UNIVERSITÉ TOULOUSE III – Paul SABATIER
FACULTÉS DE MEDECINE

Année 2017

2017 TOU3 1103
2017 TOU3 1104

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
SPECIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement
par

Louise DELANNEAU
Jeanne MAGRÉAULT

Le 19 septembre 2017

ATTENTES DES PATIENTS ATTEINTS DE PATHOLOGIE(S) CHRONIQUE(S) VIS-À-VIS DE LA CONSULTATION DE « RENOUVELLEMENT D'ORDONNANCE »

Directrice de thèse : Dr Jennifer PHILLIPS

JURY :

Monsieur le Professeur Stéphane OUSTRIC	**Président**
Monsieur le Professeur Jean-Christophe POUTRAIN	**Assesseur**
Madame le Docteur Brigitte ESCOURROU	**Assesseur**
Madame le Docteur Jennifer PHILLIPS	**Assesseur**

UNIVERSITÉ TOULOUSE III PAUL SABATIER
FACULTÉ DE MÉDECINE RANGUEIL

UNIVERSITÉ TOULOUSE III PAUL SABATIER

TABLEAU du PERSONNEL HU

des Facultés de Médecine du l'Université Paul Sabatier

au 1er septembre 2016

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Yves
Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri
Professeur Honoraire	M. GEDEON André
Professeur Honoraire	M. PASQUIE M.
Professeur Honoraire	M. RIBAUT Louis
Professeur Honoraire	M. ARLET Jacques
Professeur Honoraire	M. RIBET André
Professeur Honoraire	M. MONROZIES M.
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean
Professeur Honoraire	M. LAGOMME Yves
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline
Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche
Professeur Honoraire	M. BERNADET
Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude
Professeur Honoraire	M. COMBELLES
Professeur Honoraire	M. REGIS Henri
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis
Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre
Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. BESOMBES Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel
Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline
Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy
Professeur Honoraire	M. PASCAL J.P.
Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis
Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul
Professeur Honoraire	M. FABIÉ Michel
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe
Professeur Honoraire	M. CABARROT Etienne
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel
Professeur Honoraire	M. ESCAT Jean
Professeur Honoraire	M. ESCANDE Michel
Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard

Professeur Honoraire	M. BAZEX Jacques
Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre
Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. ESQUERRE J.P.
Professeur Honoraire	M. GUITARD Jacques
Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck
Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. CERENE Alain
Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard
Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. FAUVEL Jean-Marie
Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques
Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. BARRET André
Professeur Honoraire	M. ROLLAND
Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe
Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges
Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel
Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique
Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER Nicolas
Professeur Honoraire	M. RAILHAC
Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean
Professeur Honoraire	M. FOURTANIER Gilles
Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles
Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle
Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard
Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard
Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland
Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard

Professeurs Émérites

Professeur ALBAREDE Jean-Louis
Professeur CONTÉ Jean
Professeur MURAT
Professeur MANELFE Claude
Professeur LOUVET P.
Professeur SARRAMON Jean-Pierre
Professeur CARATERO Claude
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard
Professeur COSTAGLIOLA Michel
Professeur ADER Jean-Louis
Professeur LAZORTHES Yves
Professeur LARENG Louis
Professeur JOFFRE Francis
Professeur BONEU Bernard
Professeur DABERNAT Henri
Professeur BOCCALON Henri
Professeur MAZIERES Bernard
Professeur ARLET-SUAU Elisabeth
Professeur SIMON Jacques
Professeur FRAYSSE Bernard
Professeur ARBUS Louis
Professeur CHAMONTIN Bernard
Professeur SALVAYRE Bernard
Professeur MAGNAVAL Jean-François
Professeur ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur MOSCOVICI Jacques

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN

37 allées Jules Guesde - 31062 TOULOUSE Cedex **Doyen : D. CARRIE**

P.U. - P.H.
Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ADOUE Daniel (C.E)	Médecine Interne, Gériatrie
M. AMAR Jacques	Thérapeutique
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie
M. AVET-LOISEAU Hervé	Hématologie, transfusion
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie
M. BLANCHER Antoine	Immunologie (option Biologique)
M. BONNEVIALLE Paul	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.
M. BOSSAVY Jean-Pierre	Chirurgie Vasculaire
M. BRASSAT David	Neurologie
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie
M. CHAP Hugues (C.E)	Biochimie
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie
M. CLANET Michel (C.E)	Neurologie
M. DAHAN Marcel (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. DEGUINE Olivier	Oto-rhino-laryngologie
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie
M. FERRIERES Jean	Epidémiologie, Santé Publique
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie
Mme LAMANT Laurence	Anatomie Pathologique
M. LANG Thierry (C.E)	Biostatistiques et Informatique Médicale
M. LANGIN Dominique	Nutrition
M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine Interne
M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie
M. MALAVAUD Bernard	Urologie
M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique
M. MARCHOU Bruno	Maladies Infectieuses
M. MAZIERES Julien	Pneumologie
M. MOLINIER Laurent	Epidémiologie, Santé Publique
M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie
Mme MOYAL Elisabeth	Cancérologie
Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie
M. OLIVES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie
M. OSWALD Eric	Bactériologie-Virologie
M. PARIENTE Jérémie	Neurologie
M. PARINAUD Jean	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.
M. PAUL Carle	Dermatologie
M. PAYOUX Pierre	Biophysique
M. PERRET Bertrand (C.E)	Biochimie
M. RASCOL Olivier	Pharmacologie
M. RECHER Christian	Hématologie
M. RISCHMANN Pascal (C.E)	Urologie
M. RIVIERE Daniel (C.E)	Physiologie
M. SALES DE GAUZY Jérôme	Chirurgie Infantile
M. SALLES Jean-Pierre	Pédiatrie
M. SANS Nicolas	Radiologie
M. SERRE Guy (C.E)	Biologie Cellulaire
M. TELMON Norbert	Médecine Légale
M. VINEL Jean-Pierre (C.E)	Hépato-Gastro-Entérologie

P.U. - P.H.
2ème classe

Mme BEYNE-RAUZY Odile	Médecine Interne
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul
M. BUREAU Christophe	Hépato-Gastro-Entero
M. CALVAS Patrick	Génétique
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale
Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. CHAIX Yves	Pédiatrie
Mme CHARPENTIER Sandrine	Thérapeutique, méd. d'urgence, addict
M. COGNARD Christophe	Neuroradiologie
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.
M. FOURNIE Bernard	Rhumatologie
M. FOURNIÉ Pierre	Ophtalmologie
M. GAME Xavier	Urologie
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation
M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
M. LAUWERS Frédéric	Anatomie
M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. LOPEZ Raphael	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. PARANT Olivier	Gynécologie Obstétrique
M. PATHAK Atul	Pharmacologie
M. PAYRASTRE Bernard	Hématologie
M. PERON Jean-Marie	Hépato-Gastro-Entérologie
M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
Mme SELVES Janick	Anatomie et cytologie pathologiques
M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie

P.U. Médecine générale

M. OUSTRIC Stéphane	Médecine Générale
M. MESTHÉ Pierre	Médecine Générale

Professeur Associé de Médecine Générale
POUTRAIN Jean-Christophe

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL

133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex **Doyen : E. SERRANO**

P.U. - P.H.
Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ACAR Philippe	Pédiatrie
M. ALRIC Laurent	Médecine Interne
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie
M. ARLET Philippe (C.E)	Médecine Interne
M. ARNAL Jean-François	Physiologie
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique
M. BOUTAULT Franck (C.E)	Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie
M. BUJAN Louis (C. E)	Urologie-Andrologie
Mme BURA-RIVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire
M. BUSCAIL Louis	Hépato-Gastro-Entérologie
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie
M. CARON Philippe (C.E)	Endocrinologie
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie
M. COURBON Frédéric	Biophysique
Mme COURTADE SAIDI Monique	Histologie Embryologie
M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
M. DELABESSE Eric	Hématologie
Mme DELISLE Marie-Bernadette (C.E)	Anatomie Pathologie
M. DELORD Jean-Pierre	Cancérologie
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie
M. GALINIER Michel	Cardiologie
M. GLOCK Yves (C.E)	Chirurgie Cardio-Vasculaire
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie
M. GRAND Alain (C.E)	Epidémiologie. Eco. de la Santé et Prévention
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis	Chirurgie plastique
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie
M. KAMAR Nassim	Néphrologie
M. LARRUE Vincent	Neurologie
M. LAURENT Guy (C.E)	Hématologie
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie
M. MALECAZE François (C.E)	Ophtalmologie
M. MARQUE Philippe	Médecine Physique et Réadaptation
Mme MARTY Nicole	Bactériologie Virologie Hygiène
M. MASSIP Patrice (C.E)	Maladies Infectieuses
M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile
M. RITZ Patrick	Nutrition
M. ROCHE Henri (C.E)	Cancérologie
M. ROLLAND Yves	Gériatrie
M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie
M. SAILLER Laurent	Médecine Interne
M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie
M. SENARD Jean-Michel	Pharmacologie
M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail
M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie
M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive
Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie
Mme URO-COSTE Emmanuelle	Anatomie Pathologique
M. VAYSSIERE Christophe	Gynécologie Obstétrique
M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie

P.U. - P.H.
2ème classe

M. ACCADBLED Franck	Chirurgie Infantile
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie
M. BERRY Antoine	Parasitologie
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire
M. CHAYNES Patrick	Anatomie
M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice	Thérapeutique
M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. GALINIER Philippe	Chirurgie Infantile
M. GARRIDO-STÔWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique
M. HUYGHE Eric	Urologie
M. LAFFOSSE Jean-Michel	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
M. LEGUEVAQUE Pierre	Chirurgie Générale et Gynécologique
M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. MAURY Jean-Philippe	Cardiologie
Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie
M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. OTAL Philippe	Radiologie
M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
M. TACK Ivan	Physiologie
M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. YSEBAERT Loïc	Hématologie

Professeur Associé de Médecine Générale
Pr STILLMUNKES André

Professeur Associé en O.R.L
Pr WOISARD Virginie

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN
37, allées Jules Guesde – 31062 Toulouse Cedex

M.C.U. - P.H.

M. APOIL Poi Andre	Immunologie
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie
M. BIETH Eric	Génétique
Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie
M. CAVAIGNAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
Mme CONCINA Dominique	Anesthésie-Réanimation
M. CONGY Nicolas	Immunologie
Mme COURBON Christine	Pharmacologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie
Mme de GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie
Mme DE MAS Véronique	Hématologie
Mme DELMAS Catherine	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DUPUI Philippe	Physiologie
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie
M. GANTET Pierre	Biophysique
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
M. HAMDI Safouane	Biochimie
Mme HITZEL Anne	Biophysique
M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
M. LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
M. MONTOYA Richard	Physiologie
Mme MOREAU Marion	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. SOLER Vincent	Ophtalmologie
M. TAFANI Jean-André	Biophysique
M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme TREMOLLIERES Florence	Biologie du développement
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie

M.C.U. Médecine générale

M. BRILLAC Thierry	

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE- RANGUEIL
133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE cedex

M.C.U. - P.H

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie
M. CAMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
Mme CAUSSE Elizabeth	Biochimie
M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique et des brûlés
M. CHASSAING Nicolas	Génétique
Mme CLAVE Danielle	Bactériologie Virologie
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme COLLIN Laetitia	Cytologie
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques
M. CORRE Jill	Hématologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie
Mme GALINIER Anne	Nutrition
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. GASQ David	Physiologie
Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme MAUPAS Françoise	Biochimie
M. MIEUSSET Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme NASR Nathalie	Neurologie
Mme PERIQUET Brigitte	Nutrition
Mme PRADDAUDE Françoise	Physiologie
M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
M. RONGIERES Michel	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
Mme VALLET Marion	Physiologie
M. VERGEZ François	Hématologie
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie

M.C.U. Médecine générale

M. BISMUTH Michel	Médecine Générale
M. BISMUTH Serge	Médecine Générale
Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve	Médecine Générale
Mme ESCOURROU Brigitte	Médecine Générale

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr ABITTEBOUL Yves
Dr CHICOULAA Bruno
Dr IRI-DELAHAYE Motoko
Dr FREYENS Anne
Dr BOYER Pierre
Dr ANE Serge
Dr BIREBENT Jordan

Octobre 2016

REMERCIEMENTS

À Monsieur le Professeur Stéphane OUSTRIC

Nous vous remercions de nous faire l'honneur de présider le jury de cette thèse. Veuillez trouver ici l'expression de notre reconnaissance et de notre respect.

À Monsieur le Professeur Jean-Christophe POUTRAIN

Nous vous remercions de nous faire l'honneur de participer à notre jury de thèse. Merci de prendre le temps de juger ce travail et de nous apporter votre point de vue.

À Madame le Docteur Brigitte ESCOURROU

Vous nous faites l'honneur de juger notre travail. Votre enseignement sur la méthode qualitative a été précieux, nous vous en remercions.

À Madame le Docteur Jennifer PHILLIPS

Nous te remercions de nous avoir soutenues tout au long de notre recherche. Tu nous as toujours guidées avec beaucoup de bienveillance. Tes remarques nous ont aidées à mener notre réflexion. Nous tenons à t'exprimer toute notre gratitude pour ta disponibilité et tes délicates attentions.

Nous tenons à remercier tous **les participants à cette étude** de nous avoir accordé de leur temps pour répondre à nos questions. Merci également à toutes les personnes qui nous ont permis de les recruter.

Un grand merci à **Anne-Claire** pour sa relecture efficace et rapide.

Merci à tous **les copains aveyronnais** pour leur soutien sans faille depuis presque deux ans. Vous êtes la raison pour laquelle nous sommes devenues aveyronnaises d'adoption. Votre humour, votre gentillesse et vos encouragements nous ont été d'un grand secours.

À **Mélo** et **Ade**, pour les soirées fromage/charcuterie/vin entre filles. À **Marie** (alias Bip-Bip ou Conforama) pour nous avoir fait rencontrer plein de personnes qui sont devenues des amis. À **Pierrot** qui a tant bien que mal relu nos mémoires et a essayé de nous initier à la typographie. À **Seb** pour ses meubles qu'on a gardé 4 ans au lieu des 6 mois prévus initialement (fallait arrêter de nous inviter aux soirées). À **Pimousse** pour les batailles de pouce de la Krem'Attraction (et pas que... ach). À **Harry** qui avait bien mérité son café ce matin-là. À **Patounet de la forêt** pour toutes ses expressions imagées et sa bonne humeur légendaire. Et à tous les autres : **Tof**, **les Villecomtalais**, **Pauline**, **Clément**, **Braska**, **Ninou**, **Cloclo**, **Mel**, **Marco** et **Marie**.

REMERCIEMENTS DE JEANNE

À **ma famille** pour tout votre amour et vos encouragements. Je remercie tout particulièrement ma **Maman**, mon **Papou** et mon frérot **Étienne**. À ma petite **Mamie Cannelle** et mes **grands-parents** déjà partis. Au petit Paul, à mes oncles et tantes, à mes cousins et mes cousines et à ma marraine **Catherine**.

À mon **Patrice**. Je suis heureuse de t'avoir rencontré. Merci pour ton amour.

À Monsieur le Professeur Oustric pour m'avoir soutenu humainement à un moment difficile de mon parcours professionnel. Au **Dr Virginie Barthes-Trepp, Dr Jean-Marie Pialat, Dr Jean Lacombe, Dr Sylvie Sermet** pour ce mini stage.

À tous **les médecins** que j'ai pu rencontrer et qui m'ont formé : Dr François Ducamp, Dr Ivan Harant, Dr Jean-Claude Semet, Dr Eve Goulois, Dr Seidl, Dr Rossignol, l'équipe de Tarbes de médecine interne, les urgentistes, le DESCMU et l'équipe de réanimation de Castres. Je remercie également tous les **patients**, les **équipes paramédicales** et **les secrétaires**. Une petite dédicace pour **Jacky**.

À toute l'équipe de **Baraqueville**, de **Nîmes** avec **Fred** et autres cabinets où j'ai travaillé.

À **La Diane Rouergate** ! Vous m'avez accueillie en Aveyron ! Ça fait 5 ans que joue dans la Diane pour mon plus grand bonheur. Les aventures sont loin d'être terminées ! En avant Skippy ! Une spéciale dédicace pour les talents du Mayou. Un énorme merci à Ade, Melo, Nono pour sa trompette, et aux autres : Pierrot, Didos, Gaby, Totor, Jean, Jenni, Eme, Coco, Philippe, The Divas, Jean-Mi, Pat la Rascasse, Patricia, Marie, Hub, Armelle, Bastien, Laurence, Xavier, Edwige, Jeannot, Zim, Guillaume et Audrey.

À la **fanfare Attila et les Huns, deux, trois, quatre**. Vous êtes Hunnique ! Attila, Ellak, Uzindur, Enga, Thor, Oebarse, Yorhn, Okta, Ildigo, Kerka, Tikar, Mundzunc, Ruga, Dorka, Karakhan, Py, Attakam et Sabrina.

À toutes **les fanfares** et **les musiciens** que j'ai rencontrés et qui m'ont soutenue.

À tous mes amis et plus particulièrement :

À ma **Diane**, ma copine d'enfance, ma bretonne préférée.

À **Majdoune**, pour ton humour et ses longues soirées de premières années de médecine à bûcher ensemble.

Au **Léo**, mon poteau, de la fac, de la Nut's, puis co-stagiaire, et même coloc !

À la **coloc du Maine** : Charole, Louis, Touf, Toinou, Leslie et les autres.

À **mes amis de la faculté de Paris** : la Nut's, Neubé, Olivier, Guillaume, Marion, les Plaies Mobiles ...

À mes **co-internes** et plus particulièrement ceux de Tarbes.

Aux **Pompignanais** qui ont pris soins de nous dans cette dernière ligne droite : **MoutMout**, **PoutPout**, **Coco** et **Thierry**. Merci pour ces moments de détente.

Et la quintessence pour la fin, ma Louise, **ma Louloute des fleurs.** Nous avons vécu des moments intenses depuis 5 ans et ce n'est pas fini. Je suis heureuse que vous ayez enfin sauté le pas avec Seb. Vivement le Chili et nos prochaines aventures. Je te souhaite plein de bonheur.

Remerciements de Louise

Aux médecins que j'ai pu rencontrer pendant ce parcours et qui ont chacun apporté leur contribution au médecin que je suis aujourd'hui : Didier Delabrusse, Jean-Marie Pialat, Jean Lacombe, Dominique Blanc, Philippe Nekrouf, Jean Pechdo, Virginie Barthes, Sylvie Sermet, John Whiteley, Corinne Edouart, les urgentistes de Rangueil, Jean-Claude Semet, Eve Goulois, Dr Rossignol, Sbinek Seidl, les urgentistes, les rhumatologues et neurologues de Rodez. Merci **aux infirmières, aux aides-soignantes, aux secrétaires** de tous les services où je suis passé qui ont toujours été accueillantes, bienveillantes et de véritables soutiens. **Aux équipes de Saint-Geniez-d'Olt** : Jean-Marc Rozières, Jean-Jacques Brion, Fred Fayaud, Fred Riquet, Hélène Plique, toute l'équipe soignante de l'hôpital local, les infirmières et aides-soignantes libérales, les pompiers volontaires. Merci pour votre accueil et votre patience ces derniers mois.

À mes parents pour leur amour et leur soutien indéfectibles. Vos encouragements ont été précieux. **À Pierre** à qui je dois tant, et **à Nicouche** pour les batailles de bisous, j'ai de la chance d'être votre sœur.

