

Les médecins généralistes en Poitou-Charentes

Prescriptions médicamenteuses chez les patients atteints de pathologies chroniques multiples : opinions et pratiques des médecins généralistes

La multimorbidité, ou co-occurrence de plusieurs maladies chroniques, est devenue en parallèle avec le vieillissement de la population un enjeu de santé publique. Au-delà du nombre de pathologies sous-jacentes, le terme multimorbidité renvoie à une vision globale du patient en tenant compte, par exemple, d'une éventuelle fragilité liée à son âge ou à sa situation sociale [1]. Entre 40 % et 70 % des personnes de 75 ans ou plus seraient traitées pour plusieurs pathologies en France [2].

Les médecins généralistes peuvent être confrontés à des patients complexes nécessitant des prises en charge multiples. Le suivi en parallèle de plusieurs guides de recommandations pour la prise en charge de pathologies chroniques engendre un cumul impressionnant de médicaments. Aussi, la multimorbidité entraîne la prescription de nombreux médicaments, appelée polymédication, qui augmente le risque iatrogénique : effets indésirables, interactions médica-

menteuses ou interactions entre une maladie et un médicament prescrit pour une autre maladie [3]. Ce risque est majoré chez les personnes âgées. En France, selon les données de l'assurance maladie, 30 % à 40 % des personnes âgées de 75 ans ou plus prennent au moins 10 médicaments différents par jour [4].

La prise en charge de patients multimorbides place le médecin généraliste au premier plan, dans un rôle d'accompagnement et de coordination. Une vague d'enquête réalisée entre mai et septembre 2016 dans le cadre du troisième panel national des médecins généralistes de ville (encadré 1) a pour objectif d'étudier les opinions et pratiques des médecins généralistes français vis-à-vis de la prise en charge de la multimorbidité : leur rôle vis-à-vis de leurs confrères spécialistes ou pharmaciens, leurs stratégies de gestion des polyprescriptions et de déprescription.

En substance...

Près de 80 % des praticiens déclarent décider eux-mêmes du contenu de l'ordonnance de leurs patients. Ils sont autant à se sentir bien informés de l'ensemble des médicaments pris par leurs patients multimorbides. Si plus de 9 médecins sur 10 se sentent à l'aise pour déprescrire des médicaments jugés inappropriés, moins de 4 sur 10 déclarent pourtant prendre souvent ou très souvent cette initiative. La plus grande majorité d'entre eux se réfèrent à l'avis de collègues spécialistes (87 %) et à la presse scientifique (82 %) pour s'informer sur les bénéfices et les risques des médicaments. Plus de 8 généralistes sur 10 jugent que les recommandations des guides de bonnes pratiques pour la prise en charge des maladies chroniques sont difficiles à appliquer chez les patients multimorbides et près de 6 sur 10 sont même d'avis qu'elles peuvent être en contradiction les unes avec les autres. Plus des trois quarts des généralistes considèrent le pharmacien comme le professionnel de santé qui connaît le mieux l'ensemble des médicaments pris par un patient. Près des deux tiers estiment que les médecins traitants et les pharmaciens ne coopèrent pas assez concernant la polymédication des patients.

ENCADRÉ 1. PANEL D'OBSERVATION EN MÉDECINE GÉNÉRALE

Le **Panel national de médecins généralistes libéraux** a été mis en place grâce à un partenariat entre la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), l'Unité Mixte de Recherche 912 (Sciences économiques et sociales de la santé et traitement de l'information médicale) (UMR SESSTIM), les observatoires régionaux de la santé (ORS) et les unions régionales des professions de santé médecins libéraux (URPS-ml) de trois régions (Poitou-Charentes, Pays de la Loire et Provence Alpes – Côte d'Azur). Il a été interrogé cinq fois entre 2014 et 2016, au rythme d'une enquête par semestre. L'anonymat et le respect de la confidentialité des données sont garantis, conformément aux recommandations de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (Cnil). Les données présentées dans ce document ont été recueillies **entre mai 2016 et septembre 2016** auprès d'un échantillon représentatif de **227 médecins généralistes** (hors mode d'exercice particulier exclusif) de l'ex-région Poitou-Charentes.

Gestion des prescriptions des patients multimorbides

Un rôle central dans la gestion de l'ordonnance assumé par les généralistes...

