale. Paris Ile de France Ouest: 2000.
22. DEFOORT R. Les patients et leur tension en médecine générale : Perceptions et croyances sur la pression artérielle et sa mesure en consultation dans le département du Nord. Thèse: Médecine: Lille II: 2015.
23. SARRADON-ECK A. Comprendre la physiopathologie profane. Revue Ethica Clinica, 2008, 51 : 20-28.
24. SFHTA. Mesures de la pression artérielle : Pour le diagnostic et le suivi du patient hypertendu. Novembre 2011.
25. LEMERCIER X., DUHOT D., ARNOULD M, *et al.* Caractéristiques de la mesure de la pression artérielle par les médecins généralistes français. Congrès de médecine générale. Lyon, 2008.
26. MAURAIZIN G. La prescription médicamenteuse en médecine générale : attentes des patients, perceptions des médecins et comportements associés. Thèse : Médecine: Toulouse III : 2007.
27. LITTLE P., EVERITT H., WILLIAMSON I. *et al.* Preferences of patients for patient centred approach to consultation in primary care: observational study. BMJ 2001; 322: 468–72.
28. INSEE Références, Recensement, 2013.
29. INSEE Références, Les personnes âgées, 2005.
30. CHARRA E. Représentations et vécu des patients à propos de la non-prescription médicale. Thèse: Médecine: Lyon I: 2012.
31. LAPLANTINE F. Anthropologie de la maladie. Bibliothèque scientifique Payot, Paris, 1986.
32. FLOURET-GUYOT C. Prescription médicamenteuse : les attentes des français en cas de pathologies bénignes. Thèse: Médecine: Nancy: 2011.
33. FAINZANG S. Médicaments et société. Paris : Presses Universitaires de France. Ethnologies controverses, 2001. 156 p.
34. VON FERBER L., KOSTER I., PRUSS U. Patient variables associated with expectations for prescriptions and general practitioners' prescribing behaviour: an observational study. Pharmacoepidemiology and Drug Safety. Juin 2002; 11(4): 291-9.
35. MOURET-BONZI M. L'ordonnance médicamenteuse en France et en Europe : les attentes de prescription des patients. Une revue systématique de la littérature de 2005 à 2014. Thèse : Médecine : Lille II : 2015.
36. KRUCIEN N. Analyse de la qualité de l'offre de soins de médecine générale du point de vue des patients. Thèse: Médecine : Paris Sud XI: 2012.
37. GALLAIS JL. Médecine générale, psychiatrie et soins primaires: regard de généraliste. L'information psychiatrique. 2014, 90: 323-9.
38. DUPUY J-P, KARSENTY S. L'invasion pharmaceutique. Paris: Seuil; 1974.