À papet et mamet grâce à qui j'ai réussi ma première année de médecine, merci pour votre soutien sans faille tout au long de ma vie. **À grand-père et grand-mère**, merci pour vos encouragements, merci pour tous les merveilleux souvenirs au Buron puis à Mesquer.

À ma tata Chywie, merci d'avoir pris soin de moi ces deux derniers étés à Pompi alors que je travaillais pendant que tu te prenais la tête sur les travaux. **À Maryvonne**, je vais enfin pouvoir répondre à tes mails et arrêter d'être une nièce indigne !

À Jeanne, ma cousine, je te souhaite le meilleur.

Aux gueuzes. Emilie, merci pour cette amitié si durable. **Dounia**, merci de ton excentricité. **Chtouffinette**, merci pour le GVPDCDLC et autres souvenirs du lycée.

Aux copains parisiens : Nikko, Fred, Miki, Mamie, Choupi, Guigui mais aussi Delta et Cub. Vous êtes pour beaucoup dans ce que je suis aujourd'hui, et dorénavant je dirigerais les éventuelles plaintes vers vous. **Emilie, Caro, Annie et Céline**, merci d'avoir rendu ce groupe un peu plus paritaire, je suis tellement contente que ce soit vous qu'ils aient choisies !

À ma famille Pompignanaise étendue, voire très étendue. La famille Guillemat chez qui les terrasseries durent avec délectation. **Coco** pour son grain de folie et son oreille attentive. **Thierry (alias Tic)** pour sa malice et son regard toujours juste. **La famille Bertrand-Massot-Vouaillat** pour les folles soirées à danser en attendant la fougasse. **Sam et Delph** en espérant vous voir vite à l'Utopia. **Alain (alias Tac)** pour ces bonnes tranches de rire. Et tous les autres, parce que sans vous Pompi n'est pas Pompi.

Aux amis de Paris 5. Ingrid, merci d'être toujours présente. **Aurélie**, merci pour les voyages en Ecosse (hypothermie, crampes, courbatures et ampoules comprises). **Jérémy**, merci pour les kebab post-BU, les soirées whisky-cigare, Amsterdam, etc... **Marion**, ma wonderful pistachios préférée, merci ta joie de vivre et pour les révisions pré-ECN qui grâce à toi restent un merveilleux souvenir. **Chloé et Tristan**, je suis tellement contente de vous avoir revu.

Aux amis musiciens. Ciloute, Pierre, Benji, Thomas, JP, merci d'avoir eu la patience de me laisser débuter, vous me manquez. **Jean-Michel Bras-en-mousse, Philou et Sancho**, merci d'avoir eu l'inconscience de me laisser continuer, vous me manquez aussi. Aux Rastapunk : **Mélo** (merci d'avoir fait appel à moi !), **Tof** (merci pour toutes les conserves), **Ninou** (ma grande découverte de 2016), **Marco** (pour tes encouragements) **Lolo** et **Dom** (alias Roger et Ferdinand). À **Gillian** pour ta patience cette année, les cours étaient une bouffée d'oxygène bienvenue.

À Claire et Simon, mes coloc' par intermittence, même s'il est vrai que les repas sont trop légers... **À David et Claire**, pour votre accueil toujours chaleureux.

Et enfin...

À Sébastien, merci de t'être lancé dans cette histoire à un moment pas forcément évident pour nous deux. Je ne regrette rien. Vivement octobre !

Un CYCLOPÉEN merci à ma Jeannette, ma coloc de choc, et ma co-thésarde adorée. Ces quatre ans bientôt et demi ont été vigoureusement chatoyants grâce à toi. Je te dois mon émanation en Aveyron et c'est une auguste corbeille que tu m'as faisandée. Vivement le Chili, les conjonctures de notre duo de critérium ne sont pas inextensibles !

SOMMAIRE

LISTE DES ABRÉVIATIONS 1

INTRODUCTION 2

MATÉRIEL ET MÉTHODE 5

1. ÉTUDE QUALITATIVE PAR ENTRETIENS INDIVIDUELS SEMI-DIRIGÉS 5
2. BIBLIOGRAPHIE 5
3. POPULATION CIBLE ET RECRUTEMENT 5
4. RECUEIL DES DONNÉES 6
   - *A. GUIDE D'ENTRETIEN 6*
   - *B. ORGANISATION ET RÉALISATION DES ENTRETIENS 7*
5. ANALYSE 7
   - *A. RETRANSCRIPTION ET ANONYMISATION DES DONNÉES 7*
   - *B. LECTURE FLOTTANTE 7*
   - *C. DÉCOUPAGE, CODIFICATION, CATÉGORISATION 8*
   - *D. THÉORISATION ANCRÉE 8*
6. ÉTHIQUE ET CONFIDENTIALITÉ DES DONNÉES 8

RÉSULTATS 9

1. POPULATION ÉTUDIÉE 9
2. IMPORTANCE DE LA RELATION MÉDECIN-PATIENT 12
   - *A. SATISFACTION EN FONCTION DE LA RELATION 12*
   - *B. BESOIN DE RÉASSURANCE 12*
   - *C. LA RELATION DE CONFIANCE 13*
   - *D. UNE RELATION RESPECTUEUSE ET HUMAINE 13*
   - *E. LA COMMUNICATION 14*
3. PEU DE BESOIN D'INFORMATION 15
   - *A. ÉVOLUTION DES ATTENTES D'INFORMATION 15*
   - *B. IMPORTANCE D'UNE QUALITE SUFFISANTE DE L'INFORMATION 16*
   - *C. TYPES D'INFORMATIONS RECHERCHÉES 16*
   - *D. ACCÈS À L'INFORMATION 17*
4. PARTENARIAT MÉDECIN-PATIENT 18
   - *A. LE PATIENT A APPRIS À SE CONNAÎTRE 18*
   - *B. PARTAGE DE DÉCISION 19*
   - *C. PATIENT ÉDUCATEUR DE SON MÉDECIN 19*
5. ATTENTES BIOMÉDICALES 20
   - *A. RÉPONDRE À LA DEMANDE DU PATIENT 20*
   - *B. SUIVI DE LA PATHOLOGIE CHRONIQUE 20*
   - *C. PRISE EN CHARGE GLOBALE 22*
   - *D. LA NOTION DE MÉDECIN DE FAMILLE 22*

E. PROBLÉMATIQUE DE L'ARGENT 23
6. LORSQUE LA CRO N'A PAS D'INTÉRÊT 23
A. PARCE QUE LA RELATION EST MAUVAISE 23
B. PARCE QUE LE PATIENT N'ATTEND PAS D'INFORMATION 24
C. PARCE QUE LA PATHOLOGIE EST STABLE 24
D. PARCE QUE LA PRIORITÉ EST DONNÉE A UN SUIVI SPECIALISÉ 25
E. PARCE QUE LE MÉDECIN NE PEUT RIEN FAIRE 26
DISCUSSION 27
1. LA NOTION DE TEMPS 27
A. L'IMPORTANCE DU TEMPS DANS LE SUIVI 27
B. L'IMPORTANCE DU TEMPS DANS LA CONSULTATION DE RENOUVELLEMENT 27
2. LE RELATIONNEL 28
A. ATTACHEMENT ET CONFIANCE : DEUX NOTIONS TRES LIÉES 28
a. L'attachement au médecin 28
b. La confiance accordée... 29
c. ... Et la confiance réciproque 29
B. LA COMMUNICATION AU SERVICE DE LA RELATION 29
a. L'écoute libre 29
b. Une anamnèse centrée sur le patient 30
c. Le discours du médecin 30
C. LE REMÈDE-MÉDECIN 31
3. PEU DE DEMANDES D'INFORMATIONS 31
A. LES ATTENTES ÉVOLUENT 32
a. Selon le temps 32
b. Et selon le vécu 32
c. L'entretien motivationnel 32
B. UNE INFORMATION APPROPRIÉE ET DE QUALITÉ 33
a. Une information adaptée à chacun 33
b. La qualité de l'information 33
c. Quand et comment délivrer l'information ? 34
C. L'ACCÈS AUX INFORMATIONS 34
a. Les principales sources 34
b. L'auto-apprentissage réalisé par tous. 34
D. ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DU PATIENT (ETP) VERSUS INFORMATION 35
4. LE PARTENARIAT MÉDECIN-PATIENT 36
A. UNE RELATION DE PARTENARIAT 36
a. Favoriser l'autonomie 36
b. Prendre le temps 36
c. Plusieurs types de relation par consultation 37
B. PLUS QU'UNE GESTION, UNE EXPERTISE 37
C. VERS LE PATIENT ÉDUCATEUR ? 38
5. ATTENTES BIOMÉDICALES 38

A. UNE CONSULTATION NORMALE DANS SA FORME 39
a. Le déroulement de la consultation 39
b. Un temps de coordination avec les médecins spécialistes d'organe 39
c. Le rituel de la CRO 40
B. LA RÉÉVALUATION DU TRAITEMENT 40
a. Le moins de médicaments possible 40
b. Éviter l'inertie thérapeutique 41
c. Discuter autour de l'ordonnance 41
C. LA PRISE EN CHARGE GLOBALE 42
a. Des consultations à motifs multiples 42
b. La vision globale du patient : une spécificité du médecin traitant 42
c. Hiérarchiser les demandes pour mieux y répondre 43
6. MODÉLISATION DE LA CONSULTATION DE RENOUVELLEMENT D'ORDONNANCE 43
7. FORCES ET LIMITES DE L'ÉTUDE 45
A. CHOIX DE LA MÉTHODE 45
B. ÉCHANTILLONNAGE 45
a. Mode de recrutement 45
b. Diversité des pathologies 45
C. RECUEIL DE DONNÉES 46
D. ANALYSE 46
CONCLUSION 47
BIBLIOGRAPHIE 49
ANNEXE 1 : GUIDE D'ENTRETIEN 56
ANNEXE 2 : EXTRAIT DU TABLEAU D'ANALYSE 58
ANNEXE 3 : AVIS FAVORABLE DU COMITE D'ÉTHIQUE 59
ANNEXE 4 : FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT 60

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ALD	Affections de Longue Durée
CRO	Consultation de Renouvellement d'Ordonnance
ETP	Education Thérapeutique du Patient
HTA	Hypertension artérielle

INTRODUCTION

En France, près de 20% de la population est atteinte de maladie chronique (1). Le Haut Conseil de la Santé Publique définit la maladie chronique comme un état pathologique de nature physique, psychologique ou cognitive d'une ancienneté minimale de trois mois ou supposée telle. Elle implique un retentissement sur la vie quotidienne comportant au moins l'un des trois éléments suivants : limitation fonctionnelle des activités ou de la participation sociale, dépendance vis-à-vis d'un médicament, d'un régime, ou d'une technologie médicale, d'un appareillage ou d'une assistance personnelle, et/ou nécessité de soins médicaux ou paramédicaux, d'une aide psychologique, d'une adaptation, d'une surveillance ou d'une prévention particulière pouvant s'inscrire dans un parcours de soins médico-social (1). Il est à noter que, selon les sources, la durée minimale à partir de laquelle on définit la chronicité d'une pathologie est variable.

La prévalence des pathologies chroniques est en constante augmentation. Cet état de fait peut être expliqué par plusieurs phénomènes : les maladies aiguës mortelles qui deviennent des maladies chroniques grâce aux progrès scientifiques, l'évolution de l'environnement (modification des modes de vie, exposition à des toxiques, etc.), et les pathologies dégénératives induites par le vieillissement de la population (2).

Ainsi, selon les dernières données du Haut Conseil de Santé Publique, on estime à 15 millions le nombre de personnes en France atteintes de pathologies chroniques en 2011 (1). En 2009, les remboursements de l'Assurance Maladie associés aux « Affections de Longue Durée » (ALD) s'élevaient à 65,2 milliards d'euros (pour 8,6 millions de personnes bénéficiant du dispositif), contre 56,4 milliards d'euros en 2007. En 2015, le régime général compte 10,1 millions d'assurés bénéficiant du dispositif ALD (3).

En 2014, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) estimait que la mortalité associée aux pathologies chroniques non transmissibles en France représentait 87% des décès (4). Selon J. Bloch, « un tiers de ces décès pourrait être « évité » en réduisant les comportements à risque : ces causes de décès « évitables » comprennent les cancers des voies aérodigestives supérieures, de l'œsophage, du poumon, les psychoses alcooliques, les cirrhoses, les accidents de la circulation, les chutes accidentelles, les suicides et le sida » (5).

Face à ces chiffres, on comprend donc bien que la pathologie chronique représente un véritable enjeu de santé publique.

Ceci est d'autant plus vrai que l'adhésion et l'observance des traitements sont de réels problèmes dans le suivi des pathologies chroniques. Il est estimé suivant les études que 30 à 70 % des patients prennent mal, voire arrêtent leur traitement (6). C'est ainsi qu'il a pu être déclaré dans un article de 2002 (7) repris par l'OMS (8) que des stratégies efficaces pour aider les patients à suivre leurs traitements médicaux pourraient avoir un effet plus important que n'importe quel traitement.

Il est maintenant admis que la prise en charge d'une pathologie est d'autant plus efficace que le patient y est impliqué (9,10). Ainsi l'éducation thérapeutique était le premier des quatre axes développés dans le plan 2007-2011 pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques (1).

Le suivi des pathologies chroniques est reconnu comme une des grandes compétences professionnelles du médecin généraliste par le Conseil National des Généralistes Enseignants (CNGE) (11) et la World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians (WONCA) (12).

Selon l'étude de la Direction de la Recherche des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DRESS) (13), le contrôle ou le suivi d'une affection chronique stable représente 42% de l'activité des médecins généralistes en 2002. Ces consultations, souvent appelées « renouvellement d'ordonnance » (CRO), sont plus complexes. En effet, par rapport aux consultations pour autres motifs, les CRO sont plus longues (17 minutes et 27 secondes contre 16 minutes et 50 secondes). Le patient y vient avec plus de motifs de consultation (3,98 contre 2,26). Le nombre de résultats de consultation est également plus grand (3,59 contre 1,80) (14).

D'après un travail de thèse de 2010, 43% des médecins interrogés ressentent un manque d'intérêt des patients vis-à-vis de la CRO (15). Pourtant d'autres travaux semblent contredire cette affirmation. En effet, il semblerait que les patients accordent autant d'importance à cette consultation qu'à une consultation pour un

autre motif (16–18). Il semble donc exister un malentendu entre la perception des médecins et le ressenti des patients.

Il paraît par conséquent important de faire coïncider les attentes des patients et des médecins pour améliorer la gestion médicale des pathologies chroniques. C'est dans ce but qu'il est intéressant d'aller recueillir auprès des patients leurs attentes concernant la consultation dite « de renouvellement d'ordonnance ». Cela permettrait dans un premier temps d'adapter au mieux le déroulement de cette consultation afin d'y impliquer aussi bien les patients que les médecins en vue d'optimiser le suivi sur le long terme.

L'objectif de cette étude est d'explorer les attentes des patients atteints de maladie chronique concernant la consultation de renouvellement d'ordonnance.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

1. ÉTUDE QUALITATIVE PAR ENTRETIENS INDIVIDUELS SEMI-DIRIGÉS

Le choix de la méthode s'est porté sur la recherche qualitative. En effet, elle a pour but d'expliquer les phénomènes humains et sociaux et est particulièrement appropriée dans le cas de facteurs observés difficiles à mesurer de façon objective (19). Les entretiens individuels semi-dirigés étaient les mieux adaptés pour interroger les participants. Ils ont l'avantage de permettre d'aborder des sujets plus délicats et de permettre à chacun de s'exprimer. La population choisie étant assez variée, il était plus complexe de composer des groupes homogènes pour former des focus groups.

2. BIBLIOGRAPHIE

Une recherche bibliographique a d'abord été effectuée afin de savoir quel était l'état des connaissances sur le sujet. Les bases de données SUDOC et PubMed ont été interrogées, avec les mots clé « suivi », « pathologie chronique », « renouvellement d'ordonnance », « médecine générale », « consultation », « relation médecin-patient », « éducation thérapeutique » et leurs équivalents en anglais.

À l'issue de cette première recherche, il a été décidé de parler aux participants de « consultation de renouvellement d'ordonnance » plutôt que de « consultation de suivi ». En effet, la première expression était la plus couramment employée dans la littérature française. Nous avions aussi pu constater qu'elle était la plus utilisée par les patients. Il a également été choisi d'axer notre travail sur les attentes des patients et non sur leur vécu, en ayant conscience que ces deux notions étaient tout de même très liées.

Après le recueil des données, une deuxième recherche a été faite en relation avec les résultats des entretiens, en ajoutant les mots clé « information », « internet », « écoute », « durée », « patient expert ».

3. POPULATION CIBLE ET RECRUTEMENT

La population cible est composée de patients atteints d'une ou plusieurs maladies chroniques et prenant un traitement médicamenteux depuis plus d'un an, suivis par un médecin généraliste et en dehors de toute complication aiguë. Les patients devaient

être âgés de plus de 18 ans. Étaient exclus les patients en période de décompensation et atteints de démence.

La sélection des participants s'est faite selon la méthode d'échantillonnage théorique avec une recherche de variation maximale selon les variables : sexe, âge, catégorie socio-professionnelle, lieu de vie, nombre et type de pathologies, nombre de médicaments, ancienneté de suivi.

Les participants ont principalement été recrutés en dehors de tout cabinet afin d'éviter un biais de sélection par les médecins. Différents organismes de maison de quartier, MJC ou associations de la Région Occitanie (Lot, Aveyron, Hérault, Gard) ont été contactés. Devant le refus de certaines associations, des participants ont été recrutés via des contacts indirects. Seules deux personnes ont été recrutées via un cabinet médical. Lors des premiers contacts, une présentation du but et du déroulement de la recherche a été effectuée. Afin d'assurer le plus de transparence, les participants ne connaissaient préalablement pas les enquêteurs et n'étaient pas amenés à les revoir par la suite. La nature de la profession des enquêteurs n'était pas précisée.

4. Recueil des données

Des entretiens individuels semi-dirigés, guidés par l'intervieweur selon un guide d'entretien composé de questions ouvertes, ont été menés jusqu'à saturation des données, d'avril 2016 à décembre 2016.

Les caractéristiques socio-démographiques recueillies étaient : le sexe, la date de naissance, le statut professionnel (actif, arrêt de travail, invalidité, chômage (profession), retraité (profession), étudiant), le lieu de vie (rural, semi rural ou urbain), les maladies actuellement en cours de suivi (antécédents), le(s) traitement(s) en cours, le nombre de médicaments, le lieu d'exercice de leur médecin traitant, l'ancienneté de suivi avec leur médecin et l'existence d'un suivi par un ou des spécialiste(s) pour les pathologies chroniques ou leurs complications.

A. Guide d'entretien

Nous avons réalisé un premier guide d'entretien qui a été ensuite modifié après les premiers entretiens. Le guide a été élaboré à partir des données des littératures française et anglo-saxonne, puis revu et validé par notre directrice de thèse. Les

principaux axes portaient sur : la consultation de renouvellement d'ordonnance (CRO) : qu'apporte-elle ? comment devrait-elle se dérouler ? la relation médecin-patient et les attentes en matière d'éducation thérapeutique. En fin d'entretien, nous reposions la question sur les attentes afin d'explorer de nouvelles idées émergentes de l'entretien.

Chaque axe était composé de différentes questions associées à des questions de relance.

