



HAL
open science

Prescription et non-prescription en Médecine Générale. Le ressenti des patients

Pierre Mayaud

► **To cite this version:**

Pierre Mayaud. Prescription et non-prescription en Médecine Générale. Le ressenti des patients. Sciences du Vivant [q-bio]. 2022. dumas-03708740

HAL Id: dumas-03708740

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03708740v1>

Submitted on 29 Jun 2022

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

Prescription et non-prescription en Médecine Générale.

Le ressenti des patients

T H E S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET PARAMÉDICALES

DE MARSEILLE

Le 28 Juin 2022

Par Monsieur Pierre MAYAUD

Né le 13 janvier 1992 à Angers (49)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Madame le Professeur RICHERI Raphaëlle

Président

Madame le Docteur (MCA) ROUSSEAU DURAND Raphaëlle

Directeur

Madame le Docteur DUCROCQ Lydie

Assesseur

Madame le Docteur MARTIN-SAVELLI Marie-Agnès

Assesseur



**Faculté des sciences
médicales et paramédicales**
Aix*Marseille Université

Prescription et non-prescription en Médecine Générale.

Le ressenti des patients

T H E S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES

DE MARSEILLE

Le 28 Juin 2022

Par Monsieur Pierre MAYAUD

Né le 13 janvier 1992 à Angers (49)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Madame le Professeur RICHERI Raphaëlle

Président

Madame le Docteur (MCA) ROUSSEAU DURAND Raphaëlle

Directeur

Madame le Docteur DUCROCQ Lydie

Assesseur

Madame le Docteur MARTIN-SAVELLI Marie-Agnès

Assesseur

FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & PARAMÉDICALES

Doyen	:	Pr. Georges LEONETTI
Vice-Doyen aux affaires générales	:	Pr. Patrick DESSI
Vice-Doyen aux professions paramédicales	:	Pr. Philippe BERBIS
Conseiller	:	Pr. Patrick VILLANI
Asseseurs :		
➤ aux études	:	Pr. Kathia CHAUMOITRE
➤ à la recherche	:	Pr. Jean-Louis MEGE
➤ à l'unité mixte de formation continue en santé	:	Pr. Justin MICHEL
➤ pour le secteur NORD	:	Pr. Stéphane BERDAH
➤ Groupements Hospitaliers de territoire	:	Pr. Jean-Noël ARGENSON
➤ aux masters	:	Pr. Pascal ADALIAN

Chargés de mission :

➤ sciences humaines et sociales	:	Pr. Pierre LE COZ
➤ relations internationales	:	Pr. Stéphane RANQUE
➤ DU/DIU	:	Pr. Véronique VITTON
➤ DPC, disciplines médicales & biologiques	:	Pr. Frédéric CASTINETTI
➤ DPC, disciplines chirurgicales	:	Dr. Thomas GRAILLON

ÉCOLE DE MEDECINE

Directeur	:	Pr. Jean-Michel VITON
------------------	---	------------------------------

Chargés de mission

▪ PACES – Post-PACES	:	Pr. Régis GUIEU
▪ DFGSM	:	Pr. Anne-Laure PELISSIER
▪ DFASM	:	Pr. Marie-Aleth RICHARD
▪ DFASM	:	Pr. Marc BARTHET
▪ Préparation aux ECN	:	Dr Aurélie DAUMAS
▪ DES spécialités	:	Pr. Pierre-Edouard FOURNIER
▪ DES stages hospitaliers	:	Pr. Benjamin BLONDEL
▪ DES MG	:	Pr. Christophe BARTOLI
▪ Démographie médicale	:	Dr. Noémie RESSEGUIER
▪ Etudiant	:	Elise DOMINJON

ÉCOLE DE MEDECINE DENTAIRE

Directeur : **Pr. Bruno FOTI**

ÉCOLE DE DE MAIEUTIQUE

Directrice : **Madame Carole ZAKARIAN**

Chargés de mission

- 1^{er} cycle : Madame Estelle BOISSIER
- 2^{ème} cycle : Madame Cécile NINA

ÉCOLE DES SCIENCES DE LA RÉADAPTATION

Directeur : **Monsieur Philippe SAUVAGEON**

Chargés de mission

- Masso-kinésithérapie 1^{er} cycle : Madame Béatrice CAORS
- Masso-kinésithérapie 2^{ème} cycle : Madame Joannie HENRY
- Mutualisation des enseignements : Madame Géraldine DEPRES

ÉCOLE DES SCIENCES INFIRMIERES

Directeur : **Monsieur Sébastien COLSON**

Chargés de mission

- Chargée de mission : Madame Sandrine MAYEN RODRIGUES
- Chargé de mission : Monsieur Christophe ROMAN

PROFESSEURS HONORAIRES

MM	AGOSTINI Serge	MM	DEVRED Philippe
	ALDIGHERI René		DJIANE Pierre
	ALESSANDRINI Pierre		DONNET Vincent
	ALLIEZ Bernard		DUCASSOU Jacques
	AQUARON Robert		DUFOUR Michel
	ARGEME Maxime		DUMON Henri
	ASSADOURIAN Robert		ENJALBERT Alain
	AUFFRAY Jean-Pierre		FAUGERE Gérard
	AUTILLO-TOUATI Amapola		FAVRE Roger
	AZORIN Jean-Michel		FIECHI Marius
	BAILLE Yves		FARNARIER Georges
	BARDOT Jacques		FIGARELLA Jacques
	BARDOT André		FONTES Michel
	BERARD Pierre		FRANCES Yves
	BERGOIN Maurice		FRANCOIS Georges
	BERLAND Yvon		FUENTES Pierre
	BERNARD Dominique		GABRIEL Bernard
	BERNARD Jean-Louis		GALINIER Louis
	BERNARD Jean-Paul		GALLAIS Hervé
	BERNARD Pierre-Marie		GAMERRE Marc
	BERTRAND Edmond		GARCIN Michel
	BISSET Jean-Pierre		GARNIER Jean-Marc
	BLANC Bernard		GAUTHIER André
	BLANC Jean-Louis		GERARD Raymond
	BOLLINI Gérard		GEROLAMI-SANTANDREA André
	BONGRAND Pierre		GIUDICELLI Sébastien
	BONNEAU Henri		GOUDARD Alain
	BONNOIT Jean		GOUIN François
	BORY Michel		GRILLO Jean-Marie
	BOTTA Alain		GRIMAUD Jean-Charles
	BOTTA-FRIDLUND Danielle		GRISOLI François
	BOURGEADE Augustin		GROULIER Pierre
	BOUVENOT Gilles		HADIDA/SAYAG Jacqueline
	BOUYALA Jean-Marie		HASSOUN Jacques
	BREMOND Georges		HEIM Marc
	BRICOT René		HOUEL Jean
	BRUNET Christian		HUGUET Jean-François
	BUREAU Henri		JAQUET Philippe
	CAMBOULIVES Jean		JAMMES Yves
	CANNONI Maurice		JOUVE Paulette
	CARTOUZOU Guy		JUHAN Claude
	CAU Pierre		JUIN Pierre
	CHABOT Jean-Michel		KAPHAN Gérard
	CHAMLIAN Albert		KASBARIAN Michel
	CHARPIN Denis		KLEISBAUER Jean-Pierre
	CHARREL Michel		LACHARD Jean

CHAUVEL Patrick
CHOUX Maurice
CIANFARANI François
CLAVERIE Jean-Michel
CLEMENT Robert
COMBALBERT André
CONTE-DEVOLX Bernard
CORRIOL Jacques
COULANGE Christian
CURVALE Georges
DALMAS Henri
DE MICO Philippe
DELPERO Jean-Robert
DESSEIN Alain
DELARQUE Alain
DEVIN Robert

LAFFARGUE Pierre
LAUGIER René
LE TREUT Yves
LEVY Samuel
LOUCHET Edmond
LOUIS René
LUCIANI Jean-Marie
MAGALON Guy
MAGNAN Jacques
MALLAN- MANCINI Josette
MALMEJAC Claude
MARANINCHI Dominique
MARTIN Claude
MATTEI Jean François
MERCIER Claude
METGE Paul

MM MICHOTÉY Georges
MIRANDA François
MONFORT Gérard
MONGES André
MONGIN Maurice
MUNDLER Olivier
NAZARIAN Serge
NICOLI René
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

VANUXEM Paul
VERVLOET Daniel
VIALETTES Bernard
WEILLER Pierre-Jean

ROUX Michel
RUFO Marcel
SAHEL José
SALAMON Georges
SALDUCCI Jacques
SAMBUC Roland
SAN MARCO Jean-Louis
SANKALE Marc
SARACCO Jacques
SARLES Jacques
SARLES - PHILIP Nicole
SASTRE Bernard
SCHIANO Alain
SCOTTO Jean-Claude
SEBAHOUN Gérard
SEITZ Jean-François
SERMENT Gérard
SOULAYROL René
STAHL André
TAMALET Jacques
TARANGER-CHARPIN Colette
THIRION Xavier
THOMASSIN Jean-Marc
UNAL Daniel
VAGUE Philippe
VAGUE/JUHAN Irène

EMERITAT

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	RUFO 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

EMERITAT

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	VIALETES 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
M. le Professeur	RIDINGS Bernard	31/08/2021

2019

M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2020
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2020
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2020
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2020
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2020
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2020
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2020

2020

M. le Professeur	DELPERO Jean-Robert	31/08/2023
M. le Professeur	GRIMAUD Jean-Charles	31/08/2023
M. le Professeur	SAMBUC Roland	31/08/2023
M. le Professeur	SEITZ Jean-François	31/08/2023
M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2021
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2021
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2021
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2021

EMERITAT

M. le Professeur

NAZARIAN Serge

31/08/2021

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 DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert	CHOSSEGROS Cyrille
ALBANESE Jacques	COLLART Frédéric
ALIMI Yves	COSTELLO Régis
AMABILE Philippe	COURBIERE Blandine
AMBROSI Pierre	COWEN Didier
ANDRE Nicolas	CRAVELLO Ludovic
ARGENSON Jean-Noël	CUISSET Thomas
ASTOUL Philippe	DA FONSECA David
ATTARIAN Shahram	DAHAN-ALCARAZ Laetitia
AUDOUIN Bertrand	DANIEL Laurent
AUQUIER Pascal	DARMON Patrice
AVIERINOS Jean-François	DAVID Thierry
AZULAY Jean-Philippe	D'ERCOLE Claude
BAILLY Daniel	D'JOURNO Xavier
BARLESI Fabrice	DEHARO Jean-Claude
BARLIER-SETTI Anne	DELAPORTE Emmanuel
BARLOGIS Vincent	DENIS Danièle
BARTHET Marc	DISDIER Patrick
BARTOLI Christophe	DODDOLI Christophe
BARTOLI Jean-Michel	DRANCOURT Michel
BARTOLI Michel	DUBUS Jean-Christophe
BARTOLOMEI Fabrice	DUFFAUD Florence
BASTIDE Cyrille	DUFOUR Henry
BENSOUSSAN Laurent	DURAND Jean-Marc
BERBIS Philippe	DUSSOL Bertrand
BERBIS Julie	EBBO Mikael
BERDAH Stéphane	EUSEBIO Alexandre
BEROUD Christophe	FABRE Alexandre
BERTUCCI François	FAKHRY Nicolas
BLAISE Didier	FELICIAN Olivier
BLIN Olivier	FENOLLAR Florence
BLONDEL Benjamin	FIGARELLA/BRANGER Dominique
BONIN/GUILLAUME Sylvie	FLECHER Xavier
BONELLO Laurent	FOUILLOUX Virginie
BONNET Jean-Louis	FOURNIER Pierre-Edouard
<i>BOUBLI Léon Surnombre</i>	FRANCESCHI Frédéric
BOUFI Mourad	FUENTES Stéphane
BOYER Laurent	GABERT Jean
BREGEON Fabienne	GABORIT Bénédicte
BRETELLE Florence	GAINNIER Marc
BROUQUI Philippe	GARCIA Stéphane
BRUDER Nicolas	GARIBOLDI Vlad
BRUE Thierry	GAUDART Jean
BRUNET Philippe	GAUDY-MARQUESTE Caroline
BURTEY Stéphane	GENTILE Stéphanie
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	GERBEAUX Patrick
CASANOVA Dominique	GEROLAMI/SANTANDREA René
CASTINETTI Frédéric	GILBERT/ALESSI Marie-Christine
CECCALDI Mathieu	GIORGI Roch
CHAGNAUD Christophe	GIOVANNI Antoine
CHAMBOST Hervé	GIRARD Nadine
CHAMPSAUR Pierre	GIRAUD/CHABROL Brigitte
CHANEZ Pascal	GONCALVES Anthony
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GRANEL/REY Brigitte
CHARREL Rémi	GRANVAL Philippe
CHAUMOITRE Kathia	GREILLIER Laurent
CHIARONI Jacques	GROB Jean-Jacques
CHINOT Olivier	GUEDJ Eric

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

PAGANELLI Franck	ROCHE Pierre-Hugues
<i>PANUEL Michel Surnombre</i>	ROCH Antoine
PAPAZIAN Laurent	ROCHWERGER Richard
PAROLA Philippe	ROLL Patrice
<i>PARRATTE Sébastien Disponibilité</i>	ROSSI Dominique
PELLISSIER-ALICOT Anne-Laure	ROSSI Pascal
PELLETIER Jean	ROUDIER Jean
PERRIN Jeanne	SALAS Sébastien
PETIT Philippe	SARLON-BARTOLI Gabrielle
PHAM Thao	SCAVARDA Didier
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique	SCHLEINITZ Nicolas
PIQUET Philippe	SEBAG Frédéric
PIRRO Nicolas	SIELEZNEFF Igor
POINSO François	SIMON Nicolas
RACCAH Denis	STEIN Andréas
RANQUE Stéphane	TAIEB David
<i>RAOULT Didier Surnombre</i>	THOMAS Pascal
REGIS Jean	THUNY Franck
REYNAUD/GAUBERT Martine	TREBUCHON-DA FONSECA Agnès
REYNAUD Rachel	TRIGLIA Jean-Michel
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth	TROPIANO Patrick
RICHERI Raphaëlle	TSIMARATOS Michel

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 retraite mars 2021
FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne

PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE à MI

REVIS Joana

PROFESSEUR DES UNIVERSITES MEDECINE GEN

GENTILE Gaëtan

PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE

GUIDA Pierre

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

GUIEU Régis
GUIS Sandrine
GUYE Maxime
GUYOT Laurent
GUYS Jean-Michel Surnombre
HABIB Gilbert
HARDWIGSEN Jean
HARLE Jean-Robert
HOUVENAEGHEL Gilles
JACQUIER Alexis
JOURDE-CHICHE Noémie
JOUVE Jean-Luc
KAPLANSKI Gilles
KARSENTY Gilles
KERBAUL François détachement
KRAHN Martin
LAFFORGUE Pierre
LAGIER Jean-Christophe
LAMBAUDIE Eric
LANCON Christophe
LA SCOLA Bernard
LAUNAY Franck
LAVIEILLE Jean-Pierre
LE CORROLLER Thomas
LECHEVALLIER Eric
LEGRE Régis
LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
LEONE Marc
LEONETTI Georges
LEPIDI Hubert
LEVY Nicolas
MACE Loïc
MAGNAN Pierre-Edouard
MANCINI Julien
MEGE Jean-Louis
MERROT Thierry
METZLER/GUILLEMAIN Catherine
MEYER/DUTOUR Anne
MICCALEF/ROLL Joëlle
MICHEL Fabrice
MICHEL Gérard
MICHEL Justin
MICHELET Pierre
MILH Mathieu
MILLION Matthieu
MOAL Valérie
MORANGE Pierre-Emmanuel
MOULIN Guy
MOUTARDIER Vincent
NAUDIN Jean
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
NICOLLAS Richard
NGUYEN Karine
OLIVE Daniel
OLLIVIER Matthieu
OUAFIK L'Houcine
OVAERT-REGGIO Caroline
PADOVANI Laetitia

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

TURRINI Olivier

VALERO René

VAROQUAUX Arthur Damien

VELLY Lionel

VEY Norbert

VIDAL Vincent

VIENS Patrice

VILLANI Patrick

VITON Jean-Michel

VITTON Véronique

VIEHWEGER Heide Elke détachement

VIVIER Eric

XERRI Luc

AHERFI Sarah	ELDIN Carole	PAULMYER/LACROIX Odile
ANGELAKIS Emmanouil (<i>disponibilité</i>)	FAURE Alice	PESENTI Sébastien
ATLAN Catherine (<i>disponibilité</i>)	FOLETTI Jean- Marc	RADULESCO Thomas
BEGE Thierry	FRANKEL Diane	RESSEGUIER Noémie
BELIARD Sophie	FROMNOT Julien	ROBERT Philippe
BENYAMINE Audrey	GASTALDI Marguerite	ROBERT Thomas
BERTRAND Baptiste	GELSI/BOYER Véronique	ROMANET Pauline
BEYER-BERJOT Laura	GIUSIANO Bernard	SABATIER Renaud
BIRNBAUM David	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	SARI-MINODIER Irène
BONINI Francesca	GONZALEZ Jean-Michel	SAVEANU Alexandru
BOUCRAUT Joseph	GOURIET Frédérique	SECQ Véronique (<i>disponibilité</i>)
BOULAMERY Audrey	GRAILLON Thomas	STELLMANN Jan-Patrick
BOULLU/CIOCCA Sandrine	GUERIN Carole	SUCHON Pierre
BOUSSEN Salah Michel	GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné	TABOURET Emeline
BUFFAT Christophe	GUIDON Catherine	TOGA Caroline
CAMILLERI Serge	GUIVARCH Jokthan	TOGA Isabelle
CARRON Romain	HAUTIER/KRAHN Aurélie	TOMASINI Pascale
CASSAGNE Carole	HRAIECH Sami	TOSELLO Barthélémy
CERMOLACCE Michel	KASPI-PEZZOLI Elise	TROUSSE Delphine
CHAUDET Hervé	L'OLLIVIER Coralie	TUCHTAN-TORRENTS Lucile
CHRETIEN Anne-Sophie	LABIT-BOUVIER Corinne	VELY Frédéric
COZE Carole	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	VION-DURY Jean
CUNY Thomas	LAGARDE Stanislas	ZATTARA/CANNONI Héléne
DADOUN Frédéric (<i>disponibilité</i>)	LAGIER Aude (<i>disponibilité</i>)	
DALES Jean-Philippe	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	
DARIEL Anne	LEVY/MOZZICONACCI Annie	
DAUMAS Aurélie	LOOSVELD Marie	
DEGEORGES/VITTE Joëlle	MAAROUF Adil	
DELLIAUX Stéphane	MACAGNO Nicolas	
DESPLAT/JEGO Sophie	MAUES DE PAULA André	
DEVILLIER Raynier	MEGE Diane	
DUBOURG Grégory	MOTTOLA GHIGO Giovanna	
DUCONSEIL Pauline	NINOVE Laetitia	
DUFOUR Jean-Charles	NOUGAIREDE Antoine	

