



HAL
open science

Ressenti du médecin généraliste et des remplaçants en médecine générale face à la pression de prescription exercée par les patients

David Harmand

► **To cite this version:**

David Harmand. Ressenti du médecin généraliste et des remplaçants en médecine générale face à la pression de prescription exercée par les patients. Sciences du Vivant [q-bio]. 2019. dumas-02395598

HAL Id: dumas-02395598

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02395598>

Submitted on 5 Dec 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Faculté des sciences
médicales et paramédicales

Aix-Marseille Université

**Ressenti du médecin généraliste et des remplaçants en médecine générale
face à la pression de prescription exercée par les patients**

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES

DE MARSEILLE

Le 23 Octobre 2019

Par Monsieur David HARMAND

Né le 30 avril 1991 à Marignane (13)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur TAIEB David

Président

Monsieur le Professeur AGOSTINI Aubert

Assesseur

Monsieur le MCU-MG CASANOVA Ludovic

Assesseur

Monsieur le Docteur HARTMANN Benoît

Directeur



Faculté des sciences
médicales et paramédicales

Aix-Marseille Université

**Ressenti du médecin généraliste et des remplaçants en médecine générale
face à la pression de prescription exercée par les patients**

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES

DE MARSEILLE

Le 23 Octobre 2019

Par Monsieur David HARMAND

Né le 30 avril 1991 à Marignane (13)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur TAIEB David

Président

Monsieur le Professeur AGOSTINI Aubert

Assesseur

Monsieur le MCU-MG CASANOVA Ludovic

Assesseur

Monsieur le Docteur HARTMANN Benoît

Directeur

AIX-MARSEILLE UNIVERSITE

Président : Yvon BERLAND

FACULTE DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES

Administrateur provisoire: Georges LEONETTI

Affaires Générales : Patrick DESSI
Professions Paramédicales : Philippe BERBIS

Asseseurs :

- aux Etudes : Jean-Michel VITON
- à la Recherche : Jean-Louis MEGE
- aux Prospectives Hospitalo-Universitaires : Frédéric COLLART
- aux Enseignements Hospitaliers : Patrick VILLANI
- à l'Unité Mixte de Formation Continue en Santé : Fabrice BARLESI
- pour le Secteur Nord : Stéphane BERDAH
- aux centres hospitaliers non universitaires : Jean-Noël ARGENSON

Chargés de mission :

- 1^{er} cycle : Jean-Marc DURAND et Marc BARTHET
- 2^{ème} cycle : Marie-Aleth RICHARD
- 3^{ème} cycle DES/DESC : Pierre-Edouard FOURNIER
- Licences-Masters-Doctorat : Pascal ADALIAN
- DU-DIU : Véronique VITTON
- Stages Hospitaliers : Franck THUNY
- Sciences Humaines et Sociales : Pierre LE COZ
- Préparation à l'ECN : Aurélie DAUMAS
- Démographie Médicale et Filiarisation : Roland SAMBUC
- Relations Internationales : Philippe PAROLA
- Etudiants : Arthur ESQUER

Chef des services généraux : Déborah ROCCHICCIOLI

Chefs de service :

- Communication : Laetitia DELOUIS
- Examens : Caroline MOUTTET
- Intérieur : Joëlle FAVREGA
- Maintenance : Philippe KOCK
- Scolarité : Christine GAUTHIER

DOYENS HONORAIRES

M. Yvon BERLAND
M. André ALI CHERIF
M. Jean-François PELLISSIER

PROFESSEURS HONORAIRES

MM	AGOSTINI Serge	MM	FAVRE Roger
	ALDIGHIERI René		FIECHI Marius
	ALESSANDRINI Pierre		FARNARIER Georges
	ALLIEZ Bernard		FIGARELLA Jacques
	AQUARON Robert		FONTES Michel
	ARGEME Maxime		FRANCOIS Georges
	ASSADOURIAN Robert		FUENTES Pierre
	AUFFRAY Jean-Pierre		GABRIEL Bernard
	AUTILLO-TOUATI Amapola		GALINIER Louis
	AZORIN Jean-Michel		GALLAIS Hervé
	BAILLE Yves		GAMERRE Marc
	BARDOT Jacques		GARCIN Michel
	BARDOT André		GARNIER Jean-Marc
	BERARD Pierre		GAUTHIER André
	BERGOIN Maurice		GERARD Raymond
	BERNARD Dominique		GEROLAMI-SANTANDREA André
	BERNARD Jean-Louis		GIUDICELLI Roger
	BERNARD Pierre-Marie		GIUDICELLI Sébastien
	BERTRAND Edmond		GOUDARD Alain
	BISSET Jean-Pierre		GOUIN François
	BLANC Bernard		GRILLO Jean-Marie
	BLANC Jean-Louis		GRISOLI François
	BOLLINI Gérard		GROULIER Pierre
	BONGRAND Pierre		HADIDA/SAYAG Jacqueline
	BONNEAU Henri		HASSOUN Jacques
	BONNOIT Jean		HEIM Marc
	BORY Michel		HOUEL Jean
	BOTTA Alain		HUGUET Jean-François
	BOURGEADE Augustin		JAQUET Philippe
	BOUVENOT Gilles		JAMMES Yves
	BOUYALA Jean-Marie		JOUVE Paulette
	BREMOND Georges		JUHAN Claude
	BRICOT René		JUIN Pierre
	BRUNET Christian		KAPHAN Gérard
	BUREAU Henri		KASBARIAN Michel
	CAMBOULIVES Jean		KLEISBAUER Jean-Pierre
	CANNONI Maurice		LACHARD Jean
	CARTOUZOU Guy		LAFFARGUE Pierre
	CAU Pierre		LAUGIER René
	CHABOT Jean-Michel		LE TREUT Yves
	CHAMLIAN Albert		LEVY Samuel
	CHARREL Michel		LOUCHET Edmond
	CHAUVEL Patrick		LOUIS René
	CHOUX Maurice		LUCIANI Jean-Marie
	CIANFARANI François		MAGALON Guy
	CLEMENT Robert		MAGNAN Jacques
	COMBALBERT André		MALLAN- MANCINI Josette
	CONTE-DEVOLX Bernard		MALMEJAC Claude
	CORRIOL Jacques		MARANINCHI Dominique
	COULANGE Christian		MARTIN Claude
	DALMAS Henri		MATTEI Jean François
	DE MICO Philippe		MERCIER Claude
	DESSEIN Alain		METGE Paul
	DELARQUE Alain		MICHOTEY Georges
	DEVIN Robert		MILLET Yves
	DEVRED Philippe		MIRANDA François
	DJIANE Pierre		MONFORT Gérard
	DONNET Vincent		MONGES André
	DUCASSOU Jacques		MONGIN Maurice
	DUFOUR Michel		MONTIES Jean-Raoul
	DUMON Henri		NAZARIAN Serge
	ENJALBERT Alain		NICOLI René

MM NOIRCLERC Michel
OLMER Michel
OREHEK Jean
PAPY Jean-Jacques
PAULIN Raymond
PELOUX Yves
PENAUD Antony
PENE Pierre
PIANA Lucien
PICAUD Robert
PIGNOL Fernand
POGGI Louis
POITOUT Dominique
PONCET Michel
POUGET Jean
PRIVAT Yvan
QUILICHINI Francis
RANQUE Jacques
RANQUE Philippe
RICHAUD Christian
RIDINGS Bernard
ROCHAT Hervé
ROHNER Jean-Jacques
ROUX Hubert
ROUX Michel
RUFO Marcel
SAHEL José
SALAMON Georges
SALDUCCI Jacques
SAN MARCO Jean-Louis
SANKALE Marc
SARACCO Jacques
SASTRE Bernard
SCHIANO Alain
SCOTTO Jean-Claude
SEBAHOUN Gérard
SERMENT Gérard
SERRATRICE Georges
SOULAYROL René
STAHL André
TAMALET Jacques
TARANGER-CHARPIN Colette
THOMASSIN Jean-Marc
UNAL Daniel
VAGUE Philippe
VAGUE/JUHAN Irène
VANUXEM Paul
VERVLOET Daniel
VIALETTES Bernard
WEILLER Pierre-Jean

PROFESSEURS HONORIS CAUSA

1967

MM. les Professeurs DADI (Italie)
CID DOS SANTOS (Portugal)

1974

MM. les Professeurs MAC ILWAIN (Grande-Bretagne)
T.A. LAMBO (Suisse)

1975

MM. les Professeurs O. SWENSON (U.S.A.)
Lord J.WALTON of DETCHANT (Grande-Bretagne)

1976

MM. les Professeurs P. FRANCHIMONT (Belgique)
Z.J. BOWERS (U.S.A.)

1977

MM. les Professeurs C. GAJDUSEK-Prix Nobel (U.S.A.)
C.GIBBS (U.S.A.)
J. DACIE (Grande-Bretagne)

1978

M. le Président F. HOUPHOUET-BOIGNY (Côte d'Ivoire)

1980

MM. les Professeurs A. MARGULIS (U.S.A.)
R.D. ADAMS (U.S.A.)

1981

MM. les Professeurs H. RAPPAPORT (U.S.A.)
M. SCHOU (Danemark)
M. AMENT (U.S.A.)
Sir A. HUXLEY (Grande-Bretagne)
S. REFSUM (Norvège)

1982

M. le Professeur W.H. HENDREN (U.S.A.)

1985

MM. les Professeurs S. MASSRY (U.S.A.)
KLINSMANN (R.D.A.)

1986

MM. les Professeurs E. MIHICH (U.S.A.)
T. MUNSAT (U.S.A.)
LIANA BOLIS (Suisse)
L.P. ROWLAND (U.S.A.)

1987

M. le Professeur P.J. DYCK (U.S.A.)

1988

MM. les Professeurs R. BERGUER (U.S.A.)
W.K. ENGEL (U.S.A.)
V. ASKANAS (U.S.A.)
J. WEHSTER KIRKLIN (U.S.A.)
A. DAVIGNON (Canada)
A. BETTARELLO (Brésil)

1989

M. le Professeur P. MUSTACCHI (U.S.A.)

1990

MM. les Professeurs J.G. MC LEOD (Australie)
J. PORTER (U.S.A.)

1991

MM. les Professeurs J. Edward MC DADE (U.S.A.)
W. BURGDORFER (U.S.A.)

1992

MM. les Professeurs H.G. SCHWARZACHER (Autriche)
D. CARSON (U.S.A.)
T. YAMAMURO (Japon)

1994

MM. les Professeurs G. KARPATI (Canada)
W.J. KOLFF (U.S.A.)

1995

MM. les Professeurs D. WALKER (U.S.A.)
M. MULLER (Suisse)
V. BONOMINI (Italie)

1997

MM. les Professeurs C. DINARELLO (U.S.A.)
D. STULBERG (U.S.A.)
A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne)
P.I. BRANEMARK (Suède)

1998

MM. les Professeurs O. JARDETSKY (U.S.A.)

1999

MM. les Professeurs J. BOTELLA LLUSIA (Espagne)
D. COLLEN (Belgique)
S. DIMAURO (U. S. A.)

2000

MM. les Professeurs D. SPIEGEL (U. S. A.)
C. R. CONTI (U.S.A.)

2001

MM. les Professeurs P-B. BENNET (U. S. A.)
G. HUGUES (Grande Bretagne)
J-J. O'CONNOR (Grande Bretagne)

2002

MM. les Professeurs M. ABEDI (Canada)
K. DAI (Chine)

2003

M. le Professeur Sir T. MARRIE (Canada)
G.K. RADDI (Grande Bretagne)

2004

M. le Professeur M. DAKE (U.S.A.)

2005

M. le Professeur L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)

2006

M. le Professeur A. R. CASTANEDA (U.S.A.)

2007

M. le Professeur S. KAUFMANN (Allemagne)

PROFESSEURS EMERITE

2008

M. le Professeur	LEVY Samuel	31/08/2011
Mme le Professeur	JUHAN-VAGUE Irène	31/08/2011
M. le Professeur	PONCET Michel	31/08/2011
M. le Professeur	KASBARIAN Michel	31/08/2011
M. le Professeur	ROBERTOUX Pierre	31/08/2011

2009

M. le Professeur	DJIANE Pierre	31/08/2011
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2012

2010

M. le Professeur	MAGNAN Jacques	31/12/2014
------------------	----------------	------------

2011

M. le Professeur	DI MARINO Vincent	31/08/2015
M. le Professeur	MARTIN Pierre	31/08/2015
M. le Professeur	METRAS Dominique	31/08/2015

2012

M. le Professeur	AUBANIAC Jean-Manuel	31/08/2015
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2015
M. le Professeur	CAMBOULIVES Jean	31/08/2015
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2015
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2015
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2015
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2015

2013

M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUF0 Marcel	31/08/2016
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016

2014

M. le Professeur	FUENTES Pierre	31/08/2017
M. le Professeur	GAMERRE Marc	31/08/2017
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2017
M. le Professeur	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017

2015

M. le Professeur	COULANGE Christian	31/08/2018
M. le Professeur	COURAND François	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2016
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2016
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2016

2016

M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2017
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2019
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2017
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2017
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2019
M. le Professeur	JAMMES Yves	31/08/2019
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2017
M. le Professeur	POITOUT Dominique	31/08/2019
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2017
M. le Professeur	VIALETTES Bernard	31/08/2019

2017

M. le Professeur	ALESSANDRINI Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2018
M. le Professeur	CHAUVEL Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2018
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2018
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2018
M. le Professeur	SEBBAHOUN Gérard	31/08/2018

2018

M. le Professeur	MARANINCHI Dominique	31/08/2021
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2019
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2019

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert	CHINOT Olivier	GRIMAUD Jean-Charles
ALBANESE Jacques	CHOSSEGROS Cyrille	GROB Jean-Jacques
ALIMI Yves	<i>CLAVERIE Jean-Michel Surnombre</i>	GUEDJ Eric
AMABILE Philippe	COLLART Frédéric	GUIEU Régis
AMBROSI Pierre	COSTELLO Régis	GUIS Sandrine
ANDRE Nicolas	COURBIERE Blandine	GUYE Maxime
ARGENSON Jean-Noël	COWEN Didier	GUYOT Laurent
ASTOUL Philippe	CRAVELLO Ludovic	GUYS Jean-Michel
ATTARIAN Shahram	CUISSET Thomas	HABIB Gilbert
AUDOUIN Bertrand	CURVALE Georges	HARDWIGSEN Jean
AUQUIER Pascal	DA FONSECA David	HARLE Jean-Robert
AVIERINOS Jean-François	DAHAN-ALCARAZ Laetitia	<i>HOFFART Louis Disponibilité</i>
AZULAY Jean-Philippe	DANIEL Laurent	HOUVENAEGHEL Gilles
BAILLY Daniel	DARMON Patrice	JACQUIER Alexis
BARLESI Fabrice	D'ERCOLE Claude	JOURDE-CHICHE Noémie
BARLIER-SETTI Anne	D'JOURNO Xavier	JOUVE Jean-Luc
BARTHET Marc	DEHARO Jean-Claude	KAPLANSKI Gilles
BARTOLI Christophe	DELAPORTE Emmanuel	KARSENTY Gilles
BARTOLI Jean-Michel	DELPERO Jean-Robert	KERBAUL François
BARTOLI Michel	DENIS Danièle	KRAHN Martin
BARTOLOMEI Fabrice	DISDIER Patrick	LAFFORGUE Pierre
BASTIDE Cyrille	DODDOLI Christophe	LAGIER Jean-Christophe
BENSOUSSAN Laurent	DRANCOURT Michel	LAMBAUDIE Eric
BERBIS Philippe	DUBUS Jean-Christophe	LANCON Christophe
BERDAH Stéphane	DUFFAUD Florence	LA SCOLA Bernard
<i>BERLAND Yvon Surnombre</i>	DUFOUR Henry	LAUNAY Franck
BERNARD Jean-Paul	DURAND Jean-Marc	LAVIEILLE Jean-Pierre
BEROUD Christophe	DUSSOL Bertrand	LE CORROLLER Thomas
BERTUCCI François	EUSEBIO Alexandre	LECHEVALLIER Eric
BLAISE Didier	FAKHRY Nicolas	LEGRE Régis
BLIN Olivier	<i>FAUGERE Gérard Surnombre</i>	LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
BLONDEL Benjamin	FELICIAN Olivier	LEONE Marc
BONIN/GUILLAUME Sylvie	FENOLLAR Florence	LEONETTI Georges
BONELLO Laurent	FIGARELLA/BRANGER Dominique	LEPIDI Hubert
BONNET Jean-Louis	FLECHER Xavier	LEVY Nicolas
<i>BOTTA/FRIDLUND Danielle Surnom</i>	FOURNIER Pierre-Edouard	MACE Loïc
BOUBLI Léon	<i>FRANCES Yves Surnombre</i>	MAGNAN Pierre-Edouard
BOUFI Mourad	FRANCESCHI Frédéric	<i>MATONTI Frédéric Disponibilité</i>
BOYER Laurent	FUENTES Stéphane	MEGE Jean-Louis
BREGEON Fabienne	GABERT Jean	MERROT Thierry
BRETELLE Florence	GABORIT Bénédicte	METZLER/GUILLEMAIN Catherine
BROUQUI Philippe	GAINNIER Marc	MEYER/DUTOUR Anne
BRUDER Nicolas	GARCIA Stéphane	MICCALEF/ROLL Joëlle
BRUE Thierry	GARIBOLDI Vlad	MICHEL Fabrice
BRUNET Philippe	GAUDART Jean	MICHEL Gérard
BURTEY Stéphane	GAUDY-MARQUESTE Caroline	MICHEL Justin
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	GENTILE Stéphanie	MICHELET Pierre
CASANOVA Dominique	GERBEAUX Patrick	MILH Mathieu
CASTINETTI Frédéric	GEROLAMI/SANTANDREA René	MOAL Valérie
CECCALDI Mathieu	GILBERT/ALESSI Marie-Christine	MONCLA Anne
CHAGNAUD Christophe	GIORGI Roch	MORANGE Pierre-Emmanuel
CHAMBOST Hervé	GIOVANNI Antoine	MOULIN Guy
CHAMPSAUR Pierre	GIRARD Nadine	MOUTARDIER Vincent
CHANEZ Pascal	GIRAUD/CHABROL Brigitte	<i>MUNDLER Olivier Surnombre</i>
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GONCALVES Anthony	NAUDIN Jean
CHARREL Rémi	GORINCOUR Guillaume	NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
<i>CHARPIN Denis Surnombre</i>	GRANEL/REY Brigitte	NICOLLAS Richard
CHAUMOITRE Kathia	GRANVAL Philippe	OLIVE Daniel
CHIARONI Jacques	GREILLIER Laurent	OUAFIK L'Houcine

PAGANELLI Franck	ROCHE Pierre-Hugues	THOMAS Pascal
PANUEL Michel	ROCH Antoine	THUNY Franck
PAPAZIAN Laurent	ROCHWERGER Richard	TREBUCHON-DA FONSECA Agnès
PAROLA Philippe	ROLL Patrice	TRIGLIA Jean-Michel
<i>PARRATTE Sébastien Disponibilité</i>	ROSSI Dominique	TROPIANO Patrick
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure	ROSSI Pascal	TSIMARATOS Michel
PELLETIER Jean	ROUDIER Jean	TURRINI Olivier
PERRIN Jeanne	SALAS Sébastien	VALERO René
PETIT Philippe	<i>SAMBUC Roland Surnombre</i>	VAROQUAUX Arthur Damien
PHAM Thao	SARLES Jacques	VELLY Lionel
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique	SARLES/PHILIP Nicole	VEY Norbert
PIQUET Philippe	SARLON-BARTOLI Gabrielle	VIDAL Vincent
PIRRO Nicolas	SCAVARDA Didier	VIENS Patrice
POINSO François	SCHLEINITZ Nicolas	VILLANI Patrick
RACCAH Denis	SEBAG Frédéric	VITON Jean-Michel
RANQUE Stéphane	SEITZ Jean-François	VITTON Véronique
RAOULT Didier	SIELEZNEFF Igor	VIEHWEGER Heide Elke
REGIS Jean	SIMON Nicolas	VIVIER Eric
REYNAUD/GAUBERT Martine	STEIN Andréas	XERRI Luc
REYNAUD Rachel	TAIEB David	
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth	THIRION Xavier	

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

ADALIAN Pascal
 AGHABABIAN Valérie
 BELIN Pascal
 CHABANNON Christian
 CHABRIERE Eric
 FERON François
 LE COZ Pierre
 LEVASSEUR Anthony
 RANJEVA Jean-Philippe
 SOBOL Hagay

PROFESSEUR CERTIFIE

BRANDENBURGER Chantal

PRAG

TANTI-HARDOUIN Nicolas

PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE A MI-TEMPS

ADNOT Sébastien
 FILIPPI Simon

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIEN HOSPITALIER

ACHARD Vincent (<i>disponibilité</i>)	EBBO Mikaël	NGUYEN PHONG Karine
AHERFI Sarah	FABRE Alexandre	NINOVE Laetitia
ANGELAKIS Emmanouil (<i>dispo oct 2018</i>)	FAURE Alice	NOUGAIREDE Antoine
ATLAN Catherine (<i>disponibilité</i>)	FOLETTI Jean- Marc	OLLIVIER Matthieu
BARTHELEMY Pierre	FOUILLOUX Virginie	OVAERT Caroline
BEGE Thierry	FROMNOT Julien	PAULMYER/LACROIX Odile
BELIARD Sophie	GASTALDI Marguerite	PESENTI Sébastien
BERBIS Julie	GELSI/BOYER Véronique	RESSEGUIER Noémie
BERGE-LEFRANC Jean-Louis	GIUSIANO Bernard	REY Marc
BERTRAND Baptiste	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	ROBERT Philippe
BEYER-BERJOT Laura	GONZALEZ Jean-Michel	SABATIER Renaud
BIRNBAUM David	GOURIET Frédérique	SARI-MINODIER Irène
BONINI Francesca	GRAILLON Thomas	SAVEANU Alexandru
BOUCRAUT Joseph	GRISOLI Dominique	SECQ Véronique
BOULAMERY Audrey	GUERIN Carole	SUCHON Pierre
BOULLU/CIOCCA Sandrine	GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné	TABOURET Emeline
BUFFAT Christophe	GUIDON Catherine	TOGA Caroline
CAMILLERI Serge	HAUTIER/KRAHN Aurélie	TOGA Isabelle
CARRON Romain	HRAIECH Sami	TOMASINI Pascale
CASSAGNE Carole	KASPI-PEZZOLI Elise	TOSELLO Barthélémy
CHAUDET Hervé	L'OLLIVIER Coralie	TROUSSE Delphine
CHRETIEN Anne-Sophie	LABIT-BOUVIER Corinne	TUCHTAN-TORRENTS Lucile
COZE Carole	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	VELY Frédéric
CUNY Thomas	LAGIER Aude (<i>disponibilité</i>)	VION-DURY Jean
DADOUN Frédéric (<i>disponibilité</i>)	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	ZATTARA/CANNONI Hélène
DALES Jean-Philippe	LEVY/MOZZICONACCI Annie	
DAUMAS Aurélie	LOOSVELD Marie	
DEGEORGES/VITTE Joëlle	MANCINI Julien	
DELLIAUX Stéphane	MARY Charles	
DESPLAT/JEGO Sophie	MASCAUX Céline	
DEVILLIER Raynier	MAUES DE PAULA André	
DUBOURG Grégory	MILLION Matthieu	
DUFOUR Jean-Charles	MOTTOLA GHIGO Giovanna	

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

ABU ZAINEH Mohammad	DEGIOANNI/SALLE Anna	RUEL Jérôme
BARBACARU/PERLES T. A.	DESNUES Benoît	THOLLON Lionel
BERLAND/BENHAIM Caroline	MARANINCHI Marie	THIRION Sylvie
BOUCAULT/GARROUSTE Françoise	MERHEJ/CHAUVEAU Vicky	VERNA Emeline
BOYER Sylvie	MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte	
COLSON Sébastien	POGGI Marjorie	

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

CASANOVA Ludovic
GENTILE Gaëtan

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

BARGIER Jacques
BONNET Pierre-André
CALVET-MONTREDON Céline
GUIDA Pierre
JANCZEWSKI Aurélie

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

MATHIEU Marion
REVIS Joana

ANATOMIE 4201

CHAMPSAUR Pierre (PU-PH)
LE CORROLLER Thomas (PU-PH)
PIRRO Nicolas (PU-PH)

GUENOUN-MEYSSIGNAC Daphné (MCU-PH)
LAGIER Aude (MCU-PH) disponibilité

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203

CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH)
DANIEL Laurent (PU-PH)
FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH)
GARCIA Stéphane (PU-PH)
XERRI Luc (PU-PH)

DALES Jean-Philippe (MCU-PH)
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH)
LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)
MAUES DE PAULA André (MCU-PH)
SECQ Véronique (MCU-PH)

**ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ;
MEDECINE URGENCE 4801**

ALBANESE Jacques (PU-PH)
BRUDER Nicolas (PU-PH)
LEONE Marc (PU-PH)
MICHEL Fabrice (PU-PH)
VELLY Lionel (PU-PH)

GUIDON Catherine (MCU-PH)

ANGLAIS 11

BRANDENBURGER Chantal (PRCE)

**BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT
ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5405**

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)
PERRIN Jeanne (PU-PH)

BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE 4301

GUEDJ Eric (PU-PH)
GUYE Maxime (PU-PH)
MUNDLER Olivier (PU-PH) Surnombre
TAIEB David (PU-PH)

BELIN Pascal (PR) (69ème section)
RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)

CAMMILLERI Serge (MCU-PH)
VION-DURY Jean (MCU-PH)

BARBACARU/PERLES Téodora Adriana (MCF) (69ème section)

**BIostatistiques, Informatique Médicale
ET TECHNOLOGIES DE COMMUNICATION 4604**

CLAVERIE Jean-Michel (PU-PH) Surnombre
GAUDART Jean (PU-PH)
GIORGI Roch (PU-PH)

CHAUDET Hervé (MCU-PH)
DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)
GIUSIANO Bernard (MCU-PH)
MANCINI Julien (MCU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)
BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

ANTHROPOLOGIE 20

ADALIAN Pascal (PR)

DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)
VERNA Emeline (MCF)

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501

CHARREL Rémi (PU PH)
DRANCOURT Michel (PU-PH)
FENOLLAR Florence (PU-PH)
FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH)
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH)
LA SCOLA Bernard (PU-PH)
RAOULT Didier (PU-PH)

AHERFI Sarah (MCU-PH)
ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH) disponibilité octobre 2018
DUBOURG Grégory (MCU-PH)
GOURIET Frédérique (MCU-PH)
NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH)
NINOVE Laetitia (MCU-PH)

CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)
LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section)
DESNUES Benoit (MCF) (65ème section)
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401

BARLIER/SETTI Anne (PU-PH)
GABERT Jean (PU-PH)
GUIEU Régis (PU-PH)
OUAFIK L'Houcine (PU-PH)

BUFFAT Christophe (MCU-PH)
FROMNOT Julien (MCU-PH)
MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

BIOLOGIE CELLULAIRE 4403

ROLL Patrice (PU-PH)

GASTALDI Marguerite (MCU-PH)
KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)
LEVY-MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)

CARDIOLOGIE 5102

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)
BONELLO Laurent (PU PH)
BONNET Jean-Louis (PU-PH)
CUISSSET Thomas (PU-PH)
DEHARO Jean-Claude (PU-PH)
FRANCESCHI Frédéric (PU-PH)
HABIB Gilbert (PU-PH)
PAGANELLI Franck (PU-PH)
THUNY Franck (PU-PH)

CHIRURGIE DIGESTIVE 5202

BERDAH Stéphane (PU-PH)
HARDWIGSEN Jean (PU-PH)
SIELEZNEFF Igor (PU-PH)

BEYER-BERJOT Laura (MCU-PH)

CHIRURGIE GENERALE 5302

DELPERO Jean-Robert (PU-PH)
MOUTARDIER Vincent (PU-PH)
SEBAG Frédéric (PU-PH)
TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)
BIRNBAUM David (MCU-PH)

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)
 BLONDEL Benjamin (PU-PH)
 CURVALE Georges (PU-PH)
 FLECHER Xavier (PU PH)
PARRATTE Sébastien (PU-PH) Disponibilité
 ROCHWERGER Richard (PU-PH)
 TROPIANO Patrick (PU-PH)