Les premiers entretiens, dits « exploratoires », ont permis de faire évoluer le guide d'entretien. Ils nous ont permis de reformuler et d'ajouter certaines questions et relances. La dernière version a été obtenue après sept entretiens (Annexe 1).

B. *Organisation et réalisation des entretiens*

Le lieu et l'horaire étaient fixés avec les participants, à leur convenance. Les entretiens ont été réalisés à leur domicile à l'exception de deux, en lieu public. Ils ont été enregistrés par l'investigateur sur dictaphone numérique avec autorisation des participants.

5. ANALYSE

A. *Retranscription et anonymisation des données*

Les enregistrements ont été conservés le temps de l'analyse. Les entretiens, les nuances et le non-verbal ont été intégralement retranscrits sur Microsoft Word® version 2010. À la fin de chaque entretien, l'investigateur a noté le contexte d'énonciation dans lequel les données de l'entretien ont été recueillies.

Tout élément permettant de reconnaître le participant, une autre personne ou un lieu a été anonymisé ou supprimé pour garantir la confidentialité. Une lettre a été attribuée à chaque interviewé. Les noms des médecins n'ont pas été mentionnés. Les lieux de vie ont été catégorisés selon l'INSEE (20) en rural, périurbain ou urbain.

B. *Lecture flottante*

Afin de prendre connaissance du corpus, chaque entretien retranscrit a fait l'objet d'une lecture flottante par les deux chercheurs, indépendamment.

C. Découpage, codification, catégorisation

Le travail a ensuite consisté en un découpage systématique en unités de sens, et un codage de ces unités de sens, sur Microsoft Excel® version 2010. Ces unités de sens pouvaient être un paragraphe, quelques phrases, une phrase seule, une expression ou un mot (21). Les verbatims étaient codés de manière axiale, puis regroupés en sous-catégories, avec émergence des catégories de manière inductive. Ce processus a été progressif et a été remanié plusieurs fois jusqu'à obtention de la dernière version (Annexe 2). Une triangulation des chercheurs a été effectuée par une analyse individuelle des trois chercheurs.

D. Théorisation ancrée

Les résultats ont été analysés selon la méthode de théorisation ancrée. La théorisation doit permettre de saisir la complexité d'un phénomène tant au niveau conceptuel qu'au niveau empirique. Il s'agissait de trouver des relations conceptuelles à partir de la catégorisation et donc des « règles » pour comprendre un phénomène jusqu'à la conception d'une théorie centrée sur un ou deux axes principaux (20,21).

6. Éthique et confidentialité des données

Le projet de thèse a été soumis et validé par un comité indépendant : la Commission d'Éthique du Département Universitaire de Médecine Générale (DUMG) de Toulouse (Annexe 3). Chaque participant a reçu une lettre d'information et signé le formulaire de consentement (Annexe 4). Sa participation à ce projet était volontaire et il pouvait à tout moment décider de se rétracter sans avoir à motiver sa décision. Les auteurs ont déclaré ne pas avoir de conflit d'intérêt autre que celui d'être médecin et de pratiquer des CRO.

RÉSULTATS

1. POPULATION ÉTUDIÉE

Entre avril et décembre 2016, nous avons réalisé seize entretiens. Quatorze ont été retranscrits et analysés. Deux entretiens ont été exclus, l'un en raison de l'absence de suivi de la maladie par le médecin traitant et l'autre en raison d'un discours ininterprétable. Ces deux participants avaient été recrutés dans le cadre de maladies psychiatriques. La saturation des données a été obtenue au douzième entretien retranscrit. Deux entretiens supplémentaires n'ont pas apporté de nouvelles idées.

Le sexe ratio H/F était de 6/8. Cinq vivaient en milieu rural, 7 en milieu urbain, et 2 en périurbain (1 en périurbain urbain, et 1 en périurbain rural). Les participants étaient âgés de 37 à 89 ans, avec une moyenne à 62 et une médiane à 63. Les caractéristiques des patients sont résumées dans le Tableau 1.

Les entretiens ont duré entre 20 et 57 minutes, avec une moyenne de 35 minutes.

	Âge	Sexe	Statut Professionnel (profession)	Lieu de vie (nombre d'habitants*)	Pathologies	Traitement	Durée de suivi MT	Lieu d'exercice du MT (nombre d'habitants)	Suivi spécialisé
A	69 ans	M	Retraité (ébéniste, enseignement)	Urbain (11 837)	PR, HTA	méthotrexate, acide folique, trandolapril	30 ans	Urbain (11 837)	Rhumatologue
B	61 ans	M	Actif (commerçant)	Periurbain urbain (2 295)	IDM, Diabète type 2	aténolol, acétylcalicylate de lysine, atorvastatine, ézétimibe, metformine	1 an	Urbain (5 378)	Cardiologue
C	64 ans	F	Retraitée (secrétaire administrative)	Urbain (4 134)	Diabète type 2, HTA, obésité, douleurs chroniques	sitagliptine, glimipéride, metformine, spironolactone, candésartan, acébutolol	5 ans	Urbain (4 134)	Cardiologue
D	62 ans	M	Retraité (collaborateur France Telecom)	Urbain (4 134)	HTA, dyslipidémie, SAS	diltiazem, losartan/hydrochlorothiazide	5 ans	Urbain (4 134)	Pneumologue
E	66 ans	F	Retraitée (préparatrice en pharmacie, PDG)	Rural (173)	Hypothyroïdie	lévothyroxine sodique	8 ans	Rural (778)	Aucun
F	84 ans	M	Retraité (employé de banque)	Rural (173)	AC/FA, insuffisance cardiaque, dyslipidémie	fluindione, digoxine, lisinopril, spironoloctone, furosémide, simvastatine, macrogol	30 ans	Rural (778)	Cardiologue
G	84 ans	F	Retraitée (enseignement technique)	Rural (173)	HTA, AC/FA, AVC, douleurs chroniques	valsartan, furosémide, fluindione, aténolol, simvastatine	30 ans	Rural (778)	Cardiologue
H	37 ans	F	Invalidité (commerciale)	Urbain (24 088)	Schizophrénie affective, douleurs chroniques	olanzapine, cyamémazine, bromazépam	1,5 ans	Urbain (24 088)	Psychiatre

Tableau 1 : Caractéristiques socio-démographiques des participants

** Source INSEE, recensement de population 2014, disponible sur : https://www.insee.fr/fr/statistiques/1405599?geo=COM-67161*

Liste des abréviations : MT : Médecin Traitant ; M : Masculin ; F : Féminin ; PR : Polyarthrite Rhumatoïde ; HTA : Hypertension Artérielle ; IDM : Infarctus Du Myocarde ; SAS : Syndrome d'Apnée du Sommeil ; PDG : Président Directeur Générale ; AC/FA : Arythmie Complète par Fibrillation Auriculaire ; AVC : Accident Vasculaire Cérébrale

	Âge	Sexe	Profession	Lieu de vie (nombre d'habitants*)	Pathologies	Traitement	Durée de suivi MT	Lieu d'exercice du MT (nombre d'habitants)	Suivi spécialisé
M	42 ans	F	Actif (enseignante)	Rural (907)	Hypothyroïdie	lévothyroxine sodique	5,5 ans	Rural (907)	Endocrinologue
N	89 ans	F	Retraitée (artisanat)	Urbain (275 318)	Cancer évolutif, diabète type 2 insulino-requérant, Dépression, Insuffisance cardiaque	oxygénothérapie, létrozole, darbopoetin alfa, insuline lispro, insuline glargine, répaglinide, escitalopram, acétylsalicylate de lysine, furosémide, candésartan, lercanidipine, bisoprolol, macrogol	9 ans	Urbain (275 318)	Oncologue
O	46 ans	M	En cours de reclassement	Urbain (11 837)	AVC, épilepsie	acétylsalicylate de lysine, lévétiracétam	20 ans	Urbain (11 837)	Neurologue
P	54 ans	M	En invalidité (électricien bâtiment)	Rural (843)	Greffé rénal (PKR), HTA, PM, valves mécaniques	darbopoetin alfa, mycophénolate mofétil, ciclsporine, hydrocortisone, allopurinol, alfa calcidol, colécalciférol, sulfate ferreux/acide folique, allopurinol, énalapril, simvastatine, warfarine	6,5 ans	Rural (907)	Néphrologue, Cardiologue
Q	57 ans	F	Actif (fonctionnaire administratif)	Périurbain rural (695)	HTA	irbésartan/Hydrochorothiazide	5,5 ans	Urbain (151 075)	Aucun
R	56 ans	F	Actif (aide-soignante)	Urbain (11 822)	Epilepsie, thyroïdectomie	carbamazépine, lévothyroxine sodique	50 ans	Urbain (11 822)	Neurologue, Endocrinologue

Tableau 1 (suite) : Caractéristiques socio-démographiques des participants

** Source INSEE, recensement de population 2014, disponible sur : https://www.insee.fr/fr/statistiques/1405599?geo=COM-67161*

Liste des abréviations : MT : Médecin Traitant ; F : Féminin ; M : Masculin ; AVC : Accident Vasculaire Cérébrale ; PKR : Polykystose Rénale ; HTA : Hypertension Artérielle ; PM : Pacemaker.

2. Importance de la relation médecin-patient

A. Satisfaction en fonction de la relation

Le principal aspect mis en avant par les participants était l'importance d'une bonne relation médecin-patient. Cette relation était un sujet de satisfaction en soi : « ça me fait plaisir de le voir » (B, 61 ans).

Certains participants en venaient à considérer leur médecin presque comme un ami : « Un Médecin devient presque un ami ! » (N, 89 ans). Il existait une relation d'échange où ils s'intéressaient à sa vie privée : « je lui demande des nouvelles de ses petits-enfants, et tout ça, ça crée un lien » (N, 89 ans).

Ainsi la plupart des participants avaient un attachement particulier à leur médecin : « moi j'ai besoin d'être avec mon médecin » (C, 64 ans). Ils essayaient de toujours consulter leur médecin traitant : « Je préfère aller toujours chez le, la même docteur. Quand on peut ! » (G, 84 ans), « pour l'instant je m'arrange toujours à... » (C, 64 ans).

B. Besoin de réassurance

L'importance d'une relation médecin-patient naissait d'un besoin de réassurance de la part de certains participants interrogés : « j'ai besoin d'être rassurée » (M, 42 ans). Pour ceux-là, la consultation de renouvellement d'ordonnance pouvait jouer un rôle de soutien : « bah y'a un effet Aussi Psychologique! » (N, 89 ans), « c'est le médecin qui me parle le plus, qui m'aide le plus euh moralement. » (N, 89 ans).

Toute consultation pouvait être vécue avec angoisse, devant la crainte d'un nouveau diagnostic potentiellement grave : « Alors on va chez le docteur, eh beh, il euh, on ressort euh *(expression de visage contente)*, parce que des fois on y rentre on se dit "qu'est-ce qu'il va nous trouver ?" » (G, 84 ans).

Le médecin était décrit comme un pilier sur lequel le patient pouvait compter en cas de problème de santé : « on est cont, on est Heureux d'aller le voir parce qu'on sent que si on a quelque chose euh on peut aller le voir. » (G, 84 ans).

C. La relation de confiance

Pour la grande majorité des participants, la confiance était le socle indispensable de cette bonne relation avec leur médecin : « Par définition il faut une relation de confiance » (B, 61 ans), « Si tu fais pas confiance, il faut changer de médecin » (C, 64 ans).

Cette confiance reposait sur différents éléments. Le médecin devait être compétent : « Eh beh qu'il soit, euh, compétent » (G, 84 ans). Son expérience pouvait être appréciée « on fait confiance au docteur j'ai pas ... puisque eeehh il traite bien souvent les mêmes cas » (A, 69 ans), sa rigueur professionnelle également « Moi je la trouve très bien, très professionnelle, très carrée » (H, 37 ans). Il devait bien connaître ses patients : « Comme je vous dis, elle est au courant de tout alors bon » (P, 54 ans). Un évènement marquant pouvait aussi être à la base de cette confiance : « mais [nom d'une ville] c'était spécial, il était venu me sauver entre guillemets » (C, 64 ans).

Certains soulignaient l'importance de la réciprocité de cette confiance : « puis bon elle euh, si moi je lui dis elle eeuh, Elle va pas téléphoner pour être euh .. être sûr que c'est vrai machin » (P, 54 ans). En effet, cela pouvait faciliter la vie du patient, en rendant possibles les renouvellements par téléphone par exemple : « c'est très pratique qu'il puisse me le faire juste comme ça euh, en me faisant confiance-euh, par téléphone » (M, 42 ans).

Cette confiance mettait du temps à s'installer : « au bout d'un certain nombre d'années, on fait confiance à son médecin » (D, 62 ans), d'où l'importance d'une longue relation avec le médecin traitant : « quand ils connaissent depuis euh des années et des années, on n'a pas le même rapport quoi .... » (E, 66 ans).

D. Une relation respectueuse et humaine

Certains participants émettaient le souhait de ne pas être considérés uniquement comme des malades : « il en reste pas moins un être humain » (B, 61 ans). Pour cela, il importait de parler d'autre chose que de maladie, sans quoi la situation pouvait être mal vécue : « Ils voient que notre maladie, [...] ils essaient pas de... de- de parler un petit peu d'autre chose ou quoi » (H, 37 ans). Ces discussions non médicales permettaient alors de renforcer le lien entre le patient et son médecin : « et tout ça, ça crée un lien, et ça aide beaucoup et ça rassure. Voilà. » (N, 89 ans).

La gentillesse et l'empathie du médecin favorisaient une bonne relation selon plusieurs participants : « on a la chance d'avoir un médecin qui est très très euh agréable, très humaine, donc c'est quelque chose » (C, 64 ans), « je suis entourée de, de gens gentils, qui font vraiment leur métier avec beaucoup de gentillesse. C'est important ! » (N, 89 ans). Des jugements de valeur émis par le médecin étaient critiqués : « Je suis pas retenue à dire "ah mais il va peut-être me juger il va" vous voyez ! Dire ah nan c'est pas bien. » (Q, 57 ans), « J'ai tendance avec les médecins voilà euh, que ce soit les infirmiers, les psychiatres, on a l'impression qu'ils nous prennent pour des... pour vraiment des-des des gros mal- des malades, des détritus, des extra- des estrass-, des euh des gens quiiiii... » (H, 37 ans).

Dans la logique de cette relation humaine, la rencontre physique avec le médecin était importante pour certains participants : « Puis bien, c'est bien d'avoir le docteur de, qui vous suit devant ses yeux » (P, 54 ans). Certains craignaient même l'arrivée des consultations de télémédecine : « et bientôt on les verra plus les, parce que y'en a plus de docteurs donc bon. [...] Vous croyez pas que ça va arriver ça un jour ou l'autre ? » (P, 54 ans).

E. La communication

Beaucoup de participants accordaient de l'importance au temps que le médecin prenait pour discuter avec eux : « parce que le médecin prend le temps de me parler, [...] et c'est important » (N, 89 ans). Ils en retiraient un bénéfice psychologique : « Et, quand il prend le temps de vous parler, euh, on se détend » (N, 89 ans).

Au-delà d'une simple discussion, le médecin devait prendre le temps de poser des questions : « j'aime bien quand il me demande, comme il vient une fois par mois, comment ça s'est déroulé depuis un mois. » (N, 89 ans), « peut-être poser un peu plus de questions » (E, 66 ans).

Et surtout il était nécessaire qu'il sache écouter les patients : « savoir écouter les patients. C'est très important. C'est important pour le patient. On a besoin d'être entendu... » (N, 89 ans). Il prenait presque un rôle de confident : « C'est un confident d'un côté » (G, 84 ans). Toutefois, d'autres participants n'éprouvaient pas le besoin de se confier à leur médecin : « J'ai pas envie de raconter ma vie au médecin. » (E, 66 ans).

Certains patients ne parlaient pas spontanément de certains sujets si leur médecin ne leur posait pas la question : « Si il me le demande oui, [...] si il me demande rien non. » (M, 42 ans). Cela pouvait signifier que certains sujets étaient spécifiques à certains médecins : « Peut-être que j'aurais par exemple plus de- plus de facilités à parler de mes consommations d'alcool, de tabac, de shit, de-de de drogue quelconque, j'ai plus de facilités à en parler avec- au tabacologue. » (H, 37 ans).

Pour autant la plupart des participants souhaitaient une communication franche, aussi bien de leur part « il faut, il faut en parler ça sert à rien de le cacher comme on dit, ça sert à rien de, de dire euh j'ai pas ça, si par derrière ça va, s'aggraver ou on l'avait pas dit » (P, 54 ans), que de celle de leur médecin « Qu'elle dise voilà, quand ça va, quand ça va pas » (H, 37 ans). Pour eux, cette franchise devait être la règle en toutes circonstances. Ainsi, si le médecin ne connaissait pas une réponse, il devait savoir l'admettre : « Quand il sait pas il élude lui aussi ... » (F, 84 ans), « Enfin euh, au moins qu'ils disent rien du tout ! » (O, 46 ans). De même, en cas d'erreur, il devait être capable de la reconnaître : « Beh qu'elle avait fait une erreur ! » (O, 46 ans), « on sait que aaha, ils peuvent se tromper » (G, 84 ans).

Quelques participants ont évoqué la part non-verbale de la communication. Cela pouvait permettre au médecin de détecter des non-dits : « J'aime bien ça quoi ! ... Parce que, .. que le médecin ressente aussi que y'a quand même un souci derrière » (Q, 57 ans). Ou au contraire, ils pouvaient ressentir une distance avec le médecin : « des fois il a pas envie, des fois il est pressé donc euh euh ... c'est pas la peine » (B, 61 ans).

Enfin, le langage technique trop employé par les médecins pouvait constituer un obstacle à une communication claire, brouillant la compréhension des patients : « si le vocabulaire est trop compliqué » (M, 42 ans).

3. Peu de besoin d'information

A. Évolution des attentes d'information

Le désir d'information était surtout ressenti au moment du diagnostic et de la mise en place du traitement : « c'est là où on se pose le plus de questions, et éventuellement bon, où on pose le plus de questions au toubib » (A, 69 ans). Ceci dit, beaucoup des participants exprimaient une nouvelle demande d'information lors de toute

modification de traitement : « Donc elle explique pourquoi elle enlève celui-là, quels seront les effets » (C, 64 ans).

Les besoins pouvaient changer avec l'âge et l'évolution de la maladie « Moi, je n'accorde de l'importance à rien du tout. C'est comme ça, c'est comme ça, c'est tout. [...] Je suis trop vieille. Je n'y peux rien... » (N, 89 ans).

Avec le temps, une majorité des participants n'éprouvait plus de nouveau besoin d'information : « Comme c'est un peu routinier, j'ai- j'ai- j'ai pas de questions en fait. » (M, 42 ans). Ils se disaient informés de tout ce qu'il y avait à savoir « je sais tout » (R, 56 ans). Ils ne ressentaient pas la nécessité de répéter une information déjà donnée, d'autant plus en cas de pathologie stabilisée : « Chaque fois que je vais faire l'ordonnance, il va pas meeee, je vais pas lui [...] reposer les mêmes questions. » (R, 56 ans). Ainsi, ils n'émettaient pas de demandes spécifiques lors de la CRO.

Malgré tout, même sans requête spécifique, « toute information est bonne à prendre » (C, 64 ans).