Près de 80 % des praticiens déclarent décider eux-mêmes du contenu de l'ordonnance de leurs patients, y compris pour les médicaments initiés par d'autres médecins (figure 1). Ce chiffre est comparable au niveau national. Les médecins sont également une large majorité (80 %) à se sentir bien informés de l'ensemble des médicaments pris par leurs patients multimorbides (83 % au niveau national). En revanche, seulement la moitié pense que c'est également le cas pour leurs collègues spécialistes. Par ailleurs, 82 % des praticiens considèrent que le suivi des patients multimorbides par différents spécialistes augmente le risque d'interactions médicamenteuses (85 % au niveau national).

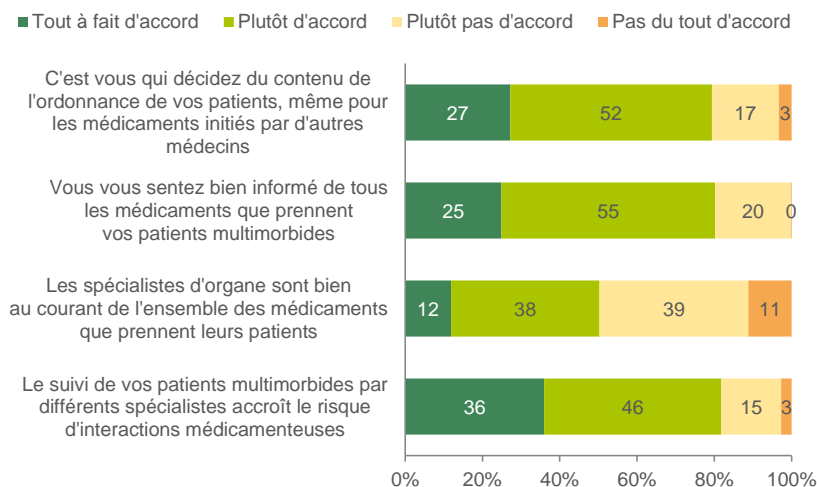
... qui se déclarent à l'aise pour arrêter des médicaments jugés inappropriés

La quasi-totalité des médecins (91 %) se sentent à l'aise pour proposer d'arrêter les médicaments qu'ils jugent inappropriés chez les patients multimorbides. Pourtant, seuls 37 % déclarent prendre souvent ou très souvent cette initiative (62 % déclarent le faire parfois). Ces résultats, similaires à ceux du panel national, révèlent une apparente contradiction qui peut être liée au fait, qu'en pratique, le généraliste fait face à différents obstacles pour mettre en œuvre l'arrêt d'un traitement. Les praticiens de sexe masculin et ceux qui estiment être responsables du contenu de l'ordonnance de leurs patients prennent plus souvent l'initiative de déprescrire, à autres caractéristiques du médecin et de sa patientèle égales¹.

Des patients très demandeurs de prescriptions médicamenteuses selon les généralistes

Interrogés sur leurs représentations sur les perceptions des patients, 80 % des médecins pensent que ces derniers attendent d'eux des prescriptions médicamenteuses (84 % au niveau national) (figure 2). Les deux tiers sont même d'avis que leurs patients ressentent l'arrêt d'un médicament prescrit depuis longtemps comme un abandon de soin (62 % au niveau national). Si plus de 3 médecins sur 4 estiment que les patients ne sont pas conscients des interactions médicamenteuses, ils sont autant à considérer que les patients doutent parfois de l'intérêt de leurs traitements. Comme certaines études l'ont montré, ces représentations pourraient constituer des obstacles à la déprescription [5,6]. Aucune association significative n'est cependant mise en évidence entre les quatre représentations étudiées et le fait de prendre souvent ou très souvent l'initiative d'arrêter les médicaments jugés inappropriés².

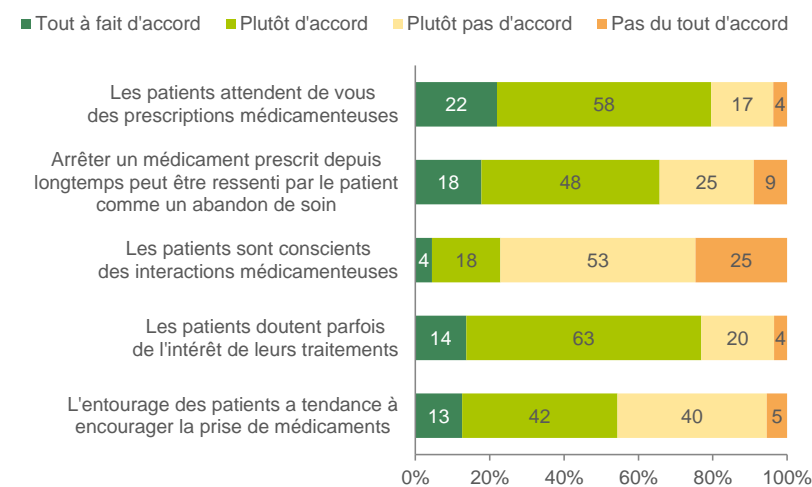
Figure 1. Opinions des médecins généralistes sur leur rôle et sur l'implication des spécialistes dans les prescriptions médicamenteuses (%)



