



HAL
open science

Ressenti des médecins généralistes Picards face à la pression de prescription et leurs solutions

Théo Kostek

► **To cite this version:**

Théo Kostek. Ressenti des médecins généralistes Picards face à la pression de prescription et leurs solutions. Médecine humaine et pathologie. 2024. dumas-04788133

HAL Id: dumas-04788133

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04788133v1>

Submitted on 18 Nov 2024

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.



Distributed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License

UNIVERSITÉ DE PICARDIE JULES VERNE UFR DE MÉDECINE D'AMIENS

ANNÉE 2024

N°2024-173

**RESSENTI DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES PICARDS FACE A LA PRESSION
DE PRESCRIPTION ET LEURS SOLUTIONS**

THESE

Pour l'obtention du DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Spécialité : Médecine Générale

Présentée et soutenue publiquement Le 16 octobre 2024

Par Monsieur Théo KOSTEK

PRÉSIDENT DU JURY : Monsieur le Professeur Gabriel CHOUKROUN

MEMBRES DU JURY : Monsieur le Docteur Steven MARTIN

DIRECTEUR : Monsieur le Docteur Marc BOCQUILLON

REMERCIEMENTS

À Monsieur le Professeur Gabriel CHOUKROUN

Professeur des universités – Praticien Hospitalier (Néphrologie)

Chef du service de Néphrologie, Médecine interne, Dialyse, Transplantation (Pôle D.R.I.M.E.)

Merci de me faire l'honneur de bien vouloir présider ma thèse, Je vous remercie très sincèrement.

À Monsieur le Docteur Steven MARTIN

Praticien hospitalier (Médecine polyvalente)

On pourrait rajouter Grand Marabout à tes titres. C'est un honneur de t'avoir dans mon jury de thèse. Merci de m'avoir accueilli dans ton quotidien. Merci pour tes conseils, tes avis et ton petit grain de folie. J'espère que notre collaboration durera encore pour longtemps !

À Monsieur le Docteur Marc BOCQUILLON

Maître de Conférence Associé

Département de Médecine Générale

Un grand merci d'avoir accepté de diriger ma thèse malgré le fait que ce soit éloigné de ce que tu diriges habituellement. Merci pour ton aide, tes conseils et nos échanges tout au long de cette année surtout autour de nos « apéros-thèses ».

A Lucie,

Merci tout simplement pour tout ce que tu m'apportes au quotidien. Tu me fais devenir une meilleure version de moi-même chaque jour (après un lourd travail de fond, je te l'accorde...). Tu es une personne extraordinaire et la personne que j'admire le plus sur cette Terre. Je n'aurai pas pu rêver mieux comme partenaire de vie. Merci d'être ma femme, la mère de mes enfants, ma meilleure amie, ma meilleure conseillère, mon meilleur soutien et mon meilleur bourreau Haha

Je t'aime .. Quand même.

A Jean et Zoé,

Mon Juan et ma Zozo, Je ne sais pas si j'en serais là sans vous. Vous me donnez une force au quotidien qui me donne l'impression de pouvoir tout surmonter. Je suis déjà si fier de vous et j'ai hâte de nos prochaines aventures à 5 (Avec Ursa bien-sûr !).

A mes parents (Papitou et Mamylaine),

Merci pour cette magnifique enfance et pour toutes les valeurs que vous m'avez transmises.

Merci Papa pour m'avoir fait découvrir la médecine et merci pour tes conseils si précieux.

Merci Maman pour ta tendresse à toute épreuve et ta bienveillance.

A Antoine et Delphine, à Claire, à Louise et Mathias,

Je suis très reconnaissant de vous avoir auprès de moi.

Mon enfance a été géniale grâce à vous. Merci de m'avoir emmené partout et de m'avoir appris tant de choses. Vous êtes géniaux tous à votre manière.

Je sais que ces derniers temps n'ont pas été facile mais je souhaite de tout mon cœur que tout le monde retrouve la paix avec soi-même et avec les autres.

A Mamynette et papy Théo, à Grand Papy et Mamie Bernadette,

Merci pour votre soutien. Merci pour tous ces souvenirs. J'espère vous rendre fier.

A Nanny et Ato,

Comme je vous l'ai déjà dit, je vous considère comme mes grands-parents. Merci pour vos anecdotes et vos histoires de vie si passionnantes. Je vous promets de prendre soin de la Famille BERGEZ.

A Elizabeth (Imou), François (Papouille), Meghan (Tata Schmoug) et Loïc (Toulic)

Je n'aurai pas pu rêver mieux comme belle famille. Merci pour votre aide et votre soutien infailible au quotidien (à part Méguidoul)

A David

Le meilleur des meilleurs, il y a toujours eu ce petit truc en plus entre nous (désolé Manon ^^). Merci pour tous ces bons délires, ces années de lycée inoubliables et nos discussions philosophiques. « On est les deux meilleurs potes, qu'on puisse avoir sur Terre »

A Sébastien et sa tribu

Tu es mon exemple de courage, adaptable à toute situation et tu t'en sors toujours brillamment. Des projets plus fous les uns que les autres mais qui forcent le respect tellement vous les survoler. Je vous souhaite tout le bonheur du monde.

A tous mes copains de l'Aisne (Erwann et Léa, Paul et Coralie, Laura et Gaël, Audran et Célestine, Pierre et Quyen, Pauline et Florian, Gautier et Lilko)

Merci pour tous ses fous rires et ces bons moments, vous avez été ma bouffée d'oxygène pendant ces années études que ça soit pendant les soirées chez les uns ou les autres, ou

simplement pendant nos soirées geek. Je vous souhaite à tous de vous épanouir dans vos projets.

A tous mes copains de la FAC (Justine, Emma, Anne-Sophie, Thomas, Vincent, Valentin, Alex, Théo, Julia, Julien)

Quelle aventure ce fût, et non sans embuches. Merci pour la force et le soutien durant toutes ces années.

A tous mes co-internes : Sarah VdP, Chloé, Imane, Leslie, Réa, Vanille, Christelle

Merci pour ces 6 mois aux urgences et plus encore. Je vous souhaite à tous plein de bonheur (même aux urgentistes).