39. BOISDIN E., DOUCET J. Etude prospective sur les déterminants de la déprescription des médicaments en médecine générale. Thèse : Médecine : Rouen: 2011.
40. HAS. Développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses validées. Rapport d'orientation. Avril 2011.
41. CHAPOIX G. La place de l'informatique dans la relation de soins. Point de vue des patients. Soins de santé primaires et informatique: cahier sciences n°58: octobre 2011.
42. REMOIVILLE M. Informatisation des médecins généralistes: qu'en pensent les patients? Enquête auprès de 150 patients au sein de trois cabinets médicaux informatisés. Thèse : Médecine :Nancy I: 2011.
43. DEGIEUX A. Informatisation des cabinets de médecine générale en Franche-Comté en 2003 : état des lieux et ressenti des patients. Thèse : Médecine : Besançon: 2004.
44. LIDEC Y, MONTIGNY G. La perception de la micro-informatique en 90 : analyse de deux enquêtes faites auprès de généralistes et de patients concernés ; possibilités actuelles, dernières techniques, perspectives. Thèse : Médecine : Tours: 1992.
45. BIGOT R., CROUTTE P. La diffusion des technologies de l'information et de la communication dans la société française (2014). Étude réalisée à la demande du Conseil Général de l'Economie, de l'Industrie, de l'Energie et des Technologies (CGE) et de l'Autorité de Régulation des Communications Electroniques et des Postes (ARCEP). CREDOC: Collection des rapports: Novembre 2014.
46. BLOY G. L'incertitude en médecine générale : sources, formes et accommodements possibles. Sciences Sociales et Santé 2008. Volume 26: n°1: 2008: p 67-91.
47. CLERC P., LEBRETON J., MOUSQUES J., *et 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, volume 39, n°1, p 43-51.
48. AMAR E, PEREIRA C. Les prescriptions des médecins généralistes et leurs déterminants. DREES, Etudes et Résultats, 2005, n°440.
49. MOURTON E. Représentation sociale du médecin généraliste dans la population lorraine en 2013. Connaissance de la population sur le métier de médecin généraliste. Thèse: Médecine: Nancy: 2013.
50. BINART ECALE H. Recensement des difficultés et possibilités d'amélioration de la communication d'informations médicales entre médecins généralistes et autres professionnels de santé du secteur libéral. Thèse: Médecine: Paris Nord: 2012.
51. Code de déontologie médicale. Edition novembre 2012. Conseil National de l'Ordre des Médecins.
52. FOUCAUD J., BURY J.A., BALCOU-DEBUSSCHE M., EYMARD C. Éducation thérapeutique du patient. Modèles, pratiques et évaluation. Saint-Denis : INPES, Santé en action, 2010 : 412 p.
53. Définition Européenne de la Médecine Générale-Médecine de Famille [en ligne]. WONCA EUROPE 2002 [consulté le 14 juin 2016]. Disponible sur : <http://www.woncaeuropa.org/sites/default/files/documents/WONCA%20definition%20French%20version.pdf>
54. CHARDON O., DAGUET F., VIVAS E. Les familles monoparentales, des difficultés à travailler et à se loger. INSEE Première, Enquêtes et études démographiques, N° 1195, juin 2008.
55. TURNER D, TARRANT C, WINDRIDGE K, *et al.* Do patients value continuity of care in general practice? An investigation using stated preference discrete choice experiments. Journal of Health Services Research and Policy. 2007;12:132-7.
56. RIEUTORT L. Du rural aux nouvelles ruralités. Revue Internationale d'Éducation de Sèvres, Centre international d'études pédagogiques (CIEP), 2012, pp.43-52.