Source : Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale 2014-2016. ORS Nouvelle-Aquitaine, URPS-mi Nouvelle-Aquitaine, Ministère chargé de la Santé - Drees.

Réalisation : ORS Nouvelle-Aquitaine

Figure 2. Représentations des médecins généralistes sur les perceptions des patients vis-à-vis des prescriptions et déprescriptions de leurs médicaments (%)



Source : Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale 2014-2016. ORS Nouvelle-Aquitaine, URPS-mi Nouvelle-Aquitaine, Ministère chargé de la Santé - Drees.

Réalisation : ORS Nouvelle-Aquitaine

¹ À sexe, âge, volume d'activité, part déclarée de patients souffrant de multimorbidité dans la patientèle et densité de médecins généralistes dans la zone d'exercice mesurée par l'accessibilité potentielle localisée (APL) donnés.

² À sexe, âge, volume d'activité et APL donnés.

Sources d'information sur les bénéfices et les risques des médicaments

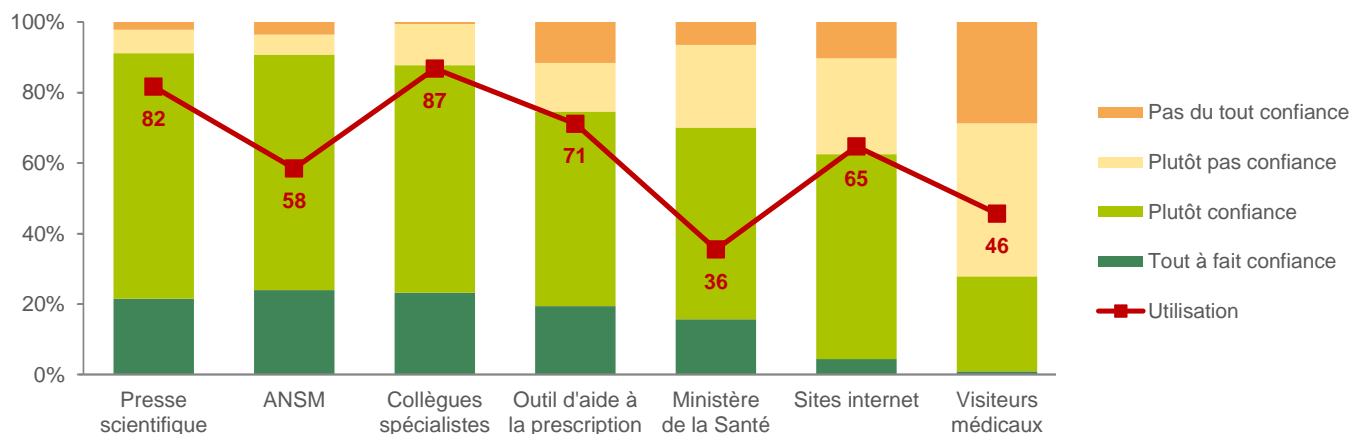
Les collègues spécialistes et la presse scientifique largement plébiscités par les généralistes

L'avis de collègues spécialistes (87 % des médecins) et la presse scientifique (82 %) représentent les deux sources d'information sur les bénéfices et les risques des médicaments les plus utilisées par les généralistes (figure 3). Les praticiens citent ensuite l'outil d'aide à la prescription du logiciel métier (71 %), les sites internet médicaux (65 %), puis l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) (58 %), devant les visiteurs médicaux des laboratoires pharmaceutiques et le ministère chargé de la Santé qui sont utilisés par moins d'un médecin sur deux. Au niveau national, les praticiens se montrent moins nombreux à solliciter les collègues spécialistes (81 %) mais se réfèrent davantage à l'ANSM (65 %) et au ministère chargé de la Santé (41 %).