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

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

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

CASANOVA Ludovic

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

BARGIER Jacques
 CALVET-MONTREDON Céline
 FORTE Jenny
 JANCZEWSKI Aurélie
 NUSSLI Nicolas
 ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle

THERY Didier

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

BOURRIQUEN Maryline

EVANS-VIALLAT Catherine

LAZZAROTTO Sébastien

LUCAS Guillaume

MATHIEU Marion

MAYENS-RODRIGUES Sandrine

MELLINAS Marie

ROMAN Christophe

TRINQUET Laure

**ESSEURS DES UNIVERSITES et MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS
PROFESSEURS ASSOCIES, MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES mono-appartenants**

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)
MACAGNO Nicolas (MCU-PH)
MAUES DE PAULA André (MCU-PH)
SECQ Véronique (MCU-PH) *disponibilité*

**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)

BOUSSEN Salah Michel (MCU-PH)
GUIDON Catherine (MCU-PH)

ANTHROPOLOGIE 20

ADALIAN Pascal (PR)

DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)
POUGET Benoît (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) *Surnombre*

AHERFI Sarah (MCU-PH)
ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH) *disponibilité*
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)
ROMANET Pauline (MCU-PH)
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

ANGLAIS 11

BRANDENBURGER Chantal (PRCE) *retraite mars 2021*
FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne (PRCE)

BIOLOGIE CELLULAIRE 4403

ROLL Patrice (PU-PH)

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

**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)

CARDIOLOGIE 5102

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)

GUYE Maxime (PU-PH)
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**

GAUDART Jean (PU-PH)
GIORGI Roch (PU-PH)
MANCINI Julien (PU-PH)

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

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

CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)
BLONDEL Benjamin (PU-PH)
FLECHER Xavier (PU-PH)
OLLIVIER Matthieu (PU-PH)
PARRATTE Sébastien (PU-PH) *Disponibilité*
ROCHWERGER Richard (PU-PH)
TROPANO Patrick (PU-PH)

ROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702 CANCÉROLOGIE ; RADIOTHERAPIE

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)
PADOVANI Laetitia (PH-PH)
SALAS Sébastien (PU-PH)
VIENS Patrice (PU-PH)

SABATIER Renaud (MCU-PH)
TABOURET Emeline (MCU-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 VISCÉRALE ET DIGESTIVE 5202

BERDAH Stéphane (PU-PH)
HARDWIGSEN Jean (PU-PH)
MOUTARDIER Vincent (PU-PH)
SEBAG Frédéric (PU-PH)
SIELEZNEFF Igor (PU-PH)
TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)
BEYER-BERJOT Laura (MCU-PH)
BIRNBAUM David (MCU-PH)
DUCONSEIL Pauline (MCU-PH)
GUERIN Carole (MCU-PH)
MEGE Diane (MCU-PH)

CHIRURGIE INFANTILE 5402 CHIRURGIE INFANTILE 5402

GUYS Jean-Michel (PU-PH) Surnombre
JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
LAUNAY Franck (PU-PH)
MERRROT Thierry (PU-PH)
VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH) détachement
DARIEL Anne (MCU-PH)
FAURE Alice (MCU-PH)
PESENTI Sébastien (MCU-PH)

FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503 CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE

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

FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103

COLLART Frédéric (PU-PH)
 D'JOURNO Xavier (PU-PH)
 DODDOLI Christophe (PU-PH)
 FOUILLOUX Virginie (PU-PH)
 GARIBOLDI Vlad (PU-PH)
 MACE Loïc (PU-PH)
 THOMAS Pascal (PU-PH)
 TROUSSE Delphine (MCU-PH)

CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛLOGIE 5004

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

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

GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201

BARTHET Marc (PU-PH)
 DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)
 GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)
 GRANDVAL Philippe (PU-PH)
 VITTON Véronique (PU-PH)

HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202

LEPIDI Hubert (PU-PH)

PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

GONZALEZ Jean-Michel (MCU-PH)

DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003

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

GENETIQUE 4704

BEROUD Christophe (PU-PH)
 KRAHN Martin (PU-PH)
 LEVY Nicolas (PU-PH)
 NGYUEN Karine (PU-PH)

DUSI

COLSON Sébastien (MCF)

BOURRIQUEN Maryline (MAST)
 EVANS-VIALLAT Catherine (MAST)
 LUCAS Guillaume (MAST)
 MAYEN-RODRIGUES Sandrine (MAST)
 MELLINAS Marie (MAST)
 ROMAN Christophe (MAST)
 TRINQUET Laure (MAST)

TOGA Caroline (MCU-PH)
 ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403

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

ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5404

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

AUQUIER Pascal (PU-PH)
 BERBIS Julie (PU-PH)
 BOYER Laurent (PU-PH)
 GENTILE Stéphanie (PU-PH)

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)

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

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

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

IMMUNOLOGIE 4703

MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603

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

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

FERON François (PR) (69ème section)

TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

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)

BERLAND Caroline (MCF) (1ère section)

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905

MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503

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

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

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602

ELDIN Carole (MCU-PH)

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

MEDECINE D'URGENCE 4805

SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

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

**MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU
 VIEILLISSEMENT ; ADDICTOLOGIE 5301**

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

BENYAMINE Audrey (MCU-PH)

GENTILE Gaëtan (PR Méd. Gén. Temps plein)

BRUNET Philippe (PU-PH)

CASANOVA Ludovic (MCF Méd. Gén. Temps plein)

BURTEY Stéphanne (PU-PH)

DUSSOL Bertrand (PU-PH)

GUIDA Pierre (PR associé Méd. Gén. à mi-temps) retraite au 25/09/2020 (MOAL Valérie (PU-PH)

JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)

BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

ROBERT Thomas (MCU-PH)

CALVET-MONTREDON Céline (MCF associé Méd. Gén. à temps plein)

FORTE Jenny (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

JANCZEWSKI Aurélie (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

NEUROCHIRURGIE 4902

NUSSLI Nicolas (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

DUFOUR Henry (PU-PH)

THERY Didier (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps) (nomination au 1/10/2020)

FUENTES Stéphane (PU-PH)

REGIS Jean (PU-PH)

NUTRITION 4404

ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)

SCAVARDA Didier (PU-PH)

DARMON Patrice (PU-PH)

RACCAH Denis (PU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)

VALERO René (PU-PH)

GRAILLON Thomas (MCU PH)

ATLAN Catherine (MCU-PH) disponibilité

BELIARD Sophie (MCU-PH)

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

NEUROLOGIE 4901**ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)**

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)

ATTARIAN Sharham (PU PH)

SOBOL Hagay (PR) (65ème section)

AUDOIN Bertrand (PU-PH)

AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)

CECCALDI Mathieu (PU-PH)

EUSEBIO Alexandre (PU-PH)

OPHTALMOLOGIE 5502

FELICIAN Olivier (PU-PH)

DAVID Thierry (PU-PH)

PELLETIER Jean (PU-PH)

DENIS Danièle (PU-PH)

MAAROUF Adil (MCU-PH)

PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904

DA FONSECA David (PU-PH)

POINSO François (PU-PH)

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501

GUIVARCH Jokthan (MCU-PH)

DESSI Patrick (PU-PH)

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

FAKHRY Nicolas (PU-PH)

BLIN Olivier (PU-PH)

GIOVANNI Antoine (PU-PH)

MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)

LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH)

MICHEL Justin (PU-PH)

SIMON Nicolas (PU-PH)

NICOLLAS Richard (PU-PH)

TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH)

RADULESCO Thomas (MCU-PH)

BOULAMERY Audrey (MCU-PH)

REVIS Joana (PAST) (Orthophonie) (7ème Section)

RANQUE Stéphane (PU-PH)

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

CASSAGNE Carole (MCU-PH)

MATHIEU Marion (MAST)

L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)

TOGA Isabelle (MCU-PH)

PHYSIOLOGIE 4402

PEDIATRIE 5401

ANDRE Nicolas (PU-PH)

BARLOGIS Vincent (PU-PH)

CHAMBOST Hervé (PU-PH)

DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)

FABRE Alexandre (PU-PH)

GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)

MICHEL Gérard (PU-PH)

MILH Mathieu (PU-PH)

OVAERT-REGGIO Caroline (PU-PH)

REYNAUD Rachel (PU-PH)

TSIMARATOS Michel (PU-PH)

TOSELLO Barthélémy (MCU-PH)

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)

BREGEON Fabienne (PU-PH)

GABORIT Bénédicte (PU-PH)

MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)

TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

BONINI Francesca (MCU-PH)

BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)

DADOUN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité)

DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)

LAGARDE Stanislas (MCU-PH)

RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)

THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903

BAILLY Daniel (PU-PH)

LANCON Christophe (PU-PH)

NAUDIN Jean (PU-PH)

RICHERI Raphaëlle (PU-PH)

CERMOLACCE Michel (MCU-PH)

PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101

ASTOUL Philippe (PU-PH)

BARLESI Fabrice (PU-PH)

CHANEZ Pascal (PU-PH)

GREILLIER Laurent (PU PH)

REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

CHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PSYCHOLOGIE SOCIALE 16

AGHABABIAN Valérie (PR)

LAZZAROTTO Sébastien (MAST)

TOMASINI Pascale (MCU-PH)

RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302

RHUMATOLOGIE 5001

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)

CHAGNAUD Christophe (PU-PH)

CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)

GIRARD Nadine (PU-PH)

JACQUIER Alexis (PU-PH)

MOULIN Guy (PU-PH)

PANUEL Michel (PU-PH) surnombre

PETIT Philippe (PU-PH)

VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)

VIDAL Vincent (PU-PH)

GUIS Sandrine (PU-PH)

LAFFORGUE Pierre (PU-PH)

PHAM Thao (PU-PH)

ROUDIER Jean (PU-PH)

HERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4801

AMBROSI Pierre (PU-PH)

VILLANI Patrick (PU-PH)

STELLMANN Jan-Patrick (MCU-PH)

DAUMAS Aurélie (MCU-PH)

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

HRAIECH Sami (MCU-PH)

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

Remerciements

Au Professeur Raphaëlle RICHIERI, merci de me faire l'honneur de présider le jury de cette thèse. Je suis heureux que la psychiatrie soit représentée, y étant attaché autant professionnellement qu'au cours de ce travail de thèse.

Au Docteur Raphaëlle ROUSSEAU-DURAND, merci d'avoir sublimé ma vision de la médecine générale à l'issue de ce dernier stage d'internat et de m'avoir ouvert les yeux sur la face cachée de la consultation. J'ai mis le temps mais suis rentré dans le rang.

Merci de m'avoir proposé ce sujet et d'avoir dirigé cette thèse.

Au Docteur Lydie DUCROCQ, merci pour ta sympathie lors de ce dernier stage d'internat en ta compagnie. Tu m'as permis de découvrir la fin d'une activité médicale puis les dessous de ton installation. J'y penserai lorsque mon tour sera venu. Merci de prendre part à ce jury de thèse.

Au Docteur Marie-Agnès MARTIN-SAVELLI, et à travers toi l'ensemble du personnel de l'hôpital de Hyères auquel je suis très attaché. Merci pour ces 3 semestres passés dans le Var qui resteront des semestres magiques d'un internat plutôt agréable.

A mes parents, qui inconsciemment m'avez probablement incité à suivre votre voie et votre exemple pour exercer cette profession. Vous avez toujours cru en moi malgré certains déboires au cours de ma scolarité.

Votre confiance en l'avenir et en vos enfants ne vous faisait pas poser de question. Merci pour cette autonomie que vous nous avez permis d'acquérir tout au long de notre vie. Cette responsabilité inhérente à vos enfants qui nous caractérise.

J'ai pu arriver jusqu'ici grâce à votre éducation que j'admire. Je tacherai de transmettre ce que j'ai reçu à nos enfants.

A mes frères et sœurs, Merci pour cette complicité pas toujours explicite mais naissant d'une confiance perpétuelle sans jugement.

Avec une mention spéciale pour Lisou qui s'est rapproché géographiquement et qui a si bien accueilli Marie-Lilka. François qui se rapproche familialement parlant des 4 grands. Bravo pour ce bel engagement. J'espère que nous formerons des familles aussi belles que celle de Pauline et Jean. Etienne et Marie-Alice qui se rapprochent professionnellement. Vous empruntez un beau chemin, bravo pour ce choix. Et Cécile proche spirituellement, merci de veiller sur nous.

Au Dr Olivier SPIROUX, qui en D4 m'a donné le gout de la Médecine Générale. Heureusement que je n'ai pas eu le choix aux ECN, j'ai dû prendre MG pour finalement mon plus grand bonheur.

Aux gars du lycée, la bande de Mongaz', celle de Saint Martin et assimilés. C'est dans la diversité de ces amitiés que j'ai grandi et me suis forgé. J'attends votre retour en Anjou suite à nos escapades géographiques mutuelles. Marie-Lilka et moi ouvrons la voie !

A Sulauze, Tariel et Gwen. Quelle amitié enrichissante pour moi ces années d'externat passées avec vous. Comment passer d'une crête de punk à chien (tu as d'ailleurs rejoint tes amis à Rennes), au chef scout exemplaire en passant par le pilier de BU et de bistrot en l'espace de quelques jours. Merci pour cette amitié passée et à venir.

A Julie, Chopin et Cam. Du collège/lycée à Averroes en passant par le BDC, le PDL et la Giraudière nous avons suivis avec plus ou moins de brio la même voie. J'espère que nos chemins se rejoindront.

A Julie, ton sourire t'a suivi d'Angers à Marseille puis à Aix. Merci pour ta joie de vivre contagieuse et cette belle amitié avec Marie-Lilka.

A Sébastien, tu m'as fait quitter l'Anjou pour Marseille. J'y ai rencontré ma femme. Pour ça, toutes les autres choses et ta fidèle amitié Merci.

A Bizard, amis depuis +- 30 ans merci pour cette fraternelle amitié. Je te prie de rester fidèle et d'assumer ta droite position conservatrice.

Merci d'être devenu Marseillais accompagné de Victoire, Hugo et Marie (prière à tous de ne le rester pas trop longtemps).

A Auguste, fidèle cousin qui répond aussi peu à son couz' qu'à sa directrice de thèse. Je suis heureux que tu aies trouvé ta voie. J'ai hâte de m'inviter au Québec, seras tu devenu Docteur ou trappeur ? Je suis pressé de le découvrir.

A Félix, toi qui aura sans doute mieux à faire que de venir à ma soutenance. Merci pour cette précieuse amitié et pour ton accueil régulier et chaleureux depuis la Doune jusqu'à Toulon. Ces gardes blanches passées ensemble me laisseront un souvenir mémorables !

A Damien EE, premier co-interne, merci pour ce compagnonnage dont tu as fait preuve. Ton ouverture d'esprit, tes perpétuelles remises en question et ta soif insatiable m'ont fait débiter l'internat de la plus belle des manières.

A Mathieu, merci pour cette relation presque épistolaire depuis les premiers choix de stages, tu es une des pépites de Bretagne et des Hautes-Alpes que je vois trop peu !

A Philippe, Zabeth et Victoire. Merci pour cette belle amitié née à la Ciotat. Vous êtes la plus belles des rencontres de ce post internat !

A tous les services hospitaliers qui m'ont accueilli et formé, en particulier Nicolas, Céline, Xavier, Gilles x2, Elodie et Thibault. Merci de m'avoir permis de travailler avec vous amicalement et simplement.

A mes anciens co-internes Hyérois du squat : sûrement les 6 plus beaux mois de mon internat Merci !

A ma belle-famille, Joli Papa, Jolie Maman, Ali et Omb, merci de m'avoir si bien accueilli au sein de votre famille. Je me sens avec vous comme un fils et un frère. Soyez assurés que vous serez chez moi comme chez vous à jamais.

A Hippolyte, Rares sont les jours où je ne prends pas une décision professionnelle sans penser à toi. La douloureuse expérience vécue avec notre famille m'a fait tant murir personnellement et professionnellement. Merci pour ces rares mais agréables moments passés avec toi. Je compte sur toi pour continuer à nous accompagner.

A Marie-Lilka : Merci infiniment pour ton exemple dans ton travail et pour ta motivation dont tu as fait preuve pour que je termine ce travail.

Quel magnifique internat passé avec toi depuis ce premier jour d'accueil des nouveaux internes ! Je croyais aux coups de foudres et je suis heureux de pouvoir encore y croire. Quelle raison ce jour-là t'as poussé à te rapprocher des Angevins ? Bien t'en as pris car rien ne me rend plus heureux aujourd'hui que la vie au quotidien aux côtés de mon épouse chérie et de France. Puis j'espère bien d'autres.

Table des matières

Table des matières	1
Introduction.....	3
I. Etat des lieux de la prescription en France.....	3
II. La surmédicalisation	3
III. La prévention quaternaire.....	5
Matériel et Méthode	7
I. Etude qualitative	7
II. Population et échantillon	7
III. Proposition d'entretien et guide d'entretien	8
IV. Recueil des données	8
V. Analyse des données	9
VI. Recherche bibliographique	9
VII. Ethique et protection des données personnelles.....	10
Résultats	11
I. Population d'étude	11
1. Caractéristiques de la population	11
2. Caractéristiques des entretiens	11
II. Résultats principaux	12
1. Adhésion au médecin généraliste.....	12
a) Critères de choix d'un médecin traitant	12
b) Critères de satisfaction	13
c) Histoire commune, histoire partagée	15
d) Examen physique, rite diagnostique et relationnel	16
e) Confiance dans le diagnostic du médecin	16
f) Obéissance.....	17
g) Sentiment d'incompréhension	18
2. Connaissances médicales	18
a) Savoir du patient.....	18
b) Incertitudes du patient	19
c) Limites du médecin.....	20
3. La consultation.....	21
a) Médecin traitant	21

b) Consommation de médecin	21
c) Consommation de soin	25
4. Prescription	26
a) Les examens complémentaires	26
b) Les médicaments	28
c) Décision médicale partagée	32
d) Non prescription	32
Discussion	34
I. Critères de validité selon la liste COREQ	34
1. Equipe de recherche et réflexion	34
2. Conception de l'étude	34
3. Analyse et résultats	35
4. Forces de l'étude	35
5. Limites de l'étude	35
II. Les prescriptions	36
III. Les connaissances médicales	43
IV. Adhésion au médecin généraliste	44
V. Réflexions personnelles	48
Conclusion	51
Bibliographie	52
Annexes	57

Introduction

I. Etat des lieux de la prescription en France

La rédaction d'une ordonnance de médicament serait pour le patient français un déterminant important de la réussite d'une consultation (1). L'absence de prescription pourrait même être perçue comme inquiétante ou représenter le doute du médecin, voire son incompetence et donc l'incertitude de la guérison (2).