B. *Importance d'une qualite suffisante de l'information*

Des participants soulignaient l'importance de se sentir satisfait de l'information reçue : « Je sais pas si j'ai tout compris, mais *(rires)* au moins j'ai assez compris pour pas me poser de question » (M, 42 ans). Ils demandaient « qu'on explique comme il faut ! Parce que des fois on n'est pas bien expliqué » (R, 56 ans). Des réponses précises étaient appréciées « "c'est long" c'est pas... C'est pas une réponse » (O, 46 ans). En cas d'incompréhension, certains n'hésitaient pas à reposer les questions : « Quitte à les reposer si j'ai pas compris-euh... Je repars pas de chez le médecin s'il y a quelque chose que j'ai pas compris » (M, 42 ans).

Cependant une information correcte ne garantissait pas pour autant l'observance, surtout en matière de mesures non médicamenteuses : « JE les connais ! [...] Après c'est l'application qui n'est pas toujours-euh... Pas- j'veux pas dire pas exacte, mais qui est mal faite » (C, 64 ans).

C. *Types d'informations recherchées*

Les demandes d'information portaient sur tous les aspects de la maladie chronique : physiopathologie « la maladie par elle-même, ce que c'est ? » (F, 84 ans), « Pourquoi

je l'ai. Qu'est ce qui m'est arrivé. » (F, 84 ans), « Le fonctionnement, les mécanismes, les choses comme ça » (M, 42 ans) ; l'évolution « comment ça va élouer, é-é-évoluer » (O, 46 ans) ; les traitements « les remèdes [...] s'il y a en a. » (F, 84 ans), « savoir si ça a des effets secondaires ou ... » (D, 62 ans) ; mais aussi les avancées scientifiques sur le sujet « Enfin QU'Est-ce qu'il y a de neuf QUoi ! » (B, 61 ans).

Si certains participants n'étaient pas désintéressés par les mesures non médicamenteuses « si j'avais un autre rythme de vie, une autre alimentation etc, j'y, j'y crois hein! » (Q, 57 ans), la plupart n'avaient pas de question à ce sujet. Soit ils disaient les connaître, soit ils estimaient qu'il n'y en avait pas dans le cadre de leur pathologie : « non médicamenteuses euh m'enfin ...ce sont pour ma maladie, ça n'existe pas » (A, 69 ans). De plus, elles étaient souvent perçues comme une contrainte : « Bah parce qu'on n'a pas envie tous les jours [...] de se prendre la tête ! » (C, 64 ans).

D. Accès à l'information

Les participants ont eu accès aux informations via « Et beh par les médecins, par la lecture, par internet ! » (C, 64 ans). Les patients, quel que soit leur âge, multipliaient les sources d'information. Le médecin était la source principale : il donnait des conseils et faisait spontanément des rappels : « Même si on lui demande pas, elle propose des-, elle propose des trucs » (C, 64 ans). Il apparaissait le mieux placé pour le faire en raison de ses compétences : « il a fait des études pour ça » (B, 61 ans). Pour autant, les participants reconnaissaient qu'il ne pouvait pas tout savoir : « Ils savent pas tout hein.... » (F, 84 ans).

Internet était couramment utilisé, notamment pour approfondir des réponses données en consultation : « J'ai internet. Hein ! Quand j'ai besoin de quelque chose je vais voir. » (F, 84 ans), « On peut en parler grosso modo comme ça et ensuite j'ai, je vais chercher un peu plus ... je vais fouiller un peu plus » (F, 84 ans). Pour autant, les participants gardaient un œil critique sur ce qu'ils y trouvaient : « mais pomper des informations alors euh bon euh valides ou pas valides etc... » (B, 61 ans).

D'autres professionnels de santé étaient également sollicités : le spécialiste d'organe, le kinésithérapeute ou le pharmacien : « C'est surtout le cardiologue qui me l'a dit » (F, 84 ans), « le kiné normalement c'est elle qui doit me- me montrer quelqueees... quelques mouvements à faire à la maison » (H, 37 ans), « J'ai demandé aussi à la

pharmacienne » (M, 42 ans). Ils ont parfois pu échanger avec d'autres patients « J'en ai vu d'autres cas ! Comme moi. Je leur en ai posé des questions ! » (O, 46 ans), ou avoir eu des informations auprès des proches « J'en parle à des gens qui ont fait de la bio autour de moi, ma belle-sœur est médecin aussi, donc euh... J'en parle peut-être autour de moi » (M, 42 ans).

Enfin, quelques-uns constataient que la culture générale médicale était plus développée à l'heure actuelle : « on est tellement savant maintenant avec tout aut, tout autour de nous » (G, 84 ans).

4. Partenariat médecin-patient

A. *Le patient a appris à se connaître*

Avec le temps les participants connaissaient leur maladie et ses symptômes. Ils se sentaient capables de savoir si le traitement était adapté : « on sent qu'il y a quelque chose ! » (E, 66 ans), « à partir du moment où ... le traitement va bien euh moi aussi ! » (E, 66 ans). Ils devenaient le guide : « je connais pas mal de choses donc si y'a le moindre symptôme.. c'est un peu moi qui, dis ça ça va, ça va pas » (P, 54 ans). Ils avaient acquis une certaine autonomie et appris à gérer certaines situations : « bon ça va que j'arrive à me gérer moi, s'il faut faire des piqûres de calciparine bon bah je me ferai mes piqûres » (P, 54 ans).

Cet apprentissage nécessitait que le patient ait accepté sa maladie, ce qui pouvait prendre du temps : « j'ai mis ... bien deux trois mois, avant de me dire euh (Q, 57 ans) ». En effet, la survenue de la maladie était souvent décrite comme un évènement marquant, provoquant une rupture avec la norme de l'état antérieur : « Pour Moi c'était dur Quoi ! Je me disais mais ça y est, je, je fais partie du côté obscur de la force ! » (Q, 57 ans). Ils soulignaient l'importance de rester normal : « la seule chose que je veux récupérer moi, retravaill-, redevenir normal ! » (O, 46 ans). Une fois la maladie acceptée, ils pouvaient s'habituer à vivre avec : « je suis habituée. Moi les pathologies, ça fait des années que jeee, que je veux dire » (R, 56 ans), « On fait avec, on vit avec » (D, 62 ans), et peut-être retrouver cette normalité « dans la mesure où bon je vis normalement » (A, 69 ans).

Le vécu était indissociable de la problématique de la pathologie chronique. Tous les participants nous en ont fait part. Il avait une influence importante sur leurs attentes.

B. Partage de décision

Plusieurs participants appréciaient de faire évoluer la prise en charge en lien avec leur médecin : « C'est bien d'avoir un rapport avec le médecin et euh, manière voilà comme je vous dis à, À changer ou à modifier les analyses, les prises de sang ou les, médicaments » (P, 54 ans). Au final, étant ceux qui prennent le traitement « c'est bien de discuter avec eux de, sur les ordonnances avec les docteurs c'est certain ça... c'est, c'est, c'est nous qui les prenons alors bon euh ... » (P, 54 ans), ils se sentaient les premiers concernés par leur santé « le précédent m'avait dit en gros que c'était pas mes affaires. Mais c-c-c c'était quand même mes affaires ! » (M, 42 ans). Ils en assumaient donc la responsabilité : « c'est chacun également qui doit prendre-euh sa propre responsabilité » (C, 64 ans). Ils voulaient alors avoir le choix d'appliquer ou non les conseils du médecin « je pense que c'est aux gens à... À décider » (C, 64 ans), voire de refuser totalement une prise en charge « Problème c'est que là j'ai un problème un truc sur le cœur et, bon je veux pas qu'on y intervienne » (P, 54 ans).

Ainsi, certains aimaient pouvoir mener une véritable négociation avec leur médecin. Ils exprimaient une envie de partenariat sur les décisions médicales. Une attitude trop directive de la part du médecin était mal vécue, parfois considérée comme violente : « J'suis assez réfractaire aux [...] aux obligations ! » (C, 64 ans).

Cependant, ce souhait n'était pas partagé par tous. Au contraire, certains restaient à l'écoute du médecin et ne désiraient pas participer à la décision, dans une relation plus paternaliste : « Non. Je suis bête et disciplinée ; je prends ce qu'on me dit de prendre. Et c'est tout » (N, 89 ans).

C. Patient éducateur de son médecin

Un des participants était pris en charge depuis de longues années par les spécialistes. Ayant acquis une véritable expertise, il se sentait capable de guider son médecin traitant dans le suivi de sa pathologie : « je pense pas que le généraliste prenne la décision de, .. comme je vous dis d'aller faire une, même une é, une échographie du cœur, une échographie du rein, Ou alors c'est moi qui demanderais, je dirais il faudrait aller faire ça... » (P, 54 ans). Il disait qu'il accepterait d'être suivi par son médecin généraliste à cette condition. En effet, s'il appréciait de pouvoir le voir pour éviter de se rendre à l'hôpital en cas de problème aigu, il restait tout de même très attaché à son suivi spécialisé.

5. Attentes biomédicales

A. Répondre à la demande du patient

De manière générale, les participants attendaient que le médecin réponde à leur demande : « à partir du moment où j'explique que ce que j'ai besoin, que ce dont j'ai besoin.... Je vois pas .... pas d'autres sujets non » (E, 66 ans). Pour quelques-uns, la CRO était uniquement dédiée au suivi de la pathologie chronique : « Rien deeee, enfin.... bien particulier à aborder... À part la maladie » (A, 69 ans). Beaucoup n'hésitaient pas à aborder d'autres problèmes lors de cette consultation : « Si j'ai besoin de quelque chose de complémentaire, je le demande ! » (C, 64 ans). Pour certains, il était même exceptionnel de ne parler que de leur pathologie chronique : « En fait c'est rarement juste pour la- le renouvellement. » (M, 42 ans).

Selon les participants, ces motifs multiples n'avaient pas d'incidence sur la prise en charge de la pathologie chronique : « Non, pour moi ça gêne pas du tout. Pas du tout. » (C, 64 ans). Cela permettait au contraire de rentabiliser le temps, pour eux « je trouve toujours, enfin je me dis bon, à être euh, tu vas, tu vas voir euh » (Q, 57 ans), comme pour le médecin « on attend d'aller, de renouveler si on a quelque chose de, quelque chose de pas aller l'embêter pour euh euh, un peu mal au dos ou hein » (G, 84 ans). D'ailleurs, c'était même parfois le médecin qui s'enquérait de l'existence d'autres demandes : « elle pose la question [...] "Est-ce que vous avez autre chose ?" » (D, 62 ans).

De manière générale, les participants hiérarchisaient leurs problèmes de santé. L'hypertension artérielle, par exemple, était souvent négligée : « c'est rien de bien grave pour l'instant » (A, 69 ans). Les pathologies symptomatiques prenaient le plus d'importance, surtout en cas de douleurs : « ce que j'ai c'est Surtout les rhumatismes et les douleurs. » (G, 84 ans).

B. Suivi de la pathologie chronique

Pour beaucoup, la CRO ne servait pas uniquement à récupérer une ordonnance : « c'est PAS JUSTE Je renouvelle l'ordonnance » (B, 61 ans). Elle permettait de faire le point sur la pathologie chronique « ALORS ON FAIT LE POINT quand même » (B, 61 ans), et d'avoir à son issue, un avis sur la situation et un plan d'action « Qu'il me dise euh quoi faire en fait ! » (M, 42 ans).

Le déroulement de cette consultation était décrit comme classique : « en ayant fréquenté plusieurs médecins, j'veux dire c'est un-un peu le même déroulement ! » (C, 64 ans). Elle devait comporter un interrogatoire « d'abord il nous questionne » (G, 84 ans), suivi d'un examen clinique, souhaité le plus complet « on les auscultait un petit peu sous toutes les coutures» (E, 66 ans), et d'une discussion sur les examens complémentaires « Elle examine, elle vérifie tout, elle regarde les- les résultats sanguins » (C, 64 ans).

Selon beaucoup de participants la CRO devait amener à une véritable réévaluation du traitement : « voir si y'a le, le, le médicament est à réajuster ou autre hein euh. » (Q, 57 ans). Souvent, la prise de médicaments n'était pas banalisée : « C'est pas anodin de donner des médicaments » (H, 37 ans). Ainsi, ils préféraient parfois recevoir des conseils plus qu'une ordonnance « Bon après juste il me conseille, ou, voilà ! il est pas obligé de me donner un. » (Q, 57 ans), et en général avoir le moins de médicaments possible « il en a diminué un peu. On en prenait trop [...]. Il vous en donne ce qu'il faut ! » (G, 84 ans).

La CRO était fréquemment considérée comme un temps de coordination avec les spécialistes d'organe. Il était apprécié que le médecin traitant sache leur adresser le patient, notamment en cas de doute sur la prise en charge adaptée : « si y'a vraiment des problèmes, elle court pas les risques, elle appelle, [...] elle me dit ou vous appelez l'hôpital ou même elle elle appelle » (P, 54 ans). Le médecin généraliste ayant un accès facilité au médecin spécialiste, la discussion entre eux serait plus aisée : « Même avec ma généraliste ça peut arriver qu'ils, que ça s'appelle et qu'ils discutent entre eux c'est ... ou sur certaines ordonnances, ou certains traitement » (P, 54 ans). Alors se mettrait en place un véritable relais entre les deux médecins : « la néphrologue me dit, si ça va pas vous allez voir votre généraliste vous lui dites qu'il faudrait prendre ça et ça » (P, 54 ans).

Ainsi, pour certains participants, suivi généraliste et spécialisé apparaissaient complémentaires : « ça doit être complémentaire » (B, 61 ans).

Pour beaucoup, la décision du traitement revenait malgré tout en priorité au médecin spécialiste : « Et puis après, voir s'il y a pas de changement au niveau du spécialiste, refaire l'ordonnance que le spécialiste a donné ! » (R, 56 ans).

Enfin, de manière plus anecdotique, la CRO pouvait aussi avoir un objectif administratif : « Oh beh euh là on a demandé euh un bon, un bon de, puisque on est, on va chez le cardiologue euh [...] la semaine prochaine et un Taxi » (G, 84 ans).

C. Prise en charge globale

Les participants attendaient plus un suivi de leur état de santé global que de leur maladie chronique : « De l'état de santé général » (H, 37 ans). Cette vision globale relevait plus spécifiquement du médecin généraliste. Elle pouvait lui permettre de dépister de nouveaux problèmes : « le docteur, il fera le général. Et c'est là, qu'il peut trouver quelque chose. » (G, 84 ans). Ainsi une participante proposait de faire une consultation annuelle plus approfondie : « le médecin devrait peut-être euh ... une au moins une fois par an, pas tous les 6 mois, mais au moins une fois par an faire euh bah voilà ... un rendez-vous un petit peu plus complet,» (E, 66 ans).

La régularité du suivi était perçue comme une routine rassurante par certains participants : « ça me sécurise d'aller le voir. » (Q, 57 ans). Dans l'ensemble, les participants étaient satisfaits de la fréquence des CRO « Oui ! pour moi c'est bon hein, disons 3 mois, 3 mois c'est bien ! » (B, 61 ans), voire ils auraient aimé les rapprocher « pour mon moral, quelques fois j'aimerai que ce soit tous les 15 jours. » (N, 89 ans), sauf s'ils n'y trouvaient pas d'intérêt.

D. La notion de médecin de famille

Ainsi, le médecin traitant était considéré comme le pivot de la prise en charge du patient : « Le rôle d'un médecin traitant ... oh c'est un le, le grand gestionnaire! » (N, 89 ans), « C'est le, le pilier quoi ! Une sorte de pilier euh av- autour de tous les spécialistes euh qui gravitent euh... » (H, 37 ans). Les participants étaient très attachés à la notion de médecin de famille, comme d'un médecin qui connaît tout de ses patients : « Le médecin traitant c'est lui qui doit tout savoir sur mon état de santé, sur mes ... mes désirs de vouloir telle ou telle chose. » (N, 89 ans). Ils désiraient qu'il soit disponible, même par téléphone : « si j'ai besoin de lui parler, je sais qu'il peut me répondre. » (M, 42 ans).

Son accessibilité, avec un cabinet proche, était souvent souhaitable, en particulier pour les personnes âgées : « c'est vrai, c'est vrai que, d'avoir un généraliste euh, déjà sur

place, c'est bien. » (P, 54 ans). L'une d'elles a déclaré qu'elle aimerait que son médecin puisse se déplacer au domicile : « puis euh eh, qu'il vienne. » (G, 84 ans).

Les craintes vis-à-vis du futur de la démographie médicale témoignaient de cet attachement aux médecins de premier recours : « je sais même pas si un jour elle aura une remplaçante. Puisqu'il manque des docteurs.. un peu partout. Ça, ça reste le gros problème. » (P, 54 ans).

E. Problématique de l'argent

Selon certains participants, la CRO permettait essentiellement au médecin de gagner de l'argent : « Plus il fait de clients hein plus euh ... *(il frotte ses doigts pour évoquer l'argent)* plus il gagne des sous. » (F, 84 ans). Pour eux il faudrait que le patient n'ait pas à avancer les frais lorsqu'il va voir son médecin, notamment en cas ALD : « Je trouve pas ça normal que je sois obligé d'y aller, payer 23 euros, pour un truc de longue maladie ! » (O, 46 ans).

6. Lorsque la CRO n'a pas d'intérêt

Pour certains participants, la CRO n'avait pas d'intérêt : « Bah je crois que c'est pas utile. » (O, 46 ans). Elle permettait juste de récupérer l'ordonnance du traitement habituel : « Donc euh elle m'apporte pas grand [...] simplement que mon renouvellement de médicament » (E, 66 ans).

A. Parce que la relation est mauvaise

Des participants notaient que la discussion entre les deux acteurs de la relation médecin-malade était limitée s'ils se connaissaient mal. La consultation se résumait alors à la demande exprimée du patient : « quand on connaît pas voilà la personne on lui demande ce dont elle a besoin, ce qu'elle a, on l'ausculte un peu, on voit qu'il y a rien et puis c'est bon Basta Au revoir. » (E, 66 ans).

Le problème pouvait également résider dans le manque de confiance accordé aux médecins : « Je leur fais plus confiance, c'est pour ça que je veux plus aller les voir. » (O, 46 ans). Cette défiance pouvait naître d'un sentiment d'avoir été mal pris en charge : « Ils l'ont pas fait leur travail finalement ! » (O, 46 ans).

Une impression de manque d'empathie de la part des médecins était aussi un facteur important d'insatisfaction : « Ils le vivent pas ça. Bah je leur souhaite pas. *(silence)* Faudrait qu'ils se mettent à la place des gens. » (O, 46 ans). Les médecins n'accorderaient pas d'importance aux besoins du patient et se contenteraient de lui distribuer des médicaments : « Ils sont dans leur truc et puis voilà hein ? Ils te filent les médicaments et voilà ! » (O, 46 ans).

Le mécontentement pouvait aussi émerger lorsque le médecin ne prenait pas suffisamment le temps lors de la consultation : « Seulement encore une fois ! Il a pas le temps ! C'est un quart d'heure par personne, c'est pas plus ! » (F, 84 ans).

B. Parce que le patient n'attend pas d'information

Quelques fois les participants n'exprimaient aucune attente d'information. Comme déjà dit plus haut, ils pouvaient être satisfaits de celle déjà reçue, et n'avaient plus de questions à poser. Parfois il s'agissait simplement d'un manque de curiosité vis-à-vis de l'information : « moi en même temps je suis pas ... pff. Je suis pas très curieuse quoi. Vous voyez ! donc j'ai pas trop d'attentes » (Q, 57 ans).

Dans ce cas, même s'ils n'y trouvaient pas forcément d'intérêt, les participants n'étaient pas mécontents de la CRO.