Les visiteurs médicaux considérés comme la source d'information la moins crédible

Quant à la confiance accordée à ces sources d'information pour leur donner des indications fiables, la quasi-totalité des médecins plébiscitent la presse scientifique et l'ANSM (91 % chacun), puis les collègues spécialistes (88 %), même s'ils sont moins d'un quart à leur faire « tout à fait confiance » (figure 3). Ensuite, les trois quarts des praticiens déclarent faire confiance à l'outil d'aide à la prescription, 70 % au ministère de la Santé et 63 % aux sites internet. Les visiteurs médicaux sont la source considérée comme la moins fiable avec seulement 28 % des enquêtés qui leur accordent leur confiance.

Figure 3. Confiance dans les sources d'information sur les bénéfices et les risques des médicaments et leur utilisation par les médecins généralistes (%)



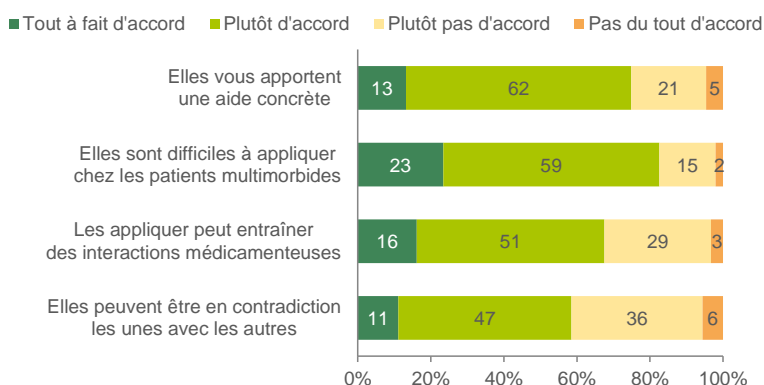
Source : Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale 2014-2016. ORS Nouvelle-Aquitaine, URPS-mi Nouvelle-Aquitaine, Ministère chargé de la Santé - Drees.
Réalisation : ORS Nouvelle-Aquitaine

Utilisation des guides de bonnes pratiques de la HAS

Les guides de bonnes pratiques jugés peu adaptés à la prise en charge de la multimorbidité

La Haute Autorité de santé (HAS) propose des guides de bonnes pratiques pour la prise en charge des maladies chroniques. Les trois quarts des médecins estiment que les recommandations de ces guides leur apportent une aide concrète lors de la prise en charge des patients multimorbides (figure 4). Toutefois, seulement un tiers déclare s'appuyer sur ces guides « souvent ou très souvent » (55 % « parfois »). De fait, 83 % des généralistes considèrent que ces recommandations sont difficiles à appliquer chez les patients multimorbides et 59 % qu'elles peuvent être en contradiction les unes avec les autres (respectivement 80 % et 57 % au niveau national). Par ailleurs, 68 % sont d'avis que leur application simultanée peut entraîner des interactions médicamenteuses (71 % au niveau national). Les praticiens ayant un volume d'activité élevé déclarent moins souvent s'appuyer sur les guides de la HAS, à âge, sexe, part de patients en affection de longue durée dans la patientèle et densité de la zone d'exercice du médecin donnés.

Figure 4. Opinions des médecins généralistes sur l'application des recommandations des guides de bonnes pratiques pour la prise en charge de la multimorbidité (%)



Source : Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale 2014-2016. ORS Nouvelle-Aquitaine, URPS-mi Nouvelle-Aquitaine, Ministère chargé de la Santé - Drees.
Réalisation : ORS Nouvelle-Aquitaine

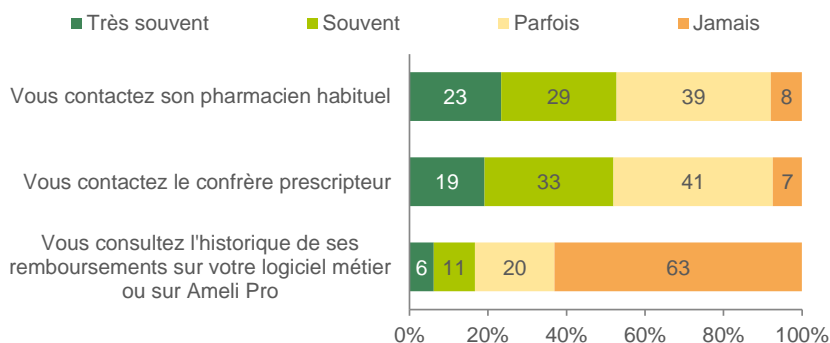
Collaborations avec d'autres professionnels de santé