Camille, Evita,

Merci pour le soutien pendant ces 6 mois de l'enfer, vous m'avez aidé à tenir et je vous en serai éternellement reconnaissant.

Sarah V (l'autre) et Yannis,

Je suis très heureux de vous compter parmi mes amis (surtout Yannis). Sachez que vous pourrez toujours compter sur nous.

Priscilla, Ambre, Xavier, Betty, Célia,

Merci de m'avoir fait découvrir votre super spécialité, je vous souhaite une longue et belle carrière.

Sarah G., Laurie

Quelle équipe de choc pour mon dernier semestre d'internat. Merci pour ces souvenirs à Clermont. Je vous souhaite d'être heureuses et épanouies dans vos projets.

Spéciale dédicace à Wiwi,

Merci à toi d'avoir été là dans le moment le plus difficile de mon internat. Nos soirées en tête à tête (toi en caleçon + T-shirt + Tongue + paquet de chips à la main) à l'internat de Noyon m'ont permis de tenir le coup. On se fera « les héros du Gazon » français bientôt ! ;)

A toute l'équipe du CH de Clermont (Coralie, Camille, Mathilde, Marie-Claire, Julie, Samia, Laurence, Patricia, Hélène, Thérèse, Gégé, Edna, Kim, Jenn, Olga, Julie, Adjiba, Jeannette, Florinne, Anaïs et ceux que j'oublie)

Un grand Merci, C'est un plaisir tous les jours de venir au travail car je sais que l'on va rigoler. Merci pour votre accueil, votre travail au quotidien et votre bienveillance.

A mes internes (Victoire, Manon, Edouard, Rayan, Thomas et Nonore)

Merci de m'avoir permis de commencer à transmettre mon expérience et merci pour ce que vous m'avez appris en retour. J'espère que je vous ai aidé pour votre pratique future. Vous serez tous de super médecins je n'en ai aucun doute (Et A bientôt Dr W.)

A mes maitres de stage et praticiens hospitaliers

Merci pour tout ce que vous m'avez appris et transmis même les pas sympas, parce que vous m'avez montré exactement ce que je ne voulais pas devenir :).

Aux participants

Merci d'avoir accepté de participer à cette thèse. Merci de vous être livré à moi et de m'avoir permis d'effectuer ce travail.

A moi-même et à la vie,

Qui l'eut cru. A une époque, on n'aurait pas imaginé que j'arrive jusque-là. Mais on l'a fait !

Merci de m'avoir donné une seconde chance. Comme promis, je ferai toujours de mon mieux pour être une bonne personne.

Table des matières

I. INTRODUCTION.....	9
II. MATÉRIEL ET MÉTHODES.....	12
A. TYPES D'ÉTUDES.....	12
B. POPULATION.....	12
C. RECUEIL DE DONNÉES.....	13
D. ANALYSE.....	14
III. RÉSULTATS.....	14
A. ÉTAT DES LIEUX DES PRESSIONS EXERCÉES.....	14
1. <i>Provenance des pressions.....</i>	14
2. <i>Raisons de la concession.....</i>	16
3. <i>Raisons de la non-concession.....</i>	17
B. RESENTI DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES.....	18
1. <i>Evolution de la relation Médecin-malade.....</i>	18
2. <i>Ressenti négatif.....</i>	19
3. <i>Ressenti positif.....</i>	23
C. SOLUTIONS.....	24
1. <i>Pour éviter la pression de prescription.....</i>	24
2. <i>Pour faire face à la pression de prescription.....</i>	25
IV. DISCUSSION.....	28
A. BIAIS.....	28
1. <i>Biais de sélection.....</i>	28
2. <i>Biais de recueil.....</i>	28
3. <i>Biais de mesure.....</i>	29
4. <i>Biais d'analyse.....</i>	29
B. RÉSULTATS.....	29
1. <i>Les répercussions de la pandémie COVID Surestimées ?.....</i>	29
2. <i>De nouveaux protagonistes ?.....</i>	31
3. <i>Evolution de la relation médecin-patient.....</i>	32
4. <i>Satisfaction mal placée ?.....</i>	34
5. <i>Épuisement des médecins généralistes.....</i>	35
6. <i>Education, un enjeu majeur.....</i>	37
V. CONCLUSION.....	39
VI. BIBLIOGRAPHIE.....	41
VII. ANNEXES.....	44
A. GUIDE D'ENTRETIEN.....	44

I. Introduction

L'exercice de la médecine est un art en perpétuelle évolution, tant sur le plan scientifique, relationnel ou encore administratif. Ces transformations, bien que normales et parfois nécessaires affectent évidemment la manière dont les médecins généralistes perçoivent leur profession et ressentent la relation singulière qui les lie à leurs patients.

La prescription n'a pas échappé aux nombreux changements dans le domaine de la médecine. Bien que le principe de liberté de prescription demeure fondamental, plusieurs facteurs influencent cet aspect crucial de la pratique médicale. Parmi ces facteurs, la pression de prescription est particulièrement significative. Cependant, la définition de ce concept reste floue et n'a pas encore été clairement établie. Il est pourtant aisé, même sans définition précise, de dégager des facteurs qui influencent la pression liée à la prescription. Qu'ils soient issus des évolutions des conditions de travail des médecins, des changements d'habitudes de consommation, des attentes des patients, de l'évolution de la relation médecin-patient ces éléments contribuent à façonner les choix thérapeutiques des médecins, créant ainsi une pression, parfois subtile, sur leurs décisions.