C. Parce que la pathologie est stable

Beaucoup de participants estimaient la CRO superflue en cas de stabilité de la pathologie : « Tant qu'on va bien [...] on y va pas quand même euh, comme ça pour des prunes » (F, 84 ans). Certains ont affirmé pouvoir reconnaître les signes d'une évolution. Du coup, ils s'arrangeaient avec leur médecin pour faire le renouvellement du traitement par téléphone : « quand tout va bien et tout, des fois je demande juste à la secrétaire de me faire-, de mee faire l'ordonnance, [...] et elle lui fait signer, je vais chercher la... » (R, 56 ans). Cela supposait une bonne relation avec son médecin et une confiance réciproque.

Cette impression d'inutilité était renforcée lorsque le traitement ne changeait pas « c'est toujours la même chose. » (M, 42 ans). Parfois même, ils savaient que certains traitements ne pourraient pas être modifiés : « Les cachets euh, ils vont pas évoluer

hein ?! Ils m'ont dit je les prendrais toute ma vie, je sais ce que c'est ma vie hein ? » (O, 46 ans).

Dans ces cas-là, la CRO était ressentie comme une vraie contrainte : « Hein donc bon, j'y vais pour pppf... Parce que je suis obligé ! » (F, 84 ans). Les participants voulaient alors pouvoir espacer les renouvellements « Alors j'estime que juste tous les 6 mois ça serait LARgement suffisant ! » (F, 84 ans), voire ne plus du tout y aller « De pas y aller du tout ! » (O, 46 ans). L'ordonnance pourrait être faite pour une longue durée, et les patients viendraient consulter uniquement en cas de problème : « Moi, 12 mois, ça m'irait bien parce que SI éventuellement au cours de l'année je sens qu'il y a un problème j'irai » (E, 66 ans).

Certains proposaient même que le renouvellement soit fait à l'occasion d'une consultation pour un autre motif : « On y va quand y'a quelque chose ... Il est toujours temps à ce moment-là de .. de revoir euh les médocs. » (F, 84 ans). Ils notaient d'ailleurs que la proposition venait parfois du médecin : « j'avais un petit problème de santé léger etc ET À cette occasion donc le généraliste me demande si j'ai besoin de ... il fait la proposition voilà » (B, 61 ans).

D. Parce que la priorité est donnée à un suivi spécialisé

Pour certains participants, la responsabilité du suivi de leur pathologie chronique incombait principalement au médecin spécialiste : « les traitements, c'est direct chez le.. le cardiologue » (B, 61 ans).

Parfois, la pathologie nécessitait de toute façon un suivi rapproché avec des spécialistes. Le recours au généraliste était donc inutile : « Comme je dialysais et tout, j'étais suivi, tous les deux jours j'étais à l'hôpital alors bon euh. Quoiqu'il m'arrive euh, la greffe aussi ! Et après quand on a été obligé d'en prendre un » (P, 54 ans).

D'autres fois, il s'agissait d'un problème de compétence du médecin généraliste : il n'aurait pas toujours le droit de prescrire certains traitements, voire certains examens : « y'a que l'hôpital qui pouvait donner du-euh Rivotril, euh c'était que, elle elle avait pas l'droit de donner » (C, 64 ans).

Enfin, dans certaines situations, c'était le médecin généraliste lui-même qui redirigeait le patient vers le spécialiste, car il ne pensait pas avoir les connaissances nécessaires pour assurer un suivi de bonne qualité : « Moi elle m'avait dit qu'elle s'y connaissait

pas en [...] ce qui concerne toute la psychiatrie, qu'elle préférait laisser ça euh au psychiatre » (H, 37 ans). Pourtant, une participante dans ce cas aurait préféré être suivie par sa généraliste : « Ça m'arrangerait presque [...] d'aller voir un généraliste justement pour euh me renouveler euh l'ordonnance » (H, 37 ans).

E. Parce que le médecin ne peut rien faire

Certains participants pensaient que les médecins ne pouvaient plus rien faire pour améliorer leur état de santé : « Non j'ai laissé tomber, de toute façon il peut rien faire pour moi. » (F, 84 ans), « Ils peuvent pas faire plus. » (O, 46 ans). Le suivi devenait alors inutile puisqu'aucune amélioration n'était attendue. La surveillance clinique à elle seule ne justifiait pas toujours une consultation : « Mais c'est pareil, j'ai pas besoin d'infirmière, et j'ai pas besoin de docteur, à ce compte-là. La tension, maintenant tu achètes un truc, tu le mets au poignet, je sais que-, combien j'en ai hein ? J'ai pas besoin d'eux. » (O, 46 ans).

DISCUSSION

La relation médecin-patient était au centre des préoccupations des participants de notre étude. En effet, si les participants n'avaient pas réellement d'attentes quant au déroulement de la consultation, ils mettaient l'accent sur la qualité de cette relation. Écoute, confiance, échange, temps étaient des points fondamentaux de la consultation, quel que soit son motif.

1. LA NOTION DE TEMPS

Le suivi de la pathologie chronique s'inscrit dans une double temporalité : le temps long du suivi, et le temps court de la consultation.

A. L'IMPORTANCE DU TEMPS DANS LE SUIVI

Les participants à cette étude ont mis l'accent sur la notion de suivi par leur médecin généraliste, nécessitant une relation longue. La plupart avaient le même médecin traitant depuis plusieurs années.

C'est un concept important de la médecine générale, appelé diachronie, qui permet d'établir une relation de confiance et d'avoir une vision globale du patient (22).

B. L'IMPORTANCE DU TEMPS DANS LA CONSULTATION DE RENOUVELLEMENT

La très grande majorité de nos participants réclamait que leur médecin « prenne le temps ». Ceci est concordant avec des études antérieures qui plaçaient cette problématique au centre des priorités des patients (23–28).

Alors que la durée moyenne de consultation en France est l'une des plus longues d'Europe à 16,3 minutes (29), la CRO l'est encore plus, à 17,45 minutes en moyenne (14). Dans une étude lyonnaise de 2010, 72% des médecins interrogés déclaraient manquer de temps lors de cette consultation (15). De plus, la perception de la durée de consultation par le patient est souvent sous-estimée (30).

Pourtant, prendre ce temps peut améliorer la prise en charge des patients. Une synthèse britannique de 14 études a conclu que lors de consultations plus longues les médecins prescrivent moins, donnent plus de conseils et repèrent mieux les problèmes psychosociaux, favorisant ainsi une meilleure observance du patient (31).

Une autre piste est également évoquée : « rentabiliser » le temps passé avec le patient, comme l'expliquent Balint (32) et Mechanic (33,34). Ainsi, Ogden (26) observe dans son étude que les patients ne se sentant pas assez écoutés étaient les plus insatisfaits en ce qui concerne la durée de consultation. Il faut alors, selon lui, soit allonger le temps de consultation, soit en améliorer le déroulement en écoutant mieux le patient.

Dans notre étude, les participants ont mis l'accent sur plusieurs notions, nécessitant chacune un temps spécifique dans la consultation :

- Le relationnel et l'écoute
- L'information quand ils en ressentent le besoin
- La discussion autour de la prise en charge dans une véritable relation de partenariat
- La prise en charge médicale : axée sur la pathologie chronique mais aussi globale

2. Le relationnel

La relation entretenue avec les médecins qui les suivaient (généraliste et spécialistes) était une grande préoccupation des participants à cette étude. Cette relation entre un médecin et son malade est depuis longtemps explorée et théorisée. Elle est le socle sur lequel repose la prise en charge.

A. Attachement et confiance : deux notions très liées

a. L'attachement au médecin

Beaucoup de nos participants étaient très attachés à « leur » médecin. Cet attachement pouvait naître de différentes qualités qui lui étaient reconnues : un bon contact, l'ouverture, la gentillesse, l'empathie, ce qui est confirmé par d'autres travaux (35–37). Le médecin ne doit pas juger, culpabiliser ou réprimander le patient. Il doit le considérer comme un être humain à part entière et pas seulement comme un malade. Le contact direct entre le médecin et le patient prend alors toute son importance car il permet de conserver cette dimension humaine (17,38,39). C'est la raison pour laquelle un de nos participants s'inquiétait de l'avènement de la télémédecine.

b. *La confiance accordée…*

Au-delà de l'attachement, le maître mot de la relation médecin-patient était avant tout la confiance. Souvent ces deux notions allaient de pair. Au fur et à mesure que le patient et le médecin apprennent à se connaître, la confiance naît et grandit. C'est un processus qui demande du temps. Cette confiance permet une meilleure expression du patient, une discussion autour de la prise en charge (28) et favorise l'observance (40,41).

c. *… Et la confiance réciproque*

La nécessaire réciprocité de cette confiance était également soulevée par les participants. Cette demande de confiance peut évoquer une certaine envie d'autonomie dans la gestion de leur état de santé, faisant le lit du partenariat. Le patient demanderait alors au médecin de lui faire confiance sur sa capacité à prendre des décisions le concernant, et en premier lieu sur sa santé dont il s'estime le premier responsable.

B. *La communication au service de la relation*

Une mauvaise communication peut être néfaste à la relation médecin-patient. Elle est source de nombreuses plaintes (42–44). Elle est également à l'origine de nombreux malentendus, par exemple sur les motifs de consultation et leur hiérarchisation (45,46), et d'inquiétudes de la part du patient (47). À l'inverse, une bonne communication permet de mieux cerner les problèmes du patient (48), d'améliorer sa satisfaction vis-à-vis de la consultation (49), de favoriser son observance (50,51) et améliorerait ainsi sa santé (47,52–56).

a. *L'écoute libre*

La première demande des participants à notre étude était d'être écoutés. Ceci concorde avec toutes les autres études menées sur ce sujet (17,35,37,57–59). Pourtant il a été montré que cette écoute était souvent mal pratiquée.

Tout d'abord il a été montré que le médecin interrompait son patient trop précocement, après 22 secondes en moyenne au début de l'entrevue. Pourtant, la durée spontanée moyenne de l'exposition du patient est de 92 secondes et 78 % des

patients cessent de parler au bout de 2 minutes (60). Ces interruptions peuvent empêcher le patient d'exposer tous ses problèmes (61). Laisser le patient s'exprimer librement ne rallonge que très légèrement le temps initial de consultation. Cela réduit par contre le nombre de demandes en toute fin de consultation (46,61). En effet, les fameuses demandes « pas-de-porte » sont souvent des problèmes qui semblent essentiels au patient mais qu'il n'a pas eu le temps d'exprimer (62). Il faut toujours se souvenir que la première demande du patient n'est pas toujours la plus importante à ses yeux (22,63).

La communication non-verbale, brièvement évoquée dans cette étude, a également un effet important sur l'expression du patient. Le contact visuel (et donc un médecin qui n'est pas fixé sur son ordinateur), l'expression du visage, les gestes et les postures sont autant d'indices pour le patient qu'il est écouté et qu'il peut s'exprimer pleinement (64,65).

b. Une anamnèse centrée sur le patient

Le médecin devrait aussi interroger son patient concernant son vécu du problème (ses craintes, sa compréhension, son vécu, ses attentes), dans une vision holiste (22,47). En explorant le problème dans toutes ses dimensions biopsychosociales, on renforce l'impression du patient d'être entendu. On améliore alors la pertinence de la réponse médicale et de l'information. Des techniques de communication comme la reformulation, la vérification et la clarification du propos peuvent s'avérer utiles (46).

c. Le discours du médecin

Le langage employé par les médecins a été souligné par certains de nos participants : le jargon médical est parfois difficile à comprendre pour eux. Il a également été mis en évidence que médecins et patients ne s'entendent pas toujours sur le sens de certains termes courants (66), ce que Balint appelle la « confusion des langues » (32). Il paraît alors essentiel que le médecin vérifie la compréhension du patient.

Pour nos participants, le médecin devait dire la vérité. Tout comme dans le travail de Dediane, ils lui reconnaissent le droit à l'erreur à partir du moment où il l'admet (35).

C. *Le remède-médecin*

Une bonne relation avec leur médecin, basée sur une confiance mutuelle et médiée par une communication adaptée est rassurante pour les patients (66). Or les participants avaient besoin d'être rassurés. En effet, tout problème de santé peut être source d'angoisse, par sa gravité réelle ou vécue. Et toute consultation peut être source de stress. De plus la médiatisation de la santé, si elle favorise une meilleure culture générale médicale, crée également des angoisses (22).

La réassurance est l'une des composantes du remède médecin comme le conçoit Balint (32). Cette notion veut que le médecin, son attitude, la façon dont il rencontre le patient, vont avoir un effet sur l'évolution des pathologies. Une revue systématique de la littérature sur l'efficacité de l'effet médecin a montré une influence positive sur l'état de santé du patient (67). Cependant dans les essais retenus, l'effet médecin a été évalué sur des variables très hétérogènes, ce qui rend toute extrapolation difficile. En s'inspirant de DiBlasi et al. (68), cette revue distingue le soin « cognitif » (centré sur le savoir) et le soin « émotionnel » (centré sur le savoir-faire et le savoir-être). Elle distingue aussi trois composantes : rassurer, conseiller, expliquer.

Néanmoins il faut se méfier d'une réassurance trop précoce qui peut avoir un impact négatif sur la consultation si le patient n'a pas eu le temps d'exprimer ses craintes (66). On peut penser qu'il n'aura alors pas le sentiment d'avoir été écouté, ou qu'il aura l'impression que son médecin banalise sa souffrance.

Tous ces aspects relationnels vont avoir une importance capitale dans l'information du patient, que ce soit au niveau de sa délivrance par le médecin, ou de sa compréhension et de son appropriation par le patient.

3. Peu de demandes d'informations

Un des axes principaux de notre étude portait sur les attentes en matière d'éducation thérapeutique. C'était un point original de notre thèse. Le mot d'éducation thérapeutique n'était volontairement pas employé. Les questions portaient sur les désirs de connaissance sur la (les) pathologie(s) chronique(s), sur la gestion, le traitement et les mesures non médicamenteuses que le médecin pouvait apporter lors de cette consultation.

A. LES ATTENTES ÉVOLUENT

a. Selon le temps

Les besoins d'informations évoluaient dans le temps. Nos participants avaient surtout des attentes au moment du diagnostic sur le fonctionnement de la maladie, son évolution, sa prise en charge. Une nouvelle information était souhaitée en cas d'évolution ou de changement de traitement. Une fois les informations connues, les participants ne ressentaient pas le besoin qu'elles soient inlassablement répétées.

Dans une enquête, le moment du diagnostic correspond en effet à une période où les patients diabétiques ressentent à la fois un besoin important et un manque d'information (69). À l'inverse, dans une autre étude, les auteurs ont observé qu'ils auraient aimé que leur médecin leur apporte plus de connaissances sur la maladie, son évolution et sa gravité une fois la maladie acceptée (36).

Enfin certaines pathologies, comme le suivi d'un traitement épileptique ou d'une hypothyroïdie, ne nécessitent pas toujours d'information lors des CRO une fois que la pathologie a été bien comprise.

b. Et selon le vécu

Les patients hiérarchisent leurs besoins d'information selon l'importance accordée à la maladie. Ainsi l'HTA pouvait être banalisé ou au contraire être le centre d'intérêt de la CRO des participants de notre étude.

Le désir d'information était propre à chacun et dépendait de l'acceptation de la maladie. Un patient dans le déni ou la révolte n'est pas en état de recevoir des informations supplémentaires (70). L'unique intérêt qu'il trouve alors à la CRO est l'obtention de l'ordonnance dont il est dépendant.

c. L'entretien motivationnel

Dans ces cas de figure, l'entretien motivationnel pourrait être un outil intéressant dans l'accompagnement des personnes atteintes de maladie chronique (71). Cet outil applicable au sein de la consultation de médecine générale, s'inspire de l'approche humaniste centrée sur la personne de Carl Rogers. Le but est de susciter la motivation

du patient et d'accroître sa motivation intrinsèque (72). Le temps du médecin n'est pas toujours celui du patient. L'intérêt est de savoir où se situe le patient. S'il n'est pas prêt, toute proposition apparaîtra comme étant imposée et sera donc vouée à l'échec (22).

B. UNE INFORMATION APPROPRIÉE ET DE QUALITÉ

a. Une information adaptée à chacun

L'objectif est que le patient soit satisfait de l'information reçue et qu'il puisse se l'approprier, comme nous l'a souligné l'une de nos participantes. Le médecin est là pour guider le patient et partager ses connaissances avec lui.

Les informations théoriques données par le médecin pourront être interprétées par le patient en fonction de sa compréhension. Il a été constaté que 36% des patients ayant reçu une information sur un diagnostic étaient incapables de s'en rappeler ou de la reformuler (73). Il peut donc être important de vérifier sa compréhension. On peut également admettre que tous les patients ne sont pas en demande d'informations trop théoriques.

Les patients ont plus besoin d'informations concrètes, centrées sur leurs besoins (74). Elles doivent trouver une application directe dans leur vie quotidienne. Cependant, au final, il fait ce qu'il veut de ces informations. Elles ne suffisent pas à garantir l'observance (22). Le médecin doit l'accepter sans le culpabiliser.

b. La qualité de l'information

L'importance ne résidait pas tant dans la quantité mais que dans la qualité de l'information.

Les médecins surestiment très fréquemment la quantité ainsi que la qualité de l'information qu'ils partagent avec leurs patients, tout en sous-estimant le désir des patients de la recevoir (22). Ils ont l'impression de tout dire (75). En fait, l'information donnée ne correspond pas forcément aux attentes du patient.

c. Quand et comment délivrer l'information ?

Régulièrement, le médecin doit faire le point avec le patient sur ce qu'il sait et ce qu'il veut savoir. Il doit accepter que le patient n'ait pas toujours de besoins d'information lors de la CRO et ce d'autant plus que la pathologie est stable. Le patient est également en droit de refuser certaines informations et de changer d'avis à tout moment sur ce point.

Cependant on sait que les processus éducatifs ont tendance à s'atténuer avec le temps (76). Il peut donc être utile de renouveler certaines informations. D'autant plus que, selon l'une de nos participantes, « toute information est bonne à prendre ».

Par ailleurs, il est inutile de donner toutes les informations d'un coup. Assal propose par exemple une mise en place progressive de la consultation par objectifs alternés et progressifs : le médecin choisit avec le patient le ou les thèmes à aborder à la consultation suivante. Il lui demande de préparer sur un cahier ses questions et ses notes (77). Selon l'expérience de l'auteur, presque tous les patients adhèrent à cette approche.

C. L'ACCÈS AUX INFORMATIONS

a. Les principales sources

Les principales sources sont le médecin, les proches, la lecture ou bien encore internet. Comme dans notre étude, il a été confirmé que les conseils donnés par le médecin généraliste sont importants (18,78). Pourtant, certains participants disaient percevoir un manque de temps de leur médecin. Le médecin ne prend pas le temps de les écouter et ne s'intéresse qu'au traitement. Cela pourrait aussi venir d'un manque de compétences du médecin (36).

b. L'auto-apprentissage réalisé par tous.

Le patient devient progressivement un acteur de sa prise en charge. Il met en place des stratégies d'apprentissage qui perdureront tout au long de sa vie (79). Les apprentissages informels représentent d'ailleurs plus de 70% des apprentissages (80,81).

Le patient ne sait pas toujours vers qui se tourner pour avoir l'information (36). De plus, une information insuffisante ou peu claire et le manque de temps du médecin perçu par le patient peuvent en partie expliquer le recours à internet (80). Cette perception poussait l'un de nos participants à aller chercher par lui-même les informations manquantes pour satisfaire sa curiosité. Internet peut même devenir un traducteur du langage médical accessible au public (82).