Pour d'autre, l'ordonnance serait un bien commercialisable en échange du paiement de la consultation (3).

La prescription, qu'elle soit médicamenteuse ou pour un examen complémentaire, a pour but de diagnostiquer, de préserver voire d'améliorer l'état de santé du patient.

Cependant un excès de prescription pourrait engendrer une perte de temps pour le patient et son médecin, créerait de l'anxiété et pourrait détecter et traiter une anomalie parfois inutilement. Cet excès de prescription et de médecine est nommé « surmédicalisation ».

II. La surmédicalisation

La surmédicalisation est définie par le dictionnaire de l'académie de Médecine comme : « L'état d'une population qui a à sa disposition un nombre de services médicaux estimé trop élevé par rapport à ses besoins sanitaires » (4).

L'importance de ce phénomène est communément admise dans notre société (5).

Cette mise à disposition excessive de moyens entrainerait un excès de soin et de ses conséquences. Elle est à l'origine de cette autre définition de la surmédicalisation : « Pratiques médicales non validées en termes de bénéfices apportés aux patients, potentiellement nuisibles et donc inutilement coûteuses » (5).

D'un point de vue financier, on estimerait qu'un alignement des prescriptions des médecins généralistes sur la moyenne régionale permettrait de générer 400 millions d'euros d'économie à la sécurité sociale (6).

En dehors de ces excès de prescription, il semblerait que les sur-diagnostics somatiques soient nombreux :

- L'hypertension, l'hyperglycémie, l'hypercholestérolémie ou l'excès de poids : le plus souvent asymptomatiques. On transforme ces facteurs de risques en maladies qui font basculer le sujet de simple « patient » à « malade » (7).
- Le dépistage systématique du PSA ou de la TSH qui retrouvent des anomalies sans signification clinique (7).
- Les incidentalomes, décrivant initialement les nodules surrenaliens de découverte fortuite. Terme qui s'est étendue à une activité médicale de traitement d'images et non de patients (7).
- L'insuffisance rénale chronique dont souffrent de nombreux patients sans qu'ait été évaluée la pertinence de l'élargissement du diagnostic (8).

Du bilan biologique de dépistage systématique (9), à la prescription d'antibiotiques (10), au sur-dépistage du cancer (11) : l'intérêt d'une prescription rationnelle, conforme aux données de la science et appliquée individuellement au patient fait consensus.

Il faudrait savoir ne rien faire ou stopper les investigations concernant des maladies rares dont la prévalence est quasi nulle en soins primaires.

Les causes de la surmédicalisation sont multiples et prendraient leurs origines autant chez les médecins que chez leurs patients.

Les médecins justifient ces soins excessifs par l'abondance des demandes de leurs patients, la fatigue et la peur de manquer un diagnostic. En effet, de nombreux tests diagnostiques sont réalisés dans le but de rassurer les patients dont l'examen clinique montre une faible probabilité de maladie (12).

Pour limiter les examens, le médecin devrait connaître la prévalence des maladies et la valeur prédictive positive des tests diagnostiques. En effet, il est admis qu'une meilleure formation des médecins limiterait le recours aux examens complémentaires et aux traitements (13,14).

Il dispose également de deux outils que sont la confiance et la relation dans le temps : il a le temps d'attendre.

La surmédicalisation serait causée par le manque d'information des professionnels et des patients concernant le processus de décision médicale : celui-ci prend en compte la maladie mais aussi le sujet sur lequel elle s'est installée (5).

D'un point de vue humain, ces pratiques seraient anxiogènes pour les patients car peuvent engendrer des suspicions de maladie. Cette anxiété pourrait participer à l'émergence de maladie nouvelle comme la spasmophilie et plus récemment la fibromyalgie dont la prise en charge psychologique serait essentielle (15).

D'après la WONCA (Organisation Mondiale des Médecins Généralistes), le médecin doit rassurer tant bien que mal et prendre en charge cette anxiété (16).

III. La prévention quaternaire

La prévention quaternaire est un moyen pour lutter contre cet excès de médecine. Ce concept est popularisé par Marc JAMOULLE en 1985 qui le définit comme tel : « Action menée pour identifier un patient ou une population à risque de surmédicalisation, le protéger d'interventions médicales invasives, et lui proposer des procédures de soins éthiquement et médicalement acceptables. Ce nouveau concept de prévention quaternaire correspond en fait à l'adage *Primum, non nocere* : c'est la prévention de la médecine non nécessaire, ou la prévention de la surmédicalisation » (17).

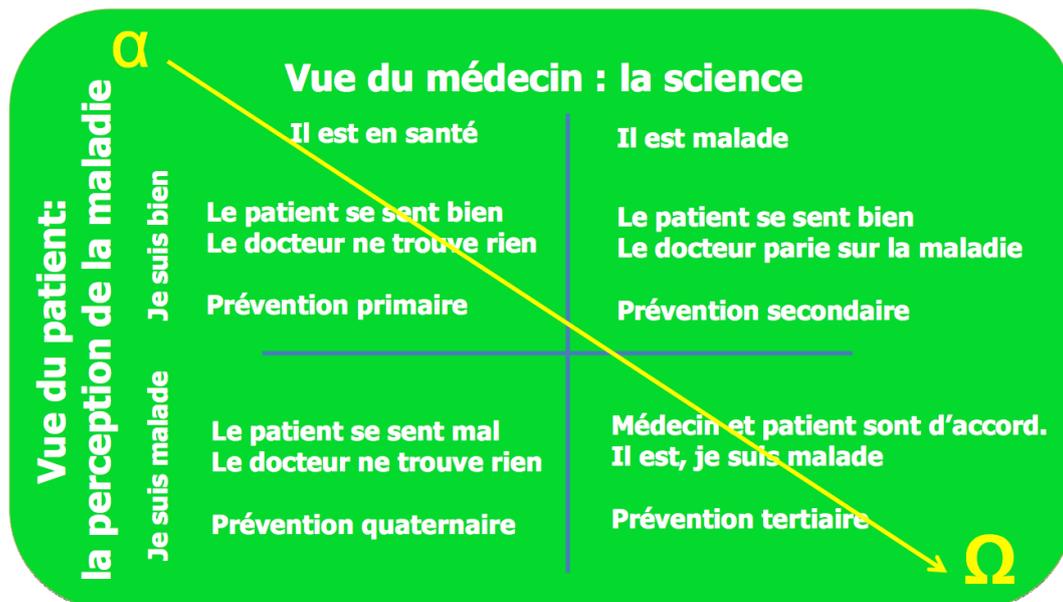


Figure 1 : Les quatre domaines de l'activité médicale et de la prévention exprimés dans le cadre de la relation médecin malade (18)

Les médecins sont conscients de leurs prescriptions excessives, mais tous ne sont au fait des effets pervers que celles-ci peuvent occasionner.

Il semblerait que la prévention quaternaire soit peu connue des médecins et des internes (19). La formation de ces derniers s'articulant pourtant davantage autour des 6 compétences pratiques du Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE) (marguerite des compétences) que sur les connaissances médicales théoriques (20).

L'objectif de ce travail est de recueillir le témoignage des patients face à la prescription ou l'absence de prescription de la part du médecin généraliste, qu'elle soit médicamenteuse ou qu'elle concerne un examen complémentaire. Ceci dans le but d'évaluer leur ressenti concernant un concept qui leur serait inconnu : la surmédicalisation.

Matériel et Méthode

I. Etude qualitative

La recherche qualitative permet, à partir d'analyse d'entretiens, de récolter des données et de créer une théorie. Cette théorie et les hypothèses qui en découlent pourraient ensuite être vérifiées par une analyse en méthode quantitative.

Par les méthodes de recherche en théorisation ancrée, en analyse de discours, en phénoménologie interprétative et en ethnographie : la méthode qualitative permet des analyses différentes selon l'orientation souhaitée de la recherche.

Notre travail cherche à étudier une expérience, un ressenti. C'est donc en théorisation ancrée qu'il a été réalisé.

Nous cherchons à créer une théorie à partir de données empiriques recueillies (21).

II. Population et échantillon

Dans une étude qualitative, la représentation statistique de la population n'est pas recherchée.

L'échantillonnage s'est fait via un recrutement volontaire de patients dans plusieurs cabinets de médecine générale des Bouches du Rhône selon leur localisation géographique : pratique urbaine, semi-rurale et rurale. Une proposition d'entretien a été disposée en salle d'attente de ces cabinets, invitant les patients à contacter l'interviewer par mail ou par téléphone pour convenir d'un rendez-vous téléphonique. Environ 70 propositions d'entretiens ont été mises à disposition des patients de 5 cabinets médicaux distincts. Les médecins ont constaté que ces fiches ont été prises spontanément et rapidement par les patients dans leur salle d'attente. Malgré cette large distribution, seuls 8 patients ont effectivement contacté l'interviewer donnant 8 entretiens. Deux autres entretiens ont été réalisés avec des patients recrutés par bouche à oreille. Nous avons réalisé au total dix entretiens.

Le recueil des données a été fait jusqu'à saturation. C'est-à-dire que le nombre nécessaire d'entretien a été jugé suffisant une fois que la redondance des réponses a été atteinte. Ce nombre ne pouvait donc être déterminé à l'avance.

III. Proposition d'entretien et guide d'entretien

Les propositions d'entretiens (Annexe 1) étaient mises à disposition dans les salles d'attente des médecins que les patients consultaient. Il était proposé aux patients de contacter l'interviewer de façon anonyme pour une étude sur la relation qu'ils entretenaient avec un médecin. Les médecins n'ont pas incité les patients à contacter l'interviewer. Les patients ne connaissaient pas le sujet de l'étude, ni avant, ni pendant, ni après l'entretien. La notion de surmédicalisation a été révélée et expliquée à posteriori aux participants ayant demandé les résultats de l'étude.

Le guide d'entretien (Annexe 2) comportait des réponses ouvertes avec des questions annexes de relance. Il a été modifié au fur et à mesure des entretiens en fonction de l'intérêt des réponses obtenues aux questions initiales.

IV. Recueil des données

Les données ont été recueillies par entretiens semi dirigés téléphonique. L'entretien débutait par une brève présentation de l'interviewer et de l'objectif final poursuivi, à savoir la soutenance de thèse de médecine générale. Le recueil du consentement oral concernant l'enregistrement des échanges entre participants et interviewer a systématiquement été recherché et obtenu des participants. Les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone afin d'être retranscrits mot à mot à posteriori. Ces données brutes seront appelés Verbatims.

V. Analyse des données

La recherche a suivi le protocole suivant (21) :

- Codage : consiste à transformer les données brutes des verbatims en une formulation signifiante dont le sens reste proche du sens initial.
- Double codage : second codage des données par une tierce personne. On obtient ainsi un livre de code (Annexe 3).
- Catégorisation : permet de donner un sens plus général à un ensemble de codes.
- Mise en relation : permet une mise en rapprochement entre différentes catégories.
- Triangulation des données. Ce travail abouti à un arbre de code (Annexe 4).
- Analyse des données.

VI. Recherche bibliographique

La recherche bibliographique a été faite à l'aide des moteurs de recherche suivants :

- PubMed
- Google
- Sudoc
- Em Premium
- Science direct
- Dumas
- CAIRN

Les mots clés utilisés selon diverses combinaisons étaient :

Surmédicalisation, prévention quaternaire, relation médecin-malade, recherche qualitative, médecins généralistes, refus de soin, tests diagnostiques, examens complémentaires, prescription, non prescription.

VII. Ethique et protection des données personnelles

Ce travail ne relève pas de la loi n°2012-300 dite Jardé du 5 Mars 2012 relative aux recherches impliquant la personne humaine, modifiée par l'ordonnance n°2016-800 du 16 Juin 2016 : L'avis du Comité de Protection des Personnes (CPP) n'était pas nécessaire.

Ce travail ne relève pas du Règlement général sur la Protection des Données (RGPD) : aucune démarche réglementaire auprès de la Commission Nationale de l'Information et des Personnes (CNIL) n'était nécessaire.

Ce travail ne traite pas de donnée sensible : l'avis d'un Comité d'Ethique n'était pas nécessaire.

Résultats

I. Population d'étude

1. Caractéristiques de la population

Les patients ont pris contact de façon volontaire avec l'interviewer via une proposition d'entretien mise à disposition dans la salle d'attente des médecins contactés.

La population interrogée était composée de 10 patients dont 7 femmes. L'âge des participants s'échelonne de 25 à 80 ans pour une moyenne de 48,8 ans. Toutes les catégories socioprofessionnelles et l'ensemble des statuts familiaux étaient représentés.

L'ensemble de la population habite en région PACA. Aucun volontaire ne connaissait l'interviewer ni le sujet de l'étude.

Notons l'absence de participant masculin de moins de 40 ans.

Les caractéristiques de la population sont présentées dans l'annexe 5.

2. Caractéristiques des entretiens

Les entretiens ont été réalisés sur la base du volontariat entre décembre 2021 et février 2022. Ils se sont déroulés par téléphone aux horaires qui convenaient le mieux aux participants. Ils ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone puis retranscrits mot à mot.

La durée des entretiens a été de 8 à 27 minutes selon les participants pour une moyenne de 15 minutes.

II. Résultats principaux

1. Adhésion au médecin généraliste

a) Critères de choix d'un médecin traitant

En France, chaque patient a droit au libre choix de son médecin traitant.

Les personnes interrogées l'on choisit selon plusieurs critères :

- Sa proximité géographique : la référence au médecin de quartier revient souvent dans les discussions. Dans la plupart des entretiens les patients attachent de l'importance à la proximité relationnelle mais aussi géographique.

Sujet 5 : « D'ailleurs la première fois que j'ai poussé la porte du Dr X qui habite à côté de chez moi... J'ai essayé de voir un médecin qui était à côté de chez moi. Pas loin je n'aime pas aller loin et je savais qu'elle était là. »

- Les autres patients par bouche à oreille relaient la bonne réputation du praticien.

Sujet 4 : « Elle m'a été conseillé par plusieurs personnes avant que j'aie la voir, j'avais confiance en ces personnes. »

D'autres critères comme la propreté du cabinet, l'aspect financier et la facilité de prise de rendez-vous par Doctolib® ont été évoqués par les participants. Certes ils n'en faisaient pas le critère principal mais un critère de haute importance tout de même.

S3 : « La propreté du cabinet. Le fait que ça ne soit pas un fourre-tout, moi ça me rassure. »

S9 : « Et financièrement parlant aussi le pédiatre coûte cher. Le médecin généraliste est mieux remboursé et moins cher. »

Une seule participante a évoqué le fait qu'elle appréciait s'identifier à son médecin traitant :

S6 : « Quand je suis arrivée, je suis allée la voir, elle est jeune, c'est une femme aussi. »

b) Critères de satisfaction

Une fois leur médecin traitant choisi, les patients se disent fidèle à leur praticien. L'ensemble des personnes interrogées dans cette étude était satisfait de leur médecin. La plupart avaient changé récemment.

La grande majorité des participants place l'écoute de leur médecin en qualité la plus appréciable chez lui :

S1 : « Oui effectivement je pense que la qualité pour un médecin c'est d'être à l'écoute. D'avoir un peu d'empathie mais pas trop pas trop d'empathie. Je crois qu'il ne faut pas avoir trop d'empathie pour un patient mais il faut en avoir un petit peu. Être à l'écoute surtout quoi. »

- L'écoute et la patience sont traduits chez certains patients par la capacité du médecin à prendre du temps avec eux :

S8 : « Elle prend du temps, voilà c'est quelqu'un qui prend du temps, qui vous explique les choses, qui prend le temps de vous les expliquer. Voilà c'est pas quelqu'un qui va vous recevoir en 10 minutes. Voilà j'ai ça, ça et ça : prescrivez moi ça. Non c'est pas comme ça que ça marche. »

- Prendre le temps : ce temps qui leur est consacré est apprécié et certains patients sont conscients que le médecin peut être pressé ou présenter des difficultés à respecter son planning :

S1 : « Le problème pour le médecin c'est qu'il y a des gens qui parlent beaucoup qui aiment beaucoup parler. C'est la difficulté pour le médecin c'est de savoir, d'arriver à trouver le fil d'Ariane médical. »

S10 : « elle prend sur elle de me garder quelques fois un peu plus. Mais bien entendu ça pose problème parce qu'après il y a un dérèglement qui peut se produire sur l'ensemble des visites. »

- La continuité des soins et leur qualité offerte par le temps accordé est appréciée.

S9 : « Oui très bien. Et vraiment hyper humain. En fait la veille on avait appelé son collègue qui nous avait rappelé après son service vers 20h30, 21h pour prendre des nouvelles et donc on était surpris car nous venons de Paris et à Paris ça ne se passe pas trop comme ça et l'autre collègue nous a pris samedi vers 13h pour contrôler. »

- Le manque d'écoute a été abordé par une participante : il s'agit du seul reproche vis-à-vis de la pratique du médecin rapporté dans les entretiens :

S7 : « Par moment j'ai l'impression que j'ai plus de symptômes à décrire... J'aimerais dire plus de choses mais il me donne l'impression que je n'ai pas besoin de dire ces choses-là. Alors que pour moi ça me semble important de les dire. »

- La prise en considération de leur personne de la part du médecin est ressentie. L'attitude du médecin, le langage non verbal de celui-ci est remarqué et apprécié pour nombre de patients.