OLLIVIER Matthieu (MCU-PH)

CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702

BERTUCCI François (PU-PH)
 CHINOT Olivier (PU-PH)
 COWEN Didier (PU-PH)
 DUFFAUD Florence (PU-PH)
 GONCALVES Anthony (PU-PH)
 HOUVENAEGHEL Gilles (PU-PH)
 LAMBAUDIE Eric (PU-PH)
 SALAS Sébastien (PU-PH)
 VIENS Patrice (PU-PH)

SABATIER Renaud (MCU-PH)
 TABOURET Emeline (MCU-PH)

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103

COLLART Frédéric (PU-PH)
 D'JOURNO Xavier (PU-PH)
 DODDOLI Christophe (PU-PH)
 GARIBOLDI Vlad (PU-PH)
 MACE Loïc (PU-PH)
 THOMAS Pascal (PU-PH)

FOUILLOUX Virginie (MCU-PH)
 GRISOLI Dominique (MCU-PH)
 TROUSSE Delphine (MCU-PH)

CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104

ALIMI Yves (PU-PH)
 AMABILE Philippe (PU-PH)
 BARTOLI Michel (PU-PH)
 BOUFI Mourad (PU-PH)
 MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)
 PIQUET Philippe (PU-PH)
 SARLON-BARTOLI Gabrielle (PU PH)

HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202

LEPIDI Hubert (PU-PH)

ACHARD Vincent (MCU-PH) disponibilité
 PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003

BERBIS Philippe (PU-PH)
 GAUDY/MARQUESTE Caroline (PU-PH)
 GROB Jean-Jacques (PU-PH)
 RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

DUSI

COLSON Sébastien (MCF)

ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5404

BRUE Thierry (PU-PH)
 CASTINETTI Frédéric (PU-PH)
 CUNY Thomas (MCU PH)

EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION 4601

AUQUIER Pascal (PU-PH)
 BOYER Laurent (PU-PH)
 GENTILE Stéphanie (PU-PH)
SAMBUC Roland (PU-PH) Surnombre
 THIRION Xavier (PU-PH)

BERBIS Julie (MCU-PH)
 LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)
 RESSEGUIER Noémie (MCU-PH)

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section)
 TANTI-HARDOUIN Nicolas (PRAG)

CHIRURGIE INFANTILE 5402

GUYS Jean-Michel (PU-PH)
 JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
 LAUNAY Franck (PU-PH)
 MERROT Thierry (PU-PH)
 VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH)
 FAURE Alice (MCU PH)
 PESENTI Sébastien (MCU-PH)

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)
 GUYOT Laurent (PU-PH)

FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛOLOGIE 5004

CASANOVA Dominique (PU-PH)
 LEGRE Régis (PU-PH)

BERTRAND Baptiste (MCU-PH)
 HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)

GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201

BARTHET Marc (PU-PH)
 BERNARD Jean-Paul (PU-PH)
BOTTA-FRIDLUND Danielle (PU-PH) Surnombre
 DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)
 GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)
 GRANDVAL Philippe (PU-PH)
 GRIMAUD Jean-Charles (PU-PH)
 SEITZ Jean-François (PU-PH)
 VITTON Véronique (PU-PH)

GONZALEZ Jean-Michel (MCU-PH)

GENETIQUE 4704

BEROUD Christophe (PU-PH)
 KRAHN Martin (PU-PH)
 LEVY Nicolas (PU-PH)
 MONCLA Anne (PU-PH)
 SARLES/PHILIP Nicole (PU-PH)

NGYUEN Karine (MCU-PH)
 TOGA Caroline (MCU-PH)
 ZATTARA/CANNONI Héléne (MCU-PH)

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403

AGOSTINI Aubert (PU-PH)
 BOUBLI Léon (PU-PH)
 BRETELLE Florence (PU-PH)
 CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)
 COURBIERE Blandine (PU-PH)
 CRAVELLO Ludovic (PU-PH)
 D'ERCOLE Claude (PU-PH)

IMMUNOLOGIE 4703

KAPLANSKI Gilles (PU-PH)
 MEGE Jean-Louis (PU-PH)
 OLIVE Daniel (PU-PH)
 VIVIER Eric (PU-PH)

FERON François (PR) (69ème section)

BOUCRAUT Joseph (MCU-PH)
 CHRETIEN Anne-Sophie (MCU PH)
 DEGEORGES/VITTE Joëlle (MCU-PH)
 DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)
 ROBERT Philippe (MCU-PH)
 VELY Frédéric (MCU-PH)

BOUCAULT/GARROUSTE Françoise (MCF) 65ème section)

MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503

BROUQUI Philippe (PU-PH)
 LAGIER Jean-Christophe (PU-PH)
 PAROLA Philippe (PU-PH)
 STEIN Andréas (PU-PH)

MILLION Matthieu (MCU-PH)

MEDECINE D'URGENCE 4805

KERBAUL François (PU-PH)
 MICHELET Pierre (PU-PH)

**MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU
 VEILLISSEMENT ; MEDECINE GENERALE ; ADDICTOLOGIE 5301**

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)
 DISDIER Patrick (PU-PH)
 DURAND Jean-Marc (PU-PH)
FRANCES Yves (PU-PH) Surnombre
 GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)
 HARLE Jean-Robert (PU-PH)
 ROSSI Pascal (PU-PH)
 SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)

EBBO Mikael (MCU-PH)

GENTILE Gaëtan (MCF Méd. Gén. Temps plein)

ADNOT Sébastien (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)
 FILIPPI Simon (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)

BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
 BONNET Pierre-André (MCF associé Méd. Gén à mi-temps)
 CALVET-MONTREDON Céline (MCF associé Méd. Gén. à temps plein)
 GUIDA Pierre (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)
 JANCZEWSKI Aurélie (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

NUTRITION 4404

DARMON Patrice (PU-PH)
 RACCAH Denis (PU-PH)
 VALERO René (PU-PH)

ATLAN Catherine (MCU-PH) disponibilité
 BELIARD Sophie (MCU-PH)

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)
 SOBOL Hagay (PR) (65ème section)

IMMUNOLOGIE ; TRANSFUSION 4701

BLAISE Didier (PU-PH)
 COSTELLO Régis (PU-PH)
 CHIARONI Jacques (PU-PH)
 GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH)
 MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH)
 VEY Norbert (PU-PH)

DEVILLIER Raynier (MCU PH)
 GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)
 LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)
 LOOSVELD Marie (MCU-PH)
 SUCHON Pierre (MCU-PH)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603

BARTOLI Christophe (PU-PH)
 LEONETTI Georges (PU-PH)
 PELISSIER-ALICOT Anne-Laure (PU-PH)
 PIERCECCHI-MARTI Marie-Dominique (PU-PH)

TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

BERLAND/BENHAIM Caroline (MCF) (1ère section)

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)
 VITON Jean-Michel (PU-PH)

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

BERGE-LEFRANC Jean-Louis (MCU-PH)
 SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

NEPHROLOGIE 5203

BERLAND Yvon (PU-PH) Surnombre
 BRUNET Philippe (PU-PH)
 BURTEY Stéphanne (PU-PH)
 DUSSOL Bertrand (PU-PH)
 JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)
 MOAL Valérie (PU-PH)

NEUROCHIRURGIE 4902

DUFOUR Henry (PU-PH)
 FUENTES Stéphane (PU-PH)
 REGIS Jean (PU-PH)
 ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)
 SCAVARDA Didier (PU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)
 GRAILLON Thomas (MCU PH)

NEUROLOGIE 4901

ATTARIAN Sharham (PU PH)
 AUDOIN Bertrand (PU-PH)
 AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)
 CECCALDI Mathieu (PU-PH)
 EUSEBIO Alexandre (PU-PH)
 FELICIAN Olivier (PU-PH)
 PELLETIER Jean (PU-PH)

OPHTALMOLOGIE 5502

DENIS Danièle (PU-PH)
 HOFFART Louis (PU-PH) *Disponibilité*
 MATONTI Frédéric (PU-PH) *Disponibilité*

PEDEPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904

DA FONSECA David (PU-PH)
 POINSO François (PU-PH)

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501

DESSI Patrick (PU-PH)
 FAKHRY Nicolas (PU-PH)
 GIOVANNI Antoine (PU-PH)
 LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH)
 MICHEL Justin (PU-PH)
 NICOLLAS Richard (PU-PH)
 TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH)
 DEVEZE Arnaud (MCU-PH) *Disponibilité*
 REVIS Joana (MAST) (Orthophonie) (7ème Section)

**PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE -
PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE 4803**

BLIN Olivier (PU-PH)
 FAUGERE Gérard (PU-PH) *Surnombre*
 MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)
 SIMON Nicolas (PU-PH)
 BOULAMERY Audrey (MCU-PH)

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE 4502

RANQUE Stéphane (PU-PH)

PHILOSOPHIE 17

CASSAGNE Carole (MCU-PH)
 L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)
 MARY Charles (MCU-PH)
 TOGA Isabelle (MCU-PH)

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

MATHIEU Marion (MAST)

PEDIATRIE 5401

ANDRE Nicolas (PU-PH)
 CHAMBOST Hervé (PU-PH)
 DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)
 GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)
 MICHEL Gérard (PU-PH)
 MILH Mathieu (PU-PH)
 REYNAUD Rachel (PU-PH)
 SARLES Jacques (PU-PH)
 TSIMARATOS Michel (PU-PH)

PHYSIOLOGIE 4402

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)
 BREGEON Fabienne (PU-PH)
 GABORIT Bénédicte (PU-PH)
 MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)
 TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

COZE Carole (MCU-PH)
 FABRE Alexandre (MCU-PH)
 OVAERT Caroline (MCU-PH)
 TOSELLO Barthélémy (MCU-PH)

BARTHELEMY Pierre (MCU-PH)
 BONINI Francesca (MCU-PH)
 BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)
 DADOUN Frédéric (MCU-PH) (*disponibilité*)
 DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)
 REY Marc (MCU-PH)

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903

BAILLY Daniel (PU-PH)
 LANCON Christophe (PU-PH)
 NAUDIN Jean (PU-PH)

RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)
 THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

PSYCHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PCYCHOLOGIE SOCIALE 16

AGHABABIAN Valérie (PR)

PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101**RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302**

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)
 CHAGNAUD Christophe (PU-PH)
 CHAMOITRE Kathia (PU-PH)
 GIRARD Nadine (PU-PH)
 GORINCOUR Guillaume (PU-PH)
 JACQUIER Alexis (PU-PH)
 MOULIN Guy (PU-PH)
 PANUEL Michel (PU-PH)
 PETIT Philippe (PU-PH)
 VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)
 VIDAL Vincent (PU-PH)

ASTOUL Philippe (PU-PH)
 BARLESI Fabrice (PU-PH)
 CHANEZ Pascal (PU-PH)
 CHARPIN Denis (PU-PH) *Surnombre*
 GREILLIER Laurent (PU PH)
 REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

MASCAUX Céline (MCU-PH)
 TOMASINI Pascale (MCU-PH)

REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE 4802

GAINNIER Marc (PU-PH)
 GERBEAUX Patrick (PU-PH)
 PAPAIZIAN Laurent (PU-PH)
 ROCH Antoine (PU-PH)

THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4804

AMBROSI Pierre (PU-PH)
 VILLANI Patrick (PU-PH)

HRAIECH Sami (MCU-PH)

DAUMAS Aurélie (MCU-PH)

RHUMATOLOGIE 5001

GUIS Sandrine (PU-PH)
 LAFFORGUE Pierre (PU-PH)
 PHAM Thao (PU-PH)
 ROUDIER Jean (PU-PH)

UROLOGIE 5204

BASTIDE Cyrille (PU-PH)
 KARSENTY Gilles (PU-PH)
 LECHEVALLIER Eric (PU-PH)
 ROSSI Dominique (PU-PH)

Remerciements

A **Monsieur le Professeur David TAÏEB**, vous me faites l'honneur de présider ce jury de thèse. Je garde un excellent souvenir de vos cours auxquels j'ai pu assister dès ma première année de médecine, il y a maintenant pratiquement dix ans (!), me permettant de passer des moments agréables pendant deux années difficiles. Merci pour la rapidité et la gentillesse avec laquelle vous avez accepté ma demande. Soyez assuré de mon profond respect et de mes sincères remerciements.

A **Monsieur le Professeur Aubert AGOSTINI**, vous me faites l'honneur de participer à ce jury de thèse. Merci pour l'accueil et la formation que vous réalisez auprès des internes de médecine générale dans votre service, ce qui m'a permis de m'épanouir pendant mon stage. Je vous remercie également pour votre disponibilité et l'attention que vous porterez à mon travail. Soyez assuré de mon profond respect et de mes sincères remerciements.

A **Monsieur le Docteur Ludovic CASANOVA**, vous me faites l'honneur de participer à ce jury de thèse. Merci pour le temps que vous passez au service des internes de médecine générale et pour la formation que vous nous apportez. Je vous remercie également pour votre disponibilité et l'attention que vous porterez à mon travail. Soyez assuré de mon profond respect et de mes sincères remerciements.

A **Monsieur le Docteur Benoit HARTMANN**, tu me fais l'honneur d'être mon directeur de thèse. C'est un grand plaisir d'avoir été ton stagiaire. Je te remercie pour ton soutien et tes précieux conseils. Sois assuré de mon profond respect et de mes sincères remerciements.

Aux **douze médecins** qui ont accepté de participer à cette enquête. Vous m'avez donné de votre temps et accepté de me faire partager votre vécu en toute confiance. Vous avez permis la réalisation de ce travail. Un grand merci à tous.

Merci au **Docteur Mathieu BARBOLOSI**, j'ai pu compter sur toi avant même le premier jour de mon internat et je sais que je pourrais compter sur toi même après mon dernier jour en tant qu'interne.

Merci aux équipes médicales et paramédicales du **Centre Hospitalier de Digne-les-Bains**, mon année effectuée parmi vous m'a fait grandir en tant qu'homme et futur médecin.

Merci au **service de Pédiatrie générale de l'Hôpital Nord**, ce fut une immense joie que de venir exercer chez vous.

Merci aux **amis** : Alexis, Aline Kiki, Aurélie, Bebel, BG et l'ANF, Camille, Céline, Chloé, Coline, Diégo, Estelle, Fabien Baker, Fanny, Giovana, Guilhem, Honnorat, Hugo, Jordan, Kim, Léa, Mathieu L., Mia, Pierre, Rémi de Dignous les Binches, Sandrine, Valentine ...

Merci aux **Fayah'meow** et apparentés : Le grand Benoit M., Denux, Flow, Gaby, Gaga, Grisetch, Jéjé, Le Mob, Némoo, Proust, Solal, Timpouce.

Merci aux **Nykolyszyn**, merci de m'avoir accueilli dans votre famille.

Merci à **ma grande et belle famille**, pour votre soutien perpétuel et votre aide en toutes circonstances.

Merci à ma **Charlotte**, pour ton amour au quotidien.

Table des matières

Préambule.....	3
I. Introduction.....	5
A. Contexte.....	5
1. La relation Médecin-Patient.....	5
2. Définition de la médecine générale.....	9
3. Contexte actuel de l'économie de la santé en France.....	11
4. Les informations sur la santé par Internet et les médias : bénéfiques et risques.....	14
B. Intérêt du sujet et problématiques. Définition de la pression de prescription et des demandes abusives.....	18
II. Matériel et méthode.....	20
A. Méthode de recherche.....	20
B. Recherche bibliographique.....	20
C. Recrutement des médecins.....	21
D. Recueil des données.....	22
1. Guide d'entretien.....	22
2. Réalisation des entretiens.....	23
3. Retranscription.....	23
E. Analyse des données.....	24
III. Résultats.....	25
A. Participants.....	25
B. Unités de sens.....	27
C. Catégories préliminaires.....	27
D. Catégories finales.....	27
1. Tableau contemporain de la pression de prescription.....	28
2. Les facteurs déclenchants la pression de prescription.....	32

3. Le vécu du médecin.....	35
4. Les retombés de la pression de prescription.	39
5. Les solutions pour y faire face.	43
IV. Discussion.....	50
A. Synthèse des résultats.	50
B. Biais et validités de l'étude.	51
1. Biais.....	51
2. Validités.	53
C. Confrontation des résultats aux données de la littérature.....	54
1. Une évolution du tableau de la pression de prescription ?	54
2. Impact d'Internet et des médias : entre anxiété, incontrôlabilité et inévitabilité.....	55
3. Usage stratégique du système de santé français.....	58
4. L'altération de la relation médecin-patient.	59
5. L'évolution du métier de médecin généraliste : entre récession du libéralisme et développement de l'exercice collectif.	60
6. L'éducation, outil fondamental pour faire face à la pression de prescription. .	62
D. Perspectives et ouvertures.	66
Conclusion.....	68
Bibliographie.	70
Annexes.	80
Annexe 1 : Guide entretien semi-dirigé.	80
Annexe 2 : Tableau des unités de sens.	83
Annexe 3 : Catégories et sous catégories.....	88
Annexe 4 : Synthèse des résultats.....	89
Abréviations.....	90

Préambule.

« Vous n'oubliez pas mon Lexomil® Docteur ? »

« J'ai regardé sur internet, il me faut une IRM. »

« Pourquoi vous ne me mettez pas sous antibiotiques ? »

« Je viens vous voir pour la prescription d'un bilan très complet. Les voitures ont bien un contrôle technique obligatoire, pourquoi pas nous ? »

« Je fais le jeûne, je ne peux pas aller travailler car il fait trop chaud, il me faut donc un arrêt de travail. »

« Pourquoi ne voulez-vous pas me prescrire des Troponines ? »

« J'aimerais avoir une prescription pour des massages de kinésithérapie, je pense que cela peut me faire du bien. »

« Mettez bien « non substituable » sur l'ordonnance, je ne prends pas de générique. »

« Dernière chose, pouvez-vous faire pour Nathan un certificat médical pour la pratique de la plongée ? Il n'a vraiment pas le temps de venir vous voir. »

« J'ai pris rendez-vous chez l'endocrinologue en fin de semaine pour mon fils, je trouve qu'il ne grandit pas assez vite, je suppose donc qu'il me faut un courrier. »

Comment répondre à ces sollicitations ? Comment le faire lorsqu'on est seul dans le cabinet et en confrontation directe avec le patient ? Cela affecte-t-il notre relation avec les patients et en somme notre métier ?

En échangeant sur ces thématiques avec mes confrères, j'ai pu me rendre compte que la plupart des médecins ressentait à un moment donné une pression de prescription. Je pense que chaque professionnel de santé pourrait écrire son propre recueil d'anecdotes, à l'instar du livre de Sandra Guillot-Duhem et Sabrina Petit, institutrices au Havre, intitulé *Parents Casse-Couilles. Quand les parents d'élèves osent tout demander aux institutrices (1)*.

Plutôt difficile à gérer tant sur le plan personnel que professionnel, alors qu'il n'a pas ou peu été abordé lors de notre cursus universitaire, ce phénomène aux facettes

variées semblerait être récurrent et faire partie d'une réalité quasi incontournable dans la relation de soin qui lie le médecin au patient.

C'est pourquoi le choix de ma thèse s'est porté sur une meilleure connaissance du concept de pression de prescription. Comment cela se manifeste-t-il ? Pourquoi ? Comment cela est-il perçu par les médecins ? Quelles en sont les conséquences sur la relation établie ? Comment y remédier au mieux, dans l'intérêt des médecins mais aussi des patients ?

D'une certaine façon, étudier cette problématique, c'est chercher à mieux l'appréhender dans l'exercice de mon futur métier. Et par là-même, la réflexion engagée pourrait ainsi apporter une contribution à ce vaste chantier qu'est la profession de médecin, en évolution constante, dans un contexte sociétal lui-même en perpétuel mouvement.

C'est ainsi que je me suis penché sur le ressenti du médecin généraliste et des remplaçants en médecine générale face à la pression de prescription exercée par les patients.

I. Introduction.

A. Contexte.

Nous allons chercher à comprendre quels sont les éléments contextuels lors de la consultation médicale contribuant à la manifestation de la pression de prescription : l'évolution des modèles relationnels médecin-patient, la définition du rôle du médecin généraliste, le contexte actuel de notre économie de santé et la généralisation de l'information sur la santé par Internet et les médias.

1. La relation Médecin-Patient.

Hippocrate disait : « *L'art de la médecine se joue entre trois termes : la maladie, le malade, le médecin. Le médecin est le serviteur de l'art, il est indispensable que le malade aidé par le médecin, s'oppose à la maladie* » (2). Autrement dit, la relation entre le patient et le médecin est le fondement de l'exercice médical.

La médecine est en perpétuel mouvement. Conformément à la modification des caractéristiques des maladies, la chronicité prenant de l'importance face aux phénomènes aigus, la relation médecin-patient a également évolué.

a. Le modèle paternaliste.

Durant des siècles, la relation médicale a fonctionné sur un modèle **paternaliste**, hiérarchique, fondé sur une communication essentiellement unilatérale, entre un médecin détenteur d'un savoir et un patient soumis à l'autorité médicale, souvent assigné à une position passive et infantilissante.

Se référant au premier code de déontologie médicale établie en 1941 sous le régime de Vichy, ce modèle est inégalitaire, le patient étant dépendant des actions du médecin sans que sa volonté ne soit prise en compte.

D'après Feinberg, on peut néanmoins distinguer un modèle paternaliste dit « **léger** », légitimé par l'ignorance et l'incompétence des patients et s'imposant de manière involontaire, et un modèle paternaliste dit « **dur** », revendiquant une relation pleinement directive sur la personne en toute circonstance (3).

b. La notion de consentement et le modèle délibératif.

« Peu à peu, dans la deuxième moitié du 20ème siècle, les patients ont pris la parole et demandé à être informés sur leur maladie, à être consultés dans les options thérapeutiques », détaille Isabelle Moley-Massol (4).

La notion de **consentement**, introduisant le patient dans la prise de décision médicale marque un tournant dans l'évolution de la relation médecin-patient, permettant la mise en place du **modèle délibératif**. Le médecin propose les différentes options envisagées avec leurs avantages et inconvénients, apporte des conseils au patient, qui pourra ainsi prendre sa décision.

Cette notion de consentement a été renforcée par la loi du 4 mars 2002, dite loi Kouchner, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (5).

Prenons l'exemple connu du violoniste confronté à une intervention chirurgicale nécessaire mais avec des risques jugés minimes de fins tremblements résiduels (6).

Le modèle paternaliste serait centré sur le risque médical jugé comme minime et l'information médicale rendue au patient serait alors tronquée.

Avec le modèle délibératif, centré sur le patient dans sa globalité, le médecin expose les bénéfices et les risques de l'intervention, dont ces risques infimes de tremblements fins résiduels, le patient pouvant prendre sa décision en toute connaissance de cause.

Cette évolution vers le modèle délibératif a vu naître plusieurs courants de bioéthiques.

Le courant du « **principisme** » de Beauchamp et Childress en 1979 propose quatre principes pour la prise de décision médicale (7) :

- le **principe d'autonomie** : « liberté d'une personne de faire valoir ses priorités et de prendre elle-même les décisions qui la concernent » (8).

- le **principe de bienfaisance** : accomplir un bien en faveur d'autrui reconnu en tant que tel par celui-ci (9).

- le **principe de non-malfaisance** : *primum non nocere* : « D'abord ne pas nuire ». Il s'agit d'épargner au bénéficiaire un préjudice moral ou physique qui ne ferait pas sens pour lui (9).

- le **principe de justice** : justice distributive envisagée en la circonstance en tant qu'intervention équitable pour tous (9).

Cependant ce courant ne met pas de hiérarchie entre les piliers du modèle paternaliste (le principe de bienfaisance) et du modèle délibératif (le principe d'autonomie). Le **courant des « fondements »** d'Engelhardt en 1986 prime le principe d'autonomie sur celui de bienfaisance, plus en adéquation avec l'évolution vers le modèle délibératif de la relation médecin-patient (10).

Ainsi, le modèle délibératif tend aujourd'hui à la "**décision médicale partagée**" (11) permettant l'échange d'informations et la délibération entre le médecin et le patient en vue d'une prise de décision acceptée d'un commun accord concernant la santé individuelle du patient.

c. Le code de déontologie médicale : combinaison des modèles paternalistes et délibératifs.

Nous avons vu que la relation médecin-patient tend de nos jours vers le modèle délibératif.

Cependant, si on se base sur le code de déontologie médical de 1995 (12), qui rassemble l'ensemble des normes morales régissant la profession médicale, on peut affirmer que la relation médecin-patient actuelle n'est **ni totalement paternaliste, ni totalement délibérative**.

Les articles 8, 33 et 34 font plutôt écho au **modèle paternaliste**.

L'article 8 - Liberté de prescription énonce : « Dans les limites fixées par la loi et compte tenu des données acquises de la science, le médecin est libre de ses prescriptions qui seront celles qu'il estime les plus appropriées en la circonstance. »

L'article 33 – Diagnostic décrit que : « Le médecin doit toujours élaborer son diagnostic avec le plus grand soin, en y consacrant le temps nécessaire, en s'aidant dans toute la mesure du possible des méthodes scientifiques les mieux adaptées et, s'il y a lieu, de concours appropriés. »

L'article 34 – Prescription énumère le fait que : « Le médecin doit formuler ses prescriptions avec toute la clarté indispensable, veiller à leur compréhension par le patient et son entourage et s'efforcer d'en obtenir la bonne exécution. »

A contrario, les articles 35 et 36 sont représentatifs du **modèle délibératif**.

L'article 35 – Information du patient dit entre autres que : « Le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose. »

L'article 36 - Consentement du patient promulgue que : « Le consentement de la personne examinée ou soignée doit être recherché dans tous les cas. Lorsque le malade, en état d'exprimer sa volonté, refuse les investigations ou les traitements proposés, le médecin doit respecter ce refus après avoir informé le malade de ses conséquences. »

d. Vers un modèle dit « de confiance » ?

D'après Jaunait (13), le modèle paternaliste peut protéger et éclairer certains aspects très importants de la relation médecin-patient dont le modèle délibératif rend péniblement compte.

Néanmoins, le modèle délibératif est indispensable, la fonction du médecin de « décider pour » étant soumise au consentement éclairé du patient.

Nous évoluons donc de nos jours vers un **modèle de confiance** permettant d'associer les intuitions du modèle paternaliste tout en restant dans un cadre délibératif.

Ainsi, ce modèle de confiance se réfère au code de Santé Publique indiquant : « *Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé* » (14).

Le médecin informe son patient et lui expose les différentes options envisagées, mais la conduite finale revient aux deux protagonistes entre lesquels sera établie une relation de confiance mutuelle (15).

La confiance mutuelle est néanmoins une notion subjective. En effet, tout acte médical, aussi technique soit-il, s'inscrit dans un cadre relationnel et émotionnel, comportant une part d'irrationalité, propre à chaque médecin comme à chaque patient, et pouvant être source de différence de perception entre la demande du malade et la réponse du soignant : c'est une dimension de la relation médecin-patient certainement en lien avec la pression de prescription qui nous intéresse.

Nous venons de voir les différents modèles de la relation médecin-patient. Définissons maintenant la spécialité de la médecine générale, qui sera le cadre d'intervention du médecin dans cette étude.

2. Définition de la médecine générale.

Voici l'introduction du rapport adressé au ministre de la santé sur « la place et le rôle de la médecine générale dans le système de santé » : « La médecine en France s'est structurée historiquement depuis la loi de 1958 autour de l'hôpital, permettant à la France de développer une médecine de haut niveau. Ce cadre a ainsi favorisé le développement de spécialités, voire d'hyper-spécialités, la médecine générale étant définie par défaut. [...] **L'enjeu de la loi de santé de 2015 est de donner les bases du système de santé du 21^e siècle, en assumant la révolution des soins primaires et le virage ambulatoire** » (16).

Spécialité créée en janvier 2002, la médecine générale est centrée sur les **soins primaires ambulatoires**.

Les soins primaires ont été définis par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) lors de la conférence d'Alma Ata en 1978, puis précisés en 1996 par l'American Institute of Medicine : « Les soins primaires sont des prestations de santé accessibles et intégrées, assurées par des médecins qui ont la responsabilité de satisfaire une grande majorité des besoins individuels de santé, d'entretenir une relation prolongée avec leurs patients et d'exercer dans le cadre de la famille et de la communauté » (17).