Une collaboration entre médecins traitants et pharmaciens jugée insuffisante

Face à un patient qui ne se souvient pas d'un nouveau traitement prescrit par un autre médecin, plus de la moitié des praticiens déclarent contacter son pharmacien habituel (53 %) ou le confrère prescripteur (52 % contre 45 % au niveau national) (figure 5). Seulement 17 % utilisent la fonctionnalité « historique des remboursements » accessible *via* leur logiciel métier ou sur Ameli Pro (24 % au niveau national). Les praticiens de sexe féminin contactent plus souvent les pharmaciens alors que les praticiens ayant un faible volume d'activité joignent plus souvent leurs confrères prescripteurs, à âge et densité de la zone d'exercice du médecin donnés.

Pour 76 % des généralistes, le pharmacien est le professionnel de santé qui connaît le mieux l'ensemble des médicaments pris par un patient (71 % au niveau national) (figure 6). Ils sont ainsi 86 % à attendre du pharmacien qu'il les alerte en cas d'interaction médicamenteuse sur les ordonnances de leurs patients (92 % au niveau national). Mais une majorité estime que les médecins traitants et les pharmaciens ne coopèrent pas assez concernant la polymédication des patients (64 % *versus* 62 % au niveau national). En revanche, la quasi-totalité des praticiens jugent que le pharmacien ne dispose pas des informations suffisantes pour pouvoir modifier les traitements médicamenteux d'une ordonnance (86 % *versus* 87 % au niveau national).

Figure 5. Attitudes des médecins généralistes face à un patient à qui un confrère a prescrit un nouveau médicament dont il ne se souvient pas (%)



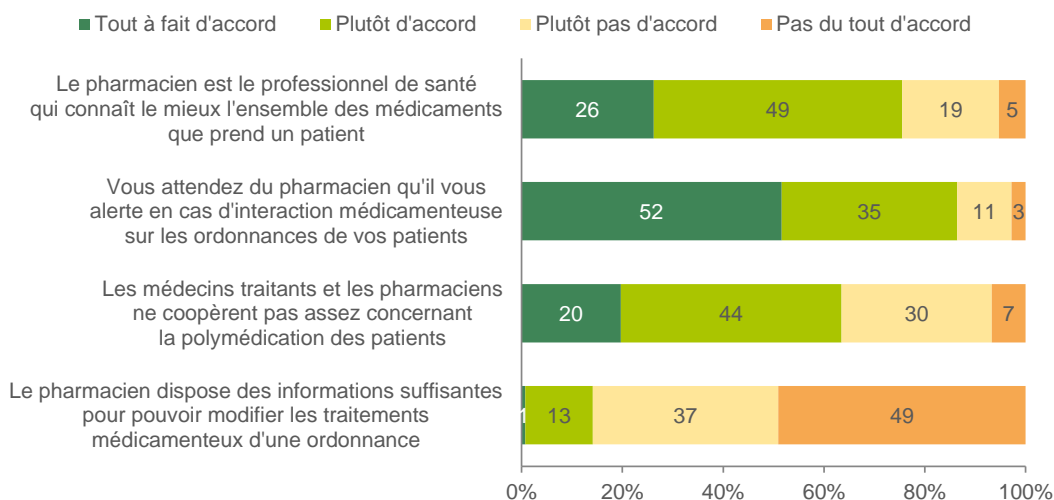
Source : Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale 2014-2016. ORS Nouvelle-Aquitaine, URPS-ml Nouvelle-Aquitaine, Ministère chargé de la Santé - Drees.

Réalisation : ORS Nouvelle-Aquitaine

Une amélioration souhaitée de la coordination dans le suivi des patients multimorbides

Interrogés sur l'existence de dispositifs pouvant les aider dans la prise en charge quotidienne de leurs patients multimorbides, une nette majorité des médecins se montrent en faveur d'un développement des relations avec les autres professionnels de santé. En effet, 62 % d'entre eux seraient intéressés par l'organisation de réunions sur les dossiers de leurs patients avec les différents professionnels qui les prennent en charge (64 % au niveau national). De plus, 67 % verraient un avantage à la délégation des consultations de suivi des patients chroniques à des infirmiers (59 % au niveau national).