57. MORA O, HEURGON E, GAUVRIT L. Les nouvelles ruralités en France à l'horizon 2030. Rapport du groupe de travail Nouvelles ruralités, Juillet 2008.
58. BALINT M, VALABREGA J-P. Le Médecin, son malade et la maladie. Paris: Payot: 1996.
59. ZUMSTEEG S, KRAUS F. La bonne image des médecins généralistes [en ligne]. IPSOS Public Affairs [consulté le 25 juillet 2016]. Disponible sur: <http://www.ipsos.fr/ipsos-public-affairs/actualites/2007-02-28-bonne-imagegeneralistes>
60. HERMANGE M-T, AMBROISE-THOMAS P, COUTURIER D, *et al.* Le rôle et la place du médecin généraliste en France. Enquête réalisée par l'institut BVA pour l'Académie Nationale de Médecine, Mars 2008; 12p.
61. GREACEN T. Savoir parler à son médecin: Le guide de la nouvelle relation patient médecin. Paris: Éditions Retz, 2000.
62. MESSEIN N. Modes et niveaux de rémunérations des médecins généralistes : opinions des omnipraticiens et des patients lorrains. Thèse: Médecine: Nancy I: 2012.
63. COIFFIER A. Représentations et enjeux de la salle d'attente: points de vue comparés de médecins généralistes et de patients d'après une enquête qualitative. Thèse: Médecine: NancyII: 2010.
64. GROL R, WENSING M, MAINZ J, *et al.* Patients' priorities with respect to general practice care: an international comparison. European Task Force on Patient Evaluations of General Practice. EUROREP, Family Practice. 1999, 16: 4-11
65. COLDEFY M, COM-RUELLE L, LUCAS-GABRIELLI V. Distances et temps d'accès aux soins en France métropolitaine. IRDES, Question d'Economie et de la Santé, n°164, avril 2011.
66. ROBERT E. L'épuisement professionnel: enquête auprès des médecins de l'arrondissement de Dinan. Thèse: Médecine: Rennes I: 2002.
67. COMBOT A. La santé des médecins généralistes du Finistère. Thèse: Médecine: Brest: 2004.
68. Infos-Patients Prescrire. Des fiches à partager avec les patients [en ligne]. Prescrire, mai 2013 [consulté le 8 juin 2016]. Disponible sur: <http://www.prescrire.org/Fr/126/493/0/0/About.aspx>
69. BAROT C., CHABOT E., CALLEJON L., *et al.* Éducation thérapeutique du patient. Catalogue des outils de prévention. IREPS Pays de la Loire, octobre 2009.
70. BALCOU-DEBUSSCHE M., DEBUSSCHE X. Type 2 diabetes patient education on Reunion Island : perceptions and needs of professionals at the initiation of a primary care management network. Diabetes & metabolism, Septembre 2008, vol. 34, n° 4, p. 375-381.
71. Programme régional de télémédecine en région Centre 2012-2016 [en ligne] [consulté le 04 juillet 2016]. Disponible sur : [http://www.ars.centre-val-de-Loire.sante.fr/fileadmin/CENTRE/Internet\\_ARIS/Votre\\_ARIS/PRS/Docs\\_PRS/Programme\\_regional\\_telemedecine.pdf](http://www.ars.centre-val-de-Loire.sante.fr/fileadmin/CENTRE/Internet_ARIS/Votre_ARIS/PRS/Docs_PRS/Programme_regional_telemedecine.pdf)
72. Projet stratégique 2015-2017. Moderniser l'offre de soins [en ligne]. Direction générale de l'Offre de Soins [consulté le 04 juillet 2016]. Disponible sur : [http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dgosplan\\_strategique.pdf](http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dgosplan_strategique.pdf)
73. Dépistage de la rétinopathie diabétique [en ligne]. Assurance Maladie, 2015 [consulté le 22 juin 2015]. Disponible sur : <http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/orthoptistes/exercer-au-quotidien/depistage-de-la-retinopathie-diabetique/un-nouveau-mode-de-depistage.php>
74. MARESCAUX C., BANDA R. Utilisation de la CIM-10 en médecine ambulatoire libérale : évaluation de l'AUNIS auprès de médecins volontaires. Informatique et gestion médicalisée. 1997;9:13-22.
75. Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes. CIM-10 FR à usage PMSI, 10ème révision, France. Ministère des affaires sociales et de la santé, bulletin officiel n° 2015/9bis, édition 2015 .

# **ANNEXES**

# ANNEXE 1 :

## GUIDE D'ENTRETIEN

### **Introduction**

Avant tout, je vous remercie d'avoir accepté de participer à mon travail de thèse.  
Lors de notre entretien vous aurez une liberté totale de réponse, vous pourrez répondre que vous ne savez pas.  
Ce que je cherche à recueillir, c'est votre témoignage personnel plutôt que des généralités.  
Soyez certain(e) que le but n'est absolument pas de vous juger ni de juger votre médecin.  
Afin que notre entretien soit utilisable de façon optimale pour mon travail de thèse, il est nécessaire que je puisse l'enregistrer en intégralité. Mais je vous garantis que tout ce que vous direz sera anonymisé et je m'engage à détruire cet enregistrement une fois mon travail de thèse achevé. Je vous proposerais également une lecture de la retranscription de notre entretien une fois celle-ci réalisée dans les jours qui suivront.  
Je vais donc vous donner une fiche d'information et un formulaire de consentement éclairé que je vous demanderais de lire et de signer si vous en êtes d'accord.