S3 : « Elle est à l'écoute, elle ne me dit jamais que je viens pour rien. »

S5 : « Et elle m'a dit vous êtes un cas important je vais demander au Dr X et c'est là où elle m'a reçue. »

- La première consultation avec le médecin a été abordée spontanément par les patients. Cette rencontre humanise la relation qui viendra à s'établir et prend beaucoup d'importance dans la confiance que pourra accorder le patient à son médecin.

S10 : « Et puis je vais vous dire mieux que ça encore : je crois qu'au premier contact qui souvent dure un peu plus longtemps que les autres visites, on a de suite un rapport qui s'établit et on sent de suite que le courant passe en fait. »

c) Histoire commune, histoire partagée

L'expérience du patient avec son médecin est un facteur important de la coopération thérapeutique. Plusieurs éléments d'expérience sont rapportés par les patients :

- L'évaluation personnelle du médecin, beaucoup ont eu l'occasion de mesurer les compétences humaines et médicales de leur médecin.

S1 : « Je ne vais pas exiger une radio alors que je connais le praticien et j'ai pu mesurer son niveau de jugement professionnel donc voilà je lui fais confiance. »

S2 : « ma femme a été très bien soignée d'ailleurs puisqu'elle est sortie d'affaire donc c'est elle qui nous a toujours suivis. »

- La fidélité, accordée à l'occasion d'un lien presque amical, d'une preuve de confiance.

S7 : « Parce qu'un lien d'amitié s'est créé et que j'arrive à avoir des rendez-vous assez facilement. C'est que qu'il y a de plus simple. Je le connais. Et même lorsque j'étais étudiante dans une autre ville, je préférais rentrer chez moi pour voir mon médecin plutôt que prendre un médecin au hasard dans telle ou telle ville que je ne connais pas du tout, dont je ne connais pas les compétences ni rien quoi. Un peu cette peur de ne pas tomber sur un bon médecin quoi »

- Le médecin de famille. Terme aussi bien utilisé chez les plus jeunes que chez les plus âgés de l'étude, les patients sont attachés au médecin de famille qu'ils associent souvent au terme médecin de campagne.

S2 : « C'est un peu la génération des médecins de campagne où c'était les médecins de famille quoi. J'ai trouvé un peu le médecin de famille qui existe peut-être moins chez les plus jeunes. Je crois que c'est bien d'avoir une relation de confiance. »

- La réciprocité de la confiance. Dans chaque entretien, la confiance dans le médecin paraît prépondérante dans la relation médecin malade avant tout autre critère. Mais la notion de réciprocité n'est apparue qu'une fois.

S8 : « Parce que la confiance doit être réciproque sinon ça ne marche pas. Je pars de ce principe-là. »

d) Examen physique, rite diagnostique et relationnel

L'examen clinique a une place de choix dans la consultation. Il a comme objectif le diagnostic mais est également thérapeutique. Il permet une réassurance du patient qui se sent pris en considération et entendu. Aucun patient ne remet en cause la compétence de l'examineur.

S7 : « A chaque fois il reprend ma tension, il écoute mon cœur etc. Oui il prend le temps de quand même regarder donc ça c'est rassurant aussi. »

En revanche dans certaines circonstances l'examen clinique ne paraît pas opportun pour tous les patients.

S6 : « Elle contrôle c'est bien, et puis j'ai pas besoin de me déshabiller pour demander ma pilule. Et comme ça c'est plus rapide. »

e) Confiance dans le diagnostic du médecin

Dans les entretiens réalisés, la confiance dans les compétences diagnostiques de leur médecin traitant était soulignée. Chez certains, cette confiance n'est octroyée qu'à leur médecin traitant.

S6 : « Je crois oui. Y'avait rien en gras sur les résultats. Et puis après je l'ai montré à mon médecin et il m'a dit que tout allait bien et que j'avais bien fait de ne pas prendre les antibiotiques. »

Cette confiance peut être perdue à l'occasion d'un diagnostic raté, parfois à la première erreur, parfois après plusieurs. Ce qui peut engendrer le souhait de changer de médecin.

f) Obéissance

On retrouve trois attitudes concernant l'observance : Concernant les médicaments ou les tests diagnostiques :

- L'explication de la démarche, que ce soit sur l'objectif recherché ou les modalités pratiques de prise du médicament ou de la réalisation d'un examen. Une prescription claire augmente son taux de réalisation. Ces explications sont une condition nécessaire à l'observance.

S4 : « Si je vais faire un examen et que je ne sais pas ce que c'est ni pourquoi on me le fait...

Mais moi je suis peut-être un cas mais ça ne m'est jamais arrivé de faire un examen en ne sachant pas ce que je vais faire et pourquoi je vais le faire. Je ne pourrais pas d'ailleurs car je vais me dire : je vais rentrer dans un tube ou quoi... Ce n'est pas possible en fait. »

S10 : « c'est ce qui donne surtout au niveau moral cette envie de faire ce qu'on vous dit. De le faire sans arrière-pensée. On se sent bien quoi. »

- La soumission à l'autorité : je fais ce qui m'est prescrit par celui en qui j'ai confiance.

S1 : « simplement quand c'est nécessaire une ordonnance. Une ordonnance s'impose et bah on la prend. Point. »

S9 : « Non je n'ai jamais rien demandé, j'ai toujours fait confiance. J'y vais pour qu'on me résolve mon problème et quoi qu'on me donne ou me dise j'obéis. »

- La prudence concernant la prise médicamenteuse qui expose au risque de résistance ou d'interaction médicamenteuse. Cette prudence émane de patients polymédiqués ou non révélant une méfiance grandissante vis-à-vis de nos médicaments traditionnels.

S10 : « Je ne veux pas y aller en disant je veux ce médicament parce que il se peut qu'il y ait une contre-indication par rapport à tous mes problèmes donc j'attends son verdict. »

g) Sentiment d'incompréhension

Les éléments favorisant l'adhésion du patient à son médecin traitant trouvent leurs équivalents opposés : le manque d'écoute, le manque d'empathie et le manque d'explication.

L'expérience ressentie est négative et participe au mal être du patient qui se présente en souffrance.

S5 : « Et bien je me suis senti très mal. Le premier médecin elle était très rapide, elle m'a consulté entre 2 portes, c'était horrible et elle m'a dit ça va passer tout seul, de toute façon c'est musculaire, vous allez... ça va remonter dans les cervicales, vous aurez mal et après ça passera. Je n'ai rien compris. »

2. Connaissances médicales

Une consultation médicale est la rencontre entre deux sujets, l'un possédant le savoir, l'autre exprimant une demande nécessitant l'accès aux connaissances du premier. Le patient consulte avec son histoire, son expérience, son savoir qu'il soit médical ou non, mais aussi son absence de savoir.

a) Savoir du patient

Parfois le patient consulte avec une plainte dont il dit déjà connaître l'origine :

S7 : « Souvent je sais que c'est lié au psychologique. J'ai mal au ventre parce que je suis stressée mais je n'arrive pas à me gérer toute seule »

Parfois il consulte et s'en remet entièrement à l'expertise du médecin, sans idée préconçue ou sans s'être renseigné par lui-même auparavant.

S2 : « je ne me rappelle plus bien du nom, vous savez j'y connais pas grand-chose, je suis perdu, je ne suis pas excellent en médecine, chacun son job. »

Lorsque le patient consulte avec des idées concernant sa plainte, l'origine de ses connaissances peuvent être multiples :

- Le bouche à oreille

S10 : « Non c'est plutôt en parlant aux uns aux autres. Vous savez surtout pour les douleurs. Quand on arrive à notre âge, surtout pour les douleurs, on se dit par exemple : moi je mets ce patch. »

- Des professionnels de la santé comme l'ostéopathe

S8 : « Je suis allée voir un ostéopathe et lui m'a dit que c'était plus un lumbago voire une hernie. C'est pour ça qu'il m'a conseillé de passer un IRM. »

- Internet

S6 : « Maintenant je regarde sur internet, on écoute moins le médecin. »

- Sa propre expérience

S4 : « Etant dans le sport maintenant je sais quand même reconnaître une tendinite donc je me doutais que s'en était une. »

Cette propre expérience, lorsqu'elle permet une compréhension de son corps provoque une franche amélioration de l'état de santé et diminue ainsi la demande de soin :

S7 : « Mais maintenant j'ai vraiment compris que c'était vraiment psychologique. Enfin depuis que je suis mieux dans ma tête et dans mon corps, j'ai quasiment plus de problème de santé. J'ai même plus de problème de santé. »

b) Incertitudes du patient

Lors de consultation de soins pour un motif aigu, l'objectif peut ne pas être très clair. Le patient a un doute sur son état de santé. Il aimerait ne pas être inquiet mais malgré les moyens d'information dont il dispose, il ne parvient pas à se rassurer.

- L'anxiété intrinsèque au patient

S1 : « Je ne me dis pas : ça laisse tomber c'est rien. Voilà je ne me précipite pas sur le médecin non plus, mais j'ai tendance effectivement à cogiter sur une douleur : est-ce que ça va être une maladie grave, un cancer ou un machin ou un truc. »

- Demande de réassurance

S6 : « au moins il m'a définitivement rassurée sur l'absence de danger même si j'étais plutôt confiante. »

Le patient sort la plupart du temps rassuré par les paroles du médecin. Parfois moins et demande des examens complémentaires. Il arrive que ces examens ne parviennent pas à rassurer le patient et ce résultat ou l'absence de résultat majore son anxiété.

S7 : « En général, lorsque je sors des examens et que je vois qu'il n'y a rien j'ai un moment où je m'effondre en larme en mode : purée mais d'où ça vient, pourquoi j'ai ces problèmes là si y'a rien derrière. Donc oui j'ai un moment de doute en mode : soit je suis vraiment une malade imaginaire et je n'arrête pas de me rendre malade toute seule ; soit on passe à côté de quelque chose et je suis toujours un peu... A ne pas trop savoir, le cul entre 2 chaises quoi. Entre, est ce que je dois me réjouir de rien avoir mais du coup de ne pas connaître les causes de mon problème ou est-ce que on est passé à côté de quelque chose. »

c) Limites du médecin

Le médecin présente deux types de limites :

- La déception et la résignation quant aux possibilités limitées du médecin ou son échec à donner pleine satisfaction à la demande du patient.

S6 : « Je me doutais bien que mon cas n'était pas grave, mais j'aurais aimé qu'il puisse me donner quelque chose pour me booster. Il m'a dit qu'il n'y avait rien à faire à part le temps qui améliorerait les choses. »

- La compréhension et la patience vis-à-vis de ces limites. Le patient rentre alors dans une démarche de recherche de l'étiologie et laisse le temps au médecin de se faire aider par les moyens dont il dispose.

S4 : « ce que j'apprécie énormément c'est si elle ne sait pas quelque chose elle le dit. Et elle dit qu'elle va se renseigner et elle ne fait pas sans savoir. »

3. La consultation

a) Médecin traitant

La notion de médecin à qui on réfère de son état de santé après tel ou tel événement est claire dans les entretiens. D'autant plus chez les patients qui consultent régulièrement des spécialistes. Ils apprécient que leur médecin soit au courant des dernières actualités concernant leur santé. On retrouve le terme de « référent » remplaçant parfois la notion de « traitant ».

S2 : « Je vois le docteur X en moyenne une fois par mois pour faire un point de situation. »

S10 : « le docteur qui n'était pas mon docteur traitant puisqu'elle est actuellement en congé maternité et comme elle ne me connaît pas cette remplaçante, je suis justement allé la mettre au courant de toute cette surveillance. »

Chez les patients interrogés la notion de médecin traitant coordinateur des soins est bien assimilée. Celui qui adresse et récupère les comptes rendus, donne son avis sur la prise en charge mais sans interférer sur la prise en charge de la pathologie spécialisée. La capacité du médecin traitant à suivre ces pathologies ou à prescrire les traitements associés paraît parfois inconnue des patients.

S2 : « Les médicaments pour le diabète évidemment c'est l'endocrino tous les 6 mois. »

S4 : « je fais du tennis en compétition donc quand c'est plus des douleurs liées au tennis je vais voir un autre médecin. Qui est un médecin professionnel dans le sport. »

b) Consommation de médecin

Propension à consulter

La tendance naturelle à consulter a été systématiquement évaluée dans les entretiens. Chaque sujet a une facilité à consulter différente selon le motif de recours.

- Attitude expectative : le patient préfère attendre et se laisse une chance que sa plainte disparaisse d'elle-même quitte à rester dans l'ignorance.

S7 : « depuis un an ça va beaucoup mieux, j'ai plus du tout de problème et quand j'en ai, je laisse passer et ça passe tout seul. Enfin ça s'en va quoi. »

- Les retardataires : ils consultent après un certain temps et dans l'urgence car leur cas semble dégénérer.

S5 : « quand j'ai vu que j'avais très mal au dos et que je ne pouvais plus bouger et que c'était horrible, j'ai consulté. »

- Les contraints : on retrouve dans leur discours le caractère obligatoire de la consultation, par besoin, par nécessité.

S1 : « Mais là c'était pour un suivi essentiellement je crois que si je n'avais pas été forcé par le renouvellement de mon traitement contre les poussées de tension artérielle je n'y serai pas allé que pour la côte. »

- Les volontaires : ils consultent aisément et volontiers leur médecin traitant dès que le besoin se fait sentir.

S2 : « C'est un suivi sympa donc on a établi très bon contact donc on y va facilement. »

S10 : « si je sens qu'il y a un quelconque problème qui apparait à la mise en place de ça, je vais voir de suite mon médecin généraliste. Je vais le voir, je lui explique ce que je ressens. Je ne laisse pas pourrir la situation. »

Fréquence des consultations

Cette propension à consulter engendre une subjectivité différente de la fréquence de consultation des patients. Chez l'un, une consultation par mois est raisonnable, chez l'autre ce sera ressentie comme une fréquence excessive. Nos patients ont tendance à minimiser leur consommation ou justifier leur excès subjectif de consultation en le mettant sur le compte du contexte (par exemple le covid), du suivi (pédiatrique ou spécialisé) ou de la dégradation de l'état de santé.

- Ceux qui consultent peu

S1 : « Donc souvent sur l'année je ne pense pas être un gros consommateur de médecin quoi. »

- Ceux qui consultent beaucoup

S2 : « je vais avoir des examens aussi de ce côté-là donc vous voyez la personne est touchée ! Je n'y vais pas pour rien. Enfin heureusement il n'y a rien de létal dans tout ça mais bon il faut suivre l'affaire. »

Difficulté d'accès aux soins

Malgré le recrutement en région PACA dans des zones où la densité médicale est correcte, les patients rapportent ne pas pouvoir consulter leur médecin traitant systématiquement et avoir dû chercher ou forcer la main du médecin pour accéder à sa patientèle.

S2 : « Les médecins traitants sont assez chargés quand même dans le quartier. On ne va pas où on veut. C'est compliqué parfois de pouvoir consulter quand même, c'est pas toujours simple. »

Changement de médecin traitant

Plusieurs raisons peuvent pousser les patients à changer de médecin traitant. En dehors des changements pour raisons impératives de déménagement ou de retraite, on distingue dans le discours des participants deux motifs :

- Le besoin impératif de trouver un nouveau médecin traitant, suite à une mauvaise prise en charge ou une mésentente.

S2 : « j'avais un autre traitant que j'ai un peu abandonné parce que ça coïncidait un peu et puis du coup avec ma femme on a cherché un autre médecin traitant. »

S5 : « j'ai consulté l'ancien médecin qui d'abord était en vacances puis qui ensuite n'a rien compris. Et j'ai dit : bah ça va pas du tout, il faut que je trouve un nouveau médecin. »

- Le souhait d'une nouvelle approche : que ce soit pour actualiser la prise en charge ou pour ne plus consulter le médecin de famille vu dans l'enfance.

S1 : J'ai voulu changer pour voir si le nouveau médecin qui est un peu plus jeune. Le Docteur X a une approche un peu différente du médecin que j'allais voir pendant 15 ans. C'est une question d'approche et je pense qu'elle a une approche un peu plus... Actuelle on va dire voilà.

S6 : « C'était chez mes parents c'est trop loin ! Et puis peut être qu'il travaille plus, ça fait longtemps maintenant.
Et puis je n'aurai pas envie d'aller le voir pour mes problèmes, c'était mon médecin enfant maintenant adulte c'est plus pareil. Et puis je préfère voir une femme. »

- Le changement régulier de médecin traitant pour casser l'installation d'une routine entre le patient et son médecin, afin d'éviter une baisse de vigilance du médecin.

S2 : « C'est aussi peut-être le problème des personnes qui sont trop habituées. Le médecin au bout d'un moment il s'habitue aussi à la personne. Il ne fait pas gaffe enfin je ne dis pas qu'il ne fait pas gaffe, mais il écoute peut-être moins attentivement et il peut passer à côté d'un truc. C'est l'exemple de mon père quoi. Alors est ce que le changement trop souvent d'un médecin est bon ou alors il faut garder un médecin longtemps ? Je n'ai pas la réponse »

Gestion simultanée de problème aigus et chroniques

Lors de consultation de renouvellement, les patients rapportent souvent l'opportunité d'aborder un autre problème pour lequel ils n'auraient pas consulté. Les termes « pas uniquement, pas que, j'en profite, évoquer » reviennent souvent.

Le travail du médecin consiste rarement à traiter un seul problème qu'il soit aigu ou chronique. Ajouter à cela la prévention à l'initiative du médecin qui doit se greffer aux demandes du patient.

S1 : « j'ai profité de ma visite chez le médecin pour la raison dont on a parlé de tension artérielle pour évoquer aussi cet accident. »

S5 : « J'y vais parce que j'ai un besoin de renouveler un médicament. Et je fais attention à ne pas y aller que pour ça, si j'ai un problème quelconque. »

c) Consommation de soin

L'objectif recherché est variable selon le patient.

- On observe des patients en quête de savoir médical :

S1 : « Je vais chez le médecin pour obtenir un diagnostic. Voilà »

- D'autres viennent pour vérifier leur propre diagnostic.

S3 : « Mais je préfère y aller pour vérifier s'il ne faut pas un traitement de plus que Doliprane et repos quoi. »

Certains sont demandeurs de soins sans faire appel à l'expertise du médecin : que ce soit des examens prévus dans le cadre d'une surveillance particulière ou bien des soins désirés suite à un autodiagnostic.

On observerait une marchandisation de la médecine où les soins devraient être délivrés selon un contrat tacite.