D'ailleurs, ce ne sont pas forcément les participants auxquels nous nous serions attendus qui nous ont exprimé ce type d'auto-recherche. « Les soignants pensent-ils qu'une personne vulnérable est incapable d'apprendre ? » (83). Dans le travail de Philippe Barrier, le patient a parfois le sentiment que le médecin ne le pense pas capable de comprendre et de vouloir son propre bien (84).

D. Éducation Thérapeutique du Patient (ETP) versus information

Les participants de notre étude ne semblaient pas être en demande d'éducation thérapeutique lors de la CRO. Nous avons émis l'hypothèse de la méconnaissance de ce type de pratique par les patients, comme cela a été mentionné dans l'étude ENTRED. Les patients atteints de diabète étaient plus en demande de séances d'ETP lorsqu'ils en avaient déjà bénéficié (85).

De même, une mauvaise connaissance de l'ETP par les médecins peut aussi expliquer celle des patients. Dans les études, la démarche éducative décrite par les médecins généralistes en France correspond plus à une transmission de savoir « de maître à élève » (86,87). L'ETP est plutôt un processus interactif centré sur le patient. Il s'agit de partir des interrogations et des croyances que le patient exprime pour lui apporter des éléments de réponse qu'il pourra confronter à son quotidien et à son expérience. L'objectif final est de lui permettre l'acquisition de compétences pour vivre au mieux avec sa (ses) maladie(s) (10).

Cependant, nous pouvons admettre que toutes les situations ne nécessitent pas forcément d'éducation à chaque CRO. Pour autant, tout évènement dans la vie du patient peut l'amener à se questionner sur sa pathologie chronique ou son état de santé global. Les techniques utilisées dans l'ETP sont alors des pistes intéressantes afin de l'aider dans la gestion de son quotidien.

4. Le partenariat médecin-patient

A. Une relation de partenariat

Plus qu'une simple relation dans le soin, les patients sont en demande d'échange (28). Les participants souhaitaient négocier leur prise en charge avec leur médecin. Le partage des décisions va dans le sens d'un partenariat, ou même d'une interaction comme dit Mino (88), entre le médecin « savant » et le patient « profane » (89). Cette participation aux décisions médicales permet de diminuer l'anxiété et améliore la santé des patients (90,91).

Cela implique un changement d'attitude du médecin. Il doit s'intéresser aux interrogations du patient, mais aussi à ses raisonnements, à ses choix et aux conséquences de la maladie sur sa vie (22). Il doit accepter une relation de soin basée sur le diktat des patients (28). Sans imposer, il est là pour donner accès au patient à des éléments qui lui permettent son autonomie.

a. Favoriser l'autonomie

« Le principe d'autonomie est auto-réalisateur : plus vous considérez une personne comme autonome, plus elle l'est » (92). Le médecin doit accepter que le patient devienne autonome. Cette autonomie dépend initialement de l'acceptation et de l'appropriation de la maladie par le malade. Comme nous l'avons constaté, les attentes des participants dépendaient du vécu de leur(s) maladie(s). Seule l'acceptation de la maladie va permettre au malade de développer et de s'engager dans des stratégies conciliant observance thérapeutique et projets de vie (82).

b. Prendre le temps

Ce processus demande du temps. C'est là un des aspects du délicat problème de la gestion du temps par le médecin dans sa relation au patient chronique. L'entrée dans la maladie chronique est une rupture avec l'état antérieur. Le médecin est souvent pressé de faire comprendre au patient les risques liés à sa pathologie. Il faut lui laisser le temps de maturation nécessaire afin qu'il prenne conscience de sa maladie et puisse se l'approprier au même titre que son traitement (84).

c. *Plusieurs types de relation par consultation*

La participation du patient n'est pas une fin en soi, elle dépend de la situation donnée et du moment (90,92). Comme cela a été exprimé dans nos résultats, tous les patients ne sont pas prêts à prendre part aux décisions médicales (22). Ils préfèrent laisser ce rôle au médecin. Dans la thèse de Dedianne, certains participants souhaitaient être guidés et même forcés s'ils hésitaient ou tardaient à prendre un traitement ou à réaliser des examens complémentaires prescrits (27).

Le médecin doit être attentif : un patient peut souhaiter pour une situation ou à un moment donnés être dans une relation partagée ou paternaliste. Charles note que les frontières entre les trois modèles paternaliste, de décision partagée et informatif sont poreuses. Le médecin peut dans une même consultation passer de l'un à l'autre. En cas de risque vital, il conviendra au médecin de convaincre au mieux le patient (84).

B. *Plus qu'une gestion, une expertise*

Une fois la maladie acceptée, le patient a appris à gérer sa vie et son quotidien grâce à ses acquis. Il sait déceler quand quelque chose ne va pas et même adapter son traitement dans certaines situations (84). Le patient ne vise plus la guérison mais la gestion de sa maladie dans la vie quotidienne (88).

Dans notre étude, deux participantes suivies pour une hypothyroïdie ressentaient si le traitement était adapté ou non. Un autre gérait totalement son traitement anticoagulant. Ils appelaient si besoin. La confiance réciproque entre le patient et le médecin était appréciée.

Enfin, un de nos participants se sentait apte à accompagner son médecin traitant dans son suivi. Il avait acquis une grande expertise sur sa maladie chronique. En effet, confrontés depuis de longues années à leur pathologie, certains patients la connaissent bien et ont accumulé un savoir et un savoir-faire certains (93,94).

Plus qu'un partenaire, le patient devient un expert de sa propre maladie comme le décrivent Elisabeth Noël-Hureaux (82) et Philippe Barrier (84) par exemple. Le patient expert mêlant expérience et connaissances est devenu compétent pour lui-même. Il devient le moteur de sa prise en charge : « partenaire des décisions le concernant, acteur de changements de comportements favorables à sa santé, expert de procédure d'auto-soins, "sentinelle" de lui-même (95) » (82).

C. *Vers le patient éducateur ?*

Un de nos participants était prêt à enseigner à son médecin traitant les modalités de son suivi.

Dans la formation initiale des médecins, en particulier dans les pays anglo-saxons, l'intégration de patients-enseignants est devenue une norme réglementaire (96). Au Canada, le patient a pris place au sein des décisions de centres hospitaliers. Il est également intégré dans la formation médicale au sein de la faculté. Les patients viennent témoigner de leur vie avec la maladie auprès de groupes d'étudiants (97).

Ce type d'enseignement commence à être réalisé en France à la faculté de Médecine de l'Université de Paris 13 avec Olivia Gross (98). Des patients dits « enseignants » sont désormais impliqués dans la formation initiale et continue des internes en médecine générale. D'après les premiers résultats de cette expérience, ils valorisent le rôle des médecins généralistes et favorisent le questionnement des étudiants sur leurs habitus (98). Ils privilégient la relation de soins et notamment tout ce qui concerne la confiance et le respect : transparence, décision médicale partagée après avoir interrogé le patient sur ses préférences. Ils offrent des clefs pour favoriser l'observance par l'accompagnement et l'éducation. Ils apportent une connaissance sur les ressources associatives et institutionnelles que les étudiants pourront réutiliser dans leur pratique. Concernant internet, ils rappellent que les patients attendent une aide pour démêler le vrai du faux et identifier les informations pertinentes dans leur cas personnel.

Cet enseignement, associé à une formation sur le relationnel et la communication, pourrait peut-être constituer un atout dans l'amélioration de la prise en charge des patients atteints de maladie(s) chronique(s).

5. Attentes biomédicales

Les attentes biomédicales des participants à cette étude étaient résumées en une expression : « faire le point ». À cette fin, ils ont exprimé plusieurs exigences.

A. UNE CONSULTATION NORMALE DANS SA FORME

a. Le déroulement de la consultation

Nous l'avons déjà vu dans cette consultation, le temps de l'expression du patient et de l'anamnèse est incontournable.

L'examen clinique est tout aussi important. Il se doit d'être complet et minutieux (16–18,37,78). Au-delà de sa fonction diagnostique pour le médecin, il remplit une fonction relationnelle appelée « toucher relais » par Siegrist (99). Il fait partie intégrante de l'effet médecin. Son absence remet en cause les compétences du médecin (16), mais aussi l'intérêt même de la consultation.

Puis vient le temps de la discussion. Le moment de la restitution est une partie incontournable de la consultation (78). C'est un moment privilégié d'échanges d'informations pouvant aboutir à une véritable décision médicale partagée.

b. Un temps de coordination avec les médecins spécialistes d'organe

Beaucoup de nos participants étaient suivis conjointement ou préférentiellement par au moins un médecin spécialiste d'organe. Ils voyaient alors dans la CRO l'occasion d'une véritable coordination entre eux et leur médecin traitant.

Cependant, ils ont souvent pu exprimer que la relation du médecin traitant au spécialiste entrait dans le cadre de la « pérennité injustifiée de la relation professeur-élève » décrite par Balint (32). Dans ce type de relation, le médecin généraliste suit les directives du médecin spécialiste sans les remettre en cause, vestige de la formation médicale hospitalière. C'est ce que les participants exprimaient en disant que c'était le spécialiste qui décidait de leur traitement.

Il ne faut pas oublier que le médecin généraliste doit garder un œil critique sur les décisions de ses confrères. Il est responsable de ses prescriptions, même si elles ont été initiées par un spécialiste. De plus, sa vision plus globale du patient peut apporter un éclairage différent sur la prise en charge adaptée.

c. Le rituel de la CRO

Les participants à notre étude ont pu employer les termes de routine, d'habitude à propos de la CRO. On pourrait presque parler de rituel : un déroulement fixe à une fréquence donnée.

Cet aspect de la CRO peut avoir un effet rassurant pour le patient en y associant une notion de stabilité de la pathologie chronique (17).

Pour autant il peut exister des effets pervers à cette routine, déjà reconnus par des patients mais aussi des médecins (17,22,100). Elle peut en effet altérer la qualité d'écoute du médecin et endormir sa vigilance. Les consultations peuvent devenir plus « automatiques ». Une certaine inertie clinique se met alors en place. Enfin, le patient peut ne pas oser parler de certaines choses de peur du jugement d'un médecin devenu trop proche.

B. LA RÉÉVALUATION DU TRAITEMENT

Nos participants ont souvent clairement exprimé qu'ils attendaient de leur médecin une véritable réévaluation de leur traitement. Ils soulignaient l'importance de l'information devant nécessairement accompagner cette réévaluation. Ceux dont le traitement n'avait pas changé depuis longtemps étaient plus critiques quant à l'utilité de la CRO.

a. Le moins de médicaments possible

Des participants de notre étude ont déclaré qu'ils désiraient prendre le moins de médicaments possible ou qu'ils trouvaient en avoir trop. Parfois un conseil était préféré à un médicament.

Ces résultats vont dans le sens d'autres travaux de thèse (18,37,78). Pourtant les médecins prétendent ressentir une pression des patients les poussant à prescrire plus de médicaments (101–104). Mais il peut s'agir d'une impression, ces exigences étant souvent surestimées (103,104).

D'après une étude (105), la majorité des patients interrogés ont peur d'une démarche de déprescription. Les plus demandeurs de responsabilités et d'autonomie sont les plus favorables à cette démarche. L'effet rebond ou le syndrome de sevrage est la

principale crainte. Ils souhaitent remplacer le médicament arrêté par des mesures non médicamenteuses, mais ont peur des efforts à fournir. En effet, selon nos résultats, les règles hygiéno-diététiques étaient souvent vécues comme des contraintes alors que la prise d'un médicament était parfois plus aisée.

b. Éviter l'inertie thérapeutique

Dans une étude de 2012 les médecins mettaient en avant la réticence des patients à modifier leur ordonnance (15). Cependant, les patients expriment l'inverse et se déclarent ouverts aux modifications (16,18).

Plusieurs études se sont intéressées au défaut d'intensification d'un traitement insuffisamment efficace. O'Connor et al en 2005 (106) ont fait un point sur ce phénomène pourvoyeur de sérieux effets secondaires. La cause principale vient du médecin : il peut sous-estimer les besoins du patient ou préjuger d'un éventuel refus (sans véritablement lui en parler). Le manque de connaissance est aussi un facteur évoqué. Devant un patient stable, le médecin peut aussi être tenté de renouveler son traitement de manière « automatique », sans se poser de questions, surtout en cas de surcharge de travail (107).

Il ne faut cependant pas sous-estimer les facteurs liés au patient (106,107) : déni de la maladie, sous-estimation de sa dangerosité, non-observance des médicaments et/ou des règles hygiéno-diététiques, ou encore influences médiatiques sur ses représentations.

c. Discuter autour de l'ordonnance

On voit donc bien face à ces problématiques que deux mesures s'imposent. Tout d'abord le patient doit être éduqué à sa pathologie et à ses traitements. Ensuite, la réévaluation de l'ordonnance doit être amplement discutée entre le patient et son médecin. Chacun doit pouvoir faire valoir son point de vue : celui de la science pour le médecin, et celui de son expérience et de ses possibilités pour le patient. Comme l'a exprimé Bousquet (22), « toute la complexité réside dans le difficile équilibre entre exercice d'une médecine fondée sur les preuves, et individualisation des soins ». En effet, une application rigide des recommandations peut aboutir à une surmédicalisation ou dégrader considérablement la relation entre le patient et son médecin, sapant ainsi de futures prises en charges.

C. LA PRISE EN CHARGE GLOBALE

Pour les participants à notre étude, la CRO était surtout un moyen de faire le point sur leur état de santé en général, au-delà de la « simple » pathologie chronique.

a. Des consultations à motifs multiples

La plupart des participants identifiaient bien la CRO au suivi de leur pathologie chronique. Pourtant, comme dans d'autres études (14,15,17,18,78), ils n'hésitaient pas à aborder des motifs multiples. Cela ne posait, selon eux, aucun problème quant à leur prise en charge.

C'est là que l'on va trouver le principal malentendu entre les patients et les médecins. Dans l'étude de Ducos (15), pour 74% des médecins interrogés, les motifs multiples sont un facteur limitant majeur de la réalisation d'une CRO optimale. Par ailleurs, au-delà de 2 motifs de consultation les capacités d'écoute du médecin diminuent (46).

Pour les patients, la CRO représente un jalon régulier, rassurant, permettant de vérifier l'absence d'évolution de la pathologie (17). Cette consultation étant régulière, on peut alors en profiter pour parler d'autres problèmes qui ne méritent pas, selon les patients, une consultation dédiée. Ces derniers ne sont pas forcément privilégiés par rapport à la pathologie chronique (46).

b. La vision globale du patient : une spécificité du médecin traitant

Nos participants insistaient sur la notion de médecin de famille. Pour eux, il représentait le médecin qui les connaît le mieux, dans toutes leurs dimensions physiques, psychiques, sociales et biographiques. Ils lui reconnaissaient la spécificité, par rapport au médecin spécialiste d'organe, d'avoir une vision globale (à la fois transversale et longitudinale) car ils partagent une histoire commune.

Au cœur des préoccupations se trouvent le dépistage de nouvelles pathologies, le « check-up », ou comme certains l'ont dit le « contrôle technique » (17,78). Ainsi, un médecin qui les connaît bien serait plus à même de découvrir précocement un nouveau problème. Ceci est néanmoins à nuancer : l'habitude peut être néfaste et endormir la vigilance du médecin.

c. Hiérarchiser les demandes pour mieux y répondre

La multiplication des motifs de consultation part d'une bonne intention des patients : « rentabiliser » leur temps, mais aussi celui des médecins. Pourtant cela complique le déroulement de la CRO pour le médecin. Il ne peut alors pas mener les actions éducatives qu'il souhaiterait mettre en place sans rallonger inconsidérément la durée de la rencontre. Cependant, le patient demande avant tout qu'on réponde à sa demande, il veut partir avec une réponse (37).

Pour pallier ce souci, on peut alors proposer au patient de faire le point avec lui sur les demandes à traiter en priorité, et les aborder au cours de consultations successives (27).

Cette gestion simultanée de problèmes aigus et chroniques, la vision globale du patient et la hiérarchisation des demandes sont des spécificités de la médecine générale. Elles font partie des compétences requises par les organisations de médecine générale (11,12).

6. Modélisation de la consultation de renouvellement d'ordonnance

A l'issue de ce travail, nous pouvons donc modéliser le processus de décision partagée à favoriser dans le suivi des pathologies chroniques (Figure 1).

Il ne faut pas oublier que ce processus prend du temps. Temps que le patient accepte sa maladie et soit apte à être actif dans sa prise en charge. Temps d'écoute pendant la consultation.

Il ne faut pas oublier non plus que si la décision partagée est un idéal, elle n'est pas obligatoire. En effet, le patient a le droit de ne pas vouloir prendre part à la décision, préférant se laisser guider par le médecin.

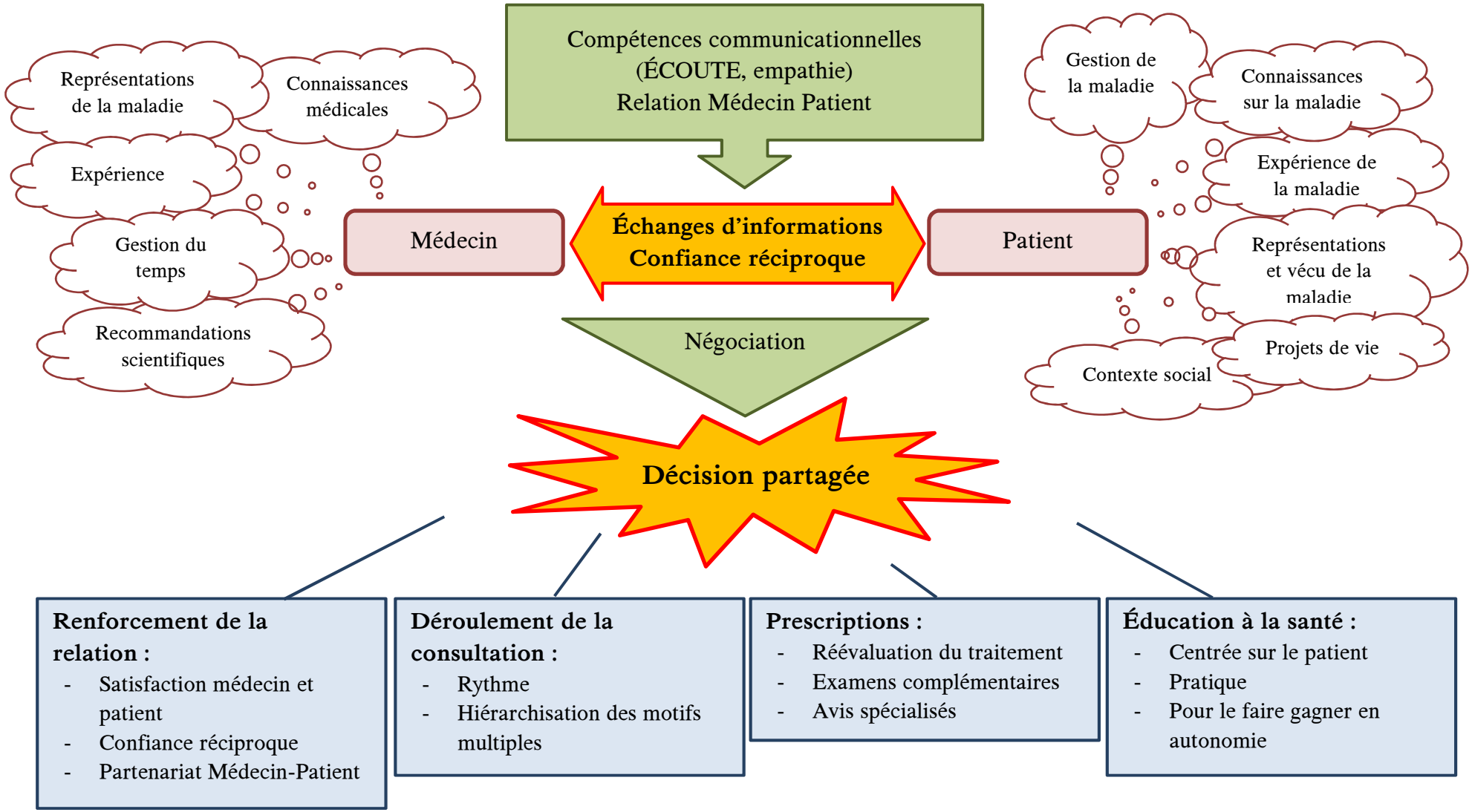

Figure 1 : Modélisation de la consultation de renouvellement d'ordonnance

7. Forces et limites de l'étude

A. Choix de la méthode

La première limite était le manque d'expérience des enquêtrices. Cependant, la méthode qualitative était la plus adaptée pour répondre à la question posée. Pour pallier cette faiblesse, nous avons réalisé une formation préalable et travaillé avec le plus de rigueur possible.