Figure 6. Opinions des médecins généralistes sur leur rôle et sur l'implication des spécialistes dans les prescriptions médicamenteuses (%)



Source : Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale 2014-2016. ORS Nouvelle-Aquitaine, URPS-ml Nouvelle-Aquitaine, Ministère chargé de la Santé - Drees.

Réalisation : ORS Nouvelle-Aquitaine

Gestion des prescriptions médicamenteuses : perceptions et pratiques

Une appréciation du rapport bénéfices/risques pour maintenir (ou non) un traitement

Les médecins peuvent être confrontés à des situations d'arbitrage thérapeutique lors de la décision de maintenir (ou non) un traitement qui permettrait d'améliorer la qualité de vie du patient mais présente des risques pour sa santé. Aussi, un cas clinique fictif (« vignette ») leur a été soumis afin de mieux comprendre leurs choix dans la gestion de l'ordonnance de certains patients polymédiqués. Une patiente vient en consultation pour le renouvellement de son traitement et présente un examen clinique normal (encadré « Vignette clinique »).

Concernant cette patiente, 88 % des médecins pensent que son ordonnance comporte au moins un médicament présentant plus de risques que de bénéfices pour sa santé (89 % au niveau national). En outre, 92 % estiment que certains traitements devraient être arrêtés (90 % au niveau national). Ces mêmes médecins ont ensuite été interrogés sur les traitements qui, selon eux, présentaient plus de risques que de bénéfices ou devaient être arrêtés.

Pour la quasi-totalité des médecins, le rapport bénéfices/risques de l'anxiolytique est défavorable pour cette patiente (93 %) et son arrêt est souhaitable (90 %) (figure 7). Cet avis est conforme aux recommandations de la HAS qui stipulent que la durée de ce type de traitement doit être limitée pour éviter les risques d'effets délétères (somnolence diurne, chutes, troubles de la mémoire...) [7].

De même, une large majorité estime que les traitements de la douleur (86 % pour l'antidépresseur et 78 % pour l'association paracétamol/tramadol) présentent plus de risques que de bénéfices. Ils sont respectivement 74 % et 65 % à penser que ces traitements devraient être arrêtés. Pourtant, dans ce cas clinique donné, leur prescription est conforme à leurs indications et n'est pas source d'interactions médicamenteuses [8].

Enfin, plus d'un tiers des médecins déclarent que la statine comporte plus de risques que de bénéfices chez cette patiente en prévention secondaire (ayant un antécédent d'AVC ischémique), dont l'enjeu du traitement est d'éviter un nouvel AVC. Ils sont autant à juger souhaitable l'arrêt de ce médicament. L'existence d'une controverse sur l'intérêt et les risques des statines en général et sur celui de la rosuvastatine en particulier peut expliquer ce résultat. Mais la rosuvastatine n'est indiquée (autorisation de mise sur le marché) que pour la prévention primaire des accidents cardio et neurovasculaires [9].

Vignette clinique

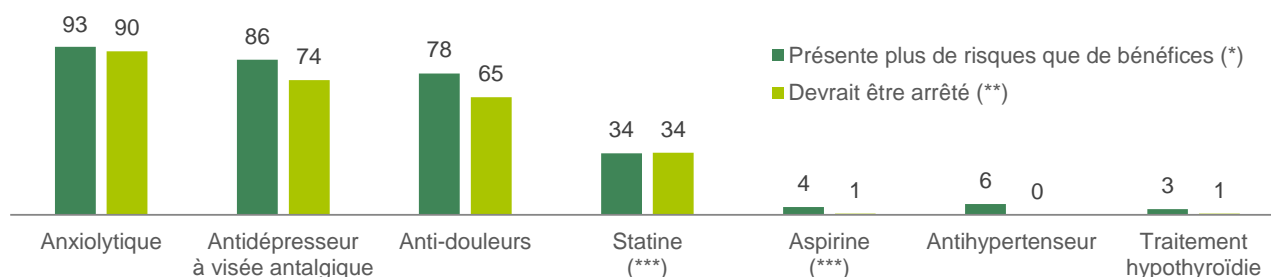
Les médecins se sont vus proposer aléatoirement une vignette parmi les huit versions possibles, dans lesquelles les caractéristiques de la patiente variaient selon l'âge (54 ou 82 ans), la catégorie socioprofessionnelle (femme de ménage ou cadre supérieure) et la présence ou non d'un antécédent d'accident vasculaire cérébral (AVC) ischémique. Dans la moitié des versions de la vignette, cet AVC, survenu deux ans auparavant, est traité par de l'aspirine et une statine (rosuvastatine). La patiente présente une hypertension artérielle équilibrée par un antihypertenseur (ramipril), une hypothyroïdie bien équilibrée par hormonothérapie (lévothyroxine)¹, un anxiolytique (lorazépam) depuis trois ans pour des insomnies fréquentes. Elle prend aussi des anti-douleurs (association paracétamol/tramadol) et un antidépresseur à visée antalgique (amitriptyline) pour des douleurs récurrentes liées à une lombosciatique, mais n'est pas complètement soulagée.