S4 : « j'y suis allée principalement pour des ordonnances de suivi. L'une car j'ai une stéatose hépatique donc tous les ans on fait faire une échographie. Une ordonnance pour faire des séances de kiné car j'ai une tendinite à la hanche. Et une ordonnance pour ma pilule et de l'ibuprofène. »

Le patient peut se changer en prescripteur :

S2 : « Je me fais faire quand même des petits bilans à l'occasion de consultation ponctuelle pour suivre l'état général quand même. »

S6 : « Imaginez qu'elle me refuse ma pilule ça la regarde pas ! Donc non heureusement j'en ai jamais manqué. »

Certains patients souhaitent avoir un médecin disponible à tout instant :

S9 : « que je puisse le contacter n'importe quand si jamais j'ai une question. »

4. Prescription

Que ce soit des conseils, des traitements ou des examens, chaque consultation en médecine générale se clôture par une prescription.

Dans l'imaginaire du patient la prescription concerne des traitements ou des examens matérialisés par la remise d'une ordonnance. C'est donc ces deux prescriptions que nous développerons dans cette partie.

a) *Les examens complémentaires*

Justification de la prescription

- Prescription pour confirmation diagnostique : le patient justifie la prescription qu'il a reçu par nécessité d'exploration ou de confirmation d'un diagnostic évoqué par le médecin. C'est la suite logique donnée par le médecin à son diagnostic initial.

S2 : « Ce n'est pas que ça me rassure mais c'est qu'elle a raison parce que c'est justifié en fait. Parce qu'à chaque fois elle met dans le mille et puis elle ça conforte son diagnostic. Pour elle surtout. Et ça lui permet de m'orienter ou de ne pas m'orienter, de médicaliser ou de ne pas médicaliser. »

- Réalisation volontaire d'examen : la prescription et la réalisation d'examens donne de la contenance à la prise en charge. Le patient se sent pris en considération par la nécessité qu'il a de faire des examens et la réalisation même des examens peut contribuer à l'amélioration de son état de santé.

S5 : « Et là depuis septembre j'ai fait... pfiou beaucoup : une scintigraphie, un ci un ça, un truc osseux, un TEP scan, je ne sais pas quoi. Enfin j'ai été bien soignée. »

- Nécessité à faire des examens : les mots « nécessaire, falloir, devoir » reviennent chez certains chez qui on perçoit une absolue nécessité de faire des examens pour « savoir ».

S9 : « je n'ai jamais fait d'examen qui n'était pas nécessaire. Pour les échographies j'étais enceinte. Quand je fais des examens ou des prises de sang, c'est quand c'est nécessaire. Sinon je ne les fais pas. »

Le ressenti de la prescription

Concernant les ordonnances d'examens qui leurs sont remises, les patients éprouvent une sensation différente de cette prescription :

- Confiance : l'examen est une aide au diagnostic du médecin en vue d'une amélioration de son état de santé. A l'évocation des éventuels effets secondaires des examens complémentaires : les patients confiants dans les examens estiment que les effets secondaires sont si faibles que la balance bénéfique risque est toujours en faveur des examens.

S2 : « Non, non je ne pense pas au contraire. Je pense que c'est en vue d'une amélioration, de détecter quelque chose et d'aller vers une amélioration. Je pense que c'est un outil pour le médecin. »

- Les effets indésirables connus des examens se limitent aux éventuels rayonnements néfastes au corps humain et en particulier lors de la grossesse. Les examens responsables des rayonnements ne sont pas forcément connus. Dans l'ensemble la réalisation d'un examen complémentaire semble dénuée d'effet secondaire.

S7 : « Bah les IRM je n'aime pas trop en faire. Je me dis que c'est pas super super de se prendre des ondes dans la tête mais sinon les prises de sang je vois pas pourquoi.

A part les gros IRM je ne pense pas que ça ait d'impact sur ma santé. »

- La quantité d'examen complémentaire :

S9 : « Quand on m'a dit que j'avais une hernie discale on m'a demandé de faire une IRM, puis d'aller voir un spécialiste du dos, de prendre des médicaments et de faire de la kiné. Je trouve ça étonnant qu'à chaque fois qu'on va voir le médecin généraliste il nous fait faire une batterie d'examens et il nous envoie à chaque fois voir un spécialiste. Moi je pensais que le médecin connaissait tout. »

- Examens complémentaires en excès :

S7 : « Donc vous êtes satisfaite de ces examens qu'il vous fait passer ?
---- Oui. Bon même si je trouve que c'est beaucoup trop. Dans mon cas c'est beaucoup trop mais bon. »

- De l'ordonnance à l'issue de la consultation

Pour certains la remise d'une ordonnance est gage de la légitimité de la consultation :

S9 : « Oui. Parce que quand je vais voir le médecin c'est que j'ai vraiment un problème donc en général on me donne toujours des ordonnances. »

S4 : « ça montre que, je n'y vais pas pour rien et qu'il y a quelque chose qu'il faut traiter ou examiner ».

Pour d'autres, l'ordonnance n'est remise qu'en cas de nécessité et selon l'expertise du médecin :

S1 : « Il s'avère qu'à l'issue de la consultation le médecin a jugé qu'il fallait prescrire tel ou tel médicament. Mais effectivement je ne vais pas chez le médecin pour obtenir une ordonnance voilà. »

La grande majorité se voit remettre une prescription à chaque consultation et parfois de principe :

S2 : « Euh oui quasi à chaque fois, et parfois sur ma demande. Par exemple je lui demande du Mopral 20 de temps à autre, je lui demande du Doliprane 1000 aussi parce que les douleurs étant là, de temps en temps c'est bien de se faire un petit Doliprane. »

b) Les médicaments

Médication prudente

Chez l'ensemble des patients interrogés, la prise médicamenteuse est limitée au maximum. Les mots « prudence, limite, je n'aime pas, abus » reviennent systématiquement dans les verbatims.

Cependant, on observe chez certains une ambivalence lorsque spontanément on affirme « un petit Doliprane ça fait pas de mal » ou « se faire un petit Mopral ». Parfois l'avis sur le médicament est mauvais mais le patient est polymédiqué et satisfait de sa prise en charge.

On retrouve quatre catégories justifiant la prudence dans la prise des médicaments :

- Méfiance : depuis la méthode de fabrication du médicament jusqu'à la peur que le médicament provoque chez le patient.

S2 : « Et avec toujours les réserves qui s'imposent puisqu'il faut savoir qu'on est toujours dans la chimie. Tant qu'on ne sort pas des médicaments chimiques, tant qu'on arrive pas à avoir du biologique, du génétique, j'en sais rien ce que sera la médecine de demain. Mais tant qu'on est limités à la chimie, moi j'émet des réserves. »

S6 : « Les médicaments j'aime pas ça du tout, déjà le vaccin il me fait peur mais tous les autres médicaments c'est pareil. »

- Connaissance des interactions médicamenteuses

S10 : « Mais ça ne me faisait pas grand-chose. Mais comme je suis... comment dire, j'ai le cœur... j'ai des problèmes de fibrillation et donc je suis sous anticoagulants et à partir de là, il est évident que je ne peux pas prendre n'importe quel traitement, n'importe quel médicament donc c'est pour ça que souvent c'est un traitement relativement léger qu'elle me donne. Et puis si à ce moment-là il y a des problèmes qui apparaissent... par exemple je ne peux pas prendre d'anti inflammatoires. »

- Nécessité d'une certitude diagnostique : le patient attend volontiers un diagnostic exact selon les résultats des examens avant de demander une médication.

S8 : « Parce qu'elle ne peut pas non plus s'aventurer, me soigner quelque chose tant qu'on a pas les résultats. »

- Inobservance assumée. Pour plusieurs raisons, certains affirment ne pas suivre les recommandations du médecin : par manque d'explication ou par désir de médecine douce.

S6 : « Non mais en visio en 5 minutes il m'a donné 4 médicaments à prendre en même temps donc j'ai préféré ne pas prendre de risque quoi. »

S7 : « Par exemple pour mes maux de tête à cause de mon œil, il avait dû me mettre des médicaments pour les migraines, pour l'estomac il m'avait donné plusieurs trucs aussi mais enfin en général je ne les prends pas trop.

---- Et pourquoi ne les prenez vous pas ?

---- Parce que je suis de plus en plus à me soigner de façon naturelle et tout ce qui est antibiotique et tout... Vraiment ça me... »

Effets indésirables

Tout comme la méfiance pharmacologique, l'évocation des effets secondaires des médicaments se retrouve dans tous les entretiens.

- Toxicité

S7 : « Je me dis qu'essayer de soigner un endroit de ton corps en en détruisant un autre, en ingérant ces médicaments... donc ça ne me dit pas trop d'en prendre. »

- Mauvaise tolérance : ressenti subjectif après expérimentation

S9 : « même si on me prescrit des médicaments, je les prends très rarement car je suis ultra-sensible aux médicaments et la plupart des médicaments qu'on me prescrit, je fais des réactions allergiques. Donc en général j'essaie de les prendre une journée. Généralement ça ne marche pas ou j'ai des réactions allergiques donc je prends Doliprane vraiment quand ça ne va pas mais je prends très très rarement des médicaments, des antibiotiques. »

- Résistance aux antibiotiques : cette notion élémentaire d'antibio-résistance n'a été abordée qu'une seule fois.

S3 : « Par exemple sur les antibiotiques, je vois ma maman, elle en a tellement pris qu'en fait aujourd'hui elle est obligée de passer par l'hôpital et la pique pour chaque antibiotique. Parce que son corps est devenu hermétique un peu aux antibio donc oui sur le long terme je crois que ça peut avoir un effet négatif. »

- Impact psychologique : l'idée d'un traitement au long cours peut être difficile à accepter. Tout comme le patient catégorise la personne de « sain » à « malade ».

S7 : « Oui. Déjà ma santé mentale. Si je suis un jour amenée à prendre un traitement régulier, je le vivrais mal je pense. »

Avis sur le médicament

- Confiance dans le médicament : avec une certaine ambivalence, certains patients sont plutôt sereins lors d'une prescription médicamenteuse et sont confiants dans le rôle de guérison qu'on octroie au traitement avant même la toute première prise.

S2 : « Bah oui la prise en compte de tout mal quel qu'il soit s'il est traité : déjà on traite les effets, et on essaye dans une certaine mesure de traiter la cause si on peut. Traiter la cause c'est encore mieux. Déjà traiter les effets c'est bien mais de s'attaquer à la cause c'est encore mieux c'est sûr.
Je dirai que tant qu'il n'est pas pris en excès ça ne peut être que bénéfique. »

S5 : « ce traitement puisse avoir un impact sur votre santé ?

---- Bah oui ! c'est pour ça qu'on me le donne. »

- Expérimentation : l'observance se fait après une première tentative et après en avoir constaté l'efficacité sur lui-même.

S10 : « par exemple si lorsque je fais ce traitement ou lorsqu'on me donne un traitement, je vois qu'il n'y a pas d'amélioration même si l'amélioration on ne la ressent pas de suite. Mais si je sens qu'il y a une amélioration au bout de quelques jours automatiquement y'a pas de problème je me dis bah tiens je vais continuer. »

- Inefficacité des médicaments : contrairement à l'expérience positive qui peut être ressentie à la prise d'un traitement, l'attitude du patient vis-à-vis d'un traitement peut changer lorsqu'il est confronté à une inefficacité.

S10 : « Alors j'ai essayé chez un autre kiné qui a bien marché. Je n'ai pas insisté : rester à un endroit et me dire ça passe pas mais je reste. Ça je ne fais pas. »

c) Décision médicale partagée

La prescription finale de la consultation doit être prise de façon concertée avec le patient. La relation paternaliste n'a plus lieu d'être et les patients vont en ce sens, exprimant leur volonté d'être écouté et d'avoir leur mot à dire dans la prise en charge :

- C'est la capacité à exprimer son point de vue :

S1 : « Je n'ai pas une confiance aveugle au médecin je le dis franchement. Si vraiment ça m'avait semblé choquant de ne pas me faire faire une radio, je lui aurais dit : je veux une radio. »

Selon le contexte, la décision finale sera prise en collaboration entre le médecin et son patient pour le bien de ce dernier.

- Décision médicale partagée.

S10 : « Oui tout à fait elle m'a aiguillé. Bon j'avais déjà quelques données mais elle a confirmé les données que j'avais et puis elle m'a aiguillé, elle m'a dit les problèmes qui pouvaient éventuellement apparaître dans un sens ou dans l'autre et puis que je la tiens au courant évidemment de tout ça. Avec une discussion qui m'a permis, à moi, d'être dans une possibilité de réfléchir sur ce que je vais devoir faire. La décision bien entendu, et ça je le savais, ce sera à moi de la prendre. »

d) Non prescription

En limitant la prescription à la délivrance d'une ordonnance pour un traitement ou un test diagnostique, on constate que des consultations n'ont pour objectif ni un diagnostic ni une ordonnance. L'objectif est dans ce cas :

- La réassurance. En considérant que les conseils hygiéno-diététiques et la surveillance ne sont pas une prescription :

S9 : « je voulais juste qu'il me confirme que ce n'était pas grave et que ça allait passer. Et ça m'a rassuré car il m'a bien dit que si dans 24h il avait encore de la fièvre je pouvais appeler un numéro qu'il m'a donné. Il m'a rassuré sur ce qu'on devait faire. »

- Médecin médicament

S10 : « quand je vais voir le médecin pour quelque chose bah en fait ça me rassure. Même si en sortant je n'ai pas eu la douleur qui a diminué parce que je la sens encore tant que je n'ai pas passé les examens mais quand même ça me rassure : je me dis il n'y a rien de grave même si l'examen n'est pas encore réalisé. Il y a quand même cette confiance envers le médecin parce que le médecin permet d'avoir ce savoir qui fait que le patient à partir du moment où il a confiance envers le médecin, c'est tout à son bénéfice ».

- Non prescription : le discours du médecin ou le diagnostic, s'il est établi, se suffit à lui-même et satisfait le patient.

S10 : « il vous plait de faire confirmer les diagnostics par des examens ?
---- Bah si le traitement me va bien, s'il me calme les douleurs ou il me calme mon problème je m'arrête là en fait je ne veux pas forcément aller plus loin. »

Discussion

I. Critères de validité selon la liste COREQ

Ce travail s'est attaché à respecter les critères de validité de la recherche en méthode qualitative selon la grille COREQ 32.

1. Equipe de recherche et réflexion

L'enquêteur est un homme non titré, exerçant en tant que médecin généraliste remplaçant au moment de l'étude. Celui-ci était novice en recherche qualitative.

Enquêteur et participants ne se connaissaient pas avant le début de l'étude.

Les participants avaient connaissance des caractéristiques de l'enquêteur et du but de l'étude, à savoir la soutenance de thèse de médecine générale mais ne connaissaient pas le sujet de l'étude.

2. Conception de l'étude

L'étude a été menée en recherche qualitative selon la méthode de la théorisation ancrée.

La population a été recrutée sur la base du volontariat, à l'aide d'une proposition d'entretien au format papier. Trois participants ont été recrutés par bouche à oreille.

La prise de contact s'est fait par rendez-vous téléphonique. Participants et enquêteur étaient chacun seuls à leur domicile respectif.

Aucun participant n'a abandonné en cours d'entretien, ni refusé l'utilisation de ses données par l'enquêteur.

Le consentement des participants a été systématiquement recueilli.

L'ensemble des caractéristiques de la population est présenté dans l'annexe 5.

Le guide d'entretien était en seule possession de l'enquêteur. Ce guide avait été testé deux fois au préalable afin d'en évaluer la pertinence. Il a été ensuite modifié au fur et à mesure des entretiens en fonction de l'intérêt porté aux réponses obtenues.

Les entretiens n'étaient pas répétés.

L'enregistrement des entretiens s'est fait seulement de façon audio. L'enregistrement vidéo aurait permis une analyse plus fine du discours des participants.

Les entretiens ont duré en moyenne 15 minutes.

Les verbatims n'ont pas été retournés aux participants après l'entretien pour éventuel commentaire ou correction.

3. Analyse et résultats

Un double codage a été effectué par l'enquêteur et un tiers issu du milieu médical.

L'arbre de code est fourni dans l'annexe 4.

Cet arbre est issu de l'organisation du livre de code réalisé à l'aide du logiciel Nvivo®.

Trois participantes à l'études ont souhaité avoir un retour des résultats.

4. Forces de l'étude

Pour cette étude la méthode qualitative était la plus adaptée. Elle permet de récolter un nombre non limité de données grâce à la poursuite des entretiens jusqu'à saturation de ces dernières.

L'entretien téléphonique individuel sans connaissance de l'enquêteur permet un discours libéré de tout a priori et en toute franchise.

L'échantillon interrogé n'est pas représentatif de la population générale mais tous les âges et toutes les catégories socio-professionnelles ont été représentés, ce qui atteste de sa diversité.

5. Limites de l'étude

L'enquêteur était novice en recherche qualitative. Sa façon d'analyser les résultats constitue un biais d'interprétation.

Les participants auraient dû être recrutés selon la localisation géographique des cabinets médicaux qui avaient été sélectionnés selon l'offre de soin locale. Cependant deux cabinets n'ont pas répondu malgré des relances, les patients n'ont donc pas pu recevoir la proposition d'entretien.

Les entretiens n'ont pas été proposés dans des centres de soin non programmé. Bien que l'étude des patients consultant dans ce type de structure n'était pas prévue dans l'étude, il aurait pu être judicieux de s'y intéresser afin d'enrichir notre base de données.

Il s'agit d'un biais de recrutement.

Le caractère semi dirigé donc non systématisé des entretiens et du discours de l'enquêteur différent à chaque entretien engendre un biais d'animation.

L'absence d'enregistrement vidéo n'a pas permis d'analyser le discours non verbal des participants.

II. Les prescriptions

La rédaction d'une ordonnance médicamenteuse est pour les patients français un déterminant important de la réussite d'une consultation (1). L'absence de prescription peut même être perçue comme inquiétante ou représenter le doute du médecin voire son incompetence et donc l'incertitude de la guérison (2).

Pour d'autre, l'ordonnance est un bien commercialisable en échange du paiement de la consultation (3).

Ces résultats ne concordent pas avec nos entretiens. En effet, les objectifs déclarés des patients sont l'obtention ou la confirmation d'un diagnostic ou le renouvellement d'un traitement.