En 2002, la WONCA (World Organization of National Colleges Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians) a su impliquer les différentes structures européennes de médecine générale pour valider une définition européenne consensuelle de la médecine générale, publiée avec l'assistance et la coopération du bureau européen de l'OMS.

D'après ce rapport, la médecine générale est définie selon **11 critères** (18) : « 1. La médecine générale est habituellement le **premier contact avec le système de soins**, permettant un accès ouvert et non limité aux usagers, prenant en compte **tous les problèmes de santé**, indépendamment de l'âge, du sexe, ou de toutes autres

caractéristiques de la personne concernée.

2. Elle utilise de façon efficiente les ressources du système de santé par la **coordination des soins**, le travail avec les autres professionnels de soins primaires et la gestion du recours aux autres spécialités, se plaçant si nécessaire en défenseur du patient.
3. Elle développe une **approche centrée sur la personne** dans ses dimensions individuelles, familiales et communautaires.
4. Elle utilise un **mode de consultation spécifique** qui construit dans la durée une relation médecin-patient basée sur une communication appropriée.
5. Elle a la responsabilité d'assurer des **soins continus et longitudinaux**, selon les besoins du patient.
6. Elle base sa démarche décisionnelle spécifique sur la **prévalence et l'incidence** des maladies en soins primaires.
7. Elle gère simultanément les problèmes de santé **aigus et chroniques** de chaque patient.
8. Elle intervient à un **stade précoce et indifférencié** du développement des maladies, qui pourraient éventuellement requérir une intervention rapide.
9. Elle favorise la **promotion et l'éducation pour la santé** par une intervention appropriée et efficace.
10. Elle a une **responsabilité spécifique de santé publique** dans la communauté.
11. Elle répond aux **problèmes de santé dans leurs dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle.** »

A cette définition de la WONCA, le code de santé publique français, avec l'article 36 de la loi du 21 juillet 2009, y ajoute 3 notions (19) :

- « 1. Assurer la **synthèse** des informations transmises par les différents professionnels de santé ;
2. Participer à la mission de service public de **permanence des soins** dans les conditions fixées à l'article L. 6314-1 ;
3. Contribuer à **l'accueil et à la formation des stagiaires de deuxième et troisième cycles d'études médicales.** »

Le médecin généraliste, d'autant plus lorsqu'il est désigné traitant, est donc le médecin de premiers recours aux soins, pouvant effectuer tour à tour des soins préventifs, curatifs ou palliatifs, en lien avec toutes les spécialités médicales. Il est

souvent admis par les patients et leur famille comme précepteur de conseils, non seulement sur la santé, mais aussi sur des domaines divers et variés, tels que les sphères professionnelles, familiales ou sociales.

Au regard de cette définition, nous pouvons contempler l'étendue des missions de la médecine générale faisant du médecin généraliste la pierre angulaire du système de santé.

On ne peut parler de médecine en France sans aborder également la question d'économie de la santé qui la conditionne.

3. Contexte actuel de l'économie de la santé en France.

« L'économie de la santé. » En fonction de chacun, cette phrase pourrait être interprétée comme un oxymore. Il peut être difficile de parler aux patients de coût de la santé, de perspectives d'économie à faire sur les dépenses de santé.

En effet, en partant du principe que la recherche sociétale perpétuelle de croissance économique ait pour objectif une amélioration de la qualité de vie des citoyens, il pourrait être légitime de penser que l'extension continue des dépenses de santé soit en corrélation avec le gain de productivité des richesses d'un pays, représentée par le Produit Intérieur Brut (PIB). **Or, les dépenses de santé des pays développés ont progressé plus rapidement que leur PIB (20).**

Concernant le contexte actuel de l'économie de la santé en France, je me suis basé sur le rapport annuel complet réalisé par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) et intitulé « *Les dépenses de santé en 2017. Résultats des comptes de la santé édition 2018.* » (21).

La **consommation de soins et de biens médicaux** (CSBM) y est définie comme la valeur totale des biens et services qui concourent directement au traitement d'une perturbation de l'état de santé.

Depuis 1950, les frais de santé ont évolué à un rythme annuel moyen bien supérieur à celui du PIB : + 9,7 % pour la CSBM, contre + 7,7 % pour le PIB en valeur. Dès lors, le pourcentage de la CSBM dans le PIB a plus que triplé en plus de 60 ans, **passant de 2,5 % en 1950 à 8,7 % en 2017.**

En 2017, la CSBM est évaluée à **199,3 milliards d'euros**, soit 2 977 euros par habitant, représentant 12,5 % de la consommation effective des ménages. Elle est financée à **77,8 %** par la Sécurité Sociale (22). Depuis 2012, ce pourcentage financé par la sécurité sociale augmente continûment avec l'amplification des patients exonérés du ticket modérateur dans le cadre des affections de longue durée (ALD) (23).

Conformément au tableau 1, on peut dissocier les soins **hospitaliers**, représentant 47 % de la CSBM, des soins **ambulatoires**, représentant 53 %.

Tableau 1 - CSBM en valeur (euro courant).

	CSBM 2017 (en milliards d'euros)
Soins hospitaliers	92,8
Soins ambulatoires	106,5
. Soins en ville :	53,4
- Médecins généralistes	8,9
- Médecins spécialistes	11,9
- Sages-Femmes	0,3
- Infirmiers	8,2
- Masseurs-Kinésithérapeutes	6
- Autres	1,3
- Dentistes	11,3
- Laboratoires d'analyses	4,5
- Cures thermales	0,4
- Contrats et autres soins (ROSP)	0,6
. Transports sanitaires	5,0
. Médicaments	32,6
. Autres biens médicaux	15,5

Source : DREES, Comptes de la santé en 2017

On peut apporter une attention particulière au coût des **médicaments**, évalué à 32,6 milliards en 2017 soit 16,3 % de la CSBM. Celui-ci est financé à 77,8 % par la sécurité sociale soit **23,5 milliards d'euros**.

D'après le Code de la Sécurité Sociale (24), « les médecins sont tenus, dans tous leurs actes et prescriptions, d'observer, dans le cadre de la législation et de la réglementation en vigueur, la plus stricte économie compatible avec la qualité, la sécurité et l'efficacité des soins. ».

Malgré la mise en place par l'Assurance Maladie de campagnes d'information de type « les antibiotiques, c'est pas automatique » (25), la prescription de médicaments reste toujours importante en France.

Dans une étude intitulée « Le rapport des Français et des Européens à l'ordonnance et aux médicaments » (26) réalisée pour l'Assurance Maladie, on constate qu'un citoyen français a consommé 1,9 médicaments dans les 7 derniers jours alors qu'un hollandais en a consommé 1,3 durant la même période ; ou encore que **sur 100 consultations, 9,8 se concluent sans la prescription d'un médicament en France contre 56,8 aux Pays-Bas.**

Pour essayer de lutter contre ce phénomène, l'Assurance Maladie a créé en 2012 et actualisé en 2017, la **Rémunération sur Objectifs de Santé Publique (ROSP)** permettant d'accorder un revenu supplémentaire aux praticiens qui acceptent de faire évoluer leur pratique « en matière de vaccination, de prise en charge des maladies chroniques et de prescriptions plus pertinentes et efficaces au service de la qualité et de la maîtrise des dépenses. » (27).

Ainsi, avec ces différentes démarches mises en place, le coût lié au médicament reste relativement **stable** depuis 2012.

Autre dépense importante, les **transports sanitaires**, passant de 2 milliards en 2001 à pratiquement 5 milliards d'euros en 2017, sont financés à 93,1 % par la Sécurité Sociale.

Pour combattre ce constat (28), une campagne d'information intitulée « Pour la prescription de votre transport, c'est votre état de santé d'abord » (29) est effective depuis décembre 2016, avec notamment des rencontres organisées entre les agents de l'assurance maladie et les médecins. *(Au moment où vous lirez ces lignes, le rapport de la DREES édition 2019 devrait être sorti, il serait alors intéressant d'observer si la campagne mise en place fin 2016 ait déjà un retentissement sur le volet transports sanitaires).*

Le système de santé français reste une référence mondiale, mais il a un coût important pour la société. Sa préservation implique nécessairement une maîtrise des dépenses, notamment celle de la surconsommation de soins et de biens médicaux, pouvant émaner entre autres d'une pression de prescription.

4. Les informations sur la santé par Internet et les médias : bénéfices et risques.

Si les sites internet et les médias tendent à davantage informer le grand public sur les questions de santé, leur accès généralisé modifie la connaissance du patient sur la médecine et donc l'image qu'il se fait de son médecin et de sa maladie.

Par ses multiples articles, livres et son site internet, le Dr Dupagne décrit l'évolution de l'information sur la santé (30,31).

Pendant des milliers d'années la transmission d'informations se faisait de manière orale. Puis, il y a eu la naissance de l'écriture permettant l'élaboration de livres, d'abord écrits à la main, puis popularisés par l'invention de l'imprimerie.

Depuis les années 1980, le domaine de la santé a suivi l'évolution des technologies de transmission de l'information et s'est informatisé.

Au milieu des années 1990, avec l'évolution d'Internet, on a pu relier les ordinateurs entre eux, le plus souvent en réseaux locaux : c'était la période du web 1.0. Depuis le début des années 2000 et la démocratisation d'Internet, les réseaux se sont étendus, les informations circulent au niveau mondial instantanément : c'est le **web 2.0**.

Internet s'est généralisé et individualisé au sein des foyers, la preuve en chiffre où aujourd'hui (32,33) :

- 4,12 milliards de personnes soit 54 % de la population mondiale a accès au web ;
- **89 % des français** (soit 57,5 millions) ont accès à internet (contre 41 % en 2006) ;
- 80 % des français vont au moins une fois par jour sur internet.
- 75 % des français ont un smartphone.
- **Wikipédia** est le cinquième site mondial le plus visité.
- Sept **français sur dix** ont déjà recherché des informations sur la santé sur le web (34).

- Internet est la **première source d'information sur la santé à 82 %**, devant les professionnels de santé et les médias écrits et audiovisuels (35).

De nos jours, Internet offre des services indispensables aux patients (36) :

- Le contenu des informations sur sa santé : accessible, souvent gratuit, vulgarisé ...
- Les communautés patients : notamment pour les maladies graves et/ou chroniques permettant de rechercher une information précise, de recevoir des conseils, du soutien, de partager son expérience.
- La communication électronique médecin-patient : rapide, économique et écologique.
- Les applications de santé : meilleure compliance du patient.

Internet apporte aussi des bénéfices faisant partis de la pratique quotidienne du médecin (37) :

- La ressource documentaire : accessible, riche, actualisée en continu.
- La formation continue simplifiée.
- La communication électronique médecin-médecin.
- L'aide dans le tenu du dossier du patient (96 % des médecins généralistes ont un logiciel pour la gestion du dossier patient) et la prescription médicamenteuse.

Mais les informations sur la santé présentent sur Internet et dans les médias peuvent avoir aussi des effets néfastes : c'est le cas notamment du mouvement anti-vaccins.

Focus sur le problème du mouvement anti-vaccins : La vaccination a permis le contrôle et l'éradication de certaines maladies lorsqu'elle fut pratiquée à grande échelle sur la population, en faisant ainsi l'étendard d'une prévention active et bénéfique. Mais l'éradication de ces maladies a inversé la balance bénéfico-risque de la vaccination car la crainte des effets indésirables des vaccins a remplacé la peur des maladies (38).

Ainsi, depuis une vingtaine d'années, on assiste au niveau mondial à une montée des hésitations à la vaccination. Une étude en 2015 (39) a ainsi montré que **41 % des Français estiment que les vaccins ne sont pas sûrs, pourcentage le plus haut au monde.**

Ce phénomène est alimenté par les différentes polémiques associant vaccins et maladies, comme celles associant le vaccin contre la coqueluche et les

encéphalopathies (40), le vaccin contre l'hépatite B et la sclérose en plaque (41) ou l'exemple le plus connu opposant vaccin contre la rougeole et autisme (42).

Ce dernier exemple de fausse affirmation du risque d'autisme induit par le vaccin contre la rougeole illustre les risques d'une information sur la santé frauduleuse : **il a fallu plus de 12 ans pour officiellement démentir cette information, ayant pour conséquence une couverture vaccinale insuffisante aboutissant à de nouvelles épidémies (43).**

En 1998, un article du *Lancet* écrit par le Dr Wakefield a décrit 12 cas d'enfants autistes après avoir été vaccinés contre la rougeole. Cet article a été relayé par les médias et diffusé au grand public, engendrant un courant anti-vaccinal (44).

En 2002, l'étude de Mäkelä (45) arrive à réfuter ce lien.

En 2004, *Lancet* nie les allégations mettant en cause cette étude.

En 2010, le *General Medical Council* a publié un rapport mettant en cause le Dr Wakefield en montrant que la description des cas dans la publication ne correspondait pas aux dossiers des enfants. Le *Lancet* retire alors cet article de la littérature, soit 12 ans après sa publication (46) !

En 2011, le journaliste Brian Deer a publié l'histoire complète par 3 articles (47– 49) dans le *British Medical Journal*, et met en évidence que les travaux du Dr Wakefield étaient financés par un lobby anti-vaccins.

En 2012, le Dr Wakefield travaille aux États-Unis pour des lobbies anti-vaccins.

Pour lutter contre ce phénomène anti-vaccins, le Pr Begue propose plusieurs solutions (38) :

- renforcer la formation des médecins sur la vaccination ;
- améliorer le discours et la transparence ;
- vanter les mérites de la vaccination ;
- les effets indésirables des vaccins doivent être expliqués ;
- les pouvoirs publics doivent lutter contre la désinformation ;
- la formation médicale continue doit aussi proposer plus fréquemment le thème de la vaccination ;
- l'éducation pour la santé adaptée à la demande de la société moderne.

En France, pays champion du monde de scepticisme envers la vaccination, le nombre de vaccins obligatoires est passé de **3 à 11** depuis le 1^{er} janvier 2018 (50) : les 3 vaccins obligatoires jusqu'à présent (antidiphtérique, antitétanique et antipoliomyélitique) ; auxquels s'ajoutent 8 vaccins (contre la coqueluche ; les infections invasives à Haemophilus influenzae de type b ; le virus de l'hépatite B ; les infections invasives à pneumocoque ; le méningocoque de séro groupe C ; la rougeole ; les oreillons ; la rubéole).

Que dit la loi française par rapport au **non-respect de la vaccination** (51) ?

- Un médecin s'opposant à la vaccination engagerait sa **responsabilité professionnelle**.
- Un médecin réalisant un faux certificat de vaccination engagerait sa **responsabilité pénale**, risquerait 3 ans de prisons et 45 000 euros d'amende.
- Pour les parents : **la sanction pénale spécifique au refus de vaccination a été supprimée**. Toutefois, le fait de ne pas vacciner son enfant représente un danger individuel et collectif, ils pourront donc toujours faire l'objet de **poursuites pénales** si la santé individuelle ou collective est atteinte. Ils risqueraient alors 2 ans de prison et 30 000 euros d'amende. De plus l'enfant ne pourra pas être admis en collectivité.

Internet est aujourd'hui un outil indispensable et incontournable dans le domaine de la santé. Il est présent dans la pratique quotidienne de chaque médecin, mais il est aussi utilisé par les patients qui n'hésitent pas à s'informer en amont d'une consultation.

Mais le développement d'Internet n'en demeure pas moins un outil difficile à maîtriser : les informations perçues par les patients peuvent les induire en erreur et ainsi générer une pression de prescription.

Nous avons mis en évidence un certain nombre d'éléments contextuels qui peuvent être considérés comme autant de facteurs possibles pouvant induire l'émergence du phénomène de pression de prescription, phénomène qu'il convient à présent de définir en tant qu'objet de notre recherche.

B. Intérêt du sujet et problématiques. Définition de la pression de prescription et des demandes abusives.

Comme le rappelle l'article 8 du code de déontologie médicale (12), le médecin est libre de ses prescriptions.

Cependant, chaque patient étant singulier, chaque consultation l'est aussi, amenant à des prescriptions différentes liées à des **déterminants de prescription** (52 – 54), impliquant des **facteurs rationnels**, issus de la connaissance et de la recherche médicale, et des **facteurs irrationnels** (55), propres à chaque médecin.

Le patient, rôle clef de la consultation, participe aussi, de manière directe ou indirecte, à la prescription du médecin (56) et peut exercer sur celui-ci une « pression de prescription ».

Apparue au début des années 2000, en même temps que le développement d'internet, cette notion de pression de prescription a été de plus en plus ressentie par le corps médical puis étudiée (57).

Dans une étude de 2003 (58), la pression de prescription est définie comme « **toute demande explicitement formulée par le patient, venant interférer avec la stratégie diagnostique et/ou thérapeutique décidée par le médecin** ».

Cette définition de la pression de prescription sera retenue pour le reste de cette étude.

Cette notion de pression de prescription est à différencier, bien que liée, de celle de « demande injustifiée » ou « demande abusive », plus étudiée et définie dans de nombreuses études (59) et thèses (60 – 62) comme étant " toute demande persistante du patient qui a cherché à obtenir un avantage aux dépens du médecin, bien que non-justifiable compte tenu de la science et de son éthique personnelle."

Ayant été confronté à plusieurs situations de pression de prescription me déstabilisant, je me suis posé la question de savoir si mes aînés et mes collègues avaient le même ressenti.

Ma question de recherche est donc la suivante : Quel est le ressenti des médecins généralistes et des remplaçants en médecine générale face à la pression de prescription exercée par les patients ?

Etudiant une donnée subjective et ayant opté pour une méthode de recherche qualitative, j'ai évité d'émettre toute hypothèse car « plus il y a d'à priori et plus la recherche est conditionnée et moins de diversité de réponses est retrouvée, l'étude perd alors de sa validité » (63).

L'**objectif principal** de recherche est de décrire le ressenti du médecin généraliste et des remplaçants face à la pression de prescription exercée par le patient.

Pour pouvoir y répondre, j'ai défini **trois objectifs secondaires** à travers trois questions :

1. Comment et pourquoi s'exerce une pression de prescription ?
2. Comment et pourquoi réagit-on face à une situation de pression de prescription ?
3. Quelles sont les solutions pour y remédier ou mieux gérer ces situations ?

II. Matériel et méthode.

A. Méthode de recherche.

La démarche de recherche retenue réside en une **étude qualitative observationnelle** par la réalisation et l'analyse d'**entretiens semi-dirigés** réalisés auprès de médecins généralistes et de remplaçants en médecine générale.

Le ressenti du médecin étant une donnée subjective et difficilement quantifiable, le choix d'une analyse qualitative s'est imposé (64).

Pour comprendre et mieux maîtriser cette façon de procéder, je me suis basé sur le livre de Paillé et Mucchielli intitulé *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* et qui décrit l'analyse qualitative comme « une activité de l'esprit humain tentant de faire du sens face à un monde qu'il souhaite comprendre et interpréter, voire transformer. » (65).

La réalisation d'entretiens semi-dirigés s'est justifiée par le fait que le sujet de l'étude, la pression de prescription, peut être un sujet difficile à aborder, sensible, intime, voire même honteux pour certains médecins. Un entretien individuel et rendu anonyme a donc permis d'établir un climat de confiance et d'honnêteté (66).

Pour réaliser ces entretiens, je me suis référé à un guide d'entretien élaboré à la suite de mes recherches bibliographiques.

B. Recherche bibliographique.

La recherche bibliographique s'est effectuée par l'intermédiaire de :

- Ressources documentaires accessibles par le site de l'Espace Numérique de Travail de l'université d'Aix-Marseille :
 - . Medline pour PubMed
 - . Cairn.info (Base de données en Sciences Humaines et Sociales)
 - . SUDOC (Service de Documentation Universitaire)
 - . CISMEF (Catalogue et Index des Sites Médicaux de Langue Française)
- Sites officiels des instances publiques : Conseil National de l'Ordre des Médecins, Codes Pénal, Civil et de la Sécurité Sociale ; site de l'Assurance Maladie.

- Les moteurs de recherche Google France™ et Google Scholar™.
- Des revues médicales en médecine générale type : La Revue du Praticien®, Prescrire®, Exercer®.

Cette recherche a été effectuée en anglais et en français, les mots clefs sont détaillés dans le tableau 2.

Tableau 2 – Mots clefs.

Mots clés en anglais	Mots clés en français
General practitioner	Médecin généraliste
Substitute general practitioner	Remplaçant en médecine générale
Patient-doctor relationship	Relation médecin-patient
Prescription pressure	Pression de prescription
Qualitative research	Recherche qualitative
Inappropriate prescribing	Prescription inappropriée
Patients' inquiries	Demande des patients
Unjustified request	Demande injustifiée
Health information	Information sur la santé

Pour la gestion de la ressource bibliographique, j'ai utilisé tout au long de ma thèse le logiciel Zotéro®.

C. Recrutement des médecins.

Les stratégies de recrutement en recherche qualitative s'effectuent de manière **non probabiliste** afin d'obtenir un échantillon représentatif des caractéristiques de la population concernée (67).

Ainsi, le recrutement des participants a été effectué par la méthode dite « de proche en proche » en essayant d'avoir une population de médecins et de remplaçants en médecine générale la plus représentative possible afin d'avoir des portraits différents en âge, genre, modalité d'exercice et patientèle.

Ce recrutement a été effectué jusqu'au **phénomène de saturation**, c'est-à-dire jusqu'à ce qu'aucune nouvelle information ou catégorie ne se dégage des données brutes (68).

Pour arriver à cette saturation de données et éviter une surcharge analytique, il a été pratiqué une alternance entre recueil du matériel et de son analyse tout au long de l'étude (69).

Cette alternance m'a aiguillé sur le fait d'interroger des médecins remplaçants, car les premiers entretiens effectués suggéraient l'hypothèse que le statut de remplaçant pourrait accentuer la pression de prescription.

Douze entretiens ont été programmés, le phénomène de saturation a été atteint au bout du dixième.

Les **critères d'inclusion** des participants étaient les suivants :

- être médecin généraliste installé ou remplaçant en médecine générale ;
- effectuer au moins 50 % de son activité en libéral ;
- accepter de participer à l'étude ;
- accepter d'effectuer un entretien enregistré par dictaphone puis rendu anonyme.

D. Recueil des données.

1. Guide d'entretien.

Le guide d'entretien a été élaboré à partir des recherches bibliographiques.

Les principaux objectifs de recherche étaient ceux-ci :

- Objectiver comment et pourquoi s'exerce une pression de prescription.
- Objectiver comment réagit-on face à une situation de pression de prescription.
- Essayer de trouver des solutions pour gérer ces situations.

Ainsi, le guide d'entretien s'est composé de 10 chapitres et de multiples questions :

1. Définir la pression de prescription et la notion de demande abusive.
2. Objectiver les domaines et la fréquence où s'applique une pression de prescription.
3. Décrire des situations personnelles où s'est appliquée cette pression de prescription.
4. Décrire son ressenti sur l'évolution de la relation médecin-patient.
5. Objectiver l'impact d'Internet et des médias sur cette relation.
6. Décrire l'évolution des pratiques.
7. Donner son ressenti sur l'évolution de la qualité de vie du médecin généraliste.
8. Proposer les solutions pour contrer ces situations.

9. Conseils personnels.

10. Remarque(s).

Le guide d'entretien a été remodelé après les premiers et deuxièmes entretiens pour arriver au résultat final disponible en annexe 1.

2. Réalisation des entretiens.

La localisation où se déroulait l'entretien était laissée à la convenance du médecin participant.

Ainsi, huit entretiens ont été effectués sur le lieu d'exercice du médecin, trois au domicile et un par visio-conférence.

Il était rappelé au début de chaque entrevue la procédure d'enregistrement par dictaphone, avant sa retranscription et son anonymisation.

Les entretiens étaient uniquement individuels permettant d'aborder ce sujet en toute franchise.

3. Retranscription.

Les données audios ont été retranscrites manuellement à l'aide du logiciel de traitement de texte Word® en verbatim.

A noter que pour 10 minutes d'entretien audio correspondait à une durée comprise entre 1 heure et 1 h 30 de retranscription manuelle.

Le **verbatim** est un « compte rendu intégral, mot à mot, d'un entretien, pouvant comporter des caractères spéciaux pour indiquer les expressions non verbales » (70). Ce processus a donc été accompli en retranscrivant littéralement le contenu de la conversation, mot pour mot.

Ensuite, le contenu a été anonymisé, en supprimant les marques de conjugaison, les lieux, les noms.

La procédure s'est terminée par l'attribution d'un codage du médecin, la lettre M correspondant à un médecin installé et R à un statut de remplaçant, suivi d'un numéro. (M1 = médecin installé 1 ; R3 = médecin remplaçant 3).

E. Analyse des données.

En me référant au chapitre 12 du livre de Paillé et Mucchielli (71) ainsi qu' à l'article de Blais et Martineau (72), j'ai choisi une approche **inductive générale** comme méthode d'analyse de mes données qualitatives.

Initiée par Creswell (73), développée par Thomas (74), cette méthode permet de **donner un sens à des données brutes**.

Elle est définie comme étant « un ensemble de procédures systématiques, guidées par les objectifs de recherche, permettant de traiter des données qualitatives, en s'appuyant sur la lecture détaillée des données pour faire émerger des catégories à partir des interprétations du chercheur qui se base sur ces données brutes » (72).

Comme décrit par Miles et Huberman (75), cette méthode se déroule en trois grandes étapes :

1. **Réduction de données** ou phase de transcription-traduction ;
2. **Condensation des données** ou phase de transposition-réarrangement ;
3. **Présentation de ces données** ou phase de reconstitution-narration.

Lors de l'étape de réduction, il faut préparer les données brutes, les assimiler par des lectures répétitives, identifier des parties de texte émettant une signification qui seront appelées « **unité de sens** ».

Lors de l'étape de la condensation, on « étiquette » ces unités de sens pour former des **catégories**, puis on réduit le nombre de catégories.

Enfin, lors l'étape de présentation des données, le nombre de catégories a été réduit, incluant des **sous-catégories**, permettant de créer un modèle qui les intègre.

Dans le cadre de la Loi Informatique et Libertés (1978), ces données ont été déclarées auprès de la **CNIL** (Commission Nationale Informatique et Libertés) par le formulaire **MR-4** et à l'**INDS** (Institut National des Données de Santé).

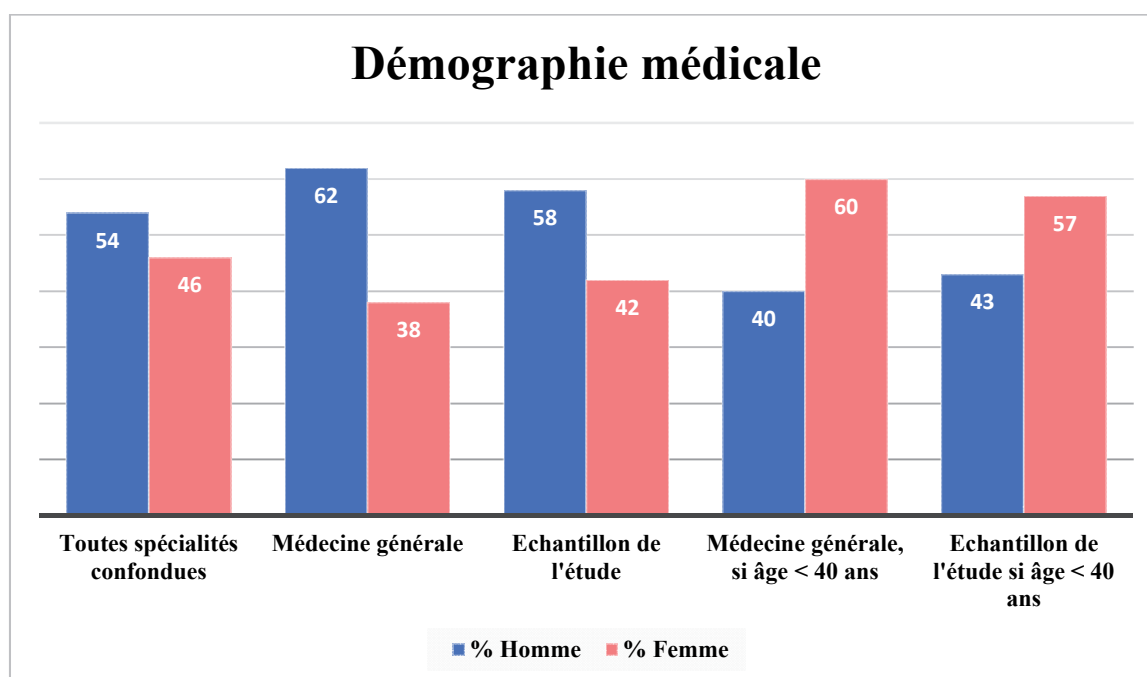
III. Résultats.