¹ Cette enquête s'est déroulée avant la mise sur le marché de la nouvelle formule du Levothyrox.

Des médecins qui prennent d'autant moins de risque de maintenir un traitement que celui-ci est jugé important

Une situation clinique fictive faisant suite à la vignette a été proposée aux médecins : la même patiente n'étant plus soulagée pour sa lombosciatique prend en automédication un anti-inflammatoire non stéroïdien (AINS) deux fois par jour depuis une semaine et demande une prescription de cet AINS pour quelques semaines. D'après les résultats du **Panel national [10]**, plus de 80 % des médecins reconnaissent que la prise de l'AINS peut entraîner une interaction médicamenteuse et 94 % que cette prise est risquée. Néanmoins, plus d'un quart d'entre eux choisissent de le maintenir en adaptant la dose ou la durée du traitement. Si cette inadéquation entre le risque perçu de l'AINS et le maintien de sa prescription ne varie pas selon la catégorie socioprofessionnelle, elle se montre moins fréquente dans le cas d'une patiente âgée de 82 ans (risques d'altération de la fonction rénale chez les patients âgés) ou avec un antécédent d'AVC (risque d'hémorragie digestive chez les patients traités par aspirine).

Figure 7. Appréciation du rapport bénéfices/risques des médicaments prescrits et décision d'arrêt ou non d'un traitement par les médecins généralistes selon un cas clinique fictif (%)



(*) Parmi les médecins ayant déclaré que l'ordonnance de cette patiente comportait au moins un médicament présentant plus de risques que de bénéfices.

(**) Parmi les médecins ayant déclaré que certains traitements de l'ordonnance devraient être arrêtés.

(***) Proportions calculées parmi les médecins ayant reçu une version du cas clinique incluant un antécédent d'AVC et ayant déclaré que l'ordonnance de cette patiente comportait au moins un médicament présentant plus de risques que de bénéfices / que certains traitements de l'ordonnance devraient être arrêtés.

Source : Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale 2014-2016. ORS Nouvelle-Aquitaine, URPS-mi Nouvelle-Aquitaine, Ministère chargé de la Santé - Drees.

Réalisation : ORS Nouvelle-Aquitaine

L'OMEDIT Nouvelle-Aquitaine est une structure d'appui et d'expertise participant au Réseau REgional de Vigilance et d'Appui (RREVA), pour le bon usage des médicaments et des dispositifs médicaux. Cette structure régionale à compétences médico-économiques apporte son appui à l'élaboration des contrats d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins (CAQES)¹ qui remplacent les contrats de bon usage des médicaments, des produits et prestations (CBUMPP). L'OMEDIT est également chargé, pour le compte de l'Agence Régionale de Santé en interface avec les professionnels de la région, de l'animation de la politique coordonnée de bon usage des produits de santé et de bonnes pratiques en termes de qualité, sécurité et d'efficacité dans l'ensemble du parcours de soins (ville, hôpital et médico-social).



¹ Décret n° 2017-1483 du 18 octobre 2017 relatif aux observatoires du médicament, des dispositifs médicaux et de l'innovation thérapeutique

Source : <http://www.omedit-aquitaine.fr>. Consulté le 2 mai 2018.

La conciliation médicamenteuse en Nouvelle-Aquitaine

Dans le cadre de l'amélioration de la prise en charge médicamenteuse ville/hôpital, la commission Lien ville/hôpital – conciliation médicamenteuse est un groupe de travail pluri professionnel associant les professionnels de santé (médecins, pharmaciens et IDE) des établissements de santé, des établissements médico-sociaux et des soins de premiers recours, les ordres (médecins et pharmaciens), les URPS (médecins, pharmaciens et IDE) et les usagers. L'objectif principal de la commission est d'accompagner les professionnels dans l'impulsion de la mise en œuvre de la conciliation médicamenteuse au niveau régional et toutes actions contribuant à améliorer la prise en charge médicamenteuse aux points de transition.