Dans notre étude, les patients rapportent avoir toujours reçu une ordonnance à l'issue de la consultation.

Que ce soit des traitements de confort comme les IPP (Inhibiteurs de la Pompe à Protons), la contraception ou les antidouleurs, la demande est souvent explicite de la part du patient et l'expertise du médecin sur ces prescriptions ne semble pas attendue. Pour la plupart des autres prescriptions médicamenteuses, les patients s'en remettent à la décision de leur médecin traitant. Et ce même chez les patients actifs d'âge moyen qui, selon les études, sont plus enclins au nomadisme médical (22), donc moins susceptibles d'établir une relation de confiance avec un médecin.

Aucun patient interrogé n'avait pour objectif lors d'une consultation l'initiation d'un traitement et en particulier aucun n'a abordé la prescription d'antibiotique pourtant si souvent condamnée de la part des médecins (23). Y compris les mamans de jeunes enfants.

Les patients interrogés dans notre étude consultent la plupart du temps leur médecin traitant ou assimilé. Ils rapportent dans la grande majorité une confiance dans leur praticien le qualifiant de « référent ». Chez les patients ayant déclaré un suivi de pathologie chronique, ceux-ci semblent avoir bien compris le rôle central du médecin traitant dans leur prise en charge (24). Ils vont par exemple le consulter parfois simplement pour l'informer des décisions d'un médecin spécialiste.

Ce rôle de coordinateur des soins pourrait remettre en question la capacité du médecin généraliste à suivre des pathologies chroniques. Nos patients rapportent être suivis par un médecin du sport, un cardiologue ou un endocrinologue. Ils n'imaginent pas réaliser le suivi des maladies correspondantes par leur généraliste. Ce dernier est informé des décisions, donne son avis, veille à la bonne évolution mais ne paraît pas véritablement acteur.

Chez ces mêmes patients chroniques, certains veillent à ne pas venir consulter simplement pour le renouvellement de leurs soins habituels, mais préfèrent consulter pour plusieurs motifs. Ceci corrobore les études qui retrouvent entre 1,6 et 2,2 motifs par consultation (17). Cela rentre dans le cadre du concept de la gestion simultanée de problème aigus et chroniques décrit par le Dr Bousquet (17). Ceci peut nuire à la qualité des soins puisque chaque renouvellement d'ordonnance n'est pas anodin et est une perpétuelle remise en question du traitement.

La tendance naturelle des patients à consulter est différente selon les profils : elle est influencée par l'âge, la présence d'une pathologie chronique et la nature anxieuse ou non du patient.

Nous avons ainsi distingué quatre types de propension à consulter :

- Les retardataires : ils consultent après une longue attente dans l'urgence lorsque leur état de santé semble dégénérer.
- Les contraints : leurs discours fait ressortir le caractère obligatoire de la consultation : la consultation est nécessaire, indispensable.
- Les volontaires : ils consultent aisément leur médecin sans hésiter s'ils en ressentent le besoin.
- Les patients : qui préfèrent attendre l'évolution naturelle de leur état évoluera sans désir de connaître l'origine de leur mal.

Subjectivement, dans l'ensemble les patients interrogés disent ne pas beaucoup consulter leur médecin généraliste. Une étude de Doctolib® indique que les patients consultent en moyenne 5,3 fois par an leur généraliste (25). Selon la Drees, ce chiffre se situe davantage autour de 6 consultations par an et serait inférieur à la moyenne européenne (26). Il faudrait préciser en fonction de l'âge des patients et de leur pathologie car on peut aisément imaginer de grands écarts en fonction de la patientèle. Toutefois cela correspond à une consultation tous les 2 mois, ce qui pour une moyenne paraît relativement importante.

Les participants à l'étude consultaient leur médecin traitant ou assimilé et avaient pour la plupart récemment changé de médecin. Ils avaient été déçus par leur ancien médecin et conservait leur médecin actuel car jusqu'à présent satisfait.

Cette étude montre que la raison poussant les patients à changer de médecin traitant est l'insatisfaction (outre la distance et la retraite) : en premier par le manque d'écoute puis par le défaut de ponctualité (27).

Dans notre étude, les patients étaient très satisfaits de leur médecin traitant depuis leur rencontre. On imagine qu'ils le seront jusqu'à insatisfaction pour une raison ou pour une autre, ce qui engendrera un changement et ainsi de suite. Peut-être que ce changement aura un impact positif sur leur prise en charge grâce au regard neuf que le nouveau praticien apportera.

Certains patients interrogés nous ont fait part de leur réflexion sur l'importance de la fidélité ou non à un médecin. L'un d'entre eux a particulièrement évoqué cet éventuel bénéfice au changement régulier de médecin traitant afin d'avoir fréquemment un regard nouveau sur son état de santé. Ce piège de la routine et des a priori est également évoqué par le docteur DRUAIS dans son ouvrage portant sur la médecine générale (28).

Les patients sont francs concernant leur fréquence de consultation. Tous disent consulter régulièrement mais sans excès, sauf les patients âgés et polypathologiques chez qui des visites très régulières s'imposent à eux.

Malgré les études citées plus haut et le fait que les français soient les deuxièmes consommateurs de médicament en Europe (29). Les patients interrogés ont systématiquement déclaré se méfier des médicaments et faire preuve d'une grande prudence dans leur usage, parfois avec une certaine ambiguïté.

Ce caractère ambiguë concorde avec un sondage dans lequel les français se disent prudents avec les médicaments, avec souvent une modification de la prescription sans avis médical (30). Pourtant ces mêmes français, selon la DREES, trouvent que la population française consomme trop de médicaments mais pas eux personnellement, rejetant cette surconsommation sur leurs concitoyens. Ceux disant en consommer personnellement en excès sont les patients âgés en ALD (31). Cette prudence est davantage issue d'une méfiance et d'une peur vis-à-vis du médicament que des éventuels effets secondaires.

La non consommation de traitement est expliquée :

- Soit par l'inobservance de l'ordonnance, et parfaitement assumée : on vient chercher une expertise et un diagnostic puis on s'accommode soi-même de la prise en charge.
- Soit par l'absence de diagnostic ne permettant pas au médecin de donner le traitement adapté à la maladie jusqu'alors inconnue. Ces patients sont donc prêts à prendre leur mal en patience, à réaliser les examens demandés afin d'obtenir un traitement adéquat en temps voulu.

En parallèle à cette prudence, qui devient parfois méfiance du médicament voire du prescripteur ; la non consommation est en partie expliquée par les effets secondaires déjà vécus ou potentiellement à vivre. La mauvaise tolérance d'un traitement

lorsqu'elle est rapportée par un patient, concerne souvent l'ensemble des traitements déjà expérimentés. Le patient se disant intolérant ne tolère ainsi aucune médication de quelque sorte, pour des raisons alléguées allergiques ou psychomotrices.

Une patiente a rapporté une utilisation prudente des médicaments en abordant le sujet des résistances aux antibiotiques. C'est d'ailleurs la seule fois dans l'ensemble des entretiens qu'a été abordé le sujet de l'antibiothérapie. La campagne désormais ancienne sur l'utilisation à bon escient de ces antibactériens semble avoir été efficace et nos entretiens vont dans le sens de cette tendance (32).

Deux jeunes patientes en bonne santé on fait remarquer qu'il pouvait être difficile, d'un point de vue psychologique, de devoir prendre un traitement au long cours soulignant le passage de l'état de simple patient à malade.

Tout comme l'annonce d'une maladie grave à laquelle les médecins commencent à être formés ; il faudrait mieux appréhender l'annonce de l'initiation d'un traitement au long cours. Cela peut paraître banal pour le médecin maniant les traitements au quotidien mais engendrant un bouleversement chez le patient.

La loi du 4 mars 2002 a incité les médecins à devenir davantage conseillers que médecins paternalistes mais certains ont interprété ces consignes comment étant une incitation à dire toute la vérité sans précaution au patient (33). Cette vérité peut davantage blesser que des consignes à suivre dictées par le corps médical. Elles sont à appliquer individuellement.

Nous nous sommes attachés à recueillir les préjugés que les patients avaient concernant le médicament dans son ensemble. Selon les profils, certains accordent totalement leur confiance au médicament, dont le rôle est de soigner la cause profonde du mal. Sous réserve d'une utilisation raisonnée leurs effets ne peuvent être que bénéfiques. Les patients argumentent souvent dans nos entretiens sur la vaccination anti-Covid. Cette vaccination nouvelle pourrait devenir l'allégorie de la confiance dans la science.

Malgré cette méfiance lors de la prise médicamenteuse évoquée plus haut, la confiance des Français dans le médicament reste élevée (34).

Dans nos entretiens, les patients mentionnent souvent leur propre expérience suite aux soins reçus. Qu'ils soient médicamenteux ou de kinésithérapie, leur expérience positive ou négative, témoin ou non d'une efficacité, fait souvent foi de leur observance

future. Loin des standards statistiques de l'EBM, une seule et unique expérience vaut davantage pour son propre savoir que des études à grande échelle. On pourrait assimiler ces retours d'expérience comme des études individualisées en vie réelle, au plus proche des patients, et se questionner sur la supériorité d'un type d'étude par rapport à l'autre.

Certains patients n'hésitent pas à exprimer leur point de vue sur une prise en charge passée ou à venir, constatant un échec ou ne leur convenant pas. C'est dans ce cas que la décision médicale se doit d'être partagée si le médecin veut contribuer à l'amélioration de l'état de santé de son patient.

Les médecins français prescrivent trop d'examens. Cela engendre un surcoût pour la société et peut mener à un sur-diagnostic (5).

Concernant la prescription d'examen complémentaire, nous avons demandé aux patients de justifier leur prescription. Certains disaient que l'examen leur a été prescrit pour confirmer un diagnostic ayant été posé par le médecin lors de la consultation. D'autres font faire leur examen et se sentent soignés par sa simple réalisation. D'une certaine façon, le résultat négatif de l'examen peut rassurer quant à une inquiétude vis-à-vis d'une certaine pathologie et donc contribuer au bien-être du patient. D'autres les font par nécessité car « il faut voir s'il y a quelque chose » derrière leur plainte. Ici le médecin n'est pas suffisamment rassurant pour pouvoir se passer d'un examen qui contribuera donc au diagnostic ou à l'absence de diagnostic, faisant s'estomper l'inquiétude du patient.

Nous avons recueilli leur ressenti à la remise d'une ordonnance et avons distingué trois catégories : la confirmation diagnostique, le volontarisme à faire des examens et l'impérieuse nécessité à les faire

En premier lieu nous avons observé une grande confiance dans les examens prescrits : ils permettent de détecter une anomalie qui une fois traitée permettra de maintenir la qualité de vie voire même de l'améliorer. Un patient estime que peu importe l'anomalie, si elle est traitée permettra d'améliorer son état de santé.

L'interrogation sur les conséquences néfastes des examens complémentaires montre à l'unanimité une absence d'effets indésirables d'une prise de sang.

Concernant les examens d'imageries, ils sont conscients que les rayons X peuvent être nocifs et en particulier pour la femme enceinte.

Parfois l'origine des rayonnements est méconnue puisque certains pensent qu'ils émanent aussi des IRM (Imagerie par Résonance Magnétique). Plus l'instrument est volumineux, plus celui-ci paraît effrayant.

Aucun patient n'a donc évoqué le surcoût et l'éventuel surdiagnostic pouvant engendrer un surtraitement d'une maladie infra-clinique. Malgré les recommandations médicales Française objectivant bien ce risque (35) aucun patient ne semble en avoir conscience.

En revanche certaines patientes jeunes et en bonne santé ont exprimé leur étonnement à devoir faire de nombreux examens. L'une d'entre elle en particulier, s'étonne que le médecin ne puisse faire de diagnostic précis sans s'aider d'examen d'imagerie alors qu'elle évoquait un diagnostic de hernie discale : « Je trouve ça étonnant, je pensais que le médecin savait tout ».

Même si elles font réaliser ces examens, ces patientes expriment leurs réticences à devoir faire ces quantités de tests même si une fois normaux permettent de rassurer ou au contraire parfois de maintenir le patient sa souffrance dont personne ne parvient à déterminer l'origine.

Comme nous l'avons dit plus haut, en France la rédaction d'une ordonnance est un gage de qualité d'une consultation (1,2). Chez nos patients la grande majorité reçoivent une ordonnance à l'issue de leurs consultations. La plupart ressentent ces prescriptions comme une reconnaissance de leur mal et du bien-fondé du rendez-vous. C'est une preuve « qu'il y a quelque chose et que je ne consulte pas pour rien ». En revanche chez nos patients, la rédaction d'une ordonnance n'était en rien un dû à l'issue de la consultation. Une étude originale a exploré le point de vue du patient que lui-même pense exercer sur son médecin lors de la prise de décision médicale (36). Ainsi elle confirme l'obsolescence de la relation paternaliste, elle refuse la transformation du médecin en prestataire de service cédant à toutes les demandes du patient. Mais demande à ce que la pression du patient soit utilisée à des fins de participation consciente et constructive. Ceci dépend de la relation de confiance entre soignant et soigné. Corroborant la politique de santé publique Française encourageant la désignation d'un médecin traitant. Elle doit cependant être modérée devant la promotion récente des centres de soins non programmés (37) qui désengorge les services d'urgences mais encourage paradoxalement le nomadisme médical.

III. Les connaissances médicales

Les exigences évoquées dans cette dernière étude sont issues de la connaissance du patient, de son caractère et de son environnement.

Les patients interrogés consultent avec des croyances concernant l'origine de leurs maux mais leur discours fait ressortir le doute qui les habite.

Ces croyances sont issues de documentations diverses.

Les conseils et les recommandations issus du cercle intime familial et amical ou issus de professionnel de la santé comme l'ostéopathe semblent être les sources d'informations avec le plus haut niveau de confiance. Devançant les autres sources d'informations comme internet laissant penser au maintien de la supériorité de la relation humaine directe par rapport aux relations virtuelles.

Lorsque ces croyances deviennent des certitudes préalables à la consultation, ces dernières semblent issues de la propre expérience du patient. A force de consulter, de côtoyer une gêne ou une maladie, le patient devient expert de sa propre personne et de sa maladie engendrant une diminution de la consommation de soin et une amélioration de l'état de santé.

Une jeune patiente en abordant des symptômes psychosomatiques déclare ne plus avoir de problème de santé depuis la compréhension de l'origine de ses maux : « Depuis que je suis mieux dans ma tête et dans mon corps, je n'ai quasiment plus de problème de santé. Je n'ai même plus de problème de santé. »

Ceci conforte l'attitude proposée du médecin dans la relation médecin malade évoquée plus haut : une attitude de conseiller et d'accompagnant paraissant davantage servir le bien être du patient.

Malgré ses connaissances et ses croyances, force est de constater que le patient consulte tout de même le médecin régulièrement. De nombreuses consultations sont motivées par besoin de réassurance et ce quel que soit l'âge. En effet depuis le jeune enfant dont la maman est inquiète jusqu'au plus âgé d'un naturel anxieux souffrant de pathologies chroniques, le souhait de « savoir ; vérifier ; être sûr » reste un motif important de consultation. Autant certains consultent avec l'arrière-pensée qu'ils ne sont pas victimes d'une affection grave, autant certains consultent avec cette

appréhension. Cette anxiété peut faire réaliser des examens qui négatifs ne rassureront pas davantage que ne l'auraient été les paroles du médecin.

L'incertitude du patient doit être anticipée et prise en charge par le médecin. En revanche l'incertitude du médecin engendrera une surprescription d'examens complémentaires et de demandes d'avis spécialisés qui face à un échec thérapeutique pourrait nous rappeler aux limites de la nature de chacun.

Dans notre société qualifiée souvent et peut être à tort du « tout, tout de suite », certains patients ont bien souligné les limites du médecin et de sa médecine. Etant bien conscient qu'il ne pouvait tout connaître, le laissant prendre le temps de faire des examens et des recherches personnelles.

Inversement nous l'avons vu, une patiente trouvait étonnant que le médecin ne sache pas tout.

IV. Adhésion au médecin généraliste

Le système de santé Français place le médecin généraliste au cœur de la prise en charge des patients. Ces derniers sont incités à désigner un médecin traitant, pour des raisons de qualité de prises en charge mais aussi pour des raisons financières. En effet, selon le parcours de soin, celui-ci sera plus ou moins bien remboursé.

Selon cette revue de la littérature de 2006, la qualité de la relation médecin patient dépend des connaissances scientifiques du praticien, mais aussi de ses compétences émotionnelles et relationnelles. En premier lieu figurent l'écoute, la compréhension et l'empathie (38).

Malgré de grande disparité intra territoriale de la région Sud, le recrutement de nos patients s'est fait dans des zones correctement peuplées de médecins généralistes.

Nos patients avaient donc réellement le choix de leur médecin traitant. La décision est plurifactorielle mais la proximité géographique reste un critère essentiel. Les patients sont attachés au « médecin de quartier », facilement accessible. Ils ont déclaré avoir changé de médecin traitant à l'occasion d'un déménagement, même au sein d'une même ville, préférant la proximité géographique au dépend d'une relation de soin de plusieurs années.

Ces résultats concordent avec ce travail de thèse du Docteur FERRIER de 2018 mené dans un territoire des Bouches du Rhône qui retrouvent la proximité géographique

comme principal attrait du médecin généraliste. Il est intéressant de noter que Dr FERRIER retrouvait une différence avec une étude similaire menée dans le grand Paris qui ne retrouvait pas ce critère de proximité comme principal. Ce peut-être grâce aux moyens de transport plus développés en Ile de France (39).

En parallèle à la proximité physique du cabinet viennent les recommandations d'un médecin généraliste : par bouche à oreille de patient à patient, au sein du cercle familial ou amical. Il est intéressant de noter qu'aucun participant n'a déclaré se renseigner sur internet pour ce choix du médecin. Concernant ce critère, notre étude manque évidemment de puissance mais va dans le sens d'une non supériorité des avis internet par rapports aux avis personnels et directs. Nous pourrions croire qu'internet répertorie des avis plus souvent négatif alors qu'il est rare de demander à un proche un professionnel à éviter. Ceci concorde avec le travail du Dr FERRIER.