### **Caractéristiques du patient**

Nous allons d'abord parler de vous.  
(Remplir le recueil de caractéristiques du patient en l'interrogeant)

⇒ **Le plus souvent, pour quel motif vous rendez-vous chez votre médecin généraliste ?**  
(question « brise-glace »)

### **La consultation**

Pouvez-vous me décrire une consultation de renouvellement de traitement chez votre médecin généraliste ?  
Comment cela se passe ? (ou la dernière fois, comment cela s'est-il passé ?)  
Qu'est-ce qui vous semble important pour vous lors de cette consultation ?

### **Questions de relance (si nécessaire)**

#### ***L'interrogatoire***

Selon vous, quelles questions doit vous poser votre médecin lorsque vous venez le voir pour renouveler votre traitement ?  
Quels sujets aimeriez-vous aborder davantage ?  
Quels sujets ne souhaiteriez-vous pas ou plus aborder ?

#### ***L'examen clinique***

Qu'attendez-vous de votre médecin lorsqu'il vous examine lors de votre consultation de suivi ?  
Qu'est-ce qui pourrait vous poser problème ?  
Qu'est-ce que vous aimeriez qu'il vérifie ou surveille en vous examinant ?

#### ***L'ordonnance***

Comment cela se passe en pratique quand votre médecin renouvelle votre ordonnance ?  
Qu'est-ce qui pourrait vous aider à accepter d'éventuelles modifications à votre traitement ?

#### ***Les examens complémentaires et consultations spécialisées***

Qu'attendez-vous de votre médecin lorsqu'il vous prescrit des examens complémentaires ou vous adresse à un spécialiste ?  
Qu'est-ce qui pourrait vous aider à accepter ces examens ou ces consultations spécialisées ?

#### ***L'éducation thérapeutique***

Qu'attendez-vous de votre médecin lorsqu'il vous conseille de changer vos habitudes de vie ?  
Comment votre médecin pourrait vous aider à les modifier ?

#### ***Propositions, ouvertures***

Quelles sont vos suggestions pour améliorer le vécu des patients lors des consultations de renouvellement de leur traitement ?  
Qu'est-ce que vous hésitez à demander ou ne demandez pas à votre médecin lors de ces consultations et qui pourtant est important pour vous ?

### **Conclusion :**

Avez-vous quelque chose à rajouter ?

## ANNEXE 2 :

### NOTICE D'INFORMATION

Madame, Monsieur,

Je vous propose de participer à une recherche en médecine générale dans le cadre de mon travail de thèse d'exercice. Cette thèse est dirigée par le Docteur Aude Chartier Gélinau ([gelineauaude@yahoo.fr](mailto:gelineauaude@yahoo.fr)).

Ce document est destiné à mieux vous informer afin de vous permettre de choisir d'accepter ou de refuser de participer à cette étude.

Votre participation à cette recherche est volontaire et ne donne lieu à aucune indemnité financière: vous avez le droit de refuser de participer à cette recherche ou de quitter l'étude à tout moment sans avoir à vous justifier.

Si vous décidez de quitter l'étude, les données collectées vous concernant seront conservées et utilisées pour les besoins de la recherche, si vous en êtes d'accord. En cas de refus de votre part, ces données seront alors immédiatement détruites et non utilisées.

Le protocole de cette étude a été soumis au Comité Consultatif sur le Traitement de l'Information en matière de Recherche dans le domaine de la Santé (CCTIRS) et a reçu un avis favorable le 10 juin 2015.

L'objectif de cette recherche est d'analyser les attentes des patients ayant au moins une maladie chronique. Cette étude explore plus particulièrement les attentes des patients habitant dans une zone médicalement déficitaire en milieu rural.

Votre participation consistera en un entretien lors duquel je vous interrogerai sur votre expérience personnelle. Lors de notre entretien, vous aurez une liberté totale de réponse, vous pourrez répondre que vous ne savez pas. Ce que je cherche à recueillir, c'est votre témoignage personnel plutôt que des généralités. Soyez certain(e) que le but n'est absolument pas de vous juger ni de juger votre médecin.