A. Participants.

Douze médecins ont accepté de participer à l'étude, cinq femmes (42 %) et sept hommes (58 %). En 2018, la population médicale toutes spécialités confondues était représentée par 46 % de femmes et 54 % d'hommes ; respectivement 38 % et 62 % en médecine générale. En prenant un âge inférieur à 40 ans, le pourcentage de femmes est de 60 %, atteignant même 67 % pour un âge inférieur à 34 ans en médecine générale (76).

L'échantillon de notre étude, bien que de petite taille, est donc relativement comparable en termes de genre à la population de médecins généralistes française : il est composé de 42 % de femmes et 58 % d'hommes ; de 58 % de femmes en prenant un âge inférieur à 40 ans. (Cf. *Graphique 1*).

Graphique 1 : Démographie médicale au 1^{er} janvier 2018.



Source : Conseil National de l'Ordre des médecins, *Démographie médicale au 1^{er} janvier 2018*.

D'autres parts, nous pouvons observer une grande diversité des âges, relatifs au statut de médecin installé et de médecin remplaçant. L'âge moyen calculé de notre étude (41,4 ans) n'est pas comparable avec l'âge moyen d'un médecin généraliste en 2018 qui est de 50,6 ans, du fait de l'inclusion d'une grande proportion de médecins

remplaçants (40 % ici contre 10 % de médecins remplaçants dans la démographie actuelle).

La population participante évolue majoritairement en milieu urbain (75 %).

Il est indiqué dans le *Tableau 3* le pourcentage d'activité en cabinet car la majorité des médecins installés peuvent aussi exercer en milieu hospitalier, en soins de suite et de réadaptation ou en maison de retraite.

Les durées de dialogue étaient d'un minimal de **15 minutes à plus de 46 minutes**, soit du simple au triple, démontrant la diversité réflexion autour de ce sujet.

La durée totale des enregistrements audios est de plus de 290 minutes correspondant à plus de 30 heures de retranscription manuelle.

Les caractéristiques des participants sont regroupées dans le *Tableau 3*.

Tableau 3 – Caractéristiques des médecins recrutés.

Médecin	Tranche d'âge	Genre	Statut	Lieu d'exercice	Pourcentage de pratique au cabinet	Durée de l'entretien (minutes)
M1	30 – 40 ans	Féminin	Installé	Urbain	60 %	15
M2	> 50 ans	Masculin	Installé	Urbain	100 %	16
M3	40 - 50 ans	Féminin	Installé	Semi-rural	100 %	16
M4	> 50 ans	Masculin	Installé	Urbain	80 %	20
M5	30 - 40 ans	Féminin	Installé	Urbain	70 %	30
M6	> 50 ans	Masculin	Installé	Urbain	80 %	20
M7	> 50 ans	Masculin	Installé	Urbain	60 %	40
R1	25 – 30 ans	Masculin	Remplaçant	Rural	100 %	20
R2	30 – 40 ans	Féminin	Remplaçant	Urbain	60 %	25
R3	25 – 30 ans	Féminin	Remplaçant	Urbain	100 %	46
R4	25 – 30 ans	Masculin	Remplaçant	Urbain	100 %	21
R5	30 – 40 ans	Masculin	Remplaçant	Semi-rural	100 %	21

B. Unités de sens.

Lors de la première étape de l'analyse « réduction de données », **plus de 300 unités de sens** ont été dégagées après plusieurs lectures attentives de l'intégralité du verbatim.

Ces unités de sens ont été codées en parallèle par un autre chercheur-codeur puis comparées entre elles.

Vous pouvez retrouver toutes les unités de sens sous forme de tableau condensé en annexe 2.

C. Catégories préliminaires.

Les unités de sens ont ensuite été étiquetées et regroupées en **catégories préliminaires**.

Cette étape aussi a bénéficié d'un codage en parallèle avec un troisième chercheur.

Voici ainsi la liste des **22 catégories préliminaires** obtenues : fréquence variable ; domaines variables ; implication du système de santé français ; rôle des médias et internet ; éducation de la patientèle ; encadrement de l'information sur la santé ; prestataires de services ; céder ; la variabilité d'opinions vis-à-vis du statut de médecin remplaçant ; remise en question de la vocation médicale ; campagnes d'information ; diminution de la liberté de prescription ; sentiments négatifs ; personnalité du médecin ; insécurité ; peur de la perte de la patientèle ; problème sociétal ; dépendance vis-à-vis du lieu d'exercice et du profil de patientèle ; qualité de vie globale en progression ; qualité d'exercice professionnel en régression ; groupes de paroles ; éducation à la santé.

D. Catégories finales.

D'un commun accord avec les deux autres chercheurs, les 22 catégories préliminaires ont été intégrées à **5 catégories plus larges** :

1. Le tableau contemporain de la pression de prescription :

- a. Fréquence variable ;
- b. Domaines variables ;

- c. Dépendance vis-à-vis du lieu d'exercice et du profil de patientèle ;
- d. La variabilité d'opinions vis-à-vis du statut de médecin remplaçant.

2. Les facteurs déclenchants de la pression de prescription :

- a. Rôle d'Internet et des médias ;
- b. Implication du système de santé français ;
- c. Peur de la perte de la patientèle ;
- d. Problème sociétal.

3. Le vécu du médecin :

- a. Prestataire de services ;
- b. Céder ;
- c. Caractère propre du médecin et mélange de sentiments ;
- d. Insécurité.

4. Les retombés de la pression de prescription :

- a. Diminution de la liberté de prescription ;
- b. Qualité de vie globale en progression ...
- c. Qualité d'exercice en régression.
- d. Remise en question de la vocation médicale ?

5. Les solutions pour y faire face :

- a. Initiatives personnelles ;
- b. Education de la patientèle ;
- c. Encadrement de l'information sur la santé ;
- d. Campagnes d'informations ;
- e. Groupes de parole ;
- f. Education à la santé.

1. Tableau contemporain de la pression de prescription.

Cette catégorie objective **comment** s'applique la pression de prescription en décrivant sa fréquence ressentie, les domaines où elle s'applique, sa corrélation vis-à-vis de la localisation du médecin et du type de patientèle, et enfin en décryptant le rôle du statut de remplaçant face à ce phénomène.

a. Une fréquence variable.

Même si tous les médecins interrogés affirment être confrontés à des situations de pression de prescription, leurs ressentis sur la fréquence des consultations où elle s'exerce est extrêmement **variable**.

Trois médecins ressentent **peu** dans leur pratique une pression de prescription : elle n'est « *ni permanente, ni constante, ni journalière* » (M4) ; elle peut s'appliquer « *deux fois par semaine* » (M7).

La **majorité** des médecins la perçoivent **quotidiennement mais avec une certaine modération**, elle est « *plus moins ou forte oui, mais quotidienne* » (M2) ; « *au moins une fois par jour, tous les jours* » (M6).

Enfin trois autres médecins l'éprouvent de façon plus marquée, « **pluri-quotidiennement** » (R3), « *plus d'une consultation sur trois* » (R1).

La pression de prescription est donc perçue de manière très variable en termes de fréquence, nous allons aussi observer une très grande diversité des domaines où elle s'exerce.

b. Des domaines variables.

Tous les médecins ont énoncé que la pression de prescription s'effectue sur plusieurs domaines, mais trois se sont détachés nettement : **l'imagerie, les médicaments et l'arrêt de travail**.

Un médecin a déclaré que la pression de prescription se « *répartissait équitablement entre imagerie, médicaments et arrêt de travail* » (M4).

Les autres médecins ont décrit un domaine qui se démarquait.

Pour quatre médecins, c'est **l'imagerie**, avec des « *demandes d'imagerie lourde* » (R1), « *en particulier scanner et IRM* » (M6).

Pour trois médecins, ce sont les **médicaments** qui sont le plus assujettis : « *le domaine principal, je pense, est celui du médicamenteux* » (R3). On retrouve en premier lieu les **antibiotiques** ; puis à part équivalente, souvent associés, les **antalgiques** et les **psychotropes**.

Pour trois médecins, c'est **l'arrêt de travail** qui pose le plus de souci : « *la première chose qui me vient à l'esprit, c'est l'arrêt de travail* » (M3) ; « *C'est que les gens maintenant dès qu'ils ont un petit quelque chose il faut ...il faut s'arrêter de travailler* » (M5).

Enfin, un médecin est plus gêné pour la prescription de **certificats** : « *Je pense d'abord à la prescription de certificats. Quand on a une clientèle, une patientèle comme on dit, depuis maintenant 25 ans pour moi, on a des gens qui viennent nous voir en nous disant : « faites-moi vite un certificat pour faire de la plongée » ou pour « de la course à pieds en compétition », donc on les connaît, le plus dur c'est de résister à ça et de faire un examen correct.* » (M7).

Les autres domaines cités concernent le **matériel médical et paramédical** : « *Combien de personnes veulent qu'on prescrive un lit médicalisé, un fauteuil, un matelas à mémoire de forme ?* » (R3) ; et en période estivale, la **trousse d'urgence de voyage**.

Cette variabilité sur la fréquence et les domaines peut s'expliquer par le caractère même du médecin, comme nous le verrons un peu plus tard, mais aussi par sa localisation d'exercice et le type de patientèle.

c. Dépendance vis-à-vis du lieu d'exercice et du profil de patientèle.

Huit médecins ont énoncé clairement le fait **que la pression de prescription était directement liée à la localisation d'exercice du praticien, avec en corollaire le niveau social global de sa patientèle** : « *ça dépend d'où se localise le cabinet, on peut passer d'une fréquence de 15 % à plus de 80 % en fonction du cabinet* » (R3) ; « *ça dépend énormément de la zone où tu travailles et du type de population à risque avec qui tu travailles* » (R5) ; « *Il y a des lieux d'exercice où c'est plus ou moins ancré dans les mentalités d'arriver et de demander, que le médecin soit le faire valoir de ce dont on a envie, mais heureusement c'est pas pour tout le monde.* » (M5).

Ainsi, si le niveau social est plutôt élevé, la patientèle semble être plus demandeuse de soins, notamment d'examens paracliniques : « *les personnes un peu plus éduquées sont souvent plus demandeuses* » (R2) ; si le niveau social est plutôt bas, la patientèle semble plus demandeuse d'arrêts de travail et de matériel médical.

Il y aurait aussi un **profil** type de patient demandeur : « *Ce sont toujours les mêmes patients avec un profil particulier, très anxieux, limite hypocondriaque qui vont faire de telles demandes. Je me dis que tous les médecins ont dans leur clientèle au moins un ou deux, voire plus, de patients demandeurs, exerçant une pression de prescription d'examens médicaux ou de traitements. Il faut les gérer au cas par cas.* » (M6) ; « *Il y a des profils de patients où, disons, la prévalence de la pression est supérieure* » (R3).

d. La variabilité d'opinions vis-à-vis du statut de médecin remplaçant.

Similairement à la variabilité de fréquence et de domaines d'application, le statut du médecin remplaçant est aperçu de **différentes manières**.

Pour quatre médecins, ce statut **augmente** le risque de situation de pression de prescription : « *Les patients savent pertinemment qu'un jeune médecin cédera plus facilement* » (M4) ; « *le statut de remplaçant l'accentue car les patients tentent toujours en se disant « ah, tiens mon médecin dit toujours non, il va peut-être plus craquer » et puis ils nous testent* » (R4).

A contrario, pour trois médecins, ce statut l'**atténue** : « *Le fait qu'il y ait maintenant des remplaçants qui ne reverront pas forcément le patient, qui n'ont pas le degré de familiarité, leur permet de refuser des choses que nous, c'est rigolo, à l'inverse on pourrait peut-être céder.* » (M7).

Cette **ambivalence** peut être illustrée par un médecin remplaçant décrivant que son statut peut accentuer la pression de prescription : « *on prescrit plus quand on est remplaçant [...], on préfère pécher par excès que par défaut* » mais qui souligne que cela peut aussi être bénéfique : « *le fait de ne pas connaître les patients peut présenter un avantage à un refus de prescription car on n'a pas forcément de suivi.* » (R1).

Ainsi, par cette catégorie, nous pouvons observer que la pression de prescription s'exprime de différentes manières en fonction du médecin.

Elle peut être plus ou moins fréquente, s'applique sur des domaines différents. Cette variabilité s'explique par la localisation du médecin, mais aussi par son caractère (sujet abordé plus loin).

Enfin, le statut de médecin remplaçant peut l'exposer à plus de situations de pression mais peut aussi lui permettre de se protéger de par son statut même.

2. Les facteurs déclenchants la pression de prescription.

Nous venons de voir comment s'exprimait la pression de prescription ; à présent nous recherchons les facteurs déclencheurs possibles.

a. Rôle d'Internet et des médias.

Les médecins que j'ai pu interroger estiment l'accès à l'Information comme un **droit sociétal indispensable** : « *tout le monde a le droit à l'information, que ce soit en médecine, politique, sciences ...* » (M4).

Internet est aujourd'hui un outil incontournable, la télévision s'est totalement démocratisée, l'information sur la santé y est traitée quotidiennement.

De ce fait, il est devenu banal de voir des patients « *qui vont arriver avec des demandes précises, après souvent des recherches personnelles et qui vont vouloir une prescription particulière* » (R2).

Les médecins participants à l'étude sont unanimes : l'information sur la santé traitée telle qu'elle l'est aujourd'hui est **anxiogène** : « *Tout de suite cela les affole* » (M1) ; « *Cela les inquiète beaucoup, ils demandent plus d'examens, plus de moyens : c'est source d'anxiété.* » (M3) ; « *Parfois ils arrivent, ils ont l'impression qu'ils ont la gale, la peste et le choléra en même temps.* » (M5) ; « *Ça peut être très malsain voir dangereux* » (M7) ; « *Ça augmente l'angoisse. Ça peut faire apparaître des symptômes qui n'existaient pas : ça fait...presque du psychosomatique* » (R3) ; « *C'est trompeur, pas informatif : ça sème juste le doute en fait.* » (R5).

Pour certains, il se pourrait même que cette situation soit le **facteur fondateur de la pression de prescription** : « *Je croie qu'en grande partie, c'est par cet accès facile à l'information que se fonde la demande du patient : il lit sur internet ou dans la presse, il voit à la télé un cas et se l'approprie, puis demande la conduite à tenir qui en découlerait.* » (M6) ; « *Cela angoisse, ça désinforme, ça crée des polémiques : c'est peut-être même l'élément déclencheur.* » (R2).

La plupart des médecins déclarent qu'Internet pourrait être une **bonne source d'information**, mais que « *y trouver une information correcte et fiable est trop difficile* » (R1), citant le site « Doctissimo® » comme source privilégiée des patients : « *Il y a des sites qui sont très bien faits, qui ont de bonnes références, mais ceux ne sont pas ceux-là que les patients vont voir, ils préfèrent voir Wikipédia® et Doctissimo®.* » (R3)

On assiste aujourd'hui à une conjoncture de « *surinformation des patients* » (M4), engendrée par « *une pression journalistique et médiatique sur la santé* » (M5), avec des patients « *qui ne voient uniquement que le côté « magique » de certaines prescriptions ou de certains examens, en pensant que cela va tout régler.* » (M2)

b. Implication du système de santé français.

Les médecins, comme la majorité des citoyens français, tiennent au **système de soins actuel** : « *Dieu sait qu'on fait plein de jolies choses en France, on soigne des cancers, on réalise des transfusions, on s'implique dans les soins palliatifs* » (M5).

Cependant, ce système actuel de soins, avec notamment l'allongement de l'espérance de vie et l'augmentation des patients en ALD, laisse penser à une idée **d'inconscience de la société vis-à-vis du coût de la santé** et une utopie de « gratuité des soins » : « *certain patients ayant le tiers payant, la CMU ou en ALD, ils se croient tout permis, ils vont chez le médecin comme au supermarché, comme lorsqu'ils font leur plein d'essence* » (M4) ; « *Parce que comme « c'est gratuit », les gens viennent encore plus souvent* » (R1) ; « *l'accès aux soins est rendu beaucoup trop accessible par un prix qui est absolument dérisoire de la consultation.* » (R5)

Cette supposée « gratuité des soins » pouvant être perçue par certains patients se **répercute au niveau sociétal** : « *C'est que les gens, à force de leur dire : « la gratuité des soins », ils n'ont plus rien à payer, ils arrivent les mains dans les poches. A un moment donné vingt-cinq euros ce n'est pas nous qui plombons la sécurité sociale... On les a complètement déresponsabilisés.* » (M5) ; « *Je pense que c'est le système qu'on a en France qui génère une pression de prescription. La gratuité des soins engendre un manque de conscience et du coup de l'intérêt qu'il y a derrière.* » (R3)

Une pression médiatique de plus en plus forte associée à un système de santé qui peut s'apparenter comme pouvant être trop laxiste a donc bouleversé l'opinion de la société française envers l'accessibilité aux soins.

c. Problème sociétal.

Tous les médecins évoquent un changement des comportements dans la société.

Certains évoquent une **augmentation de l'incivisme** et une **diminution du respect** : « *Les gens sont de plus en plus inciviques, exigeants, impolis et maltraitants.* » (M2) ; « *Ils ont la sensation de pouvoir et donc d'avoir à diriger le médecin généraliste, de lui faire une guidance des prescriptions médicales. Les gens ne sont pas bêtes, ils sont loin d'être bêtes, ils sont même un peu manipulateurs !* » (M5) ; « *Les gens sont plus revendicateurs qu'avant.* » (M6) ; « *C'est lié au fait d'une diminution du respect avec le changement de relation médecin-malade paternaliste à délibératif : on a eu une diminution du respect du médecin, comme on a eu une diminution du respect de pas mal de profession, c'est difficile de garder ce respect tout en étant délibératif* » (R4).

Pour d'autres, les patients **revendiquent leur droit à la santé tout en oubliant leurs devoirs de citoyen** : « *Il y a un côté sociétal avec un système où c'est : « j'ai le droit ... j'ai le droit ».* » (M5) ; « *Ils pensent que la consultation et la délivrance d'ordonnance par le médecin est un dû, qu'on leur doit ça* » (R1) ; « *En fait, je trouve que les patients en France sont sur un piédestal. Rien ne peut être fait contre eux, c'est tout contre les soignants ou contre le système. Mais contre les gens, rien, ils sont intouchables, ce sont les chouchous, c'est le piédestal, on ne peut rien faire à leur encontre même quand cela s'impose.* » (R5).

d. Peur de la perte de la patientèle.

« Il manque partout de médecins ! ». Voici une phrase récurrente que l'on peut entendre et qui laisse à croire que le médecin n'a plus peur aujourd'hui de perdre un patient.

Mes aînés m'ont raconté leurs difficultés à leur installation d'avoir une patientèle, passant des journées à attendre le « client », m'indiquant que ma « *génération sera moins soumise à la pression du clientélisme* » (M2).

Pourtant, plusieurs médecins ont évoqué **l'appréhension de la perte d'un patient** : « *Si le patient n'adhère pas à la prise en charge, c'est un patient qui est mécontent, qui va aller voir ailleurs.* » (R2) ; « *Les patients, ce sont des clients. Ce sont des gens auxquels je me dois de bien faire mon travail* » (M2) ; « *Je sens que si je n'accède pas à la demande du patient, ça va générer de l'angoisse, un sentiment d'insatisfaction du patient et une demande qui sera faite chez un autre médecin* » (M6) ; « *Il y en a qui sont partis parce que je n'acceptais pas leur demande. C'est difficile de refuser quelque chose à quelqu'un qu'on connaît depuis 25 ans.* » (M7).

Un médecin précise même : « *Je pense qu'un médecin qui s'installe, au début, a une pression de prescription plus importante, notamment par l'obligation de se créer une patientèle. Un patient peut partir et ne pas revenir.* » (R4).

Cette notion de « peur de perdre le patient » n'est pas un facteur majeur de la pression de prescription mais elle peut influencer le médecin dans une situation où elle s'effectue, notamment lorsque celui-ci connaît son patient depuis **des dizaines d'années** ou, à l'inverse, lorsque le médecin vient **juste de s'installer**.

La pression de prescription s'est donc développée dans un contexte d'explosion de l'information sur la santé, non maîtrisée, intégrée à un système de santé français parfois perçu comme trop laxiste et surtout incompris de la majorité des patients, engendrant ainsi un bouleversement péjoratif des comportements sociétaux (et malheureusement pas uniquement dans le domaine de la santé), à laquelle on peut ajouter la menace toujours présente de perte de patientèle, que ce soit dans une relation médecin-patient de longue durée ou un contexte d'installation récente.

3. Le vécu du médecin.

a. Prestation de services.

Unanimement, les médecins interrogés éprouvent à certains moments la sensation d'être **réduits à « un prestataire de services »** sans notion de « prestataire de soins » : « *J'ai le sentiment tout simplement d'être un prestataire de service, de devoir rendre un service, comme ils disent, par une simple prescription.* » (R2) ; « *On a*

l'impression d'être juste l'objet de prescription de ce qu'ils veulent, on se retrouve à être juste la main pour prescrire certaines choses » (M5) ; « Le statut du médecin généraliste a évolué dans le sens que on devient plus prestataire de services qu'on était avant. » (M7) ; « On est là uniquement comme moyen administratif de se procurer la prise en charge qu'ils ont déjà décidée au préalable. » (R1).

Ils déplorent l'impression dans certains cas de développement d'une « **relation commerciale** » au détriment d'une « relation de confiance », d'avoir la sensation de tenir « un magasin de soins » : « *Il y a des patients ils viennent ici faire leurs courses.* » (M1) ; « *Le côté magasin, self-service, est le côté négatif de la relation actuelle.* » (M2) ; « *Il y a aussi les cas où le patient vient avec sa liste, il vient faire son marché.* » (M3) ; « *Ils ont la liste de shopping, ils arrivent et disent « j'ai besoin de ça, j'ai besoin de ça ».* » (M5) ; « *J'aurai plus tendance à parler aujourd'hui d'une relation de consommation médicale.* » (M6) ; « *Après je pense qu'on ne délibère pas très bien, ça se joue un peu comme des marchands de tapis. Le médecin peut devenir un distributeur automatique, il prend la carte vitale, il encaisse vingt-cinq euros, ça va plus vite.* » (R3).

b. Céder.

Céder ou ne pas céder ? Le terme « **céder** » a été cité littéralement par neuf médecins sur douze.

Ils évoquent notamment le fait qu'on puisse céder, « craquer », face à une situation de pression de prescription : « *Pour les médicaments on va céder. Parce exemple le Lexomil® chez les vieux, ce n'est vraiment pas bon, mais bon, tu leur prescrist parce qu'ils ne veulent pas changer et que voilà.* » (M1) ; « *Souvent on finit par céder* » (R2).

On peut céder face à l'**argumentation du patient** : « *Cela arrive assez fréquemment où on va céder à une demande de prescription d'un examen qu'on ne juge pas nécessaire. Si la raison est acceptable, il arrive qu'on cède tout à fait.* » (M2) ; « *Ça m'est arrivé d'avoir dit non au départ et d'avoir cédé ensuite. Je ne peux pas dire que « quand je dis non, c'est toujours non ». Après on peut trouver facilement un argument pour accéder à la demande du patient. Ça m'est arrivé de céder en deuxième ou troisième intention après avoir refusé une ou deux fois.* » (M6).

Un fait incontestable est qu'il y a une **relation entre le fait de céder et l'état de fatigue et/ou de débordement du médecin** : « *Quand on n'est pas trop fatigué, on arrive à être assez directif et strict sur certaines choses. Puis après quand on est trop crevé, il y a des choses sur lesquels on cède parce que à un moment donné, de trop discuter en permanence et devoir toujours se justifier, au bout d'un moment, on n'en peut plus, on en a marre.* » (M5) ; « *Oui ça arrive de céder parce qu'on est débordé, parce que ça va vite, parce qu'on connaît la personne etc.* » (M7) ; « *Si quelqu'un te prend la tête à 21 heures et que tu es débordé, là tu lâches l'affaire, tu n'as pas envie de te battre.* » (R5).

c. Caractère propre du médecin et mélange de sentiments.

« Ressentir de la pression, ce n'est jamais agréable » (R3).

De toute évidence, des **sentiments variés** vont émerger d'une situation de pression de prescription, **en fonction du caractère propre du médecin** : « *Je pense que cela dépend du caractère même du médecin.* » (R1) ; « *Si c'est un médecin qui n'a pas trop de caractère, qui ne sait pas trop s'imposer ou qui est jeune et qu'il vient de s'installer, cela peut le dégouter de la profession.* » (M1) ; « *A part si vraiment on a un caractère qui tient tête et qu'on passe son temps face à des patients insistants. Je pense que le caractère joue, c'est en fonction de la personnalité de chacun.* » (R2) ; « *Ça dépend du médecin lui-même. Si à un moment donné il a dit oui, qu'il a mis le pied dans l'engrenage, qu'il est rentré là-dedans, c'est très difficile à mon avis de mettre un coup de frein à main et de casser le cercle. Après c'est vraiment un piège qui s'accroît, c'est un cercle vicieux vraiment. Le seul coupable finalement c'est lui-même.* » (R3).

Beaucoup ressentent **de la colère et de l'énervement** : « *Il y a des moments on pète un câble ! Ça m'est arrivé de m'énerver.* » (M5) ; « *J'ai ressenti un petit peu de colère.* » (M3) ; « *J'ai ressenti de l'énervement qu'il puisse profiter de la situation* » (M7) ; « *J'ai ressenti beaucoup d'énervement, j'ai eu l'impression d'être réduit à un délivreur d'ordonnances.* » (R1).

D'autres éprouvent **de la lassitude, de la frustration** : « *J'ai ressenti de la lassitude.* » (M3) ; « *On ressent de la frustration, on est frustré, c'est compliqué parce qu'on se dit qu'on se donne beaucoup de mal. C'est fatigant.* » (M5) ; « *Frustration car je trouve que c'est extrêmement réducteur de trouver que le médecin est là juste pour délivrer*

une ordonnance. J'ai ressenti pas mal d'exaspération, que malgré mes explications le patient poursuit son raisonnement, un sentiment de tâche non accomplie. » (R1) ; « De la frustration parce que j'ai eu l'impression de pas être compris par le patient sur mon explication. » (R4).

Beaucoup vont être **perturbés**, parfois sur plusieurs consultations : « Cela va me perturber, car c'est rare que j'arrive à le faire sereinement. Ce n'est pas agréable. On se sent floué par le malade. » (M2) ; « Ça m'a perturbé, ça me met suffisamment mal à l'aise pour que je le ressente pendant une ou deux consultations qui suit. » (M4) ; « Ce que j'ai ressenti, c'est du doute. » (M7) ; « J'ai été complètement perturbé après cette consultation. On est déstabilisé, on ne justifie pas la prescription, on ne mène pas la danse. » (R2).

Il peut aussi y avoir de la **culpabilité et de la honte** : « C'est un côté un peu caché et peut-être honteux de la part du médecin parce qu'on perd un peu le contrôle et puis on se fait un peu manipuler. » (M6).

Enfin, relevons les sentiments positifs : **la fierté, la satisfaction** qu'on éprouve lorsqu'on ne cède pas à une pression de prescription : « J'ai été fière aussi de ne pas avoir cédé. » (M3) ; « Quand on n'a pas cédé, on est fier et ragaillardi. » (M4) ; « J'ai gardé le pouvoir décisionnaire et j'ai repris le contrôle. J'étais très satisfait, j'ai tenu, je n'ai pas cédé donc quelque part j'étais satisfait de moi. » (M6).

d. Insécurité.

La notion du **sentiment d'insécurité** est aussi souvent revenue.

Certains décrivent **l'agressivité émise par les patients** : « Il est venu un samedi matin en m'agressant pour me demander un arrêt de travail pour les quinze jours où il n'avait pas travaillé. Je ne me suis pas faite agressée physiquement mais verbalement et du coup ça m'a amené quand même à déposer une main courante. » (M5) ; « Il me demande un arrêt absolument d'un mois parce qu'une semaine ça ne sera pas assez, je lui refuse et je lui explique qu'il faut faire ça de façon progressive. Puis ça ne s'est pas très bien passé, il a fini par m'insulter et j'ai dû le faire sortir du cabinet. » (R4) ; « Le patient peut devenir agressif en pensant que la santé est un produit de consommation, voulant à tout prix des arrêts de travail ou des prescriptions qui ne sont pas justifiées, pouvant ainsi être un danger. » (M4).