Dans un travail antérieur nous nous étions attachés à étudier les évaluations des professionnels de santé. Contrairement aux Etats-Unis où la e-Réputation est indispensable au recrutement de sa patientèle, faisant ainsi l'amalgame entre patient et client, la notation des professionnels de santé en France n'est pas encore d'actualité (40). La HAS ne recommande d'ailleurs pas l'essor de telle pratique qui manque d'objectivité mais préfère une évaluation interne au système de santé (41). Ceci contrairement au Docteur Jean-Yves NAU qui promeut la création d'un « DocAdvisor » (42). Plusieurs site web ont été créés dans ce but, mais l'absence de rentabilité n'a pas permis leur développement et sont ainsi sans effet pour le moment en France.

Une patiente à également choisi son généraliste par identification à ce médecin : par son âge et son sexe elle se sent plus proche et comprise par ce professionnel qui lui ressemble. Ceci n'est pas retrouvé dans les autres études de ce type.

De façon plus anecdotique la facilité de prise de rendez-vous en ligne par Doctolib® et la propreté du cabinet ont été plébiscités par les patients. A noter que les plateformes dédiées à la prise de rendez-vous en ligne ne sont pas utilisées par les populations précaires (43) et nuisent ainsi à l'égalité d'accès aux soins.

Concernant l'hygiène : ceci accorde une plus grande crédibilité et rassure le patient qui consulte dans ce cabinet.

Une fois le médecin généraliste choisi, on lui reste fidèle selon la satisfaction obtenue. De façon concordante avec les travaux précédemment cités (27,39) les qualités d'écoute, d'empathie et de prendre suffisamment de temps sont citées en premier. Ceci permet une sensation d'être pris en considération. De nombreux patients ont apprécié le fait de n'avoir jamais eu de reproche quant à une consultation qui aurait pu paraître inutile aux yeux d'un autre praticien. Malgré toute la bonne entente possible entre un médecin et son patient, ce dernier ne sollicite jamais son médecin par plaisir.

Dans nos entretiens la première consultation paraissait décisive dans la relation médecin patient à venir. Outre le temps nécessaire à faire connaissance avec le patient et ses antécédents, la sympathie exprimée à l'égard du patient au premier regard paraît déterminante.

Suite à l'instauration de cette relation de confiance, va se créer une histoire commune. Selon la WONCA, « Chaque contact entre le patient et le médecin généraliste - médecin de famille contribue à l'histoire qui évolue, et chaque consultation individuelle peut s'appuyer sur cette expérience partagée. » (16).

Ce concept est nommé par le Dr BOUSQUET dans son travail de thèse comme : « Histoire commune, histoire partagée » (17). Les participants de notre étude confortent cette théorie. Ceux qui consultent régulièrement ont eu l'occasion d'évaluer personnellement le médecin, mesurant le degré de compétence tant médical que relationnel. Médecin et patient acquièrent ainsi une confiance mutuelle au service de l'état de santé du patient. Ce lien parfois familial justifie l'expression regrettée par certains patients du médecin de famille. Ce rôle fait pourtant pleinement partie des prérogatives du médecin généraliste Français et Européen puisque la WONCA associe les deux termes (16).

Dans son travail de thèse, le Dr BANCON rappelle l'importance de l'examen clinique. C'est un moment privilégié de la consultation, perçu comme conscience professionnelle et signe d'attention pour le patient. Si celui-ci n'est pas réalisé cela peut être reproché au médecin (44).

Sans rentrer dans une théâtralisation de la consultation, l'examen rassure, permet d'établir une relation intime avec un tiers parfois inconnu. La confiance est absolument

nécessaire pour montrer au patient qu'il ne doit pas mais qu'il peut se livrer et mettre de côté sa pudeur (45).

Dans nos entretiens, les discours vont également en ce sens : les patients sont rassurés par l'examen clinique, se sentent compris et écoutés. On pourrait parler d'un langage du corps que seul le médecin pourrait traduire grâce à sa formation. Ce discours corporel est complémentaire d'une bonne anamnèse, qu'il ait pour but de diagnostiquer ou de rassurer.

De plus l'examen clinique rend ses lettres de noblesse à notre profession parfois reléguée à la prescription d'examen complémentaire. Le médecin moderne se serait plus capable de diagnostiquer par sa clinique. Il n'est pas rare de constater dans nos pratiques actuelles le retrait d'une demande explicite d'examen complémentaire après un examen clinique consciencieux.

Inversement, le travail de thèse du Dr COURTIAL concernant la téléconsultation pendant la période Covid émet une autre hypothèse : certains médecins se questionnent sur la pertinence de maintenir un examen clinique en médecine générale dite moderne (46).

Nos résultats ne vont pas en ce sens. Effectivement dans nos entretiens il a même été reproché à certains praticiens « d'expédier » l'examen clinique.

Ces caractéristiques propres à la clinique sont conceptualisées par le Dr BOUSQUET en « Examen physique, rite diagnostic et relationnel » (17).

Les participants ont tous fait part d'une grande confiance dans leur médecin. S'appuyant sur des exemples concrets dont ils avaient fait l'expérience, que ce soit par un examen clinique soigneux, par une connaissance du praticien et de ses diagnostics antérieurs ou simplement par sa légitimité acquise par ses études. La plupart ne remettent pas en question le diagnostic, les examens demandés ou au contraire l'absence d'examen.

Ainsi cette confiance permet une certaine obéissance aux recommandations du médecin. Bien que la décision soit partagée, le patient a conscience qu'il en sait moins. Le but du médecin est de faire adhérer son patient aux décisions jugées bonnes pour lui.

Afin d'obtenir la meilleure adhérence à ses prises de décisions, il est important qu'il s'adapte à chacun des patients. La décision médicale partagée est la plupart du temps plébiscitée, mais certains patients ne souhaitent pas prendre de décision et préfèrent

obéir simplement aux recommandations du professionnel. C'est la soumission à l'autorité ou le « chacun son job » comme disait un patient lors de nos entretiens. Pour la plupart des patients chez qui une décision partagée est préférable, il est nécessaire de lui donner les éléments pour qu'il puisse décider en conscience. Un patient polypathologique soulignait bien cet aspect : lorsque son médecin lui explique les soins à recevoir ou le déroulement de l'examen à effectuer. Il les réalisera en confiance et sans arrières pensées. Il faut savoir expliquer les effets attendus des prescriptions, sans dissimuler les effets secondaires mais en concluant son propos par les effets bénéfiques à venir.

V. Réflexions personnelles

En 2021 en France, l'espérance de vie des femmes dépasse 85 ans, celle des hommes frôle les 80 ans (47).

En 2017, 7 français sur 10 de plus de 16 ans se déclaraient en bonne voire très bonne santé (48).

Le contrôle des maladies cardio-vasculaires, la surveillance de l'alimentation, des perturbateurs endocriniens, la chasse aux pesticides et autres produits chimiques n'ont jamais été si importants. NutriScore, régime et diététique en tout genre promeuvent le Bio, le naturel et la détox afin de servir le bien-être et la bonne santé physique, pendant que les chaînes de fast-food se donnent une image « verte » en délaissant l'écologie humaine.

Si le tabagisme et l'alcoolisme chronique sont en baisse, d'autres conduites à risques émergent. L'alcoolisation aiguë et l'usage du cannabis (49) sont banalisés. Le projet de légalisation du cannabis propose d'ailleurs de réguler cette consommation montrant l'échec de contrôle et de répression de cette pratique.

De nouvelles molécules psychoactives augmentent le taux de consommation de drogues illicites (50). Les sports extrêmes à haut risque ont le vent en poupe.

Nous sommes témoins d'une incohérence dans notre mode de vie qui semble promouvoir la santé tout en mettant à mal nos organismes et notre psychisme.

Cette course au bien-être physique n'est qu'une facette de cette ambivalence.

En effet, alors que l'OMS définit la santé comme un état complet de bien-être physique, mental et social, ces deux derniers aspects semblent être oubliés.

Du point de vue social, chacun est témoin d'un isolement grandissant de la population :

- Rupture des liens familiaux qui touchent en particulier les personnes âgées.
- Rupture des liens professionnels engendrée par un nomadisme professionnel et exacerbée par le télétravail.
- Isolement amical majoré par les différences de point de vue et d'incompréhension vis-à-vis d'autrui. Malgré les promesses des smartphones et réseaux sociaux de favoriser le lien et de la communication manifestement vides de sens.

Ce mal-être social peut provoquer une souffrance psychologique. En 2017, 7% de la population déclarait avoir fait une tentative de suicide au cours de sa vie et 5% y penserait chaque année (51).

Ces chiffres témoignent d'une perte de sens au sein de la population. Elle recherche un sens nouveau à l'existence comme en témoigne la naissance de pratiques dites spirituelles de méditation ou de reconnexion à la nature remplaçant la pratique religieuse.

C'est dans ce contexte de bonne santé apparente que la demande de soin explose pour une offre de soin qui ne progresse pas aussi vite.

Les médecins généralistes rapportent souvent manquer de « temps médical ». En effet nombre de consultations sont d'ordre administratif (certificats médicaux, ordonnance de renouvellement de matériel médical). D'autres consultations sont jugées comme évitables : premier jour de fièvre de l'enfant, rhinopharyngite, gastroentérite ou douleur sans prise d'antalgique.

N'oublions pas qu'à l'instar des soins palliatifs qui ne signifient pas « ne rien faire », l'absence de prescriptions, de traitement ou d'examen ne signifie pas « ne pas prendre soin ». Une explication, un accompagnement et une réassurance sont tout autant de soins à une maman inquiète qu'une chimiothérapie l'est au patient en oncologie.

Mais dans le premier cas, le soin est évitable.

On peut citer cette étude quantifiant les connaissances des femmes de leur anatomie et physiologie : pour 37% d'entre elle, leurs connaissances ne sont pas jugées satisfaisantes (52). Cela engendre potentiellement des consultations évitables.

Certains qualifient ces consultations d'inutiles mais ce serait renier la plainte du patient ou l'inquiétude d'une maman anxieuse pour la santé de son enfant. Et qualifier d'inutile la réassurance dont le médecin pourrait faire preuve. En revanche ces consultations « banales » pour le médecin sont évitables par une meilleure instruction à la santé et à la parentalité. Cette instruction devrait être dispensée en masse puisqu'une meilleure éducation favorise la compréhension de la consultation (53). Elle ne devrait donc pas être dispensée à l'échelle individuelle au sein du cabinet médical.

Cette réorientation des soins vers des consultations purement médicales, au sens scientifique du terme, permettrait de libérer des créneaux, de vider les agendas des médecins et de créer une saine concurrence. Cela incitera les médecins à repeupler les déserts médicaux à la recherche une patientèle.

Le numéris clausus à ses torts, mais il permettait une certaine régulation des dépenses de santé. Dépenses en perpétuelles augmentation par la majoration de la demande de soin individuel. Augmenter le nombre de médecin est certes indispensables mais pas au dépend de la qualité de formation de ces derniers. Les facultés et hôpitaux ne sont pas extensibles si on souhaite se maintenir dans l'élite de la médecine mondiale.

L'économie et la prescription judicieuse de traitement et d'examen est saine pour les finances publiques, pour la santé physique et morale des populations. Elle sera également bénéfique pour l'environnement dans lequel nous rejetons nos médicaments métabolisés.

A l'heure de l'écologie environnementale, morale, économique, agronomique, sociale et politique. Nous proposons d'inclure dans cette écologie intégrale le concept d'écologie sanitaire.

Conclusion

Au moment où le système de soins est en tension tant financièrement que sur les effectifs et l'accès aux examens complémentaires, la surmédicalisation est un phénomène connu des médecins. Elle paraît en revanche inconnue de la population désirent davantage de consultations et d'examen. Cet excès de médecine nuit à la société et pourrait contribuer aux troubles anxieux participant à l'émergence de maladies nouvelles.

Les patients interrogés au cours de cette étude n'ont pas conscience de cet excès de médecine : toute anomalie est bonne à traiter. En revanche la prescription et la non-prescription sont respectées sous réserve qu'elles émanent et soient expliquées par le médecin traitant en relation étroite avec son patient.

Le médecin traitant est l'élément clé permettant de lutter contre la surmédicalisation. La décision médicale est dite partagée pour désigner une participation consciente et constructive aux décisions que le médecin jugera bonne pour son patient.

Notre étude est originale dans le sens où les entretiens étaient orientés vers la non prescription tout en abordant une multitude de sujets. Les participants ont ainsi pu évoquer la relation avec leur médecin dans leur ensemble.

La non prescription est l'essence même de la prévention quaternaire qui conceptualise le risque de surmédicalisation. Le terme est inconnu du grand public et méconnu du corps médical, c'est pourtant ce qui fait la diversité et l'utilité de notre métier : soigner les malades et éviter de rendre malade les non malades.

Bibliographie

1. Longour A. La rédaction d'une ordonnance est-elle le seul gage de réussite d'une consultation en médecine générale. 2017. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02044569>
2. MOURET-BONZI M. L'ordonnance médicamenteuse en France et en Europe : les attentes de prescription des patients. Une revue systématique de la littérature de 2005 à 2014. 2015.
3. Flouret-Guyot C. Prescription médicamenteuse : les attentes des français en cas de pathologies bénignes. 2011.
4. Dictionnaire médical de l'Académie de Médecine. Disponible sur: <http://dictionnaire.academie-medecine.fr/index.php?q=surm%C3%A9dicalisation>
5. Hanslik T, Flahault A. La surmédicalisation : quand trop de médecine nuit à la santé. *Rev Médecine Interne*. 1 mars 2016;37(3):201-5.
6. Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2015 : Assurance maladie.
7. Widmer D, Herzig L, Jamouille M. Prévention quaternaire : agir est-il toujours justifié en médecine de famille ? :5.
8. Ray Moynihan, Richard Glassock, Jenny Doust. Chronic kidney disease controversy: how expanding definitions are unnecessarily labelling many people as diseased - PubMed. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23900313/>
9. Liss DT, Uchida T, Wilkes CL, Radakrishnan A, Linder JA. General Health Checks in Adult Primary Care: A Review. *JAMA*. 8 juin 2021;325(22):2294-306.
10. Faure H, Mahy S, Soudry A, Duong M, Chavanet P, Piroth L. Déterminants de la prescription ou de la non-prescription d'antibiotiques en médecine générale. *Médecine Mal Infect*. 1 sept 2009;39(9):714-21.
11. Esserman LJ, Thompson IM Jr, Reid B. Overdiagnosis and Overtreatment in Cancer: An Opportunity for Improvement. *JAMA*. 28 août 2013;310(8):797-8.
12. Rolfe A, Burton C. Reassurance after diagnostic testing with a low pretest probability of serious disease: systematic review and meta-analysis. *JAMA Intern Med*. 25 mars 2013;173(6):407-16.
13. François P, David S. Evaluation of complementary examinations in the medical process. Useful and useless prescriptions. *Rev Prat*. 15 juin 2004;54(11):1233-8.

14. Jamouille M. Quaternary prevention : First, do not harm. 2011.
15. HAS. Syndrome fibromyalgique de l'adulte. 2010. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2010-10/syndrome_fibromyalgique_de_ladulte_-_rapport_dorientation.pdf
16. Allen J, Gay B, Crebolder H et al. La définition européenne de la médecine générale. Médecine de famille. WONCA Europe 2002.
17. Bousquet MA. Concepts en médecine générale : tentative de rédaction d'un corpus théorique propre à la discipline. Paris VI; 2013.
18. Jamouille M. De la prévention chronologique à la prévention relationnelle; la prévention quaternaire comme tâche du médecin de famille. :1.
19. Fossat im. Prévention quaternaire chez les internes en médecine générale du Poitou-Charentes. 2016.
20. CNGE. Marguerite des compétences.
21. LEPCAM. L'analyse en recherche qualitative. Disponible sur: <https://lepcam.fr/index.php/les-etapes/quali/>
22. Grandperrin T. Évaluation du profil des patients à risque de nomadisme médical dans un service d'urgences. 2018;70.
23. Juillard M. Savoir dire non à bon escient : vécu des internes en médecine générale. Études quantitative et qualitative auprès des internes de Médecine Générale de Paris V. 2015. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01152535>
24. Casagrande T. Médecin traitant et médecin correspondant: mécanisme et missions. Oncologie. 1 août 2005;7(5):415-9.
25. 22 consultations par jour de 17 minutes en moyenne : comment travaillent les généralistes. Le Quotidien du Médecin. Disponible sur: <https://www.lequotidiendumedecin.fr/liberal/exercice/22-consultations-par-jour-de-17-minutes-en-moyenne-comment-travaillent-les-generalistes>
26. Drees. Comparaisons internationales des médecins. 2016.
27. Répartition des critères de choix les plus importants selon les caractéristiques des patients – Projet de fin d'études. Disponible sur: <https://123dok.net/document/q2npd4wj-r%C3%A9partition-crit%C3%A8res-choix-importants-caract%C3%A9ristiques-patients-projet-etudes.html>
28. DRUAIS P. Médecine Générale. 2009.
29. Consommation et dépenses de médicaments-Europe. Disponible sur:

https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Consommation_et_depenses_de_medicaments_-_Europe.pdf