Les conditions de travail des médecins évoluent. D'un point de vue démographique, la population vieillit avec de surcroît des pathologies chroniques et donc à fortiori, plus complexes et chronophages (1). En six décennies, les personnes âgées de plus de 60 ans sont passées de 6 561 000 à 17 350 410 en France (2). En outre, la réforme récente des retraites de 2023 impose à cette population de prolonger leur activité professionnelle. En conséquence, les médecins généralistes doivent faire face à un nombre significatif de consultations supplémentaires, essentiellement pour des pathologies ostéo-articulaires, entraînant ainsi une augmentation des arrêts de travail (3). De plus, dans la pratique médicale actuelle, l'influence des institutions s'est accrue de diverses manières. Les récentes politiques de santé imposent de plus en plus de contraintes aux médecins à travers principalement des tâches administratives supplémentaires (4). A ce jour, l'offre de soin diminue progressivement. En effet, entre 2013 et 2023 la densité des médecins généralistes a diminué de 5% (5). Cette baisse s'accélère d'ailleurs avec une diminution de 11% sur les récentes années (6). Cela s'explique par le fait que les médecins partant à la retraite ne sont pas remplacés. Malheureusement, cette

dynamique risque de se poursuivre puisque la population médicale est vieillissante, un médecin généraliste sur deux avoisinant les plus de 55 ans (6). Notons qu'en parallèle, cette situation coïncide avec de fortes disparités de densité médicale locales, variant de 291 praticiens pour 100 000 habitants à 50 praticiens pour 100 000 habitants selon les départements (5). Nous pouvons donc se demander si la diminution du nombre de médecins ne réduit pas les options pour les patients, les contraignant ainsi à poursuivre avec le même praticien. Par ailleurs, l'installation en médecine générale ne semble plus aussi attractive qu'auparavant, en témoigne le nombre de jeunes diplômés faisant le choix d'un autre mode d'exercice (remplacement, hospitalier) (7). Enfin, l'ajout d'une quatrième année d'internat pour les futurs médecins généralistes a pour conséquence un recul dans les choix post ECN. En 2023, tous les postes de médecine générale n'ont pas été pourvus contrairement à l'année précédente (8). Ces éléments ajoutent une pression supplémentaire sur les médecins, qui doivent composer avec un temps de travail limité, inextensible tout en faisant face à une charge de travail en constante augmentation.

L'accès aux informations dans notre société actuelle est par ailleurs grandement facilité par l'émergence de nouvelles sources de renseignements. Depuis une dizaine d'années, les réseaux sociaux et, plus largement, Internet sont devenus des sources majeures pour accéder aux informations (9). Ces sources ne sont pas toujours fiables et vérifiées. Cela favorise l'apparition de fausses informations (« Fake-news ») dans divers domaines, dont le médical. Les patients ont parfois tendance à confondre savoir et expertise, ce qui contribue à la diminution de la confiance entre le médecin et son patient. En s'informant par des sources souvent non vérifiées, ils peuvent penser détenir les connaissances nécessaires pour contester les avis médicaux. Cela alimente des tensions dans la relation médecin-patient, rendant la communication plus difficile et fragilisant l'autorité médicale fondée sur des années d'études et d'expérience.

La manière de consommer a également changé. Le développement des pays a entraîné une hausse de la consommation en général, incitant ainsi les générations les plus jeunes à s'inscrire dans cette tendance. La santé pourrait être perçue comme un bien de consommation, bien que cela soit en réalité très différent. En effet, dans le domaine médical, notamment en ce qui concerne les produits prescrits et remboursés, le consommateur n'a ni un contrôle total sur ses choix ni sur le coût. Il délègue une grande part de sa capacité de décision au prescripteur, en raison de la complexité des traitements et de l'expertise médicale nécessaire (10). Cela peut

entraîner une incompréhension chez le patient, fragilisant ainsi la confiance qu'il accorde au médecin concernant les prescriptions.

L'ensemble de ces paramètres affectent et modifient la dynamique de la relation médecin-malade. Ils contribuent de même à accroître la tension dans la pratique médicale avec toujours plus de demandes, de contraintes et moins de temps. Ces dernières années, La relation médecin-patient a évolué d'un modèle exclusivement paternaliste vers un modèle informatif, où le patient est désormais inclus dans le processus de décision concernant les soins à apporter (11). La perception du médecin traitant par le patient évolue également en fonction des générations. Les attentes diffèrent : les plus jeunes tendent à privilégier l'efficacité et la rapidité des soins, tandis que les générations plus anciennes recherchent davantage une relation de confiance, avec une dimension plus humaine et relationnelle dans leur interaction avec le médecin. (12)

En 2019, un travail de thèse a été réalisé étudiant le ressenti des médecins généralistes face à cette pression de prescription (13). Néanmoins, ce travail s'inscrit dans une période antérieure à la crise de la COVID-19 et étudie exclusivement la pression de prescription exercée par le patient. Cette pandémie a provoqué le rejet de l'expertise médicale, accompagnée de l'émergence de théorie du complot remettant en cause le lien qui unit le praticien à son patient (14). En approfondissant le sujet, peu d'articles scientifiques concernent précisément ce thème.

En interrogeant mon entourage médical proche, j'ai découvert que tous avaient déjà vécu ce phénomène, mais qu'aucun d'entre eux n'utilisait une formulation similaire pour le décrire. Cette observation a suscité plusieurs interrogations. L'objectif principal de ce travail consiste à l'étude du ressenti des médecins généralistes face à la pression de prescription. Il en est ressorti plusieurs objectifs secondaires notamment l'étude des modalités de la pression de prescription, l'impact de cette pression sur la relation entre médecins et patients, L'impact de la COVID-19 et les solutions pour mieux gérer cette pression.

II. Matériel et méthodes

Pour ce travail, je me suis grandement aidé de l'ouvrage « Initiation à la recherche qualitative en santé. Le guide pour réussir sa thèse ou son mémoire » de LEBEAU J-P, AUBIN-AUGER I, CADWALLADER J-B, GILLES DE LA LONDE J, LUSTMAN M, MERCIER M, PELTIER A. 2021.

A. Types d'études

Ce travail de recherche se base sur une étude qualitative à travers des entretiens individuels et semi-dirigés. Cette méthode est privilégiée pour explorer le ressenti, le vécu et les émotions des personnes interrogées. Le recours à des entretiens individuels se justifie par la nature des sujets abordés, tels que le vécu, les sentiments et les aspects personnels. Cette méthode permet aux médecins interrogés de se retrouver dans un environnement plus intime et rassurant, les encourageant ainsi à s'exprimer plus librement et à partager leurs expériences sans réserve. Ces entretiens ont ainsi été menés à l'aide d'un guide comprenant 12 questions ouvertes, élaborées au préalable. Cependant, ces questions n'étaient pas rigides, permettant ainsi une certaine flexibilité dans l'échange, afin d'adapter les discussions en fonction des réponses et des situations spécifiques des médecins interrogés.