Afin que notre entretien soit utilisable de façon optimale pour mon travail de thèse, il est nécessaire que je puisse l'enregistrer en intégralité, avec votre accord. Mais je vous garantis que tout ce que vous direz restera confidentiel. Je vous proposerais également une lecture de la retranscription de notre entretien le plus rapidement possible, une fois celle-ci réalisée, afin de confirmer ou non votre accord pour en exploiter les données. Et je m'engage à détruire cet enregistrement une fois mon travail de thèse achevé.

Dans le cadre de mon étude, il est également nécessaire de traiter vos données personnelles afin de répondre à l'objectif de cette recherche. Pour cela, les données médicales vous concernant ainsi que les données relatives à vos habitudes de vie seront analysées dans des conditions assurant leur confidentialité.

Conformément à la loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés (loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée), vous disposez à tout moment d'un droit d'accès et de rectification de ces données.

Si vous le souhaitez, à la suite de notre entretien, vous pourrez me contacter pour toute information complémentaire par email ([cyrilla.celier@free.fr](mailto:cyrilla.celier@free.fr)).

De même, si cela vous intéresse et à votre demande, je pourrais vous faire parvenir une copie de mon travail de thèse à l'achèvement de cette étude.

En vous remerciant d'avance de votre attention.

Cyrilla CELIER

## **ANNEXE 3:**

### **Formulaire de consentement**

Le médecin investigateur Cyrilla CELIER m'a proposé de **participer à une recherche en médecine générale** dans le cadre de son travail de thèse d'exercice.

J'ai été informé(e) que ma participation à cette recherche est **volontaire** et ne donne lieu à **aucune indemnité financière**.

Je suis parfaitement conscient(e) que **je peux à tout moment retirer mon consentement** à ma participation à cette recherche, et cela quelles que soient mes raisons, sans avoir à me justifier ni encourir aucune responsabilité ou préjudice.

**En cas de retrait** de mon consentement, les **données personnelles collectées** me concernant

**pourront** être conservées et utilisées pour les besoins de la recherche.

**ne pourront pas** être utilisées et devront être détruites.

*(cocher la case correspondant à votre choix)*

J'ai également été informé(e) de l'**objectif** de cette recherche et de la **façon** dont elle va **être réalisée**.

J'ai bien compris que notre entretien sera **enregistré dans son intégralité** et **je l'accepte** sous réserve que les données recueillies lors de cet entretien restent **confidentielles et non identifiantes**, et que la totalité de cet enregistrement soit **détruite après analyse** des données collectées. Une **lecture** de la retranscription de mon entretien me sera proposée rapidement, une fois celle-ci réalisée, afin de **confirmer ou non mon accord** pour en exploiter les données.

J'ai été informé(e) que dans le cadre de la recherche à laquelle je participe, un **traitement de mes données personnelles** va être mis en œuvre afin de répondre à l'objectif de cette recherche, et ce dans des conditions assurant la confidentialité et ne permettant pas de m'identifier.

J'ai été informé(e) que, conformément à la loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés (loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, art.39), je dispose à **tout moment d'un droit d'accès et de rectification** de ces données auprès du médecin investigateur Cyrilla CELIER.

J'ai bien lu la **notice d'information**.

J'ai **obtenu les réponses** aux éventuelles questions que j'ai posées.

J'ai eu suffisamment de **temps pour réfléchir** à ma participation à cette recherche.

Je déclare ne **pas être placé(e) sous sauvegarde de justice**.

J'ai pris connaissance que le protocole de cette étude a reçu un avis favorable du Comité Consultatif sur le Traitement de l'Information en matière de Recherche dans le domaine de la Santé (CCTIRS).

Si je le souhaite, je serai informé(e) des résultats globaux de l'étude.