30. Médicaments: un Français sur deux ne suit pas ses prescriptions. Disponible sur: <https://sante.lefigaro.fr/article/medicaments-un-francais-sur-deux-ne-suit-pas-ses-prescriptions>
31. Drees. Qualité et accès aux soins : que pensent les Français de leurs médecins ? 2017.
32. KLEIN P. Les antibiotiques de moins en moins automatiques pour les français. 2003. Disponible sur: <http://www.cpm21.fr/PSnew/ObjSante/Docs/antibio1erresultatscequiachange02.pdf>
33. Brocq H. Éthique et annonce de diagnostic. J Psychol. 2008;259(6):65-9.
34. LEEM. Observatoire sociétal du médicament. Disponible sur: <https://www.leem.org/presse/8-francais-sur-10-ont-confiance-dans-les-medicaments>
35. URML Basse Normandie. Examens complémentaires en médecine générale. Disponible sur: <https://www.urml-normandie.org/wp-content/uploads/2018/04/examen-compl%C3%A9mentaire-dossier-documentaire-2.pdf>
36. Lætitia Esman. Rôle du patient dans la rédaction de l'ordonnance en médecine générale. La Revue du Praticien. 2006;3.
37. ARS Grand Est. Centres de soins non programmés en Grand Est : mieux répondre aux besoins de soins urgents. Disponible sur: <https://www.grand-est.ars.sante.fr/centres-de-soins-non-programmes-en-grand-est-mieux-repondre-aux-besoins-de-soins-urgents>
38. Moreau. http://www.insee.fr/fr/insee_regions/pays-de-la-loire/themes/etudes/etudes98/etudes98. 2006. Disponible sur: http://www.insee.fr/fr/insee_regions/pays-de-la-loire/themes/etudes/etudes98/etudes98
39. Ferrier A. Quels sont les critères de choix d'un médecin traitant? Étude quantitative auprès des patients de médecine générale de la région Ouest de l'Étang de Berre réalisée en 2018. 2018;50.
40. Merdinger-Rumpler C. Identification de freins organisationnels et culturels à la démarche gestionnaire dans l'hôpital public français. Le cas des outils de gestion de la satisfaction du patient, Organizational and Cultural Obstacles to the Management Procedure in French Public Hospitals. The Case of Patient Satisfaction Management Tools. J Déconomie Médicale. 2008;me 26(3):127-39.
41. HAS. Évaluation des compétences des professionnels de santé et certification des établissements de santé. 2015. Disponible sur: <https://www.has->

sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-

12/rapport_1_evaluation_des_competences_des_professionnels.pdf

42. jeanyvesnau. Il est grand temps : les médecins méritent d’être notés comme des hôtels-restaurants. Journalisme et Santé Publique. 2014. Disponible sur: <https://jeanyvesnau.com/2014/04/29/il-est-grand-temps-les-medecins-meritent-detre-notes-comme-des-hotels-restaurants/>
43. Ellouze S, Lafortune J, Soares A. Facteurs associés à la prise de rendez-vous en ligne pour une consultation de médecine générale. Sante Publique (Bucur). 9 sept 2018;30(3):371-82.
44. BANCON. L’enjeu relationnel et thérapeutique de l’examen du corps en consultation de médecine générale. Analyse du vécu des patients à partir de 37 entretiens semi-dirigés. Lyon 1; 2008.
45. EMONT J. Pudeur du patient : son vécu et ses attentes, étudiés par méthode qualitative au sein d’une patientèle de médecine générale. AMU; 2013.
46. Courtial F. L’expérience des médecins généralistes avec la téléconsultation pendant le premier confinement. 2021;89.
47. Espérance de vie à divers âges | Insee. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2416631>
48. Drees. L’état de santé de la population en France - Rapport 2017 | Direction de la recherche, des études, de l’évaluation et des statistiques. 2017. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-documents-de-referance/rapports/letat-de-sante-de-la-population-en-france-rapport-2017>
49. Usages du cannabis en France : premiers résultats du Baromètre santé de Santé publique France 2020. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/presse/2021/usages-du-cannabis-en-france-premiers-resultats-du-barometre-sante-de-sante-publique-france-2020>
50. Insee. Addictions, drogues et santé publique : les données récentes. Vie publique.fr. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/eclairage/19506-addictions-drogues-et-sante-publique-les-donnees-recentes>
51. Santé Publique France. Suicide et tentative de suicides : données nationales et régionales. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/liste-des-actualites/suicide-et-tentative-de-suicides-donnees-nationales-et-regionales>
52. Lannes S. Quelles sont les connaissances des femmes majeures consultant en médecine générale sur leur anatomie et leur physiologie féminine. Étude quantitative réalisée en 2020-

2021 dans l'agglomération du Havre. 1 juill 2021;112.

53. Dubois C. Étude du niveau de compréhension de la consultation de médecine générale menée auprès de patients des Hauts-de-France. 14 mai 2019;68.

Annexes

Servez-vous

Madame, Monsieur,

Interne en médecine générale de la subdivision Aix-Marseille je réalise actuellement ma thèse d'exercice pour obtenir le grade de docteur en médecine. J'exerce actuellement en tant que médecin remplaçant en périphérie d'Aix en Provence.

Pour ce faire j'ai besoin de m'entretenir avec vous qui consultez régulièrement ou exceptionnellement le praticien chez qui vous avez trouvé cette fiche.

Cet entretien entièrement anonyme, se déroulera en visio ou par téléphone selon votre convenance à un horaire que nous aurons défini ensemble auparavant par échange de mail ou SMS.

D'une durée de 15 à 30 minutes celui-ci sera enregistré pour me permettre d'analyser nos échanges à posteriori.

Afin de ne pas influencer nos échanges je ne peux vous révéler le sujet de notre entretien. Je vous adresserai si vous le désirez les conclusions de mon travail une fois terminé d'ici quelques mois.

Je vous serais donc très reconnaissant si vous acceptiez de m'offrir 30 minutes de votre précieux temps pour m'aider à réaliser ce travail.

Si vous êtes volontaire je vous prie de me contacter par mail afin de définir ensemble selon vos disponibilités un rendez-vous.

Si vous préférez vous pouvez me laisser un message avec vos coordonnées sur mon portable, je vous recontacterai lorsque j'en aurai pris connaissance.

Merci,

Pierre MAYAUD

thesemayaud2021@gmail.com

06 50 29 31 38

Guide d'entretien :

1. J'aimerais que vous me racontiez votre dernière consultation chez le médecin généraliste.
 - a. Comment s'est-elle passée ?
 - i. Mal passé : Ah oui ? et que s'est-il passé ?
 - b. Pourquoi consultiez-vous ?
 - i. Si RO : et lorsque vous y allez pour une autre raison ?
 - c. S'il évoque un diagnostic : Comment avez-vous pensé à cette maladie ?
 - i. Si non : Vous aviez une idée du mal dont vous souffriez ?
 - d. Il vous a remis des examens à faire ?
 - i. Oui : Beaucoup ?
 1. Avez-vous fait les examens qu'il vous a prescrit ?
 - a. Pourquoi ?
 2. Non : avez-vous été satisfait de cette absence d'examen ?
 - ii. Non : Comment vous êtes-vous senti ?
 - e. Il vous a prescrit un traitement ?
 - i. Oui : Avez-vous suivi le traitement ?
 1. Oui : Il vous a soulagé ?
 2. Non : Pourquoi ?
 - ii. Non : Comment vous êtes-vous senti ?
2. Vous allez souvent chez le médecin ?
 - a. C'est toujours le même, il est votre médecin traitant ?
 - i. Oui : pourquoi allez-vous voir ce même médecin ?
 - ii. Pourquoi l'avez-vous choisi ?
 - iii. Non : Pourquoi ne pas aller voir toujours le même médecin ?
 - b. Vous le consultez pour tout type de problème ?
 - i. Lorsque vous allez le voir, avez-vous déjà une idée du problème dont vous souffrez ?
 1. Comment y avez-vous pensé ?
3. Lorsque le médecin fait un diagnostic, aimez-vous faire confirmer ce diagnostic par des examens ?
 - a. Ex, radio, prise de sang.
 - b. Il passe du temps à vous examiner ?
 - i. Ca vous rassure ?
4. Il vous remet à chaque fois des ordonnances ?
 - a. Beaucoup ?
 - b. Vous a-t-il déjà refusé une ordonnance que vous demandiez ?
 - i. Qu'en avez-vous pensé ?
5. Avez-vous confiance en ce médecin ?
 - a. Pourquoi ?
 - b. Quelle est la qualité que vous appréciez chez lui ?
6. Pensez-vous que la réalisation d'un examen ou d'un traitement puisse avoir un impact sur votre santé ?
 - a. Positif, oui évidemment
 - b. Pensez-vous qu'il puisse y avoir des effets indésirables à la réalisation d'un examen ?
7. Homme/Femme
8. Quel âge avez-vous ?
9. Votre situation familiale ?
10. Des enfants à charge ?
11. Quelle profession exercez-vous ?

Codes

Nom	Description	Fichiers	Références
1 Adhésion au MG		0	0
Confiance dans le diagnostic du médecin		6	10
Critère de choix d'un MT		4	7
Doctolib		1	1
identification à son médecin		1	1
MT conseillé par bouche à oreille		4	5
Propreté du cabinet		1	1
Proximité géographique		6	9
Critère de satisfaction		0	0
continuité des soins		1	1
Ecoute et empathie		2	4
Manque d'écoute		1	2
Première consultation		2	3
Prendre le temps		4	8
prise en considération		6	9
Examen physique, rite diagnostic et relationnel		6	8
Histoire commune, histoire partagée		0	0
a eu l'occasion d'évaluer le médecin		3	7
Confiance réciproque		1	1
fidélité		2	2

Mar 15, 2022

1

Nom	Description	Fichiers	Références
Habitude		4	8
médecin de famille		3	4
Obéissance		0	0
Besoin de se faire expliquer les soins		1	4
Observance nécessaire		2	2
Soumission à l'autorité		6	8
Sentiment d'incompréhension		2	3
Connaissance médicale		9	31
Incertitude du patient		5	9
Anxiété naturelle		1	2
besoin de réassurance		3	4
Incompréhension devant l'absence de résultat		1	1
inquiétude		2	2
limites du médecin		4	5
Savoir du patient		9	17
Connaissance préalable a la cs du patient		1	1
Ignorance médicale		2	3
Maladie comprise = moins de soins		1	2
Source d'information		9	11
Bouche à oreille		1	1
Documentation diverse		3	4

Mar 15, 2022

2

Nom	Description	Fichiers	Références
expérience propre		4	4
Ostéopathe		1	2
Consultation		0	0
1 Consommation de médecin		0	0
Capacité du MT a suivre les pathologies spé		4	5
Changement de MT		0	0
Besoin d'une nouvelle approche		2	5
libre choix de son MT		3	3
Souhaite une nouvelle approche		2	2
Difficulté d'accès aux soins		3	4
fréquence des consultations		6	7
Consulte peu		3	5
Consulte souvent		2	4
Gestion simultanée de problème aigu et chronique		2	3
premier recours		2	3
Propension à consulter		0	0
Consultation par nécessité		2	4
Consulte au dernier moment		4	4
Consulte volontier son MT		2	3
préfère attendre avant de consulter		2	2
Consommation de soin		9	17
objectif de la consultation		4	4

Mar 15, 2022

3

Nom	Description	Fichiers	Références
Médecin traitant		0	0
MT coordinateur des soins		5	8
gestion des polyopathologies		1	2
Médecin référent		5	7
Fréquence de sa maladie, pas un secret		1	1
Prescription		0	0
décision médicale partagée		2	3
Capacité à exprimer son point de vue		2	3
Les examens complémentaires		0	0
Justification de la prescription		0	0
Confirmation diagnostique		4	6
Fait volontier des examens		2	2
nécessité de faire des examens		4	4
Ressenti de la prescription		0	0
Confiance dans les examens		4	4
effet secondaire des examens		5	6
examen en excès		1	2
Ordonnance non systématique		2	4
Ordonnance à l'issue de la consultation		9	9
Quantité d'examen		2	3
Les médicaments		0	0
Avis sur le médicament		0	0

Mar 15, 2022

4

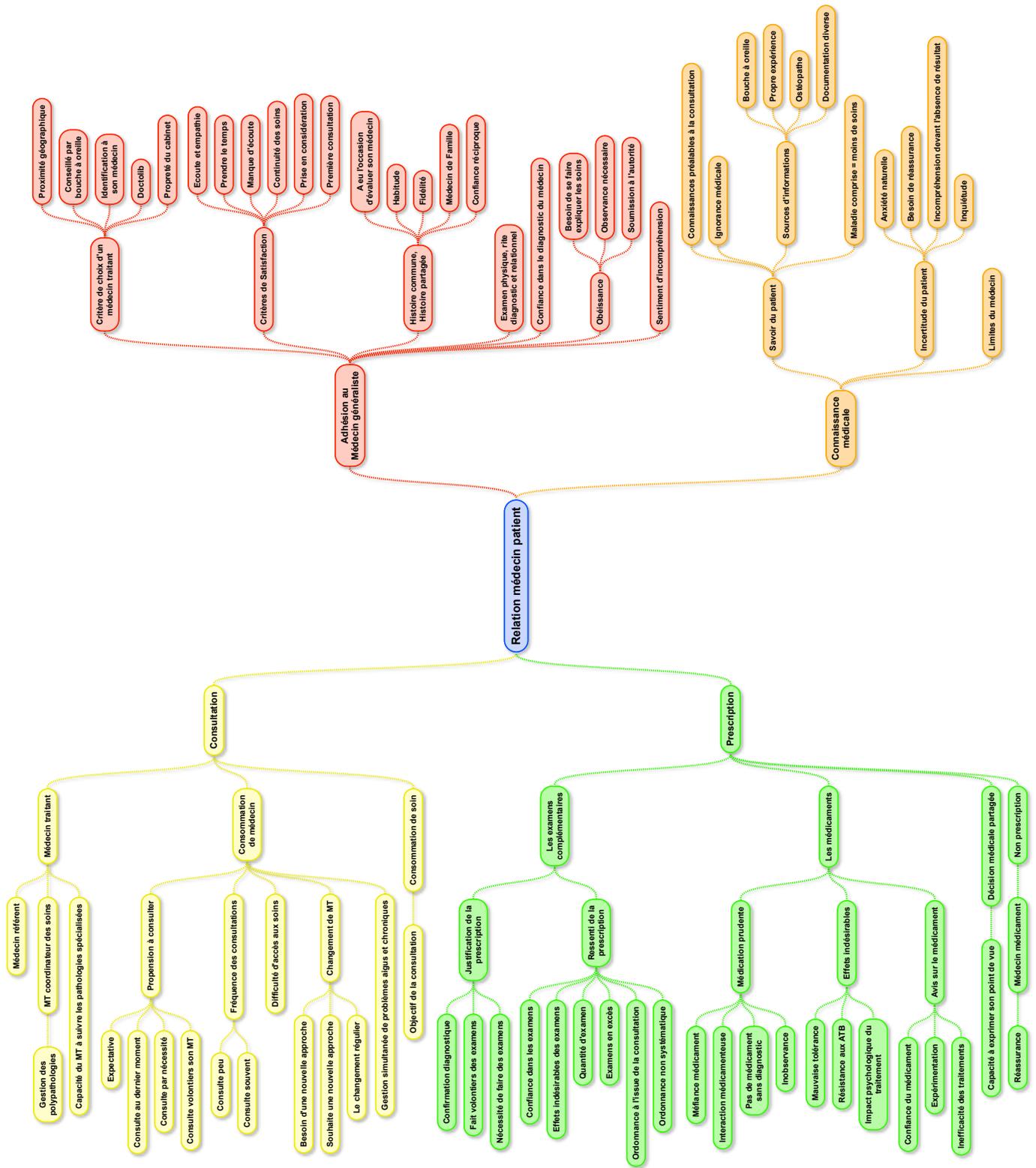
Nom	Description	Fichiers	Références
Inefficacité des traitements		2	2
Préjugé positif du médicament		4	6
Témoin de leur l'efficacité		3	3
Effet indésirable du traitement		0	0
impact psychologique à prendre un traitement		1	1
Mauvaise tolérance		3	3
Résistance aux ATB		1	1
Médication prudente		1	1
inobservance		2	4
Interaction médicamenteuse		1	1
méfiance médicament		6	9
Pas de médicament sans diagnostic		3	4
Non prescription		3	4
médecin médicament		2	2
réassurance		1	1

Mar 15, 2022

5

Annexe 3 : Livre de Code

Annexe 4 : Arbre de Code



Patient	Sexe	Age	Profession	Situation familiale	durée d'entretien
1	Homme	64	retraité, ancien fonctionnaire	Marié, 2 enfants	22'30
2	Homme	65	Retraité gendarmerie	Marié, 1 enfant	20'20
3	Femme	33	Cadre fonctionnaire	Pacsée, 2 enfants	08'25
4	Femme	31	Poste administratif	Célibataire, sans enfant	08'10
5	Femme	80	Retraîtée secrétaire de direction	Divorcée, veuve, 3 enfants	14'20
6	Femme	34	Commerciale	Concubinage, sans enfant	11'30
7	Femme	25	Etudiante	Célibataire, sans enfant	15'00
8	Femme	52	Assistante comptable	Mariée, 2 enfants	11'10
9	Femme	27	Graphiste	Mariée, 1 enfant	19'10
10	Homme	77	Retraité mineur	Marié, 1 enfant	27'20

Annexe 5 : Caractéristiques des Patients

Le serment d'Hippocrate

“Au moment d’être admis 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 dans l’intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu 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 et méprisé si j’y manque.”

Résumé

Introduction : La remise d'une ordonnance est un facteur important de la réussite d'une consultation de médecine générale. Une ordonnance est très souvent remise au patient au décours de la consultation. Associées à cette habitude, les connaissances et demandes explicites de la part des patients se font de plus en plus nombreuses et la peur du procès ou de manquer un diagnostic fait rédiger au médecin un nombre croissant d'ordonnances. Ceci peut provoquer une surmédicalisation de la population. La prévention quaternaire objective ces risques et permet de protéger certains patients de la surmédicalisation.

Objectif : Nous nous sommes attachés à recueillir le ressenti des patients concernant les prescriptions reçues ou non reçues à l'issue de la consultation chez un médecin généraliste afin d'évaluer leur connaissance sur le concept de surmédicalisation.

Méthode : Une étude qualitative a été menée par la réalisation d'entretiens semi dirigés auprès de 10 patients recrutés dans des cabinets de médecine générale des Bouches du Rhône. Les participants ont été recrutés jusqu'à saturation des données. L'analyse a été faite en théorisation ancrée.

Résultats : Les patients interrogés ne consultaient pas dans le but d'obtenir une ordonnance. Tous ont manifesté une grande confiance dans les décisions de leur médecin traitant. La plupart des praticiens décidaient en tenant compte de l'avis et du ressenti de leurs patients. Les patients exprimaient une grande prudence dans l'utilisation des médicaments voire une méfiance. En revanche aucune suspicion d'effet secondaire ou de crainte n'était liée à la prescription d'examen complémentaires. La plupart des patients avaient récemment changé de médecin car déçus par leur précédent médecin traitant.

Conclusion : Nos patients respectent la prescription et la non prescription sous réserve qu'elles soient issues de leur médecin traitant et qu'elles leurs aient été expliquées. On remarque une ambivalence entre l'avis qu'ils ont sur les médicaments et leur consommation. Tous se disent faibles consommateurs de soin malgré des consultations régulières, des demandes de traitement fréquentes et l'absence de suspicion d'effet secondaire liés aux examens complémentaires. La surmédicalisation et ses risques leurs sont parfaitement inconnus.

Mots clés : Médecin généraliste, Non-prescription, Surmédicalisation, Prévention quaternaire