Ce travail de thèse s'inspire ainsi de la méthodologie de la théorisation ancrée, qui permet de développer un modèle explicatif en se basant sur l'analyse de phénomènes sociaux. Cette approche se concentre sur une population spécifique, identifiée comme étant en mesure de fournir des informations pertinentes et éclairantes pour répondre à la question de recherche. Grâce à cette méthode, le cadre théorique se construit progressivement à partir des données collectées et de leur interprétation.

B. Population

Dans cette démarche de recherche qualitative, l'objectif est de sélectionner un échantillon pertinent pour l'étude du phénomène analysé. Le choix s'est donc porté sur un échantillonnage raisonné et théorique, ce qui signifie que les participants ont été choisis en fonction de leur capacité à fournir des informations riches et significatives pour la problématique de recherche. Cette méthode permet ainsi de formuler des hypothèses intermédiaires à chaque entretien, lesquelles orientent le recrutement des prochains participants en fonction des données émergentes. Les participants de cette étude sont donc des médecins généralistes de Picardie, tous thésés, qu'ils soient installés ou remplaçants. Cette approche permet de capturer une diversité de perspectives tout en restant concentré sur une population homogène en termes de formation et de pratique.

Tableau N°1 : Population étudiée

Numéro de l'entretien	Age	Thésé depuis quelle année	Installé ou remplaçant	Lieu/type d'exercice	Temps de l'entretien
Participant N°1	31	2022	Installé	Rurale, MSP	29min 46s
Participant N°2	66	1985	Installé	Rurale, MSP	18min 43s
Participant N°3	59	1996	Installé	Urbain, Cabinet de groupe	19min 59s
Participant N°4	43	2010	Installé	Rurale, MSP	21min 26s
Participant N°5	36	2022	Installé	Semi-rurale, MSP	18min 26s
Participant N°6	32	2021	Installé	Urbain, cabinet seul	37min 21s
Participant N°7	30	2023	Remplaçant	Semi-rurale, MSP	25min 45s

MSP : Maison de santé pluridisciplinaire

C. Recueil de données

Les entretiens ont été menés à l'aide d'un guide d'entretien (annexe N°1). Parmi les médecins interrogés, 5 sur 7 entretiens ont été réalisés en présentiel, privilégiant ainsi une interaction directe. Toutefois, en raison de contraintes d'emploi du temps, 2 entretiens ont été réalisés par téléphone, garantissant ainsi la participation de ces médecins malgré les difficultés logistiques. La confidentialité, l'anonymat des données recueillies et la possibilité de changer d'avis ont été expliqués lors du recrutement. Les entretiens ont été enregistrés avec un Samsung S23 Ultra avec l'application « enregistreur vocal ». Les entretiens ont ensuite été retranscrits à la main en totalité, par mes soins sur le logiciel Word ®. Les entretiens ont été anonymisés. Au cours de mon travail, certaines questions ont été ajustées, modifiant leur formulation pour les rendre plus compréhensibles. D'autres questions ont été ajoutées au besoin. Pour optimiser la collecte d'informations, j'ai tenu un journal de bord afin de prendre des notes durant les entretiens. Ce processus a été poursuivi jusqu'à saturation des données, c'est-à-dire jusqu'à ce que les entretiens n'apportent plus de nouvelles informations pertinentes.

D. Analyse

Les données des entretiens ont été récoltées et analysées par mes soins dans un premier temps en m'appuyant sur le livre « Initiation à la recherche qualitative en santé ». La retranscription des entretiens a facilité une familiarisation rapide avec le contenu des échanges. J'ai également utilisé les notes de terrain de mon journal de bord pour enrichir cette analyse, permettant ainsi de mieux comprendre le contexte et les émotions exprimées par les participants. Cela a contribué à une interprétation plus fine des données. Il y a eu tout d'abord une analyse ouverte en procédant au codage du verbatim pour faire ressortir des unités de sens à l'aide du logiciel NVivo ®. Dans un second temps l'analyse axiale a permis d'articuler entre elles les propriétés et les catégories issues des différents entretiens autour des axes les plus porteurs de sens. Dans un dernier temps, l'analyse intégrative a permis de faire émerger un modèle explicatif en intégrant les différents axes. N'étant pas coutumier de ce genre d'exercice et gagnant de l'expérience au fur et à mesure de ce travail, les entretiens ont été

repris une seconde fois pour perfectionner le codage. Enfin, une triangulation des résultats a été faite pour la moitié des entretiens effectués avec une personne expérimentée de ce genre de travail qualitatif.

III. Résultats

A. Etat des lieux des pressions exercées

1. Provenance des pressions

Lors des entretiens, il est ressorti que la pression de prescription pouvait provenir de différentes sources. L'origine la plus retenue et la plus décrite est celle venant du patient lui-même comme évoqué par le Participant N°2 : « *il y a une pression de prescription qui peut être faite par le patient.* » ou encore le participant N°7 : « *il y a une pression que les patients nous mettent* ». Parfois elle se manifeste sous différentes formes. Par l'inquiétude ou pour se rassurer comme l'explique le participant N°4 : « *Son intérêt c'est de se rassurer, de faire des examens peu importe les couts* ». D'autre part elle peut être imposée par une comparaison avec ce que le patient a précédemment connu comme le montre le participant N°3 : « *Au début, le patient va arriver avec les habitudes de l'ancien médecin* » ou alors par comparaison avec leurs recherches personnelles sur leurs problématiques grâce à souvent et en premier lieu, internet. (Participant N°1) : « *Les gens ça ils commencent à le savoir et ils commencent à avoir accès a beaucoup d'informations. Bonnes ou aussi mauvaises. Notamment A travers internet* ». Une majorité des participants comprennent par ailleurs cette origine de la pression comme l'explique bien le participant N°2 : « *Après je veux bien concevoir qu'ils n'ont pas fait médecine, pas fait 10 ans d'études, ils n'ont pas l'expérience d'un praticien donc ils se fourvoient après avoir recueillis quelques informations* ».