Le médecin généraliste libéral, peut **se sentir isolé et parfois en insécurité** : « *Dans certains endroits, je suis désolée entre signer l'ordonnance et se faire casser la figure, moi je suis désolée...mais moi je signe l'ordonnance. J'ai une famille ! On peut se retrouver plus isolé dans son cabinet. On peut avoir peur pour sa propre sécurité mentale et parfois physique. [...]. En fait ce n'est pas agréable de pratiquer dans ces conditions-là, on peut être confronté à des situations où on se sent insécure.* » (R3) ; « *Il était très insistant, je ne me sentais pas en sécurité tout simplement.* » (R2) ; « *Je peux ressentir un petit peu de peur parce qu'en fonction du médecin à qui ça arrive, si ça arrive à un médecin d'un mètre cinquante, une petite jeune isolée, seule, on ne sait pas comment les patients peuvent réagir.* » (R4).

Face à une situation de pression de prescription, les médecins participants nous montrent qu'ils peuvent ressentir le sentiment d'être uniquement un « prestataire de service ».

La question soulevée par ces entretiens était de savoir les sentiments éprouvés lorsqu'on cédait ou lorsqu'on ne cédait pas face à une situation inconfortable.

Le caractère propre du médecin devenant un élément incontournable de réponse, les sentiments s'en trouvent donc diversifiés.

Lorsqu'il est amené à céder face à une situation de pression de prescription, le médecin peut éprouver de l'énervement, de la colère, de la lassitude, de la frustration, de la culpabilité voire même de la honte.

A contrario, il émane de la satisfaction et de la fierté à ne pas céder.

Enfin, on peut noter que la sensation d'être en insécurité peut intervenir dans le fait de céder à une pression de prescription.

4. Les retombés de la pression de prescription.

a. La régression de la liberté de prescription.

Au milieu d'une lutte opposant la sécurité sociale, souhaitant une limitation des prescriptions, et une société de plus en plus demandeuse de soins, les médecins dénoncent une **régression de la liberté de prescription** : « *Quand on a fait trop de*

prescriptions, les mecs ne se demandent pas pourquoi, enfin ils viennent te taper sur les doigts, ils viennent, ils te disent : « Attention ! Tu vas te prendre un procès, la sécu va t'attaquer, tu vas te prendre une amende ! », alors qu'en fait on ne voit pas que s'il ne fait pas la prescription au patient, à la sortie, le médecin il va se faire tailler ! » (R3) ; « Mes collègues plus âgés que moi ont eu une liberté de prescription qui était certainement plus importante que celle qu'on a aujourd'hui. On est quand même plus contrôlé, il y a des règles qui sont plus établies » (M7) ; « Il faut non seulement justifier nos prescriptions et mais aussi justifier aux patients que leurs demandes ne sont pas les bonnes » (R2) ; « Je pense qu'on est moins libre qu'avant dans notre pratique. » (R5).

Les participants éprouvent aussi une **pression de justification des pratiques médicales** auprès de la sécurité sociale de plus en plus forte : « *Nous, on a des comptes à rendre à la sécurité sociale... Nos prescriptions sont codifiées. J'ai eu des confrères qui ont été obligés de rembourser des prescriptions qui étaient jugées comme abusives. » (M4) ; « On se fait redresser par la sécu. Moi récemment j'ai eu un contrôle de la sécu avec la visite régulière, tous les mois et demi, où la dame de la sécu m'a dit que je prescrivais trop d'antibiotiques. » (M5) ; « Ce système de ROSP est une belle sucette pour ne pas nous payer plus la cotation « G ». » (R1) ; « Je trouve qu'on est un petit peu trop aux crochets de la sécurité sociale. On est plus contrôlé, on fait moins ce qu'on veut ! » (R5).*

b. Une amélioration de la perception de la qualité de vie globale ...

L'évolution de la **qualité de vie globale** du médecin généraliste est perçue **positivement**, notamment par le fait d'une **réduction du temps effectif de travail** : « *Honnêtement, je trouve que je ne travaille pas beaucoup. Je protège ma qualité de vie en arrivant à m'extraire du boulot. » (M2) ; « En un sens la qualité de vie augmente parce qu'on gagne mieux sa vie, je ne travaille pas beaucoup en nombre de jours. » (M3) ; « La qualité de vie s'est améliorée. On travaille beaucoup moins que nos prédécesseurs. J'ai entendu dès mes débuts par les anciens patients que les médecins travaillaient jour et nuit, weekends compris et qu'ils finissaient leur journée à minuit...ce que personnellement je n'ai jamais vécu. » (M6) ; « La perception du médecin de lui-même évolue de manière positive je pense, parce qu'on s'organise différemment pour que nos vies soient un petit peu plus libre et qu'on ait un peu plus*

de temps libre. Donc de mon point de vue, je pense qu'on évolue positivement. » (R2) ; « Ça va plutôt en s'améliorant, parce que je trouve que la majorité des gens travaillent moins qu'avant et j'ai l'impression que les médecins acceptent moins de corvées qu'avant. » (R5).

Un médecin a insisté sur le fait d'une dégradation de la qualité de vie globale du médecin généraliste : *« Je pense que la qualité de vie du médecin généraliste est de plus en plus mauvaise. Il y a une demande bien plus forte que l'offre de médecins généralistes libéraux en place. De plus, la vie est de plus en plus chère et le prix de la consultation ne bouge pas ou trop peu, du coup on doit travailler plus, avoir moins de vacances, le corolaire de tout ça étant une diminution de la qualité de vie du médecin généraliste ».* (R1).

Ce portrait positif au sujet de la qualité de vie globale du médecin généraliste contraste nettement avec celui de la qualité d'exercice professionnel ...

c. ... contrastant avec une dégradation des conditions d'exercice professionnel.

Tous les médecins déplorent une dégradation des conditions de travail, mais à différents niveaux.

En premier lieu, la **diminution du nombre de médecins**, notamment ceux partis à la retraite récemment et non remplacés, impose une charge de travail de plus en plus importante : *« Je fais des journées qui sont très chargées et qui, surtout, le sont de plus en plus, parce qu'il y a de moins en moins de médecins. On est plus stressé, plus fatigué. Je travaille plus qu'avant, car je fais plus d'heures qu'avant, parce que je finis beaucoup plus tard. Mes journées sont devenues aussi plus stressantes car il y a de plus en plus de patients. »* (M3) ; *« C'est vrai qu'on a de plus en plus de travail. Plus en volume oui : il y a moins de médecins qui fait que mécaniquement on a plus de travail. »* (M4) ; *« J'ai l'impression de travailler autant voire plus qu'avant, parce que je dois refuser tous les jours des gens qui me demandent d'être leur médecin traitant après des départs à la retraite. »* (M7).

D'autres évoquent la **fragilité du statut de libéral** : *« En profession libérale, je pense qu'on ne s'arrête jamais de travailler... Nous on ne sait pas vraiment ce que c'est que des congés maladies et en fait on s'oublie parfois. Je trouve qu'on a beaucoup de*

pression, beaucoup de pression administrative. On est trop peu en libéral et il y a beaucoup de contraintes [...] Mais je pense que mes amies qui ont opté pour du salariat sont mieux dans leurs pompes et subissent moins de pression. » (M5) ; « Être libéral c'est le mieux, mais d'un côté... c'est un peu précaire. C'est vrai que les jeunes médecins se détournent du libéral parce qu'il y a des gros traits négatifs qui sont en train de se mettre en place et il faut être vigilant sur ça, sinon la profession va se prendre une claque. » (R3).

La grabatisation des patients en lien avec l'allongement de l'espérance de vie : « *Je trouve que le gros problème de notre profession est que, même si on a eu une revalorisation de la consultation à 25 euros, reste le problème des patients poly-pathologiques, grabataires, qui sont de plus en plus âgés et qui demandent énormément de temps, ce qui n'est malheureusement pas valorisé. » (M1)*

Un autre facteur évoqué est l'**incivisme grandissant** : « *Il y a cette tension du fait de l'incivisme que je ressens de plus en plus. C'est vrai qu'en ce moment je souffre plus de ces histoires-là. C'est vrai que cela me tape plus sur le système. Quand j'en arrive à virer quelqu'un, c'est sûr que c'est marquant. Et ces situations arrivent de plus en plus fréquemment, donc cela influe certainement sur ma qualité de vie. Ce genre de situations étaient très très rares avant. Depuis deux ans c'est très net, il y a de plus en plus de situations de tension, liées notamment à la pression de prescription et aux demandes abusives. » (M2).*

Pour résumer, cette dégradation de la qualité de l'exercice professionnel est : « *le fait qu'il y ait moins de médecins, le fait que les patients soient plus demandeurs, le fait que les patients harcèlent plus généralement, je pense que les horaires sont moins conséquents qu'avant, mais la demande du patient est plus difficile à gérer. On est un peu le médecin de premier et de dernier recours. » (R4).*

d. Remise en question de la vocation médicale.

Comme nous l'avons vu, la pression de prescription, notamment en termes de fréquence, est perçue de manière différente en fonction du médecin, mais reste quand même **un pourcentage minoritaire** des consultations : « *heureusement c'est pas pour tous les patients. » (M5).*

Néanmoins, les médecins ont évoqué qu'une **généralisation de ce phénomène pourrait remettre en cause leur pratique médicale** : « *Si on avait que des gens qui étaient demandeurs de prescription médicale, ce serait la mort de notre métier* » (M5) ; « *Je le dis honnêtement, si au quotidien on avait ces problèmes, j'arrêteraï.* » (M1) ; « *Ça peut remettre en cause le fondement du métier. Je connais un jeune médecin qui en est arrivé à la conclusion que de prescrire en permanence des arrêts de travail n'était pas la façon de vivre sa médecine et qui a décidé de partir. Je trouve que c'est bien d'un côté mais que c'est grave aussi de l'autre.* » (M4) ; « *Cela peut amener plus à un désintéret finalement. On nous demande, on prescrit, on ne se pose pas de questions. On se facilite la tâche finalement. On nous demande ça, on fait, on ne réfléchit pas derrière.* » (R2) ; « *Finalement on peut se retrouver à remettre en cause ses propres pratiques.* » (R3).

Les médecins participant à l'étude décrivent une amélioration de leur qualité de vie globale liée à une diminution de la quantité de travail.

Néanmoins, ils expriment le fait que cette situation reste fragile, entre d'une part une pression administrative accrue limitant leur liberté de prescription et d'autre part une dégradation de la qualité des conditions d'exercice, arrivant au prémisses qu'une généralisation des pratiques de pression de prescription remettrait en cause le principe même de leur pratique médicale.

5. Les solutions pour y faire face.

A la question posée sur les solutions préconisées pour faire face à des situations de pression de prescription, les médecins répondaient de leurs initiatives personnelles, soulignaient ensuite l'importance de l'éducation de la patientèle, la nécessité d'encadrer l'information médicale et le développement de l'éducation à la santé.

Puis, il a été affirmé la notion de groupes de paroles et de campagnes d'information de santé publique.

a. Initiatives personnelles.

L'expression « **se faire confiance** » a émergé de nombreux entretiens : « *Déjà, être sûr de soi. Toi tu as fait 10 ans d'études, l'autre à côté il n'en n'a pas fait.* » (M1) ; « *La prise de confiance en soi. Au début on est toujours inquiet, donc on prescrit plein d'examens. Plus ça va, plus on prend de la confiance.* » (M3) ; « *Avoir plus confiance en soi, de prendre confiance en soi.* » (M5) ; « *Moi je pense qu'il faut se faire confiance. Souvent on a quand même l'intuition qui est la bonne.* » (R2).

Certains évoquent le **déremboursement de certains traitements** : « *C'est vrai qu'il y a certains traitements qu'ils pourraient très bien se payer. Et je pense que c'est important que les gens sentent aussi une certaine contribution, même à hauteur d'un ou deux euros.* » (M5) ; « *En général quand ce n'est pas remboursé, la pression de prescription là n'est pas très forte.* » (M7) ; « *Après le déremboursement ce n'est pas plus mal, sur les médicaments qui sont un peu limites, qui ne servent à rien clairement, mais que les patients aiment bien. Là, la pression de prescription elle n'a plus lieu d'être et s'ils doivent le payer, en général ça met déjà un frein, ils réfléchissent tout de suite mieux.* » (R3).

D'autres ont une solution plus radicale : **mettre un terme à la relation avec le patient** : « *Cela se traduit par : « écouter on va arrêter là la consultation. Je vous prescrirai un traitement et à partir de cet instant, je ne serai plus votre médecin traitant ». Et là avec le patient c'est fini.* » (M4) ; « *J'ai une solution toute personnelle quand on arrive dans une situation de blocage : je mets un terme à la relation avec le patient, point final. J'essaye de le faire avec respect et puis voilà. C'est très simple. Elle est facile à mettre en œuvre. Tant pis pour le patient, mais je préfère mettre un terme à toute relation où il y a une pression de prescription surtout si elle est abusive.* » (M6).

La **liberté de refus** a aussi été abordée : « *Ne pas céder, même s'ils te disent « mon médecin me le prescrit habituellement » etc ...Toi tu n'as pas envie de le faire, tu ne le sens pas, tu ne le fais pas. De toute façon, on ne t'en voudra pas de ne pas le faire.* » (M1) ; « *Déjà, ne pas se prendre la tête. Les gens ce qu'ils veulent, c'est que tu prennes soin de leur santé, toi tu instaures ce qu'il faut. Après tu es libre de refuser.* » (R5).

Enfin, un médecin préconise de « **lâcher du lest** » dans certaines situations : « *Face à un malade, tu as la relation de confiance que tu es sensé établir, et donc tu es sensé lâcher du lest pour pouvoir expliquer aux gens.* « *Je lâche du lest pour te montrer que*

je suis ouvert, mais la prochaine fois, il faut que tu m'écoutes ». Lâcher du lest, cela fait partie de la relation de confiance. Un arrêt de travail qui peut paraître abusif, c'est dire à quelqu'un « Je t'ai entendu. Ton histoire n'est pas trop crédible, mais je t'ai entendu. Mais, tu ne peux pas me refaire la même histoire à chaque fois. » (M2).

b. Education de la patientèle.

Tous les médecins le disent : il faut **expliquer** aux patients, les éduquer, afin de pouvoir créer une relation de confiance et établir une alliance thérapeutique : « *L'éducation thérapeutique est essentielle. Peut-être devrait-on faire des séances dédiées d'éducation thérapeutique, notamment dans le cadre des maladies chroniques, pour leur apprendre l'auto-gestion et leur faire comprendre la prescription du médecin.* » (M1) ; « *C'est notre travail de leur expliquer. Il faut essayer d'expliquer calmement, même face à des demandes incongrues et inadaptées.* » (M2) ; « *Il faut expliquer, discuter. Avec le temps, les gens nous connaissent de plus en plus, ils sont plus en confiance. Il y a des gens qu'on ne pouvait pas laisser partir sans antibiotiques au début, mais après avoir gagné leur confiance, on y arrive. C'est du petit à petit.* » (M3) ; « *L'explication permet ce qu'on appelle l'alliance thérapeutique entre le médecin, le traitement et le patient.* » (M4) ; « *Expliquer aux gens, un petit peu à la manière dont nos pères nous l'ont enseignée dans notre cursus universitaire, ce qu'il en est réellement et surtout les bases scientifiques concrètes qui sont faites là-dessus.* » (R1) ; « *Tout simplement en se mettant au niveau du patient, en expliquant le pourquoi du comment. Pourquoi je ne prescrirais pas et pourquoi eux ils le veulent. Si on leur apporte des réponses en expliquant pourquoi on estime que cela n'est pas nécessaire de prescrire ça, souvent après quand ils comprennent, ils vont dans notre sens.* » (R2) ; « *Il faut qu'on puisse donner les moyens au patient de réfléchir donc de bien lui expliquer.* » (R3) ; « *Si on se tient à sa ligne de conduite et que globalement on explique que si ce n'est pas justifié, il n'y aura pas : je pense que la pression de prescription diminue fortement. Il faut expliquer en apportant une vulgarisation médicale appropriée.* » (R4).

c. Encadrement de l'information sur la santé.

Nous avons vu précédemment l'importance d'Internet et des médias dans la genèse de situations de pression de prescription.

Pour de nombreux médecins, l'encadrement de l'information sur la santé est devenu indispensable.

Pour certains, **Internet est ingérable**, c'est peine perdue : « *Contrôler l'information sur internet ? C'est irréalisable !* » (M2) ; « *Internet, je ne pense pas qu'on puisse le réguler.* » (M3) ; « *Internet c'est ingérable. Définitivement ! J'ai compris que c'était ingérable.* » (M4) ; « *Moi, je croie que c'est impossible de contrôler l'information. [...] L'information est partiellement gérée par des gens. Internet finalement ça ressemble beaucoup à l'être humain : c'est non-défini, ça peut varier à tout moment, donc finalement je pense que c'est quelque chose qui ne serait pas possible.* » (R3).

D'autres préconisent de « **former les gens au maniement d'Internet** » (M2) : « *Je pense que fournir comment trouver de l'information correcte est une partie prenante du rôle du médecin généraliste. Pour les gens qui arrivent avec des informations et des idées toutes faites, il faut analyser où est-ce qu'ils ont trouvé ça, comment ils se sont informés et après essayer de contrecarrer toutes ces « fake news » et leurs donner des pistes pour mieux s'informer par la suite, par exemple avec des revues un peu plus scientifiques ou des sites un peu plus sérieux, qu'ils arrivent à chercher leurs articles sur Cochran®.* » (R1).

Certains **sites de référence** devraient être plébiscités, fléchés, avec des **logos** apparents : « *Il faudrait un logo (entre guillemet) indiquant « là c'est sûr, c'est la vérité ».* C'est comme le CRAT®, moi les patientes enceintes je leur dis : « *Aller voir sur le CRAT®, vous avez un doute, allez voir sur le CRAT®.* » *Il faudrait vraiment des références à aller voir et justement ces références seraient contrôlées par des instances médicales ou des collèges de médecins.* » (R3) ; « *Vulgarisons le plus possible la santé, sur des sites assez fléchés comme sur le site Ameli® par exemple, avec des fiches en fonction des pathologies qui sont assez bien faites, en indiquant toujours d'aller voir un médecin, mais en donnant un cadre mieux contrôlé et en essayant de rendre obsolète tout ce qui est autour : tous les forums etc. ...* » (R4).

Certains préconisent une **implication du médecin comme conseiller** pour consulter des sites adaptés au patient : « *Le médecin pourrait conseiller à ses patients en leur disant, vous regardez tel site, là vous pouvez avoir confiance, mais il faut d'abord que le médecin ait confiance en ce site.* » (M7) ; « *Si finalement les patients informés, éduqués ont le réflexe d'aller vérifier sur des sites, s'ils aiment bien internet, ben qu'ils*

aillent voir sur des sites, ce n'est pas grave, mais sur des sites adaptés conseillés par son médecin. » (R3).

Concernant les **médias** de type presse écrite, radio ou télévision, émanant de journalistes, les avis sont plus incisifs : *« Par le biais des journalistes, on devrait faire plus attention à ce qui se dit. » (M3) ; « Il faut vraiment qu'il y ait un filtre de la connaissance là-derrrière. » (M4) ; « Il faudrait que cela passe par les syndicats de médecin, les ordres, les ARS (Agence Régionales de Santé), qui sont nos représentants et qui puissent contrôler un petit peu ce qui va être médiatisé, tout en nous sollicitant nous, pour cela soit mieux maîtrisé. » (R2) ; « Il faudrait dire aux journalistes d'arrêter de dire des conneries sur la santé. Ils parlent de la santé alors qu'ils n'y connaissent rien ! Après les gens, ils écoutent, ils croient ce que disent les journalistes, alors qu'ils n'y comprennent rien, quoi ! Il n'y a pas de contrôle de l'information journalistique au sujet de la santé. C'est comme si moi, par exemple je suis médecin et je vais parler à la télé d'ingénieries et que je donnais mon avis, quoi ! J'ai remarqué quand tu écoutes la télé au niveau de la santé et bien franchement, ce sont toujours des conneries. » (R5).*

d. Education à la santé.

L'instauration d'un parcours éducatif à la santé, question abordée lors des entretiens, a été reçue de diverses manières.

Pour certains, c'est une très bonne idée : *« Oui, carrément ! Par exemple, j'étais de garde aux urgences, à 5 h du matin, il y a la gamine de 18 ans qui vient pour des douleurs de règles qui n'a ni pris Spasfon[®] ni Doliprane[®]. Elle est sur son téléphone, tu as envie de lui dire « Tu ne viens pas aux urgences pour ça ! C'est une blague. ». Savoir que si tu as mal, tu prends du Doliprane[®]. » (M1) ; « Moi je pense que ce serait très bien parce que je pense qu'il y a des gens qui ont des réflexes trop faciles de consultation, alors en plus ce qui est malheureux c'est que ce sont des gens qui n'ont aucune notion du coût de la santé. » (M5) ; « Je trouve ça très bien, dès le plus jeune âge. Après il faut s'adapter à l'enfant. Le bien vivre ça s'apprend dès le début. » (M7) ; « Moi, je pense que tout ce qui va dans le sens de l'éducation, au stade où on en est dans notre pays, est bon à prendre. Je pense que les fondamentaux sont à éduquer. » (R3).*

D'autres participants sont plus sceptiques : « *Je n'y crois pas trop. L'idée est bonne, mais quand tu vois les conneries qui circulent sur l'alimentation, avec les végans, les sans gluten, on est loin d'arriver à une éducation.* » (M2) ; « *Je ne suis pas sûr qu'ils aient la capacité de comprendre tout petit. Et puis, si on se mettait à avoir des enfants de 8 ans qui demandent des antibiotiques, ça deviendrait encore plus compliqué, je pense que c'est un peu tôt. C'est plus aux parents qui viennent avec eux qui nous font ça : je pense qu'il faut plus s'adresser aux parents et aux adultes.* » (R4).

e. Formations médicales continues et groupes de parole.

Une autre question abordée durant les entretiens concernait l'utilité d'une formation médicale continue.

Globalement, les médecins interrogés pourraient être intéressés : « *Si cela permet de savoir gérer des situations complexes, ils peuvent nous donner des clefs, avec des médiateurs. Cela peut être intéressant, je pourrais être intéressé.* » (M1) ; « *Je pense qu'une formation pour savoir comment réagir face à ça serait bénéfique.* » (M2) ; « *Oui, ça peut avoir un intérêt. J'aimerais savoir effectivement comment font les autres médecins, j'en parlerais pourquoi pas avec eux à l'occasion d'une réunion de formation médicale continue. Ce serait intéressant d'avoir des échanges sur le sujet avec des confrères.* » (M6) ; « *Je pense que ça peut aider certains médecins qui sont justement harcelés toute la journée et qui ne savent pas exactement comment répondre à ces demandes. Ou alors à des médecins qui sont soit des remplaçants et qui débutent, soit des médecins qui se sont laissé dépasser dans leur exercice.* » (R4).

Un médecin a tenu à différencier formation médicale continue et groupe de parole : « *Le problème de la formation médicale continue c'est que ça dépend de qui la fait, car cela peut être une vaste fumisterie. Un groupe de parole, ça serait intéressant puisqu'on pourrait échanger entre confrères qui vivent les mêmes situations de stress. Je pense que le truc le plus intéressant c'est les réunions entre professionnels médico-libéraux pour pouvoir échanger, je pense que c'est le truc le plus profitable pour échanger des difficultés.* » (M5).

Enfin, d'autres étaient plus sceptiques : « *Pas pour moi, parce que je n'ai pas l'impression que c'est une difficulté pour moi.* » (M3) ; « *Oui et non. Cela dépend du caractère des médecins. Pour que ce soit systématique, alors là ma réponse est non.* »

Après, si c'est une proposition et qu'il y a des médecins qui sentent le besoin d'avoir une formation là-dessus, pourquoi pas, cela peut être pertinent. Pour ma part, je ne souhaite pas assister à une formation sur ce thème-là. » (R1).

f. Campagnes d'informations, actions publiques et réforme de la prolongation d'arrêt de travail.

Deux médecins ont souligné l'importance des campagnes d'information réalisées par la sécurité sociale : « Une chose importante c'est toutes les actions de santé comme « les antibiotiques c'est pas automatique ». Ça aide » (R4) ; « Faire plus de campagnes d'information auprès des gens. Mon frère habite les Pays-Bas et il y a vachement plus de campagnes d'informations : « Ne consulter pas votre médecin pour ceci. Ne venez pas voir votre médecin pour cela ». Les gens sont plus informés, consultent moins, consomment moins. » (R5).

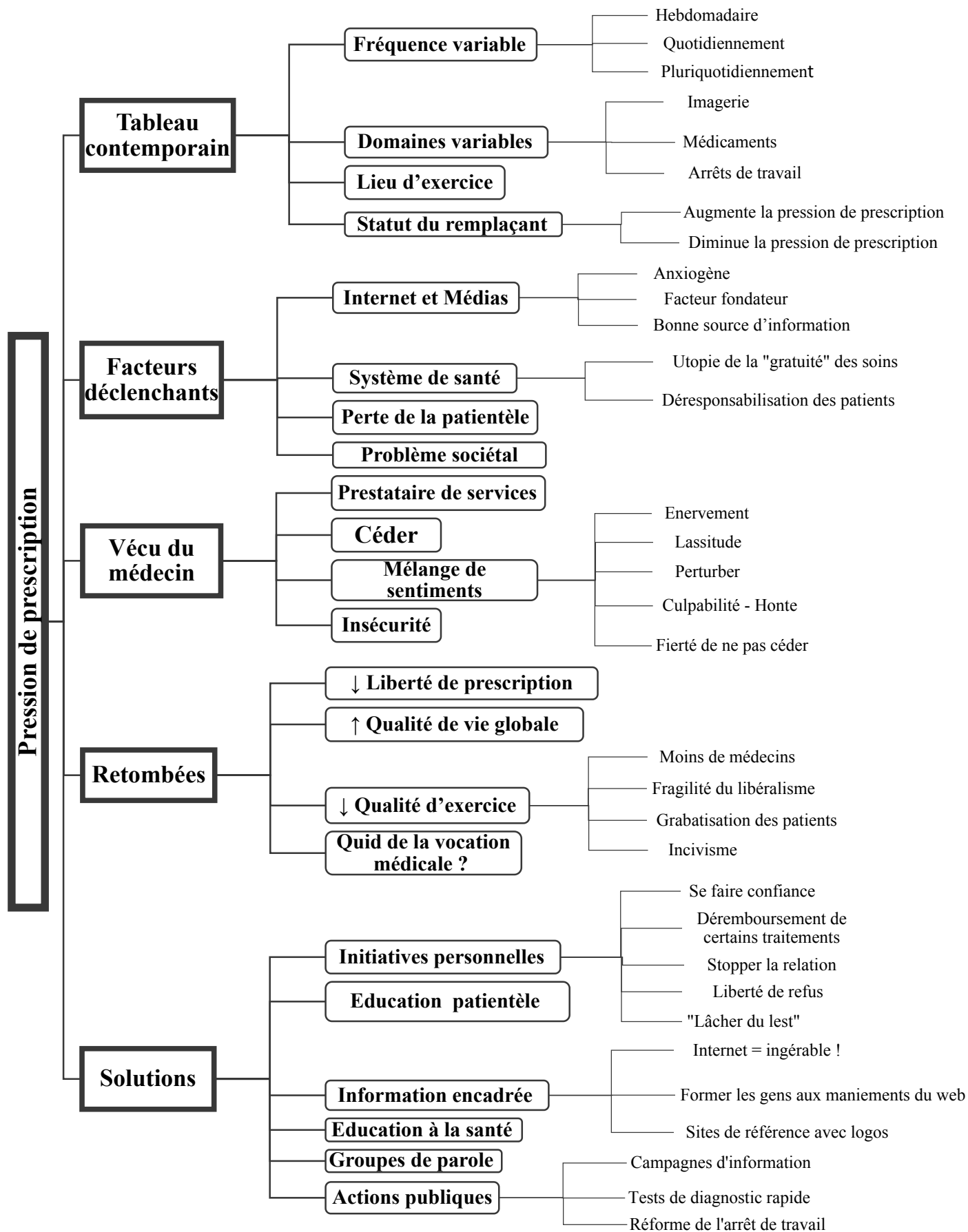
Un médecin a précisé que les brochures sur certaines pathologies étaient pertinentes : « Les brochures de l'assurance maladie, par exemple il y avait une brochure sur la lombalgie, leur faire comprendre qu'au quotidien il y a des exercices à faire chez eux, et pas aller tout le temps chez le kiné faire un nombre incalculable de séances. » (M1).