B. Échantillonnage

a. Mode de recrutement

Une des forces de l'étude provient du type de recrutement. À l'exception de deux participants, nous ne sommes pas passées par les médecins généralistes. Le temps de recrutement a été par conséquence long. Cela nous a permis par contre d'interviewer des participants qui ne nous auraient probablement pas été envoyés par des médecins (patients mécontents, mauvaises relations).

b. Diversité des pathologies

Nous avons recherché un échantillon raisonné diversifié sur les différentes pathologies chroniques rencontrées au cabinet de médecine générale. Peu de pathologies diabétiques ou respiratoires étaient présentes chez nos participants, ce qui pourrait constituer une limite. Cependant, ces pathologies ont déjà fait l'objet de nombreuses études. Nous avons donc choisi de plutôt prendre en compte celles qui sont moins étudiées mais tout aussi courantes dans la pratique.

Le recrutement de participants suivis pour des pathologies psychiatriques a été plus complexe. Pour ne pas passer par des médecins, nous avons fait appel à une éducatrice spécialisée d'une association aveyronnaise. Certains patients étaient en période de décompensation. Enfin, malgré la stabilité de la maladie, ils étaient nombreux à être dans l'incapacité de répondre à nos questions, probablement en raison de la maladie ou des effets secondaires du traitement. Nous n'avons donc pas pu tous les retenir en raison des critères d'exclusion. De plus, beaucoup de pathologies

de ce type sont suivies exclusivement par des psychiatres. Il aurait alors fallu passer par des médecins généralistes pour explorer cette problématique plus en profondeur.

C. Recueil de données

Dans les études qualitatives, un biais lié à l'investigateur peut apparaître lors des entretiens. En effet, l'apparence et les attitudes peuvent influencer les réponses de l'interlocuteur. Nous avons essayé de minimiser ce biais par une écoute neutre. Nous avons tenté également de divulguer le moins possible la nature de notre profession afin de libérer le discours du participant. Cela constitue une véritable force de notre étude.

Néanmoins, le répondant peut omettre volontairement ou non des réponses. Nous avons laissé le choix du lieu de l'entretien aux participants afin qu'ils se sentent plus à l'aise pour répondre. La confidentialité des données a été rappelée. Enfin, le remaniement du questionnaire a pu limiter la mauvaise compréhension des questions.

D. Analyse

Tous les entretiens ont bénéficié d'une double lecture et analyse par les deux auteurs. La triangulation finale des chercheurs a permis de réduire les défauts d'interprétation.

Il est possible que la réalisation par les auteurs de consultations dites de renouvellement ait pu influencer l'analyse des résultats. Nous avons mené un travail continu de réflexivité pour limiter ce biais.

CONCLUSION

Le suivi des pathologies chroniques est un enjeu majeur de santé publique dans lequel le médecin généraliste a un rôle primordial à jouer. L'objectif de cette étude était de recueillir les attentes de patients atteints de pathologie(s) chronique(s) vis-à-vis de la consultation dite de « renouvellement d'ordonnance » chez le médecin généraliste. Nous avons réalisé une étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés auprès de 14 participants.

La relation médecin-patient était au centre des préoccupations des participants. Elle constitue le socle de la CRO. Une relation de confiance réciproque, basée sur l'écoute empathique semble être un atout majeur. Si cette relation met du temps à se mettre en place, elle est rassurante pour le patient. Une mauvaise relation était la principale cause d'insatisfaction.

La CRO était bien identifiée au suivi de la pathologie chronique (dépistage d'une évolution, réévaluation de la prise en charge). Elle est également l'occasion de faire le point sur l'état de santé global, d'autant plus quand la pathologie est stable et que le traitement ne change pas. Cette attente est source de frustration pour les médecins qui se retrouvent confrontés à des demandes multiples. Ils n'ont pas l'impression de pouvoir effectuer un suivi correct de la maladie chronique.

Enfin, les participants étaient demandeurs d'informations, mais lassés de recevoir toujours les mêmes conseils. Il existe souvent une méprise de la part des médecins entre information et éducation thérapeutique, cette dernière étant plus satisfaisante pour les patients.

Au final, il paraît nécessaire qu'une relation de partenariat se mette en place entre le patient et son médecin. Elle permet de développer l'autonomie des patients et de leur donner un rôle actif dans la prise de décision médicale en prenant en compte leur expertise.

On pourrait étendre ce principe au contenu même de la CRO. En effet, médecins et patients pourraient chacun faire part de leurs attentes vis-à-vis de cette consultation et trouver un compromis sur son déroulement, son contenu et sa fréquence. Certains travaux ont proposé de renommer la CRO « consultation de suivi » (16,17). Pourtant, il nous semble que cette mesure ne suffirait pas à elle seule à améliorer la satisfaction

des uns et des autres. Sans éclaircir les malentendus entre médecins et patients, on ne pourra pas optimiser la prise en charge des pathologies chroniques.

Les premiers enseignements par les patients éducateurs permettent de faire réfléchir les étudiants à leur future pratique en replaçant le patient au centre. Cet enseignement au sein de la formation médicale pourrait être un atout majeur dans l'amélioration de la prise en charge des personnes atteintes de maladie(s) chronique(s).

Toulouse le 28/08/2017

Vu permis d'imprimer
Le Doyen de la Faculté
de Medecine Purpan
D.CARRIE

28/08/17

Vu, le Président du Jury
Pr. Stéphane OUSTRIC

BIBLIOGRAPHIE

1. Haut conseil de la santé publique. Evaluation du plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques 2007 - 2011. 2013 mai p. 133. (Evaluation).

2. Paul E. Gestion de la maladie chronique en soins primaires [Thèse d'exercice]. Université de Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines, UFR des Sciences de la Santé Simone Veil; 2015.

3. Affection de longue durée (ALD) [Internet]. ameli.fr. [cité 17 août 2017]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/donnees-statistiques/affection-de-longue-duree-ald/index.php

4. Organisation mondiale de la Santé. Profils des pays pour les maladies non transmissibles (MNT), 2014. France [Internet]. World Health Organization. 2014 [cité 17 août 2017]. Disponible sur: http://www.who.int/nmh/countries/fra_fr.pdf?ua=1

5. Bloch J. Importance du problème : fréquence, contribution des différentes pathologies. adsp. sept 2010;(72):14-8.

6. Assal J-P, Golay A. Le suivi à long terme des patients chroniques : les nouvelles dimensions du temps thérapeutique. Med Hyg. 2001;59(2553):1446-50.

7. Haynes R, McDonald H, Garg A, Montague P. Interventions for helping patients to follow prescriptions for medications. In: The Cochrane Collaboration, éditeur. Cochrane Database of Systematic Reviews. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2002.

8. Sabaté E, World Health Organization, éditeurs. Adherence to long-term therapies: evidence for action. Geneva: World Health Organization; 2003. 198 p.

9. Organisation mondiale de la Santé (OMS), Bureau régional pour l'Europe. Éducation thérapeutique du patient. Programmes de formation continue pour professionnels de soins dans le domaine de la prévention des maladies chroniques. Copenhague: Version française UCL Bruxelles, 84 p. 1998 p. 98.

10. Gallois P, Vallée J-P, Le Noc Y. Education Thérapeutique du patient - Le médecin est-il aussi un « éducateur » ? Médecine. mai 2009;5(5):218-24.

11. Mission « Evaluation des compétences professionnelles des métiers de la santé », Ministère de la santé et des sports, Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE), Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes (CNOSF), Conseil des Associations et des Syndicats de Sages-Femmes (CASSF), Conseil National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF). Référentiels métiers et compétences médecins généralistes, sages-femmes et gynécologues-obstétriciens. Paris: Berger-Levrault; 2010. 155 p.

12. WONCA Europe. La définition européenne de la médecine générale - médecine de famille. 2002.

13. Labarthe G. Les consultations et visites des médecins généralistes. Un essai de typologie. Etudes Résultats. (DREES). juin 2004;(315).

14. 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 d'exercice]. Université Lille 2 Droit et Santé, Faculté de Médecine Henri Warembourg; 2014.

15. Ducos D. La consultation de renouvellement d'ordonnance en médecine générale: enquête de pratique [Thèse d'exercice]. Université Claude Bernard Lyon 1; 2010.

16. Siproudhis-Frere J. La consultation de « renouvellement d'ordonnance » en Médecine Générale : qu'en attendent les patients ? [Thèse d'exercice]. Université Européenne de Bretagne, Université de Rennes 1, Faculté de Médecine; 2014.

17. Sarradon D. La consultation de renouvellement d'ordonnance : le point de vue du patient atteint de pathologie(s) chronique(s) [Thèse d'exercice]. Aix-Marseille Université, Faculté de Médecine; 2014.

18. Garoux-Drevet M, Gonthier R, Vallée J. Qu'attendent les patients de la consultation de suivi d'une pathologie chronique en médecine générale ? Med Rev UNAFORMEC. 2014;10(5):234-9.

19. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P, Letrilliart L, et al. Introduction à la recherche qualitative. Exercer. 2008;19(84):142-5.

20. Insee. RP2014 Exploitation principale en géographie au 01/01/2014. 2014.

21. Ayache M, Dumez H. Le codage dans la recherche qualitative une nouvelle perspective ? Le Libellio d'Aegis. 2011;7(2-Eté):33-46.

22. Bousquet M-A. Concepts en médecine générale : tentative de rédaction d'un corpus théorique propre à la discipline [Thèse d'exercice]. Université Pierre Marie Curie (Paris 6), Faculté de Médecine Pierre et Marie Curie; 2013.

23. Grol R, Wensing M, Mainz J, Ferreira P, Hearnshaw H, Hjortdahl P, et al. Patients' priorities with respect to general practice care: an international comparison. European Task Force on Patient Evaluations of General Practice (EUROPEP). Fam Pract. febr 1999;16(1):4-11.

24. Williams SJ, Calnan M. Key determinants of consumer satisfaction with general practice. Fam Pract. sept 1991;8(3):237-42.

25. Pollock K, Grime J. Patients' perceptions of entitlement to time in general practice consultations for depression: qualitative study. BMJ. 28 sept 2002;325(7366):687.

26. Ogden J. « I want more time with my doctor »: a quantitative study of time and the consultation. Fam Pract. 1 oct 2004;21(5):479-83.

27. 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 d'exercice]. Université Joseph Fourier, Faculté de Médecine de Grenoble; 2001.

28. Esman L, Oustric S, Michot M, Vidal M, Nicodeme R, Arlet P. Rôle du patient dans la rédaction de l'ordonnance en médecine générale. Rev Prat Med Gen. 2006;(732-33):594-6.

29. Kandel O, Duhot D, Véry G, Lemasson J-F, Boisnault P. Existe-t-il une typologie des actes effectués en médecine générale? Rev Prat Med Gen. 2004;18(656/657):781-4.

30. Cape J. Consultation length, patient-estimated consultation length, and satisfaction with the consultation. Br J Gen Pract. déc 2002;52(485):1004-6.

31. Freeman GK, Horder JP, Howie JGR, Hungin AP, Hill AP, Shah NC, et al. Evolving general practice consultation in Britain: issues of length and context. BMJ. 13 avr 2002;324(7342):880-2.

32. Balint M. Le médecin, son malade et la maladie. Paris: Payot & Rivages; 2003.

33. Mechanic D. Commentary: Managing time appropriately in primary care. BMJ. 28 sept 2002;325(7366):687.

34. Mechanic D. How should hamsters run? Some observations about sufficient patient time in primary care. BMJ. 4 août 2001;323(7307):266-8.

35. Dedianne M-C, Hauzanneau P, Lebarere J, Moreau A. Attentes et perceptions de la qualité de la relation médecin-malade par les patients en médecine générale : application de la méthode par focus groups. Rev Prat Med Gen. 2003;17(612):653-6.

36. Fournier C, Attali C. Education (thérapeutique) du patient en médecine générale. Médecine. mars 2012;8(3):123-8.

37. Inchauspe A. Rôles du médecin en soins primaires en 2012 : l'avis des patients : thèse descriptive de 250 sujets en France et à l'étranger sur les attentes des patients quant à leur médecin et à la consultation médicale [Thèse d'exercice]. Université Paul Sabatier Toulouse, Faculté des sciences médicales Rangueil; 2012.

38. Cresson G, Schweyer F-X. Les usagers du système de soins. Rennes: Ed. ENSP; 2000.

39. Rogers CR. La relation d'aide et la psychothérapie. Issy-les-Moulineaux: ESF éditeur; 2010.

40. Scheen AJ. Inertie thérapeutique dans la pratique médicale : causes, conséquences, solutions. Rev Med Liège. 2010;65(5-6):232-8.

41. Osterberg L, Blaschke T. Adherence to medication. N Engl J Med. 4 août 2005;353(5):487-97.

42. Beckman HB, Markakis KM, Suchman AL, Frankel RM. The doctor-patient relationship and malpractice. Lessons from plaintiff depositions. Arch Intern Med. 27 juin 1994;154(12):1365-70.

43. Levinson W, Roter DL, Mullooly JP, Dull VT, Frankel RM. Physician-patient communication. The relationship with malpractice claims among primary care physicians and surgeons. JAMA. 19 févr 1997;277(7):553-9.

44. Munn I. Poor communication main source of patient complaints in Maritimes, registrars report. CMAJ Can Med Assoc J. 1990;143(6):552, 554.

45. Starfield B, Wray C, Hess K, Gross R, Birk PS, D'Lugoff BC. The influence of patient-practitioner agreement on outcome of care. Am J Public Health. 1981;71(2):127-31.

46. Dareths Fabier S. Evaluation de la qualité d'écoute des médecins généralistes en consultation [Thèse d'exercice]. Université Bordeaux 2 Victor Segalen, UFR des Sciences Médicales; 2011.

47. Stewart MA. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. CMAJ. 1 mai 1995;152(9):1423-33.

48. Joos SK, Hickam DH, Gordon GH, Baker LH. Effects of a physician communication intervention on patient care outcomes. J Gen Intern Med. 1996;11:147-55.

49. Liu SS, Amendah E, Chang E-C, Pei LK. Satisfaction and value: a meta-analysis in the healthcare context. Health Mark Q. 2006;23(4):49-73.

50. Smith VA, DeVellis BM, Kalet A, Roberts JC, DeVellis RF. Encouraging patient adherence: primary care physicians' use of verbal compliance-gaining strategies in medical interviews. Patient Educ Couns. avr 2005;57(1):62-76.

51. Roter DL. Patient participation in the patient-provider interaction: the effects of patient question asking on the quality of interaction, satisfaction and compliance. Health Educ Monogr. 1977;5(4):281-315.

52. Bass MJ, Buck C, Turner L, Dickie G, Pratt G, Robinson HC. The physician's actions and the outcome of illness in family practice. J Fam Pract. juill 1986;23(1):43-7.

53. Orth JE, Stiles WB, Scherwitz L, Hennrikus D, Vallbona C. Patient exposition and provider explanation in routine interviews and hypertensive patients' blood pressure control. Health Psychol. 1987;6(1):29-42.

54. Kaplan SH, Greenfield S, Ware JE. Assessing the effects of physician-patient interactions on the outcomes of chronic disease. Med Care. mars 1989;27(3 Suppl):S110-127.

55. The Headache Study Group of The University of Western Ontario. Predictors of outcome in headache patients presenting to family physicians--a one year prospective study. Headache. juin 1986;26(6):285-94.

56. Street RL, Makoul G, Arora NK, Epstein RM. How does communication heal? Pathways linking clinician-patient communication to health outcomes. Patient Educ Couns. mars 2009;74(3):295-301.

57. Reix G. Facteurs influençant les qualités attribuées au bon médecin [Thèse d'exercice]. Université Bordeaux 2 Victor Segalen, UFR des Sciences Médicales; 2011.

58. Jung HP, Wensing M, Grol R. What makes a good general practitioner: do patients and doctors have different views? Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract. déc 1997;47(425):805-9.

59. Bonnetblanc J-M, Sparsa A, Boulinguez S. Le « bon médecin » : enquête auprès des patients. Pédagogie Médicale. 2006;7(3):174-9.

60. Langewitz W, Denz M, Keller A, Kiss A, Rüttimann S, Wössmer B. Spontaneous talking time at start of consultation in outpatient clinic: cohort study. BMJ. 28 sept 2002;325(7366):682-3.

61. Beckman HB, Frankel RM. The effect of physician behavior on the collection of data. Ann Intern Med. nov 1984;101(5):692-6.

62. Marvel MK, Epstein RM, Flowers K, Beckman HB. Soliciting the patient's agenda: have we improved? JAMA. 20 janv 1999;281(3):283-7.

63. Vallée J-P, Gallois P. La demande exprimée d'emblée par le patient est-elle sa seule ou sa réelle préoccupation ? Médecine. 2006;2(1):25-6.

64. Marcinowicz L, Konstantynowicz J, Godlewski C. Patients' perceptions of GP non-verbal communication: a qualitative study. Br J Gen Pract. févr 2010;60(571):83-7.

65. Silverman J, Kinnersley P. Doctors' non-verbal behaviour in consultations: look at the patient before you look at the computer. Br J Gen Pract. févr 2010;60(571):76-8.

66. Simpson M, Buckman R, Stewart M, Maguire P, Lipkin M, Novack D, et al. Doctor-patient communication: the Toronto consensus statement. BMJ. 30 nov 1991;303(6814):1385-7.

67. Moreau A, Boussageon R, Girier P, Figon S. Efficacité thérapeutique de « l'effet médecin » en soins primaires. Presse Médicale. 2006;35(6-C1):967-73.

68. Di Blasi Z, Harkness E, Ernst E, Georgiou A, Kleijnen J. Influence of context effects on health outcomes: a systematic review. Lancet. 10 mars 2001;357(9258):757-62.

69. Mosnier-Pudar H, Hochberg G, Eschwege E, Virally M-L, Halimi S, Guillausseau PJ, et al. How do patients with type 2 diabetes perceive their disease ? Insights from the French DIABASIS survey. Diabetes Metab. juin 2009;35(3):220-7.

70. Lacroix A, Assal J-P. Chapitre 1 : Vivre avec une maladie chronique. In: L'éducation thérapeutique des patients: nouvelles approches de la maladie chronique. Vigot, 2ème édition. Paris: Maloine; 2003.