La deuxième origine de la pression prescription ressentie par les interrogés est une pression émanant des autres professionnels de santé. Cela peut être parfois par l'intermédiaire des Laboratoire pharmacologiques avec leurs visiteurs médicaux, de la CPAM, de la sécurité sociale comme l'explique le participant N°5 : « *La pression avec les labos, la CPAM qui nous met une petite pression pour être dans les objectifs* » ou le participant N°2 : « *On la subit aussi, mais ça à mon avis c'est comme n'importe quel consommateur, de la part des informations que l'on reçoit par exemple des visiteurs médicaux* ». Mais dans la majorité des

cas, les médecins interrogés décrivent une pression par leurs pairs et principalement des autres spécialistes comme dans plusieurs exemples (Participant N°2) : « *Elle peut être faite par le médecin du travail, ou le médecin de la caisse.* » ou alors plus précisément (Participant N°3) : « *Et les radiologues ont tendance à nous dire « lithiase biliaire, intérêt de faire un scanner ou de faire une IRM » et ça, ça m'énerve particulièrement parce qu'il y a une pression qui est due au fait que le spécialiste demande un examen* » mais encore (Participant N°4) : « *je parle pas forcément des médecins généralistes, mais des orthopédistes qui a dit « et puis donc vous ferez votre kiné et vous direz à votre médecin de donner des anti douleurs* » ».

On peut aussi relever une pression de prescription qui est plutôt lié à des facteurs extérieurs comme la saisonnalité (Participant N°7) : « *l'hiver, forcément, la pression est plus grande. Donc, je vais avoir, au bout d'un moment, marre de me répéter. Forcément, si on prend ça sur la journée, je vais avoir plus de patience dès le début de la journée et moins en fin de journée. Après, ça, c'est par fatigue* » ou alors lorsque cela concerne des documents administratifs comme pour les certificats médicaux d'absence de certaines écoles (Participant N°3) : « *Je dirais que par exemple dans les certificats médicaux, quand les parents viennent avec l'enfant qui est malade, ils me demandent « docteur est ce que vous pouvez me faire un certificat d'absence scolaire et la pour les tous petits je ne cède plus en disant que sur AMELI, ils ont dit qu'il n'y avait pas besoin de certificat médicaux mais on est embêté avec les collégiens et lycéens et donc..* ».

Enfin, les médecins généralistes ont tendance à se mettre la pression eux-mêmes lorsqu'ils ont encore peu d'expérience ou peu d'assurance comme pour le Participant N°1 : « *Je suis jeune médecin, installée depuis pas longtemps.* » ou simplement parfois parce qu'ils sont soucieux de leur prise en charge et de leur performance (Participant N°1) : « *Soit parce que je n'ai pas bien expliqué les choses* » Ou bien « *soit parce que je n'ai pas compris l'attente derrière la demande* ».

2. Raisons de la concession

Lorsqu'un médecin est face à une pression exercée, il a deux choix qui s'offre à lui. En premier lieu, il peut choisir de céder à cette pression. Dans les entretiens, il revient de manière fréquente le bénéfice pour le patient comme l'explique le participant N°2 : « *faut que ce soit*

positif pour le patient » ainsi que : « *Si la demande est justifiée pour moi, même s'il y a une pression ça va* ». Le participant N°5 confirme avec : « *L'intérêt du patient qui prime avant tout.* » et met un point d'honneur à suivre les recommandations comme pour le diabète où le suivi biologique est important : « *s'il faut faire tant de bio, voilà je le fais naturellement mais s'il faut ...* »

Les entretenus accèdent aux requêtes plus facilement s'ils ressentent l'inquiétude du patient (Participant N°3) : « *Quelqu'un qui va venir parce que l'enfant a de la température, je pense que c'est viral. Mais je me laisserai peut-être influencer en me disant, je fais une ordonnance d'amoxicilline et vous lui donnez s'il a de la température élevée supérieur à 38.* ». Les médecins sont d'autant plus attentifs lorsqu'il s'agit de situations complexes ou de personnes fragiles.

Pour plus de la moitié des interrogés, il était assez fréquent de céder lorsqu'ils sont fatigués, en manque de temps ou lorsque la routine s'installe (par exemple lors de période épidémique). Le participant N°3 l'évoque clairement : « *Je pense que quand on est fatigué. On cède plus facilement je pense.* » ou encore le participant N°2 : « *Non, mais c'est déjà arrivé, par fatigue, par usure.* » et le participant N°5 avec : « *quand je suis au 35eme, 40 -ème patients et que si limite j'ai un petit doute, il est dans un entre deux ou que je sais qu'il va revenir tout de suite et bah des fois je sais que j'vais pouvoir céder à une antibiothérapie qui je pense aurait pu être évité.* ». L'usure parfois peut aussi prendre le dessus avec l'appréhension d'aller au conflit comme pour le participant N°1 : « *Pas envie d'aller au conflit* » et qui : « *avoir essayer de me débarrasser d'une situation qui me gênait.* ».

Les plus jeunes participants et mêmes les plus expérimentés (mais se souvenant de leurs premières années d'exercice) mettent en avant aussi le manque d'expérience, la jeunesse le manque de légitimité dans la facilité à concéder une prescription. (Participant N°3) : « *alors je dirais que lorsque j'étais jeune installé, j'étais plus ou moins obligé, influencé par les patients, je n'osais pas dire non.* »

Dans une moindre mesure, quelques-uns expliquent que la manière de présenter ou de demander des prescriptions est important et peut influencer la finalité de la décision comme le participant N°7 : « *Après, des fois, c'est plus finement amené, c'est plus dans le sous-entendu.* » ou encore le participant N°4 : « *si c'est demandé de manière un peu gentiment...* ».