Un participant a souligné l'utilité des tests de diagnostic rapide : « Avoir plus de test de diagnostic, les tests par exemple pour l'angine, le fait d'avoir le Streptotest[®], ça sauve des pressions de prescription. Les gens viennent en demandant un antibiotique, on fait le test, globalement le test ne ment pas : on sait si c'est positif ou négatif, on l'explique au patient et ça les aide à accepter les choses. Il ne faut pas créer des tests pour tout, mais c'est très utile » (R4).

Enfin un médecin a préconisé de réformer la manière d'effectuer des arrêts de travail : « Moi je serais pour que toute prolongation de plus de 10 jours soit faite par un médecin de la sécu ! Ça éviterait la détérioration de la relation. On peut obtempérer pour 8 à 10 jours s'il le faut. Après ce n'est plus de notre ressort !!! On aurait ainsi moins de pression. Mais ça déplace le problème, ça ne le résout pas ... » (M4).

IV. Discussion

A. Synthèse des résultats.



B. Biais et validités de l'étude.

1. Biais.

a. Biais de sélection.

Le recrutement des médecins par la méthode de « proche en proche » a pu causer **un biais de sélection**, notamment par la connaissance directe ou indirecte des intéressés.

Le genre de l'échantillon de médecins est comparable à celui de la démographie médicale actuelle ; contrairement à l'âge moyen du fait du choix de la sélection d'un pourcentage de remplaçant dans l'étude (42 %) bien plus élevé que dans la population médicale générale (10 %). Néanmoins, soulignons le fait que trois de ces médecins remplaçants vont s'installer dans les mois à venir.

J'ai ainsi eu la possibilité d'avoir un échantillon de médecins avec des **profils variés** en âge, genre, modalité d'exercice, chose souhaitable en analyse qualitative pour essayer d'objectiver une meilleure représentativité des opinions.

Cette méthode a aussi présenté des avantages. Le sujet de l'étude pouvant être sensible, certains médecins n'ayant pas forcément d'attrait pour ce thème, cette forme de recrutement m'a permis **d'inclure des médecins qui n'y auraient pas participé** si j'avais employé une méthode plus conventionnelle de recrutement, de type contact téléphonique ou e-mail.

Ainsi, cette méthode de recrutement m'a permis d'avoir une population de médecins avec **des points de vue hétérogènes** sur le sujet, me permettant d'atténuer le **bias de désirabilité sociale** (77).

b. Biais de recueil.

Je réalise ma première étude, de ce fait mon **inexpérience** a induit un biais certain dans le recueil de l'information, la pratique d'entretiens semi-dirigés nécessitant une méthodologie dans la formulation et la posture du chercheur (78).

Pour améliorer ma méthodologie exécutive, chaque réalisation d'entretien a été **analysée et critiquée** avant d'en effectuer un nouveau. Ainsi, le guide d'entretien a été modifié deux fois pour arriver à sa présentation finale dès le troisième entretien.

Le **biais affectif** reflète la fluctuation des humeurs du chercheur, pouvant altérer son niveau d'attention, d'écoute, d'observation et ainsi impacter le recueil d'informations. Ce biais a été atténué par la **programmation** des entretiens et leur **préparation** au préalable.

Pour lutter contre les **biais de stéréotypes et des préjugés**, du « qu'en-dira-t-on », pour essayer d'obtenir un dialogue le plus honnête et franc possible, il est énoncé clairement dès la prise de contact que les résultats seraient rendus **entièrement anonymes**, cette garantie étant rappelée avant de débiter les entretiens.

Enfin, on peut noter un **biais de saisonnalité** dans le sens où les entretiens ont été réalisés en période estivale, pouvant influencer les exemples décrits par les participants, « la trousse de voyage » étant régulièrement citée par exemple.

c. Biais de retranscription.

Les données audios ont été retranscrites manuellement à l'aide du logiciel de traitement de texte Word[®]. Même si l'intonation du médecin et ma présence sur le lieu de l'entretien étaient fondamentales, certaines réponses fournies par l'interlocuteur pouvaient être mal retranscrites, induisant une mauvaise interprétation. En cas de doute, je demandais au participant concerné une **vérification** pour la retranscription et l'interprétation des données ciblées.

d. Biais d'interprétation.

Pour réaliser mon projet et parvenir à mon objectif, je me suis formé à la méthodologie qualitative, tout comme les deux autres chercheurs qui m'ont aidé à réaliser la **triangulation** de cette étude.

Notre expérience étant proche du néant dans ce domaine, un **biais d'interprétation** est indéniable.

Cependant, pour lutter contre ce biais et renforcer la validité interne, il a été effectué un codage parallèle en aveugle, une vérification de la clarté des catégories et une vérification auprès des participants.

2. Validités.

a. Validité interne.

Comme le décrivent Blais et Martineau, « le recours au codage parallèle en aveugle, à la clarification des catégories et à la vérification des résultats auprès des participants constituent, à notre avis, des stratégies efficaces permettant d'assurer la rigueur de l'analyse inductive et des résultats qui en découlent, et ce, dans le but d'élaborer un sens à partir des données initialement recueillies » (72).

Le codage parallèle en aveugle a été effectué par moi-même et un **deuxième chercheur-codeur**, qui m'a apporté son soutien, s'est formé pour l'occasion à la méthodologie qualitative et en particulier à l'analyse inductive générale. Ce chercheur-codeur était bien sûr informé du sujet de l'étude et de ses objectifs.

Le codage parallèle en aveugle a consisté, chacun de son côté, à **l'analyse complète du verbatim**, d'où on a extrait des **unités de sens**, regroupées en **sous-catégories** puis en **catégories**.

Les catégories des deux chercheurs ont ensuite été **comparées**, permettant de les **regrouper**, les **réorganiser** et de **discuter** de catégories différentes.

La participation d'un troisième chercheur-codeur, informé lui aussi du sujet de l'étude et de ses objectifs, a permis d'effectuer **la vérification de la clarté des catégories**. Après description de l'ensemble des catégories, un entretien préalablement codé par moi-même lui était confié. Sa mission consistait à **attribuer des portions de texte aux catégories initiales**. Puis, nous vérifions la concordance de nos attributions respectives : avec peu de variation de codage, la clarté des catégories a ainsi été obtenue.

J'ai ensuite effectué **une vérification auprès des participants**.

Dans un premier temps et si nécessaire en cas de doute, par la vérification de la retranscription de l'entretien.

Puis, j'ai envoyé une copie de la version préliminaire de la partie « Résultats » de cette thèse à l'ensemble des membres de l'étude afin qu'ils puissent me donner leur approbation sur les catégories qui en ressortent ou leurs désaccords.

Enfin, je leur ai envoyé une copie de la version préliminaire de la totalité de la thèse dans un même objectif délibératoire.

b. Validité externe.

Elle sera obtenue par la congruence des résultats de l'étude aux données de la littérature, effectuée dans le chapitre suivant.

C. Confrontation des résultats aux données de la littérature.

1. Une évolution du tableau de la pression de prescription ?

Nous avons décrit que la pression de prescription est perçue de manière variable, certains médecins la ressentant **peu, non quotidiennement** dans leur pratique, d'autres **quotidiennement** et enfin certains **pluri-quotidiennement**.

Les domaines d'application perçus sont eux-aussi variables, l'**imagerie** étant le plus cité, devant les **médicaments** et les **arrêts de travail**.

Concernant les médicaments, les **antibiotiques** sont le plus désignés, devant les **antalgiques** et les **psychotropes**.

Notre étude est qualitative, centrée sur le ressenti du médecin, ne permettant pas de quantifier la fréquence des consultations et les domaines sur lesquels la pression de prescription s'exerce, contrairement à l'étude « Pression de prescription : étude pilote en médecine générale » (58).

Publiée en novembre 2003 dans la revue *Thérapie* et réalisée dans la région toulousaine par une équipe menée par le Dr Delga, cette étude menée sur 599

consultations décrit qu'**un patient sur quatre soit 25 %** exerce une pression de prescription.

Concernant les domaines d'application, les **médicaments** (17 %) sont de loin les plus concernés, devant les actes de biologie (2,5 %), les arrêts de travail (2 %), les demandes d'imagerie (1 %) ou les demandes de certificat médical (1 %).

Parmi les médicaments, nous retrouvons les **antalgiques** (28 %) en premier lieu, devant les anti-inflammatoires (17 %), les médicaments de la sphère gastro-entérologique (16 %), ou les antibiotiques (14 %). Les médicaments psychotropes (6 %) arrivent bien après, ce résultat ayant surpris les auteurs.

Entre notre étude qualitative et cette étude quantitative, nous pouvons observer des **similitudes** sur la **fréquence** des consultations où s'exerce une pression de prescription ou sur les domaines concernant notamment les **médicaments** ; mais aussi **de grandes différences**, l'**imagerie** et les **arrêts de travail** n'étant que très peu représentatifs en quantitatif, les **antibiotiques** arrivant loin derrière les antalgiques ou encore les **médicaments neuropsychiatriques** étant moins fréquemment cités que dans notre enquête.

Soulignons le fait que cette étude quantitative a été réalisée il y a **une vingtaine d'années**, un moment où Internet n'était pas du tout démocratisé et où la notion de pression de prescription commençait juste à être étudiée.

Nous pouvons ainsi nous poser la question de savoir s'il y a eu une évolution du tableau de la pression de prescription depuis vingt ans ou si ces différences s'expliquent par le fait de la subjectivité du ressenti du médecin et de la méthodologie qualitative de l'étude qui en découle : une nouvelle étude quantitative, réalisée de nos jours, répondrait certainement à cette question.

2. Impact d'Internet et des médias : entre anxiété, incontrôlabilité et inévitabilité.

Comme décrit dans l'article 35 du code de déontologie médicale (12), le **droit à l'information est un droit fondamental du patient.**

Ceci est d'autant plus vraie depuis **la loi du 4 mars 2002 dite loi Kouchner** (5).

La recherche d'informations médicales sur internet peut s'apparenter à **l'exploration dans une nébuleuse**, notamment depuis la date symbolique du 26 juin 1997 où le vice-président des États-Unis, Al Gore, décida que la base de données bibliographiques MEDLINE serait accessible et gratuite pour tous (79).

L'apparition de ce lot d'informations incalculable a fait émerger deux principales inquiétudes pour les professionnels de santé (80) :

- **quel est son impact sur le patient et la relation médecin-patient ?**
- **comment contrôler la qualité des informations sur la santé ?**

Dans notre étude, les médecins sont unanimes : l'information sur la santé traitée telle qu'elle est aujourd'hui est **anxiogène**, certains médecins évoquant même le fait que cette situation soit un **facteur fondateur de la pression de prescription**.

Ce constat est affirmé par l'étude « Effects of internet use on health and depression: a longitudinal study. » datant de 2010 (81) qui a démontré que « **l'utilisation d'Internet à des fins de santé était associée à une dépression accrue** ». Il y est décrit que ce résultat était lié au risque augmenté de rumination et d'anxiété inutile.

La plupart des médecins participants soulignent le fait que le contrôle du contenu de l'information sur Internet est **ingérable**, préconisant l'implication du médecin généraliste comme conseiller pour trouver les informations adéquates.

Ce témoignage est confirmé par la Haute Autorité de Santé (HAS). En 2004, pour contrôler la qualité de l'information médicale présente sur internet, le législateur a nommé responsable la HAS d'établir une procédure de certification des sites dédiés à la santé et de déterminer des règles de bonne pratique devant être respectées (82).

L'outil technique d'internet étant extrêmement difficile à contrôler, voire impossible, permettant entre autres à des sites de ne pas se baser dans un territoire donné, la HAS a conclu dans ses différents rapports qu'« **il n'existe pas de méthode consensuelle pour mesurer la qualité de l'information présente sur internet.** » (83,84).

De novembre 2007 à juillet 2013, la HAS a choisi d'effectuer un partenariat avec la fondation suisse **Health On the Net** (HON) (85), une organisation non

gouvernementale, nationale, ayant un statut de consultant des Nations unies, pour certifier en France les sites relatifs à la santé (86).

Les sites certifiés par la fondation affichent un label : le « **HON-Code** ».

Ce code est établi à partir de **8 critères** obligeant les sites à : indiquer la qualification des rédacteurs ; expliciter le fait que ce sont des informations complémentaires ne remplaçant en rien la consultation médicale ; préserver la confidentialité des visiteurs ; citer et dater les sources ; justifier toute affirmation ; vulgariser l'information et fournir une adresse de contact ; afficher la transparence de financement ; certifier l'honnêteté dans la publicité et la politique éditoriale.

Cette certification peut être obtenue **sur la demande du site volontaire** à la fondation et après vérification.

Cependant, chose importante, la fondation HON ne garantit aucunement le **contenu** du site labélisé, se justifiant par le fait que ce contenu est modifiable en temps réel et qu'il est donc impossible de le certifier.

Cette **ambiguïté entre certification du site sans certification de son contenu** a été dénoncée par le Dr Dupagne en juin 2010 : « Il y existe une ambiguïté dont la fondation HON et la Haute Autorité de Santé sont co-responsables : avoir laissé croire que ce label attestait de la qualité des sites et donc de leur contenu éditorial. » (87).

Prescrire[®], association existant depuis janvier 1981, organisme agréé pour le développement professionnel continu, a retiré le label HON-Code en novembre 2010 (88).

En décembre 2011, le Conseil National de l'Ordre des Médecins s'exprime sur cette ambiguïté dans son livre blanc sur la déontologie médicale sur le web : « Cette démarche de certification a montré ses limites à la fois parce qu'elle reste méconnue du grand public et parce que des sites de qualité ne jugent pas nécessaire de l'adopter tandis que d'autres sites, aux pratiques parfois contestables, peuvent arborer le logo HON-Code » (89).

En mai 2013, la HAS annonce qu'elle ne renouvelle pas le partenariat avec la fondation HON : « Depuis 2007, la fondation HON assurait pour le compte de la HAS la mission de certification des sites internet de santé français. Ce partenariat ne sera pas reconduit, et la certification à double logo HAS/HON ne pourra plus être obtenue

à compter du 7 juillet 2013. [...] Le bilan de cette certification est contrasté : la certification HON/HAS est utile pour les éditeurs de site internet, mais elle apparaît comme peu utile pour les internautes. » (90).

La HAS précise qu'elle « souhaite aujourd'hui faire évoluer sa mission vers un dispositif qui privilégie l'esprit critique des internautes et les accompagner dans cet apprentissage. ».

A ma connaissance, il n'y a pas de nouveau procédé de la HAS pour la certification des sites internet sur la santé.

3. Usage stratégique du système de santé français.

Il ressort de nos entretiens une certaine idée **d'inconscience de la société vis-à-vis du coût de la santé**, avec une notion « de gratuité des soins », se répercutant au niveau sociétal et laissant apparaître **un trop grand laxisme du système de santé français**.

L'étude de Levasseur G. va dans ce sens en concluant que « **les patients peuvent avoir un usage stratégique du système de santé** » (91).

Cet article intitulé « Les demandes des patients jugées « non fondées » par les médecins », publié dans la *Revue du Praticien* en février 2003, décrit que **7 % des actes totaux** exercés en médecine générale libérale étaient jugés comme non fondés, provenant dans 90 % des cas de la patientèle habituelle, dont 50 % de personnes inactives et 20 % de patients titulaires de la CMU. Les demandes jugées comme non fondées étaient acceptées **deux fois sur trois**, mais cela dépendait du **lieu d'exercice** : la demande non fondée est acceptée dans 75 % des cas à la campagne ou en petite ville (< 8 000 habitants) contre 55 % en ville. **Trois fois sur dix**, la demande était acceptée pour la raison de « **client control** », soit la peur de perdre sa patientèle.

4. L'altération de la relation médecin-patient.

Le sentiment que la pratique du médecin généraliste évolue de manière à être réduit à un « **prestataire de services** » est unanimement exprimé dans notre étude.

Dans son article d'octobre 2011, le Pr Lejoyeux décrit la dérive possible de la relation médecin-malade en une **relation consumériste**, d'inspiration nord-américaine, menaçant l'éthique de cette relation : « le médecin gère sa patientèle comme une clientèle qu'il faut satisfaire, fidéliser et exploiter. [...]. Le malade n'est plus un patient, mais un client, le médecin est un prestataire de service qui adopte plutôt une position défensive face à un usager du système de soins potentiellement plaignant et accusateur. [...] L'acte médical est dès lors revendiqué comme un dû et non comme un service rendu. » (92).

Une évolution vers une relation de clientélisme peut faire craindre aux médecins généralistes une inflation des poursuites judiciaires.

Dans notre étude, un médecin a fait part de son expérience sur ce sujet, décrivant un procès suite à un refus de prescription d'imagerie et une procédure durant plus de dix ans.

D'un point de vue statistique, ce risque est réel mais finalement faible, stable depuis une dizaine d'années.

Dans son rapport annuel sur les risques des professions de santé (93), la MACSF décrit en 2017 un taux de sinistralité pour les médecins généraliste de 0,79 % et une moyenne de 1 % par an depuis 2010, pourcentage bien moindre que certaines spécialités, telles la neurochirurgie ou l'anesthésie.

Néanmoins, le médecin traitant est au centre du parcours de soins et reste confronté à des procédures judiciaires concernant notamment des retards ou des erreurs de diagnostic ; ou des problèmes de iatrogénies (94).

Conséquence : même si le nombre de déclarations envers les médecins généralistes restent stables depuis une dizaine d'année, on observe néanmoins une augmentation des condamnations : 66 % des médecins généralistes poursuivis sont condamnés en 2017 contre 49 % en 2009 (95) !

D'autre part, la notion de sentiment d'**insécurité** a été mise en exergue au cours des entretiens.

En 2003, faisant suite à l'observation par le Conseil National de l'Ordre des médecins d'une augmentation des agressions des médecins dans leur exercice, il a été décidé de créer l'Observatoire National pour la Sécurité des Médecins (ONSM) (96).

Dans son rapport annuel de 2018 (97), l'ONSM a dénombré **1 126 agressions de médecins**, constituant un nombre record (la moyenne sur les quinze dernières années étant de 783 agressions par an), le département des Bouches-du-Rhône étant le deuxième département français avec la statistique la plus haute (82 agressions en 2018).

Les médecins généralistes sont de loin les plus touchés (70 % des agressions contre 44 % des effectifs médicaux), huit fois sur dix l'agression est effectuée en exercice libéral.

Les principaux motifs d'incidents étaient relatifs à un reproche sur la prise en charge (30 %), le vol (22 %) ou un refus de prescription (15 %).

5. L'évolution du métier de médecin généraliste : entre récession du libéralisme et développement de l'exercice collectif.

Les médecins de notre étude déplorent l'**altération des conditions de travail et la fragilité du statut du médecin généraliste libéral** : « *le fait qu'il y ait moins de médecins, le fait que les patients soient plus demandeurs, le fait que les patients harcèlent plus généralement, je pense que les horaires sont moins conséquents qu'avant, mais la demande du patient est plus difficile à gérer. On est un peu le médecin de premier et de dernier recours.* » (R4).

Dans un dossier de presse s'intitulant *La démographie des professionnels de santé en 2018* (98), la DREES décrit la répartition des médecins en fonction de leur secteur d'activité : **47 %** des médecins sont en **libéral exclusif** (58 % pour les médecins généralistes) ; 32 % en salariat exclusif (pourcentage identique pour les médecins généralistes) ; 11 % en activité mixte (7 % pour les médecins généralistes) ; 10 % en remplacement (idem pour les médecins généralistes).

Or, on constate depuis une dizaine d'année un **déclin du libéralisme médical**.

La psychanalyste Danièle Lévy énonce que « l'image du médecin libéral a été profondément modifiée au cours des cinquante dernières années. Du notable à forte rémunération qui inspirait de la considération à ses malades, on est passé de nos jours au technicien devant se tenir au courant régulièrement des progrès scientifiques galopants. De plus, les mentalités et les relations sociales ayant changées, le médecin est confronté à des patients très informés, de plus en plus exigeants, et il se sent soumis à des obligations administratives de plus en plus contraignantes. » (99). Elle y décrit **les causes de cette situation** : diminution de l'estime des patients, augmentation de leurs exigences, de la pression médiatique, de la pression des instances publiques, des lourdeurs administratives (100), des charges financières (comme des loyers dans les villes), de l'isolement dans les campagnes et un spectre du risque judiciaire planant.

Le Dr Bloy affirme dans sa démarche sociologique longitudinale, menée auprès d'une cohorte d'une cinquantaine d'internes en médecine générale, **leur désir de pratiquer une activité mixte**, libérale et salariée : « Beaucoup évoquent leur rêve de pouvoir évoluer entre l'ambulatoire et l'hospitalier. [...] L'opposition ville/hôpital n'est pas structurante dans leurs représentations comme elle l'est pour beaucoup de leurs aînés. » (101).

Ce constat est confirmé dans le rapport de la DREES sur l'évolution de de la démographie médicale (102). Il y est exposé le **déclin du libéralisme exclusif** (passant de 47 % en 2016 à 38 % d'ici 2040) au profit du salariat et de l'exercice mixte ; la **féminisation de la profession** (passant de 44 % des effectifs en 2016 à 60 % en 2034) et son **rajeunissement** (l'âge moyen des médecins passant de 51 ans en 2016 à 45 ans en 2035) : **la combinaison de tous ces facteurs amène à une baisse de l'offre globale de soins et à une demande médicale supérieure à l'offre au cours des dix prochaines années, creusant les inégalités d'accès aux soins.**

6. L'éducation, outil fondamental pour faire face à la pression de prescription.

« Se faire confiance » et le principe de la liberté de refus ont été mis en avant par les participants. Dans *Oser dire « non » avec sérénité (103)*, Galam et Dumas nous donnent quelques clefs pour y parvenir : prendre le temps d'écouter le patient ; prendre le temps de sa propre réflexion ; adopter un **comportement assertif**, qui par le biais d'une communication affirmée, permet le respect des droits et volontés du médecin tout en respectant le patient ; dire « non » clairement ; maintenir sa position ; si besoin, mettre un terme à la consultation.

Le comportement assertif n'est pas incompatible avec le principe d'empathie, la capacité à ressentir les émotions de son interlocuteur, bien au contraire.

En se référant au sociologue Memmi, Lejoyeux encourage l'emploi **d'empathie et de réciprocité**, permettant dans un dialogue asymétrique, entre le médecin décisionnaire et le patient demandeur, que « chacun accepte d'entendre l'autre et de s'adapter à ses attentes » (92).

Cette notion est en lien avec le concept de « décision médicale partagée » (11). La décision médicale partagée permet un **échange de manière bilatérale** entre le médecin et le patient. Son principe réside dans le fait que le médecin **informe son patient**, à l'aide des données scientifiques, des différentes options possibles sur un sujet, que ce soit préventif, diagnostic ou thérapeutique. Le patient exprime en retour au médecin ses **préférences**. **La décision finale est prise d'un commun accord et est acceptée mutuellement.**

Cette démarche expliquant aux patients les différentes possibilités présente des **avantages**, notamment l'application du **principe du respect de la personne**, une **meilleure alliance thérapeutique** et une **amélioration de la sécurité des patients**.

Néanmoins, elle n'est **pas applicable pour tous les patients**.

De plus, la décision médicale partagée, à ce jour, **ne permet pas de réduire les coûts du système de santé**. Le patient peut dans ce contexte effectuer une **surutilisation** ou un **mésusage des soins** qu'il considère comme pertinents cliniquement. Aussi, il n'y a aucune théorie économique disponible affirmant qu'entre deux options

équivalentes et lorsque le choix est laissé au patient, celui-ci choisira toujours la moins onéreuse.

Pour se faire accepter du patient, dans un objectif de créer une relation de confiance permettant une alliance thérapeutique, les médecins de notre étude ont explicité la nécessité d'**expliquer** la décision prise : « ; « *L'explication permet ce qu'on appelle l'alliance thérapeutique entre le médecin, le traitement et le patient.* » (M4).

Ainsi, dans le même ordre d'idée, la **notion d'éducation thérapeutique** a aussi été formulée.

L'éducation thérapeutique est liée aux maladies chroniques, historiquement au diabète en France.

Elle est définie par Tourette-Turgis et Thievenaz comme étant « un champ de pratiques au carrefour de la médecine, du soin et de l'éducation permettant l'acquisition ou le renforcement des compétences par le malade et/ou ses proches et ainsi la réalisation d'un certain nombre d'activités au service de l'amélioration de sa santé et de l'obtention d'une meilleure qualité de vie. » (104).

Dans un contexte d'accroissement des maladies chroniques et d'inégalité d'accès aux soins, une **autonomisation** du patient concernant sa pathologie de longue durée a été souhaitée, lui permettant de pouvoir réagir à certaines situations aiguës et à pouvoir être acteur de la prise en charge de sa santé : la HAS édite ainsi en 2007 un guide méthodologique avec des recommandations concernant l'éducation thérapeutique (105).

L'éducation thérapeutique favorise donc une approche multidisciplinaire, faite d'échanges avec les différents acteurs médicaux, paramédicaux et le patient, lui permettant d'acquérir des compétences « d'auto-soins » et « d'adaptations », dans la finalité de mieux connaître sa maladie, soulager ses symptômes et prévenir ses complications (106).

L'éducation thérapeutique est à différencier de **l'éducation à la santé**. Un des objectifs de l'éducation est de permettre l'insertion la plus adaptée possible des écoliers dans la société de demain : on éduque aujourd'hui les citoyens de demain, qui seront aussi nos patients de demain. La santé étant un sujet primordial de notre société actuelle, sa place à l'école est indispensable.

En se basant sur la définition de la santé de l'OMS (107) et la charte d'Ottawa (108), le ministère de l'éducation nationale a permis la mise en place, par la circulaire du 28/01/2016 (109) et s'inscrivant à l'article L.541-1 du code de l'éducation (110), d'un **parcours éducatif de santé** pour tous les élèves.

Ce parcours éducatif de santé s'articule autour de trois axes (111) :

1. Un axe d'**éducation à la santé**, en lien avec le socle commun des connaissances, des compétences et de la culture, au travers d'actions éducatives menées par les enseignants.

2. Un axe de **prévention**, regroupant les initiatives centrées sur des problématiques de santé jugées comme prioritaire par les acteurs locaux du territoire de santé.

3. Un axe de **protection** visant à créer un climat favorable à la santé et au bien-être de tous. Cette démarche est collective et s'appuie sur les différents acteurs médicaux, paramédicaux, sociaux, associatifs et familiaux.

Acteur principal de ce parcours éducatif à la santé, le personnel éducatif a dû et doit se former (112) : la **formation initiale** a été modifiée à partir de 2013 ; un **plan national de formation** a vu le jour en 2018 (113) précisant les orientations pour la formation des cadres pédagogiques et administratifs de l'éducation nationale ; des formations continues se développent par des **plans académiques de formation** (114) et des **parcours de formation M@gistère** (115).

Nous avons évoqué l'éducation thérapeutique, puis l'éducation à la santé, évoquons maintenant l'**éducation de la société par les campagnes de sensibilisation sur la santé**.

Ces campagnes sont bien perçues par les médecins : « *Une chose importante, c'est toutes les actions de santé comme « les antibiotiques, c'est pas automatique ». Ça aide* » (R4).

Cette campagne, « Les antibiotiques, c'est pas automatique », initiée en 2002 et réitérée durant chaque hiver jusqu'en 2007, a permis la réduction de prescription des antibiotiques de près de 26,5 % pendant cette période (116).

Depuis novembre 2018, le ministère des solidarités et de la santé a lancé une nouvelle campagne de sensibilisation : « Les antibiotiques sont précieux, utilisons-les mieux » (117).

En 2017, l'Assurance Maladie a initié la campagne « Mal de dos ? Le bon traitement, c'est le mouvement », en fournissant notamment les salles d'attente des praticiens en brochures explicatives et en développant une application mobile destinée au grand public, Activ'Dos[®], proposant des exercices et des astuces du quotidien pour préserver son dos (118).