Enfin, **j'ai bien noté les coordonnées** du médecin investigateur Cyrilla CELIER ([cyrilla.celier@free.fr](mailto:cyrilla.celier@free.fr)) et de la directrice de ce travail de thèse Docteur Aude Chartier Gélineau ([gelineauaude@yahoo.fr](mailto:gelineauaude@yahoo.fr)).

#### **À compléter par le participant :**

Nom : Prénom :

J'accepte librement et volontairement de participer à cette recherche de médecine générale.

Je conserverai un exemplaire de la notice d'information et du formulaire de consentement dûment complété et signé.

Date : Signature :

#### **À compléter par le médecin investigateur :**

Je soussignée Cyrilla CELIER déclare avoir personnellement recueilli de manière libre et éclairée le consentement de participation du patient à cette recherche.

Date : Signature :

## **ANNEXE 4:**

<b>RECUEIL DES CARACTERISTIQUES DU PATIENT</b>
--

Entretien N° : \_\_\_\_\_ (durée de l'entretien : \_\_\_\_\_ )

**1) Sexe :**

Homme     Femme

**2) Age :**

\_\_\_\_\_

**3) Pathologies chroniques**

- nombre de pathologies chroniques :

\_\_\_\_\_

- nature :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**4) Nombres de médicaments quotidiens :**

\_\_\_\_\_

- nature :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

# Avis favorable du CCTIRS



Liberté • Égalité • Fraternité  
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE,  
DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR ET DE LA RECHERCHE

DIRECTION GÉNÉRALE DE LA RECHERCHE ET DE L'INNOVATION

Comité consultatif sur le traitement de l'information  
en matière de recherche dans le domaine de la santé

Dossier n° 15.356

**Intitulé de la demande :** Quels sont les attentes des patients lors d'une consultation de suivi de leur maladie chronique et de leur traitement de fond en zone rurale médicale déficitaire ?  
Etude qualitative, (saturation des données).

**Responsable scientifique :** Cyrilla CELIER  
6 allée des sorbiers  
37520 LA RICHE

**Demandeur :** Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ  
Faculté de Médecine de Tours  
Département de médecine générale  
10 boulevard Tonnellé  
37032 TOURS Cedex 1

**Dossier reçu le :** 31 mars 2015

**Dossier examiné le :** 4 juin 2015

## Avis du Comité consultatif :

### Avis favorable

Toutefois, le comité demande de prendre en compte les remarques suivantes :

- 1.- La page « caractéristiques de l'étude » semble manquer, elle serait à rajouter.
- 2.- Indiquer de façon claire que l'étude est restreinte à des patients adultes, en état de comprendre ce qui leur est proposé, et que des sujets sous mesure de protection (tutelle, curatelle) sont exclus.
- 3.- Recrutement des patients : préciser qui informe les sujets, et dans quel cadre (lors d'une consultation ?).
- 4.- La notice d'information évoque le recueil de données « relatives à vos habitudes de vie ». De quelles données s'agit-il ? La page « caractéristiques du patient » ne comporte rien sur les habitudes de vie.
- 5.- Les formulaires de consentement seraient à conserver à part, dans un lieu sécurisé, avec la correspondance entre identité et code (n° d'entretien).
- 6.- Notice d'information :
  - Indiquer dès le début de la notice que le sujet a la liberté de ne pas participer, sans conséquence sur les relations avec son médecin. Indiquer aussi au sujet qu'il peut avoir accès aux résultats globaux de l'étude, lui préciser auprès de qui les demander.
  - « Le protocole... a été soumis au CCTIRS ». Cette phrase doit être modifiée, ce qui compte est un avis favorable (du CCTIRS, de la CNIL).

Fait à Paris, le 10 juin 2015

Jean-Louis Serre  
Président du Comité consultatif

**Vu, le Directeur de Thèse**

**Vu, le Doyen  
De la Faculté de Médecine de Tours  
Tours, le**

## **RESUME**

**Introduction:** Le suivi de pathologie chronique est l'un des premiers motifs de consultation en médecine générale. En zone rurale médicalement déficitaire, confronté à la pénurie médicale, le médecin généraliste doit assurer efficacement ces consultations.