3. Raisons de la non-concession

Le second choix qui se présentent au médecin généraliste est à l'inverse de ne pas céder à la pression qu'on lui impose. Il est intéressant de noter qu'une des raisons de non-concession est la même que la plus citée pour la concession. En effet, en premier lieu les médecins généralistes interrogés évoquent le bénéfice pour la santé du patient comme le participant N°1 : « *je voulais rajouter que si ça peut mettre en danger le patient, bien évidemment. Je cède pas* » ou le participant N°4 : « *faut pas que ça soit nuisible au patient* » et même le participant N°6 : « *Et voilà, vraiment, j'avais tellement aucun argument pour lui mettre quoi que ce soit, que à part du Sérum phy et puis paracétamol vraiment je... là c'était au-dessus de mes forces de lui de... Donc je lui ai dit non.* ». Certains même expriment la peur de prescrire quelque chose qui pourrait faire du tort au patient comme le Participant N°1 : « *je me dis que si c'est pas justifié pour le coup c'est un geste invasif et si il se passe un truc il peut y avoir un vrai risque.* » Presque la totalité des participants expriment l'intérêt du patient dans les deux cas.

Dans un second plan, les interrogés refusent lorsqu'ils jugent que le coût versus le bénéfice est démesuré comme l'explique le participant N°4 : « *Nuisible à la Sécu, des coûts inutiles et du temps d'attente perdu pour untel pour faire une écho qui prend la place de quelqu'un qui en a vraiment besoin et qui va avoir un retard diagnostic.* » ou même simplement quand la demande n'est pas justifiée (Participant N°6) : « *Ça dépend si c'est quelque chose où je sais que dans ma tête c'est non, c'est non, parce que je sais que c'est pas justifié.* »

Plus simplement parfois, si la formulation par l'initiateur de la demande est trop directe ou trop abrupte, certains participants ont tendance à se braquer assez vite comme le participant N°7 : « *Si c'est frontal, généralement, je ne le prends pas bien.* »

B. Ressenti des médecins généralistes

1. Evolution de la relation Médecin-malade

Pour les interrogés les plus expérimentés et ayant plusieurs années d'exercice, il n'a pas été décelé de franche augmentation de la fréquence de pression de prescription durant leur période d'exercice. Malgré tout, la relation médecin-malade ne cesse d'évoluer au fil des

années. Un des premiers ressentis des médecins généralistes interrogés est qu'ils ressentent facilement une rupture de confiance du malade envers le patient comme l'énonce le participant N°4 : « *Ou quand tu cèdes pas, elle va avoir de la défiance envers le truc et tu renforces la non confiance et la prochaine fois est ce qu'elle va pas inventer des petits symptômes en plus pour avoir plus d'avoir sa radio de poumons.* » et il s'inquiète de l'évolution de celle-ci : « *A partir de quand ça va devenir un jeu type poker menteur ou les informations sont plus les bonnes. La prise en charge va en pâtir et on va commencer à prendre des risques.* ».

De plus d'autres entretiens soulèvent d'autres problématiques telles que la sensation de se sentir utilisé par les patients comme le Participant N°7 : « *Parce que les patients, l'accès à la médecine, je trouve qu'il s'est un peu modifié depuis plusieurs années, avec je ne sais pas si c'est Doctolib ou les mentalités de manière générale. C'est vraiment devenu la médecine de consommation* », il complète cette sensation avec un second ressenti : « *mais je pense qu'il y a certaines personnes qui vont dire qu'ils veulent juste un médecin qui me donne ce que j'ai envie.* ». Certains d'entre eux évoquent les avancées technologiques comme les smartphones ou encore l'accès aux informations sur internet comme raison probable (Participant N°4) : « *Dans à peu près tout et n'importe quel utilisateur de smartphone peut trouver, farfouiller sur internet et avoir l'impression qu'il en sait plus que nous sur les pathologies* ». De plus, il est indéniable que la médecine se complexifie avec des avancées dans plusieurs domaines médicaux. Les demandes des patients pour savoir sont encore plus importantes comme le précise le Participant N°4 : « *La médecine se complexifie, est de plus en plus technique, on fait des examens plus, dans plus de domaines.* ».

Ce changement dans la relation de confiance du médecin tend parfois le praticien à se sentir moins légitime comme le participant N°2 : « *je suis obligé d'être vigilant car sinon j'ai l'impression que c'est une atteinte à ma qualité de prescripteur, de professionnel de santé, à mon intégrité etc. comme si j'étais pas capable de savoir ce qui était bon pour eux et c'est eux qui le savent et pas moi* ».

Pour pallier ses différents ressentis certains praticiens n'hésitent pas à rappeler leur hiérarchie comme le participant N°7 : « *Donc il faut ramener un petit peu sa place. C'est moi qui décide, c'est moi qui prescris* » et même parfois rappeler la relation plus paternaliste de la médecine auparavant avec le participant N°4 : « *Et je crois que la prochaine fois je vais être froid comme la glace et je vais lui dire « écouter les examens, si je les prescris, c'est qu'il*

faut les faire et je vous remercie de faire ceux que je prescris. Ceux que je ne prescris pas, c'est qu'il ne faut pas les faire » ».

A l'inverse, pour les plus anciens médecins, ils ressentent moins de pression vis-à-vis de la démographie médicale qui est en baisse comme l'explique le participant N°3 : *« Oui effectivement car au départ, moi je me suis installé à une époque où il y avait encore beaucoup de médecin donc c'était facile pour les patients de dire « euh si j'ai pas ça » pour les arrêts de travail par exemple. « Si vous ne me mettez pas d'arrêts de travail, bah je vais voir le collègue d'à côté ». Aujourd'hui, il y a moins de médecin généraliste donc ils sont plus ou moins obligé de rester avec le médecin et donc ils acceptent un petit peu plus quand on leur dit « non vous ne l'aurez pas ». Je pense. ».*