La conciliation médicamenteuse garantit la continuité des soins en prenant en compte l'exhaustivité des traitements en cours et habituellement pris par le patient lors de l'élaboration de la prochaine prescription. Elle favorise la transmission d'informations complètes et exactes des traitements du patient de manière interactive et pluri professionnelle tout au long du parcours de soins. Des outils communs² sont mis à la disposition des professionnels et des formations sont proposées par l'OMEDIT afin de favoriser le déploiement de la conciliation médicamenteuse en Nouvelle-Aquitaine.

² Fiche de recueil des informations par source, guide d'entretien patient, fiche de conciliation médicamenteuse à l'admission, formulaire d'observance Morisky, fiche de conciliation médicamenteuse à la sortie, plan de posologie des médicaments, courrier liaison ville/hôpital. Documents téléchargeables sur le site internet de l'OMEDIT Nouvelle-Aquitaine (voir lien ci-dessous)

Source : <http://www.omedit-aquitaine.fr/page/commissions>. Consulté le 2 mai 2018.

Références bibliographiques :

- [1] Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study - Barnett K. and al - The Lancet. 2012
- [2] Calvet L. « Dépenses de santé, hospitalisations et pathologies des personnes âgées de 75 ans ou plus ». DREES. Comptes nationaux de la santé en 2012. p 55
- [3] Polypharmacy Patterns: Unravelling Systematic Associations between Prescribed Medications - Calderon-Larranaga A. and al - PLoS ONE. 2013
- [4] Le Cossec C. « La polymédication au regard de différents indicateurs de sa mesure : impact sur la prévalence, les classes thérapeutiques concernées et les facteurs associés ». Les rapports de l'IRDES. 2015
- [5] Reeve E., To J., Hendrix I. et al. Patient Barriers to and Enablers of Deprescribing: a Systematic Review. Drugs Aging. 2013. pp 793-807.
- [6] Bokhof B., Junius-Walker U. Reducing Polypharmacy from the Perspectives of General Practitioners and Older Patients: A Synthesis of Qualitative Studies. Drugs Aging. 2016. pp 249-266.
- [7] HAS. Arrêt des benzodiazépines et médicaments apparentés, Recommandations de bonnes pratiques. 2015. 5 p.
- [8] Martinez V., Attal N., Bouhassira D. et al. Les douleurs neuropathiques chroniques : diagnostic, évaluation et traitement en médecine ambulatoire. Recommandations pour la pratique clinique de la Société française d'étude et de traitement de la douleur. 2010. 11:3-21.
- [9] HAS. Principales dyslipidémies : stratégies de prise en charge. Synthèse fiche mémo. 2017. 5 p.
- [10] DREES. Polymédication et pathologies chroniques multiples : opinions et pratiques des médecins généralistes, Etudes et résultats. N°1036. 2017. 8 p.

Remerciements :

À tous les médecins généralistes libéraux de l'ex-région Poitou-Charentes qui participent à ce Panel et contribuent ainsi à la connaissance des pratiques et des conditions d'exercice des médecins généralistes de la région.

Pour nous citer :

ORS Nouvelle-Aquitaine, URPS-mi Nouvelle-Aquitaine. **Les médecins généralistes en Poitou-Charentes. Prescriptions médicamenteuses chez les patients atteints de pathologies chroniques multiples : opinions et pratiques des médecins généralistes.** Panel d'observation des pratiques et conditions d'exercice en médecine générale. Mai 2018. N° 9. 6 p.

Cette publication est téléchargeable sur le site ORS Nouvelle-Aquitaine (www.ors-na.org)

Courriel : contact@ors-na.org

Siège social : 102 cours du Maréchal Juin 33000 BORDEAUX - Tél. 05 56 56 99 71

Site de Poitiers : 203 route de Gençay 86280 SAINT BENOIT - Tél. 05 49 38 33 12

Site de Limoges : 4 avenue de la Révolution 87000 LIMOGES - Tél. 05 55 32 03 01

PANEL D'OBSERVATION DREES
des pratiques et des conditions d'exercice ORS
en Médecine Générale URPS Médecins Libéraux