71. Pr Becchio M. HAS - L'entretien Motivationnel.

72. Miller W, Rollnick S. L'entretien Motivationnel - 2ème édition - Aider la personne à engager le changement. InterEditions. Vol. p. 242. Paris; 2006.

73. Silverman J, Kurtz S, Draper J, Meid Catoire A-M, Sommer J. Outils et stratégies pour communiquer avec le patient. Chêne-Bourg (Suisse): Ed. Médecine & Hygiène; 2010.

74. Michot M. Evaluation de l'information donnée au patient en médecine générale [Mémoire de DEA]. 2001.

75. Fainzang S. La relation médecins-malades : information et mensonge. Paris: Presses Universitaires de France; 2015. (Ethnologies).

76. Lemozy-Cadroy S. L'éducation thérapeutique : place dans les maladies chroniques exemple du diabète [Internet]. 2008 [cité 8 mars 2017]. Disponible sur: http://www.medecine.ups-tlse.fr/dcem3/module14/diabetologie/Chap23_EDUC_THERAP_PLACE%20DS_MLDIES_CHRONIQ.pdf

77. Assal J-P. Et si une certaine pédagogie conduisait à une médecine plus globale ? De la nouvelle pédagogie en faculté de médecine à l'éducation thérapeutique des malades : Médecine ambulatoire. Med Hyg. 2002;60(2407):1791-800.

78. Dauris V, Schambach S. Les Consultations de médecine générale: déroulement, pratiques des médecins et attente des patients. Enquête d'observation auprès de médecins généralistes du gard et de l'Hérault Enquête d'observation auprès des patients [Thèse d'exercice]. Université de Montpellier I, UFR de Médecine; 2013.

79. Noël-Hureaux E. « La santé : une ressource éducative ? », dans L.Colin, J-L Legrand (eds),. In: L'éducation tout au long de la vie. Paris: Economica Anthropos; p. 79-90.

80. Messaadi N. Information numérique et gestion de la maladie. Santé Publique. 22 avr 2016;28(1):77-82.

81. Brougère G, Bézille H. De l'usage de la notion d'informel dans le champ de l'éducation. Revue française de pédagogie. 1 mars 2007;(158):117-60.

82. Noël-Hureaux E. Quels savoirs « en jeu » (enjeux) autour de la maladie chronique ? Pratiques de formation/Analyses. 1 janv 2010;(58-59):111-23.

83. Tourette-Turgis C, Thievenaz J. Prendre en compte et reconnaître « l'expérience du malade » : un enjeu pour la formation des adultes. Actes de Colloque international francophone « Expérience 2012 ». Expérience et Professionnalisation dans les champs de la formation, de l'éducation et du travail ; état des lieux et nouveaux enjeux; 2012 sept 26; Lille (France).

84. Barrier P. Le contrôle dans la maladie chronique, le point de vue du patient expert [Internet]. http://www.ipcem.org. 2009 [cité 2 août 2017]. Disponible sur: http://www.ipcem.org

85. Fournier C, Gautier A, Attali Claude, Bocquet-Chabert Amélie, Mosnier-Pudar Helen, Aujoulat Isabelle, et al. Besoins d'informations et d'éducation des personnes diabétiques, pratiques éducatives des médecins, étude Entred, France 2007. Diabetes Care. 2009;32(1):193-203.

86. Bourit O, Drahi E. Éducation thérapeutique du diabétique et médecine générale : une enquête dans les départements de l'Indre et du Loiret. Médecine. mai 2007;3(5):229-34.

87. Gachet A. Représentations des médecins généralistes de l'éducation thérapeutique du patient : une étude qualitative menée auprès de 31 médecins généralistes de Savoie [Thèse d'exercice]. Université Joseph Fourier, Faculté de Médecine de Grenoble; 2013.

88. Mino J-C, Frattini M-O. Relation ou interaction médecin-malade ? Rev Prat Med Gen. Février 2002;16(563):210-3.

89. Noël-Hureaux E. Médecin « savant », Malade « profane ». Actes du congrès de l'Actualité de la recherche en éducation et en formation (AREF); 2010 sept; Université de Genève.

90. Fournier C, Kerzanet S. Communication médecin-malade et éducation du patient, des notions à rapprocher : apports croisés de la littérature. Santé Publique. mai 2007;19(5):413-25.

91. Collectif. La communication efficace... à votre service. Outils de communication II. Guide de ressources. Santé Canada. Ottawa; 2001.

92. Rameix S. La relation médecin-patient : enjeux moraux et politiques. [Internet]. A.E.S. Académie d'Education et d'Etudes Sociales. 2013 [cité 8 août 2017]. Disponible sur: http://aes-france.org/IMG/pdf/AES__S-Rameix.pdf

93. Herzlich C, Pierret J. Malades d'hier, malades d'aujourd'hui : de la mort collective au devoir de guérison. Paris: Payot; 1984. (Médecine et sociétés).

94. Tourette-Turgis C. Savoirs de patients, savoirs de soignants : la place du sujet supposé savoir en éducation thérapeutique. Pratiques de formation/Analyses. 2010;(58-59):137-53.

95. Grimaldi A. L'éducation thérapeutique : une partie qui se joue à quatre. Cahiers de nutrition et de diététique. avril 2009;44(2):62-6.

96. Berlin A, Seymour C, Jonson I, et al. Patient and public involvement in the education of tomorrow's doctors. UCL Beacon project; 2011 nov.

97. Pomey M-P, Flora L, Karazivan P, Dumez V, Lebel P, Vanier M-C, et al. The Montreal model: the challenges of a partnership relationship between patients and healthcare professionals. Santé Publique. févr 2015;27(1 Suppl):S41-50.

98. Gross O, Ruelle Y, Sannié T, Khau C-A, Marchand C, Mercier A, et al. Un département universitaire de médecine générale au défi de la démocratie en santé : la formation d'internes de médecine générale par des patients-enseignants. RFAS. 19 avr 2017;(1):61-78.

99. Siegrist G. L'examen clinique: charnière de la relation chez le médecin somaticien ? Med Hyg. 2004;62(2476):714-7.

100. Mondelin P, Vallée J. Suivi des patients chroniques : comment les médecins généralistes installés voient-ils les prescriptions de leur remplaçant ? Médecine. 2015;11(8):373–380.

101. Britten N, Jenkins L, Barber N, Bradley C, Stevenson F. Developing a measure for the appropriateness of prescribing in general practice. Qual Saf Health Care. août 2003;12(4):246-50.

102. Simonet M. La prescription thérapeutique : un acte sous influence. Med Hyg. 1998;56(2229):2073-7.

103. Cockburn J, Pit S. Prescribing behaviour in clinical practice: patients' expectations and doctors' perceptions of patients' expectations--a questionnaire study. BMJ. 30 août 1997;315(7107):520-3.

104. Little P. Importance of patient pressure and perceived pressure and perceived medical need for investigations, referral, and prescribing in primary care: nested observational study. BMJ. 21 févr 2004;328(7437):444-0.

105. Guilluy Crest M, Schwartz J-C, Horwitz-Guerin M, Favre M, Ghasarossian C, Bournerias F, et al. La déprescription: les patients sont-ils prêts ? Prescrire. 2014;34(370):606-7.

106. O'Connor PJ, Sperl-Hillen JM, Johnson PE, Rush WA, Biltz G. Clinical Inertia and Outpatient Medical Errors. In: Henriksen K, Battles JB, Marks ES, Lewin DI, éditeurs. Advances in Patient Safety: From Research to Implementation (Volume 2: Concepts and Methodology). Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2005. (Advances in Patient Safety).

107. Clerc P. Etude Polychrome. Rapport final INSERM. 2009.

ANNEXE 1 : GUIDE D'ENTRETIEN

Guide d'entretien

Les attentes des patients atteints de maladies chroniques vis-à-vis de la consultation de « renouvellement » d'ordonnance chez le médecin généraliste

Questions principales	**Questions de relance**
La consultation de renouvellement d'ordonnance (CRO) : actuellement et dans l'idéal	
1. Quel est l'intérêt de cette consultation?	Que vous apporte-t-elle?
2. Dans l'idéal, comment souhaiteriez/aimeriez-vous que se déroule/passe la CRO ?	Comment s'est passé votre dernière CRO ?
3. Quels seraient les sujets que vous aimeriez aborder pendant cette consultation ?	Qu'est-ce que vous aimeriez de différent ?
Relation médecin-patient, difficultés ou facilités de communication avec le médecin :	
4. Vous me disiez que vous aviez [pathologie(s)]. Quelles sont les difficultés que vous avez avec/dans votre(vos) maladie(s) ? a) Si énumère : Comment en discutez-vous avec votre médecin ? b) Si pas de difficultés : Relancer pour creuser => c'est-à-dire ? Pouvez-vous m'en dire un peu plus/me préciser ?	J'ai l'impression que vous accordez plus d'importance à telle maladie par rapport à telle autre ?
5. Quelles sont les choses dont vous avez du mal à parler ? Pourquoi ?	

Attentes en terme d'éducation thérapeutique : 6. Quels seraient vos besoins pour mieux comprendre votre maladie ? 7. Qu'aimeriez-vous apprendre/qu'on vous explique lors de cette consultation ? 8. Quels seraient vos besoins pour mieux comprendre votre traitement ? - Et en dehors des médicaments ? 9. Quel est le rôle du MT dans le suivi ? Quelles sont les différences entre la consultation chez le spécialiste et celle chez le généraliste ? 10. Donc ça fait longtemps que vous êtes suivi. Quel est l'intérêt - de cette consultation quand tout va bien/quand c'est stable ? - d'avoir cette consultation régulièrement ?	J'ai l'impression que vous accordez plus d'importance à telle maladie par rapport à telle autre ?
Retour sur la conception de la CRO : 11. Que pensez-vous de la fréquence à laquelle elle a lieu ? 12. En général venez-vous à cette consultation uniquement pour renouveler votre ordonnance ou pour d'autres raisons ? - Pourquoi ? - Que préférez-vous ? 13. Et finalement je vous repose la question : qu'attendez-vous de la CRO ?	J'ai l'impression que vous trouvez les consultations rapprochées/éloignées, comment préfériez-vous qu'elles s'organisent ? Peut-on aborder d'autres sujets de santé que la maladie chronique lors de cette consultation ?
Conclusion : [Synthèse de l'entretien] 14. Avez-vous quelque-chose à ajouter ?	

ANNEXE 2 : EXTRAIT DU TABLEAU D'ANALYSE

					Code	Entretien A	Entretien B	Entretien C	Entretien D	Entretien E	Entretien F
					On parle moins avec le médecin si on sent qu'il est pressé ou qu'il n'a pas envie		des fois il a pas envie, des fois il est pressé donc euh euh ... c'est pas la peine (171)				
					Apprécie que le médecin perçoive le non-dit						
		Problématique du langage utilisé par les			Problème du langage trop technique des médecins						J - Parce qu'il y a beaucoup de termes techni Chez vous oui ! ... Chez les toubibs oui... (12 Ah NONN pas du tout euh. Non non ça encor Ça sera plutôt pour ma femme, pour elle, ça s difficile. (123)
Pas de besoin					Ne sait pas quels sujets il pourrait aborder en CRO						Pffffff ... je sais pas. Franchement, je ne sais
	Evolution des attentes d'information	En fonction du temps/évolution de la maladie	Les infos sont données au début		Incertitudes de la personne les premiers temps après le diagnostic lorsqu'on n'a pas de traitement efficace	enfin c'est là où on se pose le plus de questions, et éventuellement bon, où on pose le plus de questions au toubib (250)					
					Questions sur l'évolution de la maladie dans les premiers temps après le diagnostic	sur l'évolution (252)					
					Questions sur les traitements dans les premiers temps après le diagnostic	Sur les remèdes à prendre (252)					
					Questions en général au début de la maladie						
					Les justifications du traitement sont données au départ						
					L'éducation est faite au début de la prise en charge				Ce sont, ce sont des trucs qu'on nous explique au départ. (120)		
					Questions sur les traitements au moment de leur introduction	les simples questions qu'on peut avoir enfin il y a quelques années de ça quand il m'a prescrit le nouveau traitement (71)			Ce sont des que- ce sont des questions qu'on, qu'on pose au départ. (NB : sur les médicaments prescrits) (82) Ce sont les- les- le traitement, on pose les questions- les questions de de base au départ (83),		
					Avec le temps, on n'a pas de question sur la pathologie				Je sais déjà... Depuis- depuis 20 ans on finit par savoir pourquoi, *(frappe sur la table)* pour qui, voilà. (73) Apprendre, non. Pas tellement ! Parce que tout ce que je... sais pourquoi j'ai de la tension, je sais pourquoi... (71) Je ne pose pas trop de question non plus. (73)		Bah la maladie je la connais ! (151) J - D'accord .... Et alors quels seraient vos be mieux comprendre votre euh, votre traitement « Ppp » pas grand-chose, je le sais. Depuis l

ANNEXE 3 : AVIS FAVORABLE DU COMITÉ D'ÉTHIQUE

Département Universitaire Médecine Générale

Commission Ethique du Département de Médecine Générale de Midi Pyrénées

Secrétariat : *Dr Serge BISMUTH*
59 rue de la Providence – 31500 Toulouse
Tél. : 05.61.80.01.23 – 06.82.63.45.70- Fax 05.61.34.61.16 – dr-bismuth@wanadoo.fr

Président : Mme Laurencine VIEU

Secrétaire : M Serge BISMUTH

AVIS A LA COMMISSION ETHIQUE DU DEPARTEMENT DE MEDECINE GENERALE

Renseignements concernant le demandeur :

Nom : Magréault, Jeanne
Qualité : étudiante en DES de Médecine Générale
Adresse : **********
Courriel : jeanne_magreault@yahoo.fr
Numéro de téléphone : **********

Nom : Delanneau, Louise
Qualité : étudiante en DES de Médecine Générale
Adresse : **********
Courriel : louise.delanneau@free.fr
Numéro de téléphone : **********

Renseignements concernant le promoteur :

Nom : PHILLIPS Jennifer
Qualité : médecin généraliste
Adresse : **********
Courriel : jennifer.phillips@dumg-toulouse.fr
Numéro de téléphone : **********

IDENTIFICATION DE LA RECHERCHE

Titre complet de la recherche : Les attentes des patients atteints de maladie chronique vis-à-vis de la consultation de « renouvellement » d'ordonnance chez le médecin généraliste

AVIS DE LA COMMISSION Avis favorable

le 02/06/16 – Docteur Serge BISMUTH

Serge Bismuth

ANNEXE 4 : FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

Formulaire d'information et de consentement

Les attentes des patients atteints de maladie chronique vis-à-vis de la consultation de « renouvellement » d'ordonnance chez le médecin généraliste

Madame, Monsieur,

Vous êtes invité à participer à une étude sur vos attentes vis-à-vis de la consultation de renouvellement d'ordonnance.

Pour répondre à cette question, nous réalisons des entretiens dans la région auprès des personnes qui consultent pour un renouvellement d'ordonnance. L'entretien sera enregistré afin d'en permettre son analyse. L'intégralité de l'entretien sera retranscrite. Tout élément permettant de vous identifier, ou d'identifier une autre personne ou un lieu sera anonymisé ou supprimé. Vous pouvez à tout moment demander l'accès à la retranscription de cet entretien.

Ce travail a pour objectif de donner la parole aux patients. Nous sommes à votre disposition pour répondre à toutes vos questions. Il est entendu que votre participation à ce projet est volontaire et que vous pouvez à tout moment décider de vous rétracter sans avoir à motiver votre décision.

En vous remerciant,

Jeanne Magréault ; jeanne_magreault@yahoo.fr
Et Louise Delanneau ; louise.delanneau@free.fr

Consentement libre et éclairé :

Je soussigné(e) _____ déclare :

- Avoir reçu, lu et compris le présent formulaire.
- Avoir compris la nature et le motif de ma participation.
- Avoir pu poser des questions sur cette recherche et avoir reçu les informations souhaitées.

Je sais que :

- Je peux contacter le chercheur pour toute question relative à ma participation à la recherche
- Les données seront strictement confidentielles.

Je donne mon consentement libre et éclairé pour participer en tant que sujet à cette recherche.

Date et signature
Précédées de la mention « lu et approuvé »

Noms : DELANNEAU Prénoms : Louise 2017 TOU3 1103
MAGRÉAULT Jeanne 2017 TOU3 1104

Toulouse, le 19 septembre 2017

LES ATTENTES DES PATIENTS ATTEINTS DE PATHOLOGIE(S) CHRONIQUE(S) VIS-A-VIS DE LA CONSULTATION DITE DE « RENOUVELLEMENT D'ORDONNANCE »

INTRODUCTION : Le suivi d'une affection chronique représente une grande partie de l'activité des médecins généralistes L'objectif de cette étude était d'explorer les attentes des patients atteints de pathologie(s) chronique(s) vis-à-vis de la consultation dite « de renouvellement d'ordonnance » (CRO) chez le médecin généraliste.
MÉTHODE : Une étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés a été menée auprès de 14 participants entre avril et décembre 2016. Les données ont été analysées selon la méthode de la théorisation ancrée avec une approche inductive et une comparaison constante.
RÉSULTATS : L'attente principale était une bonne relation médecin-patient. Confiance, écoute active et rassurance étaient primordiaux. La CRO permettait la réévaluation de la maladie chronique et du traitement mais surtout un suivi de la santé globale. Plusieurs motifs y étaient traités. En fonction du vécu de la maladie et/ou de sa gestion, elle pouvait être une contrainte. Peu de besoins d'informations étaient ressentis, ayant déjà été reçues ou recherchées. Une fois la maladie acceptée, les patients étaient en demande d'un partenariat avec leur médecin.
CONCLUSION : Les attentes de la CRO sont propres à chacun à un instant donné. Une bonne relation est fondamentale. Le déroulement de la CRO pourrait être négocié afin de trouver un compromis entre les attentes du patient et celles du médecin. L'intervention de patients enseignants permettrait, en replaçant le patient au centre, d'améliorer la communication et la relation médecin-patient.

Mots clés: relation médecin-patient, maladie chronique, consultation, ordonnance

---

EXPECTATIONS OF PATIENTS WITH CHRONIC DISEASES CONCERNING PRESCRIPTION RENEWAL CONSULTATIONS IN PRIMARY CARE

INTRODUCTION: The follow-up of a chronic disease is a large part of general practitioners' activity. The objective of this study was to explore the expectations of patients with chronic diseases concerning prescription renewal consultations with a general practitioner.
METHOD: A qualitative study was conducted using individual semi-structured interviews with 14 participants between April and December 2016. Data were analyzed using the grounded theory with an inductive approach and constant comparisons.
RESULTS: The primary expectation was a good doctor-patient relationship. Trust, active listening and reassurance were essential. The prescription renewal consultation enabled a re-evaluation of the chronic disease and its treatment, but above all a follow-up of overall health. Several issues were addressed. Depending on the patient's experience of his disease and/or its management, this consultation could be a constraint. Few needs for information were perceived, it having already been received or sought. Once the disease was accepted, patients were in demand for a partnership with their doctor.
CONCLUSION: Concerning the follow-up consultation, expectations are unique to everyone at a given time. A good relationship is crucial. Consultation's content could be negotiated to find a compromise between patient's and doctor's expectations. This study points out the essential need for a more advanced training of doctors in communication and relationship with patients.

Keywords: physician-patient relations, chronic disease, office visit, prescription

---

Discipline administrative : Médecine Générale

Faculté de Médecine Rangueil – 133 route de Narbonne – 31062 TOULOUSE Cedex 04 – France

---

Directrice de Thèse : Dr PHILLIPS Jennifer