2. Ressenti négatif

a) Le médecin généraliste se sent dévalorisé

Les médecins généralistes interrogés se sentent souvent dévalorisé (Participant N°4) : *« Tu te demandes à quel niveau elle place sa confiance en toi. »* à travers plusieurs mécanismes. Parfois simplement parce qu'ils manquent de confiance en eux comme le participant N°1 : *« Je m'en voudrais plus de pas m'être écouté moi et mes connaissances [...] Voilà de pas m'être fait confiance ».* Ils se sentent aussi parfois illégitimes comme le Participant N°4 lorsqu'il fait face à la pression de prescription : *« Que sous-entendu quelque chose que je trouvais légitime et donc moi j'ai pas eu une conduite à tenir qui était légitime. Donc je me sens « délégitimé ». Je me sens pas considéré à ma valeur »* ou encore parfois incapable (Participant N°2) : *« comme si j'étais pas capable de savoir ce qui était bon pour eux et c'est eux qui le savent et pas moi ».* Ce ressenti peut aussi se produire lorsque les participant se sentent comparés (à d'autres collègues ou aux anciens médecins) comme le participant N°3 : *« moi je me suis installé à une époque où il y avait encore beaucoup de médecin donc c'était facile pour les patients de dire « euh si j'ai pas ça » pour les arrêts de travail par exemple. « Si vous ne me mettez pas d'arrêts de travail, bah je vais voir le collègue d'à côté » ».* Il arrive que chez les plus jeunes participants, il y ait une forme de ressenti d'échec ou de désillusion au bout quelques mois de pratique réelle comme le participant N°1 : *« Je pense que forcément quand je venais d'arriver et que tout était tout beau tout rose « avec moi ça sera comme ci et comme ça et tout » Voilà on a tous des grands principes « je ne céderai pas à ci pas à ça » et en fait comme j'ai dit la routine s'installe, on voit de plus en*

plus de monde » ce qui amène parfois à une mésestime de soi. Dans le même sens, le fait de faire les choses différemment de ce que l'on avait imaginé peut entraîner une forme de déception : « *Un peu déçu de ma pratique, de me dire que là, j'ai appris qu'il ne faut pas* » (Participant N°5). Tous ces ressentis négatifs amènent malheureusement à ce que les médecins éprouvent des regrets (Participant N°1) : « *Le fin mot de l'histoire c'est qu'il est revenu et qu'il avait une mycose oropharyngée et j'ai fait un peu mon mea culpa* » voir même éprouver de la honte (Participant N°1) : « *Mais j'avoue que dans le fond, un peu honteuse parce que j'ai pas réussi à. Pas à imposer mon point de vue mais j'ai pas réussi à expliquer ou alors j'ai pas été assez sûr de moi* ».

b) *Le médecin généraliste est incertain*

Le doute fait partie de la pratique quotidienne du médecin généraliste. Le fait qu'un intervenant puisse remettre en cause les choix des médecins amplifie ce sentiment : « *il est dans un entre deux ou que je sais qu'il va revenir tout de suite et bah des fois je sais que j'vais pouvoir céder à une antibiothérapie* » (Participant N°5) ou encore : « *Peut être aussi une forme d'incertitude, je me remets en question quand même en me disant « est ce que j'ai raison ? Est-ce que je devrais pas dire oui ? »* » (Participant N°1). Les médecins peuvent parfois avoir l'impression d'être entre deux feux comme lorsque la pression de prescription vient d'un acteur extérieur comme l'a vécu le participant N°4 : « *Et la pression de prescription bah c'est un peu désagréable de devoir expliquer au patient que non on ne prescrira pas un truc parce la Sécu ils disent que « Si c'est pas vous qui demandait le transport c'est à eux »* ». Ces différentes expériences accentuent la vigilance des médecins : « *Ça rentre en ligne de compte quand même. Les conséquences de la prescription, ça oui bien sûr. On est poussé à plus de vigilance.* » (Participant N°2) et même parfois jusqu'à de la méfiance quand on commence à douter de la véracité des dires des patients : « *A partir de quand ça va devenir un jeu type poker menteur ou les informations sont plus les bonnes.* » (Participant N°4).

c) *Le médecin généraliste est épuisé*

Les participants ont largement relayé leurs épuisements face à la pression de prescription et en général dans leur pratique. En effet, la totalité d'entre eux sont fatigués par plusieurs raisons. Pour le participant N°7 : « *c'est la lassitude et le fait de devoir toujours répéter les mêmes choses et l'impression qu'au final, ça ne change rien* ». D'autres fois simplement parce qu'il y a des journées à rallonge et bondées pour le participant N°6 : « *mais ça peut arriver que parfois on soit fatigué, que ce soit la fin de la journée, que la salle d'attente elle soit bondée, et que ça fait trois fois qu'il vient, et des fois de craquer sur l'antibio parce que ça fait trois semaines que ça va pas, donc même si on n'est pas hyper convaincu* » ou que : « *on a déjà eu 3-4 Consult dans la journée où on a dû batailler* » (Participant N°1). Une autre raison est que pour faire adhérer certains patients aux prises en charge il faut sans cesse devoir se justifier ce qui ramène une contrainte supplémentaire comme l'explique le participant N°4 : « *Donc c'est un peu pénible cette succession chez la même personne à chaque fois de devoir justifier, que l'on a quand même fait un diplôme de médecine et que si on prescrit pas la radio, ce n'est pas pour l'embêter* ». Le premier sentiment qui revient lorsqu'il était demandé l'état d'esprit du médecin lorsqu'on lui impose une pression de prescription était l'agacement : « *C'est agaçant et pénible* » (Participant N°3) jusqu'à parfois se transformer en de la colère : « *Ça m'avait franchement mais alors franchement énervée. Et j'étais en mode, ma cocotte si tu crois m'avoir avec un billet de dix balles, t'as tapé à la mauvaise porte.* » (Participant N°1).