Fin 2018, l'Assurance Maladie a étendu cette sensibilisation aux employeurs par le message « Faites du bien à votre entreprise, agissez contre le mal de dos », visant à les encourager à mettre en place des démarches de prévention collectives et à les orienter vers les solutions existantes (119).

Depuis mars 2018, l'Assurance Maladie a déployé la campagne Sophia « Mieux vivre avec son asthme, c'est possible », au travers un dispositif 100 % digital sur les thèmes du sport, du printemps et du sommeil, et par l'intermédiaire de brochures, newsletters, entretiens téléphoniques avec des infirmiers-conseillers et un site de coaching en ligne (120).

Concernant l'**éducation des médecins**, la proposition d'une formation médicale continue axée sur la gestion de la pression de prescription a été globalement bien accueillie par les médecins : « *Je pense qu'une formation pour savoir comment réagir face à ça (une situation de pression de prescription) serait bénéfique.* » (M2).

« Les médecins, quel que soit leur mode d'exercice, ont le devoir déontologique de se former et d'évaluer leurs pratiques » (121). De ce fait, la formation médicale continue est devenue obligatoire depuis 1996 (122), tout comme l'évaluation des pratiques professionnelles depuis 2006 (123), les deux entités étant complémentaires et englobées par l'obligation de développement professionnel continu à partir de 2009 (124).

Je n'ai pas retrouvé de formation médicale continue centrée précisément sur l'objet de notre étude. Par contre, des formations sont effectuées sur d'autres thématiques : la pratique de la **mindfulness**, la méditation de pleine conscience, qui peut permettre de mieux gérer des situations complexes et de prévenir le stress professionnel ; la **communication non violente**, approche améliorant la prise en charge des situations conflictuelles, en favorisant la relation médecin-patient par la compréhension des frustrations des patients et du médecin ; ou encore la **process communication** qui légitime l'adaptation du discours à la personnalité de l'interlocuteur.

D. Perspectives et ouvertures.

L'étude **quantitative** de Delga et al. date de 2003 (58). Avec un contexte actuel de la relation médecin-patient bien différent, il semble justifié d'actualiser ce travail pour **évaluer l'évolution de ce phénomène**, notamment en termes de fréquence de consultations et des domaines appliqués.

Nous avons pu objectiver le ressenti du médecin généraliste face à la pression de prescription : il serait donc nécessaire de connaître **le point de vue des patients** sur ce sujet. Chose faite dans un article de 2006, où Esman et al., après l'analyse de 1 743 questionnaires exploitables et récoltés par la réalisation d'un sondage téléphonique, ont conclu qu'« **il faudrait que les médecins apprennent à transformer ce qui est parfois ressenti comme une pression (de prescription), en participation consciente et constructive du patient.** » (56). Il y est décrit le portrait du patient « modificateur de prescription », s'informant régulièrement sur la santé et souvent acteur d'une pression. Avec **l'accroissement des moyens d'information sur la santé**, touchant facilement et rapidement beaucoup plus de monde de nos jours, il serait intéressant d'effectuer une nouvelle étude de ce type pour comparer les conclusions, savoir si les patients ont conscience qu'ils peuvent effectuer une pression de prescription et leurs ressentis sur la relation médecin-malade actuelle.

D'autre part, notre essai s'articule autour de la médecine générale libérale, il serait intéressant de connaître l'avis des **spécialistes libéraux** sur la question, savoir si effectivement une pression de prescription s'exerce dans leur métier, la quantifier et objectiver leur ressenti.

Il en est de même pour les **praticiens hospitaliers**. Il serait particulièrement pertinent de prospecter **aux urgences**, secteur actuellement en crise (125 – 127), où j'ai moi-même été confronté à de multiples situations de pression de prescription, par des études quantitatives et qualitatives, pouvant participer aux mesures nécessaires futures et actuelles (128,129), dans le but d'aider nos services d'urgences.

Par ailleurs, j'ai remarqué un attrait certain pour le sujet en discutant avec d'autres **professionnels de santé**, tels que les pharmaciens, les infirmiers libéraux, les masseurs-kinésithérapeutes : toutes ces professions étant assujettis à la prescription, une étude objectivant leur réflexion serait appropriée.

Enfin, il a été question à de multiples reprises du fonctionnement du système de santé français, avec la notion de « gratuité des soins » perçue par la société : il serait ainsi judicieux d'étudier le phénomène de pression de prescription en comparaison avec les **systemes de santé étrangers**.

Conclusion.

Tous les médecins généralistes ont déjà ressenti la pression de prescription. Celle-ci s'exprime de manière diverse, que cela soit en termes de fréquence, de domaines d'application ou de réaction.

L'impact d'Internet et des médias, apportant un lot d'informations inépuisables et difficilement appréhendables, a profondément bouleversé la relation médecin-patient.

Le but de cette étude était d'objectiver un aspect particulier de cette relation : le ressenti du médecin généraliste et des remplaçants en médecine générale face à la pression de prescription exercée par les patients.

Il en ressort une diversité de perception, dépendant du caractère propre du médecin, de son lieu de travail et de ses modalités d'exercice.

Néanmoins, la pression de prescription est perçue unanimement de manière négative par les participants, les sentiments mis en avant étant ceux de la colère, de l'énervement, de la frustration, de la lassitude, de la culpabilité et de la honte.

On peut souligner les sentiments positifs de satisfaction de soi et de fierté par le fait de ne pas céder face à une situation de pression.

Les solutions abordées pour faire face à ce phénomène reposent sur un domaine fondamental : l'éducation.

L'éducation de la patientèle, en expliquant les raisons de la démarche des soins, les refus de certaines sollicitations et en conseillant les ressources d'informations aux patients demandeurs.

L'éducation thérapeutique, liée aux maladies chroniques et visant à autonomiser le patient sur certains aspects de sa pathologie et à améliorer sa qualité de vie.

L'éducation à la santé, par la création d'un parcours éducatif de santé depuis la rentrée 2018, permettant aux citoyens de demain d'acquérir des connaissances élémentaires et de saisir l'importance de protéger le système de santé actuel et futur.

L'éducation de la société, notamment par des campagnes d'information et de prévention destinées au grand public, promulguant des messages clés et efficaces.

L'éducation continue des médecins, par le développement professionnel continue, pouvant se traduire par des participations à des formations médicales centrées sur la gestion de la relation médecin-patient et de son évolution ; ou pour d'autres à des groupes de paroles permettant d'échanger sur les difficultés vécues et les moyens pour y faire face.

Cette notion de pression de prescription est relativement récente, elle est étudiée depuis le début des années 2000. Mais avec la démocratisation d'Internet et l'explosion des informations relatives à la santé depuis quinze ans, il serait intéressant d'effectuer de nouvelles études quantitatives pour objectiver l'évolution des caractéristiques de ce phénomène. Il serait aussi judicieux d'étendre ces travaux aux spécialistes libéraux, aux praticiens hospitaliers, les urgentistes étant en première ligne, ainsi qu'aux autres professionnels de santé.

Il serait également pertinent d'analyser le point de vue du patient sur la question, dans le but de préserver et améliorer la relation médecin-patient, pilier fondamental de la médecine.

Bibliographie.

1. Guillot-Duhem S, Petit S. Parents Casse-Couilles. Edition de l'Opportun; 2018.
2. Pierron J-P. Une nouvelle figure du patient? Les transformations contemporaines de la relation de soins. Sciences sociales et sante. 2007;Vol. 25(2):43-66.
3. Feinberg J. Legal Paternalism. Canadian Journal of Philosophy. 1977;106- 24.
4. Le nouveau visage de la relation patient – médecin [Internet]. Profil Médecin. 2017 [cité 11 juill 2019]. Disponible sur : <https://www.profilmedecin.fr/contenu/nouveau-visage-de-relation-patient-medecin/>
5. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.
6. Canto-Sperber M, Botros S. Dictionnaire d'éthique et de philosophie morale. PUF; 1996.
7. Beauchamp T, Childress J-F. Principles of Biomedical Ethics. Oxford University Press. 1979;
8. Schaerer R. Le « principe d'autonomie », ses ambiguïtés et ses illusions. Jusqu'à la mort accompagner la vie. 29 déc 2014;N° 116(1):37-45.
9. Grimaud D, Erny I. Ethique et Soins. ADSP. déc 2011;(77):11-65.
10. Engelhardt T-H. The Foundations of Bioethics. Oxford University Press. 1986;
11. HAS. Service Bonnes pratiques professionnelles. Patient et professionnels de santé : décider ensemble. Concept, aides destinées aux patients et impact de la « décision médicale partagée ». Octobre 2013;76.
12. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Code de déontologie médicale [Internet]. [cité 11 juill 2019]. Disponible sur : <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/codedeont.pdf>
13. Jaunait A. Comment peut-on être paternaliste ? Confiance et consentement dans la relation médecin-patient. Raisons politiques. 2003;no 11(3):59-79.
14. Légifrance. Article L1111-4 [Internet]. Code de la santé publique. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000031972276&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20160204>
15. Verspieren P. Malade et médecin, partenaires. Etudes. 2005;Tome 402(1):27-38.
16. Pr Druais P-L. Rapport sur la place et le rôle de la Médecine générale dans le système de santé [Internet]. 2015 [cité 14 juill 2019]. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_druais_mars_2015.pdf

17. Société Française de Médecine Générale. Les Soins primaires [Internet]. [cité 14 juill 2019]. Disponible sur : http://www.sfmng.org/data/generateur/generateur_fiche/805/fichier_fiche3_soins_primaires51e8e.pdf
18. Allen DJ, Heyrman PJ. WONCA Europe - La définition européenne de la médecine générale - médecine de famille. 2002;52.
19. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires - Article 36 | Legifrance [Internet]. [cité 14 juill 2019]. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2009/7/21/2009-879/jo/article_36
20. Comité Consultatif National d'Éthique. Progrès technique, santé et modèle de société : la dimension éthique des choix collectifs [Internet]. 1999 [cité 20 juill 2019]. Disponible sur : <https://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/publications/avis057.pdf>
21. DREES. Les dépenses de santé en 2017 - Résultats des comptes de la santé édition 2018 [Internet]. [cité 11 juill 2019]. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/cns18.pdf>
22. Charpy C. Les Comptes de la Sécurité Sociale - Septembre 2018. sept 2018;306.
23. Grangier J. Le vieillissement de la population entraîne une hausse des dépenses de santé liées aux affections de longue durée. [Internet]. 2018 [cité 20 juill 2019]. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1077.pdf>
24. Code de la sécurité sociale - Article L162-2-1 [Internet]. [cité 24 août 2019]. Disponible sur : <https://www.codes-et-lois.fr/code-de-la-securite-sociale/article-l162-2-1>
25. Assurance Maladie. Programme antibiotiques [Internet]. 2007 [cité 20 juill 2019]. Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/cnam.pdf>
26. IPSOS Santé pour l'Assurance Maladie. Le rapport des français et des européens à l'ordonnance et aux médicaments. 2005;15.
27. La rémunération sur objectifs de santé publique (Rosp) [Internet]. [cité 20 juill 2019]. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/remuneration/remuneration-objectifs>
28. Transports sanitaires en France : prise de pouls et diagnostic [Internet]. Ipsos. [cité 19 août 2019]. Disponible sur : <https://www.ipsos.com/fr-fr/transports-sanitaires-en-france-prise-de-pouls-et-diagnostic>
29. Pour votre transport, c'est votre santé d'abord [Internet]. [cité 20 juill 2019]. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/prescription-prise-charge/transports/prescription-transports>

30. Dupagne D. Atoute.org [Internet]. Atoute.org. [cité 21 juill 2019]. Disponible sur : <https://www.atoute.org/n/>
31. Dupagne D. Les nouvelles informations en santé. Les Tribunes de la sante. 2010;n° 29(4):33-9.
32. Conseil Général de l'Economie, de l'Industrie, de l'Energie et des Technologies, Autorité de Régulation des Communications Electroniques et des Postes, Agence du numérique. Baromètre du numérique 2018 [Internet]. 2018 [cité 21 juill 2019]. Disponible sur : <https://labo.societenumerique.gouv.fr/wp-content/uploads/2018/12/barometredunumerique2018.pdf>
33. Coëffé T. Chiffres Internet - 2018 [Internet]. BDM. 2018 [cité 21 juill 2019]. Disponible sur: <https://www.blogdumoderateur.com/chiffres-internet/>
34. Cassan M. Usages et attentes des Français à l'égard du digital en matière d'information sur leur santé. Mai 2016;31.
35. Quels enjeux pour les Français sur une labellisation dans la santé connectée ? [Internet]. Ipsos. [cité 19 août 2019]. Disponible sur : <https://www.ipsos.com/fr-fr/quels-enjeux-pour-les-francais-sur-une-labellisation-dans-la-sante-connectee>
36. Nabarette H. L'internet medical et la consommation d'information par les patients. *Reseaux*. 2002;no 114(4):249-86.
37. Les médecins à l'ère du numérique [Internet]. Ipsos. [cité 19 août 2019]. Disponible sur : <https://www.ipsos.com/fr-fr/les-medecins-lere-du-numerique>
38. Begue P. Hésitation vaccinale et contestations autour de la vaccination en 2017. *International Journal of Medicine and Surgery*. 14 juill 2017;4(1):80-85-85.
39. Larson HJ, Figueiredo A de, Xiahong Z, Schulz WS, Verger P, Johnston IG, et al. The State of Vaccine Confidence 2016: Global Insights Through a 67-Country Survey. *EBioMedicine*. 1 oct 2016;12:295-301.
40. Scheifele DW. « Comment pourrait-il y avoir une autre cause ? » Quand des troubles neurologiques surviennent après la vaccination. University of British Columbia and Child & Family Research Institute, Canada. avr 2013;4.
41. WHO. Weekly epidemiological novembre 2002, record N°47. p. 391-392 [Internet]. 2002 [cité 21 juill 2019]. Disponible sur : https://www.who.int/vaccine_safety/committee/reports/wer7747.pdf?ua=1
42. WHO. Weekly epidemiological record janvier 2003 n°4, p.18 [Internet]. 2003 [cité 21 juill 2019]. Disponible sur : https://www.who.int/vaccine_safety/committee/reports/wer7804.pdf?ua=1
43. Maisonneuve H, Floret D. Affaire Wakefield : 12 ans d'errance car aucun lien entre autisme et vaccination ROR n'a été montré. *La Presse Médicale*. 1 sept 2012;41(9, Part 1):827-34.

44. Wakefield AJ, Murch SH, Anthony A, Linnell J, Casson DM, Malik M, et al. RETRACTED: Ileal-lymphoid-nodular hyperplasia, non-specific colitis, and pervasive developmental disorder in children. *The Lancet*. 28 févr 1998;351(9103):637-41.
45. Mäkelä A, Nuorti JP, Peltola H. Neurologic disorders after measles-mumps-rubella vaccination. *Pediatrics*. nov 2002;110(5):957-63.
46. Retraction—Ileal-lymphoid-nodular hyperplasia, non-specific colitis, and pervasive developmental disorder in children - *The Lancet* [Internet]. [cité 21 juill 2019]. Disponible sur : [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(10\)60175-4/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(10)60175-4/fulltext)
47. Deer B. How the case against the MMR vaccine was fixed | *The BMJ* [Internet]. 2001 [cité 21 juill 2019]. Disponible sur : <https://www.bmj.com/content/342/bmj.c5347.full.print>
48. Deer B. How the vaccine crisis was meant to make money. *BMJ*. 14 janv 2011;342(jan11 4):c5258-c5258.
49. Deer B. The Lancet's two days to bury bad news. *BMJ*. 18 janv 2011;342(jan18 2):c7001- c7001.
50. Legifrance. LOI n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018 - Article 49 [Internet]. 2017 [cité 21 juill 2019]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idSectionTA=LEGISCTA000006171171&cidTexte=LEGITEXT000006072665>
51. Non-respect des obligations vaccinales [Internet]. [cité 21 juill 2019]. Disponible sur : <https://professionnels.vaccination-info-service.fr/Aspects-juridiques/Infractions-et-sanctions/Non-respect-des-obligations-vaccinales>
52. Amar E, Pereira C. Les prescriptions des médecins généralistes et leurs déterminants. 2005;12.
53. Rosman S. Les pratiques de prescription des médecins généralistes. Une étude sociologique comparative entre la France et les Pays-Bas. Bloy G, Schwyer FX Singuliers Généralistes : Sociologie de la médecine générale Rennes : Presse de l'École des Hautes Études en Santé Publique. 2010;117-131.
54. Creupelandt H, Anthierens S, Habraken H, Declercq T, Sirdifield C, Siriwardena AN, et al. Teaching young GPs to cope with psychosocial consultations without prescribing: a durable impact of an e-module on determinants of benzodiazepines prescribing. *BMC Med Educ*. 19 déc 2017;17(1):259.
55. Bloy G. L'incertitude en médecine générale: sources, formes et accommodements possibles. *Sciences sociales et sante*. 2008;Vol. 26(1):67-91.
56. Esman L, Oustric S, Michot M, Vidal M, Nicodème R, Arlet P. Rôle du patient dans la rédaction de l'ordonnance en médecine générale. *Revue du Praticien*. 16 mai 2006;Tome 20(732/733):594-6.

57. Armstrong D, Fry J, Armstrong P. Doctors' perceptions of pressure from patients for referral. *BMJ*. 18 mai 1991;302(6786):1186-8.
58. Delga C, Megnin Y, Oustric S, Laurent C, Pauly L, Vergez J-P, et al. Pression de prescription : étude pilote en médecine générale. *Thérapie*. 1 nov 2003;58(6):513-7.
59. Puyeo S, Mauviard E. Ressenti des médecins généralistes face à la pression de prescription. Définition d'une demande abusive [Internet]. [cité 11 juill 2019]. Disponible sur : https://www.prescrire.org/Docu/Rencontres2017/070_PueyoS_Poster_DemandeAbusive.pdf
60. Gerbaud E, Julien A-C. Déterminants de consultation amenant le médecin généraliste à céder à des demandes de prescriptions injustifiées et Stratégies de refus. 83.
61. Audouin-Dubreuil L. Impact des demandes injustifiées des patients sur les médecins généralistes [Internet]. [cité 11 juill 2019]. Disponible sur : <http://nuxeo.edel.univ-poitiers.fr/nuxeo/site/esupversions/d6167350-1c59-4c13-8e75-75fdf84ab944>
62. Jouve A, Perdrix C. Les demandes des patients ressenties comme abusives par les médecins : expériences des médecins généralistes et stratégies de gestion : étude qualitative par entretiens auprès de dix médecins généralistes de la Drôme. Lyon, France; 2017.
63. Département Universitaire de Médecine Générale. Faculté des sciences médicales et paramédicales de Marseille. Guide de remplissage des fiches de projet de thèse. [Internet]. 2019 [cité 5 août 2019]. Disponible sur : https://ametice.univ-amu.fr/pluginfile.php/784478/mod_resource/content/1/Guide%20de%20remplissage%20des%20fiches%20de%20projet.pdf
64. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P. Introduction à la recherche qualitative. 19:4.
65. Paillé P, Mucchielli A. Introduction. *U*. 2012;9-12.
66. Kohn L, Christiaens W. Les méthodes de recherches qualitatives dans la recherche en soins de santé : apports et croyances. Reflets et perspectives de la vie économique. 2014;Tome LIII(4):67-82.
67. Mortelmans D, Spooren P. A revalidation of the SET37 questionnaire. 2012.
68. Bloor M, Wood F. Keywords in qualitative methods: A vocabulary of research concepts. Thousand Oaks, CA: Sage Publications Ltd; 2006. viii, 195. (Keywords in qualitative methods: A vocabulary of research concepts).
69. Paillé P, Mucchielli A. Chapitre 3 - L'être essentiel de l'analyse qualitative. *U*. 2012;59- 84.

70. Letrilliart L, Bourgeois I, Vega A, Cittée J, Lutsman M. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative II. Exercer, la revue francophone de médecine générale. oct 2009;(88):106-12.
71. Paillé P, Mucchielli A. Chapitre 12 - L'analyse à l'aide des catégories conceptualisantes. U. 2012;315-74.
72. Blais M, Martineau S. L'analyse inductive générale : description d'une démarche visant à donner un sens à des données brutes. Recherches Qualitatives. 1 janv 2006;26.
73. Creswell JW. Educational research: planning, conducting, and evaluating quantitative and qualitative research. 4th éd. Upper Saddle River, N.J: Merrill; 2002. 671 p.
74. Thomas DR. A General Inductive Approach for Analyzing Qualitative Evaluation Data. American Journal of Evaluation. 1 juin 2006;27(2):237-46.
75. Miles MB, Huberman AM. Analyse des données qualitatives. De Boeck Supérieur; 2003. 630 p.
76. Bouet P, Mourgues J-M. Atlas de la démographie médicale en France : situation au 1er janvier 2018. [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2019 [cité 22 août 2019]. Disponible sur : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/hb1htw/cnom_atlas_2018_0.pdf
77. Chabal S. Les principaux biais à connaître en matière de recueil d'information. [Internet]. 2014 [cité 21 août 2019]. Disponible sur : http://www.cedip.developpement-durable.gouv.fr/IMG/pdf/Fiche_62_cle581f59.pdf
78. Kaufmann J-C. L'entretien compréhensif - 4e éd. Armand Colin; 2016. 96 p.
79. Dupagne D. E-santé. Communications. 2011;n° 88(1):57-65.
80. Akrich M, Méadel C. Internet: intrus ou médiateur dans la relation patient/médecin ? Santé, Société et Solidarité. 2009;8(2):87-92.
81. Bessière K, Pressman S, Kiesler S, Kraut R. Effects of Internet Use on Health and Depression: A Longitudinal Study. Vol. 12. 2010. e6 p.
82. HAS. Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie [Internet]. 2018 [cité 21 juill 2019]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-08/loi_n_2004-810_du_13_aout_2004_relative_a_lassurance_maladie.pdf
83. Laversin S, Nabarette H, HAS. Le patient internaute. [Internet]. 2017 [cité 11 juill 2019]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/patient_internaute_revue_litterature.pdf

84. Laversin S, Nabarette H, HAS. Évaluation de la qualité des sites e-santé et de la qualité de l'information de santé diffusée sur Internet [Internet]. 2017 [cité 21 juill 2019]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/evaluation_qualite_site_sante_internet.pdf
85. Health On the Net [Internet]. www.healthonnet.org. [cité 21 juill 2019]. Disponible sur : <https://www.healthonnet.org/fr/>
86. Nabarette H, Caniard É. Sites santé et régulation. Les Tribunes de la sante. 2010;n° 29(4):49-58.
87. Dupagne D. HONcode (2) [Internet]. [Atoute.org](http://atoute.org). 2010 [cité 18 août 2019]. Disponible sur : <https://www.atoute.org/n/article153.html>
88. Prescrire.org. Prescrire n'affiche pas le HONcode [Internet]. 2010 [cité 18 août 2019]. Disponible sur : <https://www.prescrire.org/Fr/12/38/0/529/About.aspx>
89. Ordre National des Médecins. Livre Blanc du Conseil National de l'Ordre des Médecins : déontologie médicale sur le web. [Internet]. 2011 [cité 18 août 2019]. Disponible sur : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/livre_blanc/f5xqk8/livre_blancdeontoweb2012.pdf
90. HAS. Vers une évolution de la certification des sites santé [Internet]. Haute Autorité de Santé. 2013 [cité 18 août 2019]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_1590507/fr/vers-une-evolution-de-la-certification-des-sites-sante
91. Levasseur G, Schweyer F. Les demandes des patients jugées « non fondées » par les médecins [Internet]. [cité 11 juill 2019]. Disponible sur : https://bv.univ-poitiers.fr/access/content/group/edb1a182-b8f3-4062-aa81-5283b64b421a/resspub/6%20Enseignements%20th%C3%A9oriques/Outils%20p%C3%A9dagogiques%20promotion%202012/GEAPI/geapi18/documents%20MSU/Bibliographie/demandes_non_fondes.pdf
92. Lejoyeux M. Contenus de la relation médecin-malade : place des modèles psychologiques. [Internet]. Académie nationale de médecine | Une institution dans son temps. 2011 [cité 11 août 2019]. Disponible sur : <http://www.academie-medecine.fr/contenus-de-la-relation-medecin-malade-place-des-modeles-psychologiques/>
93. MACSF.fr. Rapport annuel Risque Professions de Santé 20107, Chiffres Sinistres 2016 - MACSF [Internet]. MACSF.fr. [cité 19 août 2019]. Disponible sur : <https://www.macsfr.fr/Actualites/Rapport-annuel-sur-le-risque-des-professions-de-sante-en-2017>
94. Moll M-C. Analyse des dossiers de plainte en médecine générale : Synthèse et conclusion [Internet]. macsf-exerciceprofessionnel.fr. 2018 [cité 19 août 2019]. Disponible sur : <http://www.macsfr-exerciceprofessionnel.fr/Rapport-annuel-sur-le-risque-en-sante/A-la-une/Medecine-generale/etude-medecine-generale/Bilan-de-l-etude/etude-medecine-bilan>

95. Roux C. Généralistes face à la justice : leurs avocats racontent. [Internet]. Le Généraliste. N° 2811. 2017 [cité 19 août 2019]. Disponible sur : <https://www.cabinet-abc.fr/medias/shared/article-le-generaliste.pdf>
96. Huber F. Vécu de l'insécurité des médecins ayant fait un signalement au conseil de l'ordre : étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de 23 médecins de Meurthe-et-Moselle. 2017;111.
97. Dupuis C. 1 126 agressions de médecins, le triste record de 2018 | Le Quotidien du médecin [Internet]. [cité 19 août 2019]. Disponible sur : <https://www.lequotidiendumedecin.fr/actus-medicales/sante-publique/1-126-agressions-de-medecins-le-triste-record-de-2018>
98. DREES. Démographie des professionnels de santé : Qui sont les médecins en 2018 ? Quelle accessibilité aux médecins généralistes ? Combien d'infirmiers en 2040 ? Un outil de projections d'effectifs de médecins. [Internet]. 2018 [cité 19 août 2019]. Disponible sur : https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_presse_demographie.pdf
99. Lévy D. Le métier de médecin aujourd'hui. Revue française des affaires sociales. 16 déc 2011;(2):297-309.
100. Paraponaris A, Ventelou B, Verger P, Desprès P, Aubry C, Colin C, et al. La médecine générale vue par les médecins généralistes libéraux. Revue française des affaires sociales. 16 déc 2011;(2):29-47.
101. Bloy G. Comment peut-on devenir généraliste aujourd'hui ? Le renouvellement des médecins généralistes vu à travers une cohorte de jeunes diplômés. Revue française des affaires sociales. 16 déc 2011;(2):9-28.
102. DREES. Les médecins d'ici à 2040 : une population plus jeune, plus féminisée et plus souvent salariée. [Internet]. 2017 [cité 19 août 2019]. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1011.pdf>
103. Galam E, Dumas F-R. Oser dire non. La revue du praticien - Médecine Générale. 20 nov 2007;21(788/789):2.
104. Tourette-Turgis C, Thievenaz J. L'éducation thérapeutique du patient : champ de pratique et champ de recherche. Savoirs. 21 oct 2014;n° 35(2):9-48.
105. HAS. Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques [Internet]. 2007 [cité 20 août 2019]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/etp_-_guide_version_finale_2_pdf.pdf
106. Lucet C, Dupouy J, Laqueille X. Principes généraux de l'éducation thérapeutique du patient. Laennec. 20 juill 2018;Tome 66(2):7-16.
107. OMS. Constitution de l'OMS [Internet]. 1946 [cité 20 août 2019]. Disponible sur : <https://www.who.int/fr/about/who-we-are/constitution>
108. OMS. Promotion de la santé - Charte d'OTTAWA. 21 nov 1986;6.