**Objectifs:** Recueillir et analyser les attentes des patients lors de consultation de suivi de maladie chronique chez leur médecin généraliste en zone rurale médicalement déficitaire. Secondairement, émettre des propositions pour améliorer le contenu de ces consultations de suivi.

**Méthode:** Enquête qualitative par entretiens individuels semi-dirigés de douze patients d'avril à novembre 2015, enregistrés, retranscrits, analysés par thèmes puis synthétisés.

**Résultats:** Les patients de notre étude ont des attentes similaires aux autres patients chroniques : consultation ritualisée, relation de partenariat, écoute, confiance, informations et réévaluation régulière de leur prise en charge. Ils rapportent également des attentes plus spécifiques: délivrance de l'ordonnance prioritaire, gestion efficace de la surcharge de travail et lutte contre un suivi trop routinier, disponibilité et polyvalence du médecin généraliste (médecin «de famille», «de terrain» et confident), explications et justifications des soins spécialisés prescrits, consultations sur rendez-vous.

**Conclusion:** Les attentes des patients chroniques des zones rurales médicalement déficientes en consultation de suivi chez leur médecin généraliste sont multiples, dépassant le simple «renouvellement d'ordonnance». Face aux contraintes liées au milieu rural isolé, certaines attentes plus spécifiques nécessitent une réflexion quant à l'organisation et au contenu de ces consultations itératives afin de tendre vers une prise en charge chronique de qualité.

### ***Mots-clés:***

Maladie chronique - Médecine générale - Santé en zone rurale - Zone médicalement sous-équipée



## CELIER Cyrilla

*Nombre de pages : 110 – tableaux : 1 – schémas: 1.*

### **Résumé :**

**Introduction:** Le suivi de pathologie chronique est l'un des premiers motifs de consultation en médecine générale. En zone rurale médicalement déficitaire, confronté à la pénurie médicale, le médecin généraliste doit assurer efficacement ces consultations.

**Objectifs:** Recueillir et analyser les attentes des patients lors de consultation de suivi de maladie chronique chez leur médecin généraliste en zone rurale médicalement déficitaire. Secondairement, émettre des propositions pour améliorer le contenu de ces consultations de suivi.

**Méthode:** Enquête qualitative par entretiens individuels semi-dirigés de douze patients d'avril à novembre 2015, enregistrés, retranscrits, analysés par thèmes puis synthétisés.

**Résultats:** Les patients de notre étude ont des attentes similaires aux autres patients chroniques : consultation ritualisée, relation de partenariat, écoute, confiance, informations et réévaluation régulière de leur prise en charge. Ils rapportent également des attentes plus spécifiques: délivrance de l'ordonnance prioritaire, gestion efficace de la surcharge de travail et lutte contre un suivi trop routinier, disponibilité et polyvalence du médecin généraliste (médecin «de famille», «de terrain» et confident), explications et justifications des soins spécialisés prescrits, consultations sur rendez-vous.

**Conclusion:** Les attentes des patients chroniques des zones rurales médicalement déficientes en consultation de suivi chez leur médecin généraliste sont multiples, dépassant le simple «renouvellement d'ordonnance». Face aux contraintes liées au milieu rural isolé, certaines attentes plus spécifiques nécessitent une réflexion quant à l'organisation et au contenu de ces consultations itératives afin de tendre vers une prise en charge chronique de qualité.

### **Mots clés :**

Maladie chronique - Médecine générale - Santé en zone rurale - Zone médicalement sous-équipée

### **Jury :**

Président du Jury : Professeur Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ

Directeur de thèse : Docteur Aude CHARTIER GELINEAU

Membres du Jury : Professeur Louis BERNARD  
Professeur Alain CHANTEPIE  
Professeur Philippe COLOMBAT  
Docteur Sophie GALICHER