109. Robine F. Circulaire du 28-01-2016 : Mise en place du parcours éducatif de santé pour tous les élèves. [Internet]. Ministère de l'Éducation nationale et de la Jeunesse. 2016 [cité 20 août 2019]. Disponible sur : https://www.education.gouv.fr/pid285/bulletin_officiel.html?cid_bo=97990
110. Code de l'éducation - Article L541-1. Code de l'éducation.
111. Eduscol. Promotion de la santé - Le parcours éducatif de santé [Internet]. 2019 [cité 20 août 2019]. Disponible sur : <https://eduscol.education.fr/cid105644/le-parcours-educatif-de-sante.html>
112. Promotion de la santé - Formation des personnels - Éduscol [Internet]. [cité 20 août 2019]. Disponible sur : <https://eduscol.education.fr/cid54927/formation-des-personnels.html>
113. Éduscol. Formation continue - Plan national de formation 2018-2019. [Internet]. 2018 [cité 20 août 2019]. Disponible sur : <https://eduscol.education.fr/cid46906/plan-national-formation-2017-2018.html>
114. Éduscol. Formation continue - Carte des plans académiques de formation. [Internet]. 2019 [cité 20 août 2019]. Disponible sur : <https://eduscol.education.fr/cid46777/carte-des-plans-academiques-formation.html>
115. M@gistère [Internet]. [cité 20 août 2019]. Disponible sur : https://magistere.education.fr/local/magistere_offers/index.php?v=formation
116. Sabuncu E, David J, Bernède-Bauduin C, Pépin S, Leroy M, Boëlle P-Y, et al. Significant Reduction of Antibiotic Use in the Community after a Nationwide Campaign in France, 2002–2007. PLOS Medicine. 2 juin 2009;6(6):e1000084.
117. Ministère des solidarités et de la santé. Les antibiotiques sont précieux, utilisons-les mieux [Internet]. 2019 [cité 20 août 2019]. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/mesures_innovantes_atb.pdf
118. L'Assurance Maladie. Campagne de sensibilisation au mal de dos. [Internet]. 2019 [cité 20 août 2019]. Disponible sur : <https://assurance-maladie.ameli.fr/qui-sommes-nous/action/campagnes-communication/sensibilisation-lombalgie>
119. L'Assurance Maladie. Mal de dos au travail : les employeurs mobilisés [Internet]. 2019 [cité 20 août 2019]. Disponible sur : <https://assurance-maladie.ameli.fr/qui-sommes-nous/action/campagnes-communication/mal-de-dos-au-travail>
120. L'Assurance Maladie. « Mieux vivre avec son asthme c'est possible » : une campagne de promotion du service sophia asthme [Internet]. 2018 [cité 20 août 2019]. Disponible sur : <https://assurance-maladie.ameli.fr/qui-sommes-nous/action/campagnes-communication/campagne-sophia-asthme>

121. Bras P-L, Duhamel G. Formation médicale continue et évaluations des pratiques professionnelles des médecins. [Internet]. 2008 [cité 20 août 2019]. Disponible sur : <https://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/084000751.pdf>
122. Ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins - Article 20.
123. Arrêté du 13 juillet 2006 portant homologation des règles de validation de la formation médicale continue.
124. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires - Article 59. 2009-879 juill 21, 2009.
125. Pr Riou B. Aux urgences, les couloirs de la honte. [Internet]. Libération. 2019 [cité 22 août 2019]. Disponible sur : https://www.liberation.fr/debats/2019/06/30/aux-urgences-les-couloirs-de-la-honte_1737152
126. Bayle-Iniguez A. 92 % des Français soutiennent la grève des urgences [Internet]. Le Quotidien du médecin. 2019 [cité 22 août 2019]. Disponible sur : <https://www.lequotidiendumedecin.fr/actus-medicales/politique-de-sante/92-des-francais-soutiennent-la-greve-des-urgences>
127. Le Monde avec AFP. Aux urgences de Strasbourg, un préavis de grève à la suite d'une très violente agression. Le Monde.fr [Internet]. 23 août 2019 [cité 24 août 2019]; Disponible sur: https://www.lemonde.fr/societe/article/2019/08/23/aux-urgences-de-strasbourg-un-preavis-de-greve-a-la-suite-d-une-tres-violente-agression_5502261_3224.html
128. ARS. Grève aux urgences : 5 axes pour améliorer la qualité de la prise en charge et des conditions de travail. [Internet]. 2019 [cité 22 août 2019]. Disponible sur : https://www.sfm.u.org/upload/20_actualites/actussfm/cp_ars_190626.pdf
129. Ministère des Solidarités et de la Santé, CAB_Solidarites. Communiqué de presse d'Agnès Buzyn intitulé « Prime Urgences » [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2019 [cité 22 août 2019]. Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/communiques-de-presse/article/prime-urgences>

Annexes.

Annexe 1 : Guide entretien semi-dirigé.

Introduction : Je suis interne en médecine générale, en 6^e et dernier semestre. J'effectue ma thèse sur le ressenti du médecin généraliste et des remplaçants en médecine générale face à la pression de prescription exercée par les patients.

Avec votre accord, nous allons réaliser un entretien qui sera enregistré par dictaphone. L'entretien sera rendu ensuite anonyme.

Préambule

- Pouvez-vous me définir la notion de « pression de prescription » ?

- Pouvez-vous me définir la notion de « demande abusive » ?

La pression de prescription est définie dans mon étude comme « toute demande explicitement formulée par le patient venant interférer avec la stratégie diagnostique et/ou thérapeutique décidée par le médecin ».

Une demande abusive est définie dans mon étude comme « une demande persistante du patient qui cherche à obtenir un avantage aux dépens du médecin, bien que non-justifiable compte-tenu de la science et de son éthique personnelle. »

1. Pression de prescription.

- Ressentez-vous dans votre pratique quotidienne une pression de prescription exercée par les patients ?

- Selon vous, cette pression de prescription s'exerce sur quels domaines de votre pratique ?

- Pourriez-vous me donner un pourcentage ou un ordre de grandeur de la quantité de vos consultations où cette pression de prescription s'exerce ?

2. Situations et ressenti personnel face à la pression de prescription.

- Pourriez-vous me décrire une situation où vous avez accepté, du fait d'une pression de prescription, une demande jugée comme abusive ? Qu'avez-vous ressenti ? Cela vous a-t-il perturbé ?

- Pourriez-vous maintenant me décrire une situation où vous avez refusé la demande du patient ? Qu'avez-vous ressenti ?

- Avez-vous déjà eu des conflits à la suite de refus de demande induite par une pression de prescription ?

- Est-ce que la pression de prescription vous a déjà fait changer votre conduite à tenir ?

- D'une manière générale, que ressentez-vous face à une situation de pression de prescription ?

3. Relation médecin-patient.

Au cours des années, nous sommes passés d'un modèle paternaliste, où le médecin décide seul, à un modèle délibératif, instaurant un dialogue entre le médecin et le patient.

- Que pensez-vous de l'évolution de la relation médecin-patient ?

- Pensez-vous que le statut du médecin, en particulier généraliste, ait évolué ? Positivement et/ou négativement ?

- Pensez-vous que l'évolution vers le modèle délibératif ait contribué à générer une pression de prescription ?

- Pensez-vous qu'une augmentation des situations de pression de prescription affecterait votre relation avec les patients ?

4. Internet et médias.

- Pensez-vous que le lot d'informations médicales présents sur Internet et dans les médias soit bénéfique pour les patients ?

- Pensez-vous que cette situation participe à la pression de prescription ?

5. Evolution des pratiques.

. En tant que médecin généraliste installé :

- Prescrivez-vous plus qu'auparavant ?

- Pensez-vous que la pression de prescription a modifié votre pratique quotidienne ?

. En tant que médecin remplaçant :

- *Avez-vous l'impression de plus prescrire en libéral qu'à l'hôpital ?*
- *Ressentez-vous une pression de prescription plus importante en libéral qu'à l'hôpital ?*
- *Pensez-vous que votre statut de médecin remplaçant accentue la pression de prescription ? Ou à l'inverse l'atténue ?*

6. Qualité de vie et risque de burn-out.

- *Quel est votre ressenti sur l'évolution de la qualité de vie du médecin généraliste ?*
- *Selon vous, une pression de prescription de plus en plus forte peut-elle amener à un risque de burn-out chez le médecin généraliste ?*

7. Solutions.

- *Pensez-vous qu'il y ait des solutions pour mieux gérer des situations de pression de prescription ?*
- *Pensez-vous qu'une formation médicale continue centrée sur la gestion de la pression de prescription et du refus des demandes abusives soit pertinente ? Si oui, seriez-vous intéressé ?*
- *Pensez-vous qu'une information sur la santé mieux contrôlée dans les médias soit indispensable ? Par quels moyens ?*
- *Que pensez-vous de l'instauration du parcours éducatif sur la santé dès l'école primaire ?*

8. Conseils.

- *Que diriez-vous à un jeune médecin ou un confrère qui vous parle de ses difficultés vis à vis de ces situations ?*

9. Remarques.

- *Avez-vous des remarques ?*

Merci infiniment.

Annexe 2 : Tableau des unités de sens.

Médecin	Comment et pourquoi s'exerce une pression de prescription ?	Comment et pourquoi réagi-t-on face à une situation de pression de prescription ?	Quelles sont les solutions pour y remédier ou mieux gérer ces situations ?
M1	<ul style="list-style-type: none"> - Domaines : arrêt de travail - Fréquence : 10 % - Responsabilisation des patients (pathologies chroniques) - Remise en question du médecin. - Médecin = épicier. - Média = augmentation de l'inquiétude des patients. - Ignorance des patients 	<ul style="list-style-type: none"> - Justification médicale - Compromis - Ne pas céder - Remise en question de la vocation médicale si généralisation - Réassurance et explication (mais augmentation de la durée de consultation) - Personnalité du médecin - Confiance en soi 	<ul style="list-style-type: none"> - Education thérapeutique - Education à la santé - Brochures de l'assurance maladie. - Economie de la santé - Formation médicale continue
M2	<ul style="list-style-type: none"> - Insistance du patient - Domaines : imagerie puis médicaments - Fréquence : 20 % - Côté magasin, self-service - Pas de débat possible - Gens inciviques, exigeants, impoli, maltraitants - Côté magique - Pression du clientélisme. 	<ul style="list-style-type: none"> - Céder - Perturber - Acceptation si bonne argumentation du patient - Les patients sont capables de comprendre - Floué par le malade - Affaiblissement de la relation de confiance - Respect mutuel - Plus de souffrance - Plus de fréquence de situations de tension 	<ul style="list-style-type: none"> - C'est notre travail de leur expliquer. - Rester calme - Expliquer calmement même face à des demandes incongrues et inadaptées. - Former les gens au maniement d'internet - Scepticisme sur le cours à l'éducation - Formation médicale continue - Lâcher du lest
M3	<ul style="list-style-type: none"> - « Il croit savoir déjà ce qu'il a, il sait ce qu'il veut ». - Domaine : arrêt de travail, antibiotiques. - Fréquence : quotidien, 15 % des consultations. - Vient faire son marché - Internet = inquiétude, source d'anxiété 	<ul style="list-style-type: none"> - Colère, déception, lassitude - Fierté de ne pas céder - Risque de burn-out - Conditions de travail plus stressantes 	<ul style="list-style-type: none"> - Confiance en soi - Expliquer - Ne jamais se braquer - Contrôle des médias
M4	<ul style="list-style-type: none"> - Demande explicite - Domaines : médicaments =imagerie = arrêts de travail. - Fréquence = hebdomadaire 	<ul style="list-style-type: none"> - Mettre mal à l'aise - Répercussion sur les autres patients - Si on ne cède pas : fierté et ragaillard - Perturbé - Conflits 	<ul style="list-style-type: none"> - Alliance thérapeutique - Se faire comprendre - Faire accepter - Se faire respecter - Cours à l'éducation

	<ul style="list-style-type: none"> - Antalgiques, psychotropes - Demande illégitime - Bénéfice du doute - Surinformation sans compréhension - Moins de médecins - Internet = ingérable 	<ul style="list-style-type: none"> - Tiers payant - Supermarché - Remise en cause des fondements du métier - Agressivité du patient - Agressivité en tant que soignant en retour 	
M5	<ul style="list-style-type: none"> - Patient : « j'ai le droit » - Sensation de pouvoir et de diriger le médecin généraliste - Guidance des prescriptions médicales - Liste de chose à faire - Dépend du lieu d'exercice - Domaines : arrêt de travail, imagerie, médicaments, bon de transports - Problème de société - Fréquence = 20 % - Gens = manipulateurs - Pharmaciens ne respectent pas les ordonnances anticipées - Pression administrative - Gratuité des soins - Déresponsabilisation des gens - Internet : à boire et à manger - Pression journalistique et pression médiatique - Reflexe trop facile de consultation - Sur-consommateurs de santé - Isolement et épuisement 	<ul style="list-style-type: none"> - Médecin généraliste = objet des prescriptions de ce qu'ils veulent - Médecin = faire valoir de ce dont on a envie - Si généralisation de la pression de prescription = mort du métier - Victime d'une agression, dépôt de main courante - Enervement - Frustration - Médecins contrôlés par la sécurité sociale - Epuisement : « on n'en peut plus » - Le fait de céder est proportionnel à l'état de fatigue - Perte de la qualité médicale - Statut du remplaçant : augmente la pression de prescription. 	<ul style="list-style-type: none"> - Implication des patients dans la prise en charge - Salarier - Avoir confiance en soi - Partager son expérience - Groupes de parole - Réunions entre professionnels médicaux libéraux pour pouvoir échanger - Encadrement médical des médias - Trouver le bon équilibre
M6	<ul style="list-style-type: none"> - Pression de prescription = Demande insistante - Abusive = non fondée par l'état, insistante, avec conviction - Fréquence : tous les jours, 10 % - Domaines : Imagerie - Profil de patient : anxieux, hypochondriaque, 	<ul style="list-style-type: none"> - Angoisse - Perte de la patientèle - Perte du pouvoir de décision - Répercussion sur la relation médecin-patient, altération de la qualité de la relation - Satisfaction du refus - Procédure judiciaire pendant dix ans - On peut céder - Changement de la 	<ul style="list-style-type: none"> - Mettre un terme à la relation avec le patient - Formation médicale continue - Partage sur les sujets avec les confrères (groupe de parole) - Education à la santé

	<p>absence d'écoute, patient obnubilé par son envie</p> <ul style="list-style-type: none"> - Relation de consommation médicale - Obligation de résultats (et non pas de moyens) - Perte de confiance de la part des patients - Patients revendicateurs, demandeurs de soins - Assouplissement de la relation médecin-patient - Appropriation par les patients de cas particuliers issu des médias 	<p>conduite à tenir</p> <ul style="list-style-type: none"> - Désolation - Mauvaises conditions de travail - Augmentation de la quantité de prescription - Qualité de vie personnelle s'est améliorée - Dégradation des conditions d'exercice professionnel - Risque de burn-out - Honte face à la perte de contrôle et à la manipulation des patients. 	
M7	<ul style="list-style-type: none"> - Domaines : certificats, médicaments, notamment non substituables, arrêts de travail. - Fréquence : 2 fois par semaine - Médicaments : stupéfiants, antalgiques. - Pression de stratégie diagnostique - Pression de stratégie thérapeutique - Pression de rapidité - Pression de consultation - Difficile de refuser quelque chose à quelqu'un qu'on connaît depuis 25 ans. - Internet = malsain, dangereux - Doctissimo® 	<ul style="list-style-type: none"> - Enervement - Culpabilité - Abus du patient - Doute - Prestataire de service - Peur de perdre le patient - Dialogue constructif faisant changer la conduite à tenir 	<ul style="list-style-type: none"> - Arguments - Dialogue constructif - Recadrer sans couper le dialogue - Déremboursement du médicament - Thérapie comportementale - Être ferme - Soutien psychologique du médecin - Apprendre à avoir un abord du patient - Sites réglementés. - Conseils des médecins sur les sources d'information - Education du parcours de soin - Cours sur la sexualité - Rester honnête.
R1	<ul style="list-style-type: none"> - Requête plutôt que motif de consultation - Domaines : examen complémentaire, imagerie. - Impression d'une meilleure prise en charge quand on prescrit quelque chose - Fréquence = 33 % - Surconsommation de soins - Gratuité des soins 	<ul style="list-style-type: none"> - Exaspération, sentiment de tâche non accomplie - Prestataire de service - Frustration, énervement - Extrêmement réducteur - Trouver un terrain commun - Qualité de vie de plus en plus mauvaise 	<ul style="list-style-type: none"> - Fournir de l'information correcte - Pistes pour mieux s'informer - Information sur la santé mieux contrôlée indispensable - Cours à l'éducation sur la santé - Cours sur l'éducation à traiter les informations - Traiter comme de

	<ul style="list-style-type: none"> - Banalisation du métier - Les patients ont plus confiance en l'hôpital et aux institutions - Remplaçants prescrivent plus 	<ul style="list-style-type: none"> - Dépend du caractère propre du médecin 	<ul style="list-style-type: none"> l'ignorance - Expliquer.
R2	<ul style="list-style-type: none"> - Besoin de réassurance - Demande précise - Dépend du lieu et mode d'exercice - Dépend du niveau social de la patientèle - Domaines : examen complémentaires, consultations spécialisées - Ordre de grandeur : jusqu'à 60 % - Ouverture au dialogue - Média = impact négatif. – Internet = Elément déclencheur ? 	<ul style="list-style-type: none"> - Médecin = prestataire de service - Menace - Insécurité - Céder - Déstabilisation - Décision finale appartenant au médecin - Perte de la patientèle. - Augmentation de la charge de travail - Peur du regard négatif - Comportements différents en fonction des médecins - Perte de la réflexion médicale - Dépend du caractère du médecin 	<ul style="list-style-type: none"> - Expliquer aux patients - Réassurer - Formation médicale continue - Education à la santé - Se faire confiance - Prendre du temps avant de prescrire
R3	<ul style="list-style-type: none"> - Pression morale - Pluriquotidienne - Système de soins français : gratuité, manque de conscience - Impact du médecin traitant sur la pression de prescription : le patient ressemble à son médecin - Domaines : médicaments, imagerie, arrêts de travail, matériel médical, trousse d'urgence - Certains kinésithérapeutes = masseur remboursé par la sécurité sociale - Fréquence variable : de 15 à 80 % - Patients viennent faire leur course - Situations de précarité-isolement - Le patient empiète sur le territoire du médecin 	<ul style="list-style-type: none"> - Remise en cause de ses propres pratiques - Déception du confrère - On ne joue pas dans la même équipe - Médecin remplaçant = situation confortable, atténue la pression de prescription - Confiance des patients trouvée dans les limites - Patients comme des enfants - Agacement - Enervement - Tristesse - Problème sous-jacent - Médecins = idiots - Négociations avec les patients - Médecins = marchands de tapis = distributeurs automatiques d'ordonnances - Conséquences physiques chez le 	<ul style="list-style-type: none"> - Education de la patientèle - Donner le moyen au patient de réfléchir - Créer une alliance - Médecin traitant = restitution de la vérité face aux informations sur internet - Filtre sécurité sociale - Déremboursement du médicament - Meilleur réflexion si abolition de la gratuité - Services spécifiques de la sécurité sociale - Education à l'information - Sites adaptés avec logo - Plus de transmission verticales - Ne pas craquer

	<ul style="list-style-type: none"> - Médias = angoisse, dangereux, psychosomatique, pousse à l'auto-médication - Internet = fournit au patient une argumentation lui semblant logique - Médias = ingérables - Inconscience la problématique par les autorités - Dépend du lieu d'exercice 	<ul style="list-style-type: none"> patient - Conséquences judiciaires chez le médecin - Position inconfortable - Accès aux soins - Précarité du statut libéral - Les patients osent moins à l'Hôpital - A l'hôpital on peut passer la main - Tempérament - Engrenage, cercle vicieux, succession de frustration - Malveillance des patients - Insécurité, isolement, on peut se faire cassé la figure 	
R4	<ul style="list-style-type: none"> - Domaines = médicaments (hypnotiques, somnifères, antibiotiques), trousse de soins, matériel médical, arrêt de travail - Fréquence : 25 % - Remise en question du médecin non justifiée - Cercle vicieux - Dépend de la relation entretenue avec le patient - Médecin généraliste = médecin de premier et de dernier recours - Diminution du respect 	<ul style="list-style-type: none"> - Prestataire d'arrêt maladie - Statut de remplaçant = accentue la pression de prescription - Insulter - Peur - Frustration - Colère - incompréhension du patient - Harcèlement - Devoir rendre des comptes, justification 	<ul style="list-style-type: none"> - Ecouter - Expliquer - Vulgarisation médicale - Actions de santé, campagnes d'information - Arbres décisionnels - Test diagnostic rapide - Education parentale - Pas céder - Sites internet fléchés
R5	<ul style="list-style-type: none"> - Domaine : médicaments - Fréquence = 10 %, mais dépend de la zone de travail, du type de population - Perte de confiance au médecin - Internet et médias = sèment le doute, trompeurs - Surconsommation de soins - Trop grande accessibilité - Prix dérisoire des consultations 	<ul style="list-style-type: none"> - On cède lorsqu'on est trop débordé - Enervement - Statut du remplaçant = diminution de la pression de prescription - Moins libre - On est au crochet de la sécurité sociale - Lassitude si répétition des situations = pas envie de se battre éternellement 	<ul style="list-style-type: none"> - Inclure le patient dans le choix thérapeutique - Education des gens - Education à la santé - Campagnes d'information - Contrôle de l'information journalistique - Liberté de refus

Annexe 3 : Catégories et sous catégories.

1. Le tableau contemporain de la pression de prescription :

- a. Fréquence variable ;
- b. Domaines variables ;
- c. Dépendance vis-à-vis du lieu d'exercice et du profil de patientèle ;
- d. La variabilité d'opinions vis-à-vis du statut de médecin remplaçant.

2. Les facteurs déclenchants de la pression de prescription :

- a. Rôle d'Internet et des médias ;
- b. Implication du système de santé français ;
- c. Peur de la perte de la patientèle ;
- d. Problème sociétal.

3. Le vécu du médecin :

- a. Prestataire de services ;
- b. Céder ;
- c. Caractère propre du médecin et mélange de sentiments ;
- d. Insécurité.

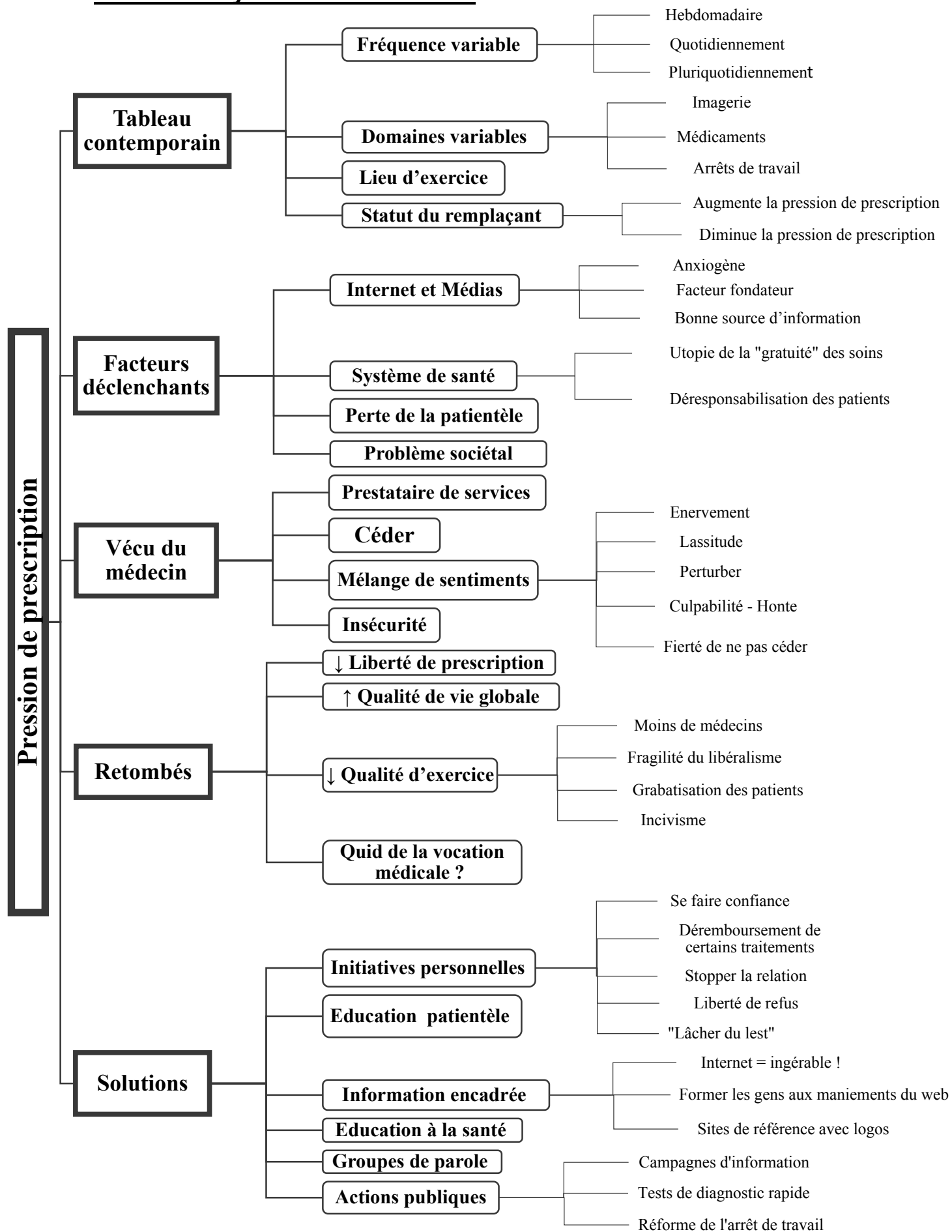
4. Les retombés de la pression de prescription :

- a. Diminution de la liberté de prescription ;
- b. Qualité de vie globale en progression ...
- c. Qualité d'exercice en régression.
- d. Remise en question de la vocation médicale ?

5. Les solutions pour y faire face :

- a. Initiatives personnelles ;
- b. Education de la patientèle ;
- c. Encadrement de l'information sur la santé ;
- d. Campagnes d'informations ;
- e. Groupes de parole ;
- f. Education à la santé.

Annexe 4 : Synthèse des résultats.



Abréviations

ALD =	Affection de Longue Durée
CMU =	Couverture Maladie Universelle
CSBM =	Consommation de Soins et de Biens Médicaux
DREES =	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
HAS =	Haute Autorité de Santé
HON =	Health On the Net
IRM =	Imagerie par Résonance Magnétique
MACSF =	Mutuelle d'Assurances du Corps de Santé Français
OMS =	Organisation Mondiale de la Santé
ONSM =	Observatoire National pour la Sécurité des Médecins
PIB =	Produit Intérieur Brut
ROSP =	Rémunération sur Objectifs de Santé Publique

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

Résumé

Introduction : Dans un contexte économique relatif au système de soins tendu, additionné d'une explosion non maîtrisée de l'accessibilité à l'information sur la santé, la pression de prescription reflète le bouleversement profond de la relation médecin-patient. L'objectif principal de recherche est de décrire le ressenti des médecins généralistes et des remplaçants face à la pression de prescription exercée par les patients. Les objectifs secondaires sont d'étudier comment et pourquoi elle s'exerce, comment et pourquoi réagit-on devant ces situations et les solutions pour y faire face.

Méthodologie : Dans le cadre d'une étude qualitative observationnelle, une analyse inductive générale d'entretiens semi-dirigés réalisés auprès de médecins et remplaçants généralistes a été effectuée, incluant le codage parallèle en aveugle, la vérification de la clarté des catégories et la vérification auprès des participants.

Résultats : A travers douze entretiens, il ressort une diversité de perceptions, dépendant du caractère propre du médecin, de son lieu de travail et de ses modalités d'exercice. La fréquence de la pression de prescription est variable, allant de l'hebdomadaire au pluriquotidien. Ses domaines d'application le sont tout autant avec l'imagerie, les arrêts de travail et les médicaments comprenant antibiotiques, antalgiques et psychotropes. Néanmoins, la pression de prescription est ressentie unanimement de manière négative, faisant ressentir de la colère, de l'énervement, de la frustration, de la lassitude, de la culpabilité et de la honte. Les solutions abordées pour y faire face reposent sur l'éducation : l'éducation de la patientèle, l'éducation thérapeutique relative aux maladies chroniques, l'éducation à la santé par le parcours éducatif de santé, l'éducation de la société par des campagnes d'information, l'éducation des médecins par la formation continue et les groupes de parole.

Discussion : Assiste-t-on à une évolution de la pression de prescription ? Une nouvelle étude quantitative pourrait y répondre. Une étendue des travaux aux spécialistes libéraux, aux praticiens hospitaliers et aux autres professionnels de santé serait judicieuse ; tout comme l'analyse du point de vue du patient sur la question.

Mots clés : Médecine Générale ; Relation médecin-patient ; Recherche qualitative ; Analyse inductive générale ; Pression de prescription.