Malheureusement cette fatigue physique et mentale amène parfois les médecins à abandonner (leurs valeurs, leurs convictions, leurs sang-froid) jusqu'à parfois se résigner. « *Ya des gens ou c'est peine perdue et que je n'ai pas envie de me battre parce que pfff. Parce j'ai pas envie. Pas envie d'aller au conflit.* » (Participant N°1). Cela dépend souvent aussi de la personne en face de soi comme l'évoque le participant N°7 : « *Par contre, si je vois que c'est quelqu'un sans... Comment dire ? qui a une capacité d'écoute limitée, je vais céder et puis c'est tout. C'est pas bien de ... une différence de chance* ».

d) Le médecin généraliste ressent une perte de contrôle

En ayant l'impression de ne plus avoir seul la décision entre les mains, les médecins généralistes ont l'impression de perdre le contrôle comme l'exprime le participant N°4 : « *A quel niveau quand tu cèdes, tu continues d'avoir confiance en toi. Car si tu cèdes, tu fais plus vraiment ce que tu veux donc à partir de quel moment on commence à plus maîtriser les choses et faire comme il faut* ». Ou encore le participant N°2 en évoquant un droit

fondamental du médecin : « *La pression pour moi c'est toujours quelque chose d'un peu négatif parce que ça va à l'encontre d'une notion à laquelle je tiens beaucoup, c'est la liberté de prescription.* ». Ils ont souvent le ressenti pour finir d'être contraint : « *c'est les patients mais pas qu'eux qui nous forcent à prescrire. Des prescriptions que l'on fait à contre cœur ou que l'on fait en se sentant obliger à le faire même si on sait que dans le fond que c'est bien mais des fois c'est pas agréable du tout* » (Participant N°2) et même parfois de n'être résumé qu'à un objet de consommation, ils se sentent utiliser par le patient : « *mais je pense qu'il y a certaines personnes qui vont dire qu'ils veulent juste un médecin qui me donne ce que j'ai envie.* » (Participant N°7) ou encore : « *je sens très bien que certains viendraient avec une ordonnance préédigée. Ce à quoi je me suis toujours refusé.* » (Participant N°2).

Ces situations entraînent souvent de l'incompréhension (Participant N°1) : « *J'ai l'impression que les gens comprennent rien. On a beau leur expliquer 15 fois.* » et même parfois de la rancœur envers les responsables : « *Euh j'en veux beaucoup par exemple à la caisse qui a effectué une pression de prescription en imposant la prescription, il fut un temps, des statines de première génération et non plus la Rosuvastatine alors que maintenant c'est bien mis en évidence que c'est une statine de forte activité qu'on peut prescrire en premier lieu. La même chose avec les insulines* » (Participant N°2).

e) Le médecin généraliste appréhende ?

Naturellement, les médecins généralistes appréhendent les réactions des patients lors de ces échanges plus ou moins tendus. « *Et je vois toujours leur tête quand tu leur dis que c'est viral et que du coup ça nécessite pas d'antibiotique* » (Participant N°1). Ceci entraîne souvent plusieurs peurs comme celle d'aller au conflit avec les patients : « *J'aime pas parce que ça me met mal à l'aise car on a peur que la situation dégénère en conflit en fait et forcément personne n'a envie d'être en conflit.* » (Participant N°1). Jusqu'à parfois craindre de se faire attaquer dans certaines situations tendues. (Participant N°6) : « *Donc, moi, je suis une femme seule au cabinet. On peut prescrire aussi en se disant « mince mieux vaut qu'ils sortent avec l'ordonnance que... » [...] Et le patient s'est déjà énervé, il m'a presque retourné de bureau* ». Se rajoute à ça l'appréhension de se faire juger, en tant que personne ou même en tant que professionnel : « *mais j'ai surtout de la peur d'être jugé en mode « ah ben c'est bien, on a consulté le médecin, tout ça pour ça, et au final, on n'a pas de traitement* » » (Participant N°7). Certains professionnels craignent dans ce sens que le fait de céder trop souvent amène à

de plus en plus de prescription inutile qui seront potentiellement délétères aux patients. : « y'avait rien sur l'écho et là le radiologue dit « intérêt de faire un scanner » et donc la remplaçante fait faire le scanner ou il n'y avait rien dessus et retrouve un truc juste bidon et donc je me dis « pourquoi mais pourquoi ? » En plus faire passer des Rayons X aux gens. » (Participant N°3).

3. Ressenti positif

Les médecins généralistes interrogés ont exprimé par ailleurs, et à moindre fréquence, des sentiments plutôt positifs. Ils les évoquaient principalement lorsque l'on discutait de leur ressenti lorsqu'il ne cédait pas à la pression de prescription.

La fierté et la satisfaction sont les deux principaux ressentis évoqués avec comme exemple le participant N°1 : « *I've got the power* ». Nan mais plutôt fière. J'suis contente parce que. [...] Et sinon parfois j'ai plutôt la satisfaction d'avoir su expliquer aux gens et les convaincre de ma science, de ma connaissance. ». Le fait de ne pas céder à la pression de prescription est très souvent lié au contentement d'avoir bien effectué son travail (Participant N°4) : « *Superman, parce que c'est pas une bataille que je gagne contre les gens mais superman parce que t'as bien fait ton job sans faire quelque chose de nuisible.* » ou (participant N°5) : « *Donc la satisfaction de bien avoir fait son boulot et d'avoir pu... Le patient pourra vivre plus longtemps ou il aura moins de problème, il ira moins à l'hôpital parce qu'on aura mieux gérer son traitement.* ».

Il existe une réelle recherche de l'amélioration de la condition du patient comme le dit le participant N°6 : « *Et juste d'avoir identifié le... d'avoir une bonne réponse aux questions, d'avoir trouvé le bon... la bonne réponse aux motifs de consultation, qui est parfois complètement caché, et de me dire que j'ai bien compris ce qu'il voulait par cette demande, et du coup d'avoir pu répondre à ces maux, et des fois c'est complètement à côté du motif, ou de la raison pour laquelle on refuse en fait. Et du coup on se dit que c'est bien.* »

C. Solutions

Lors des entretiens, deux grandes catégories de solution se sont démarquées. Lorsque les médecins interrogés sont en face à une pression de prescription, ils ont soit le choix d'éviter cette pression ou de faire face.

1. Pour éviter la pression de prescription

Les praticiens m'ont partagé plusieurs astuces qu'ils utilisent au quotidien pour éviter la pression de prescription.

Certains essaient d'anticiper les demandes éventuelles pour esquiver la demande d'examen complémentaire ou d'antibiotique par exemple. Les participants N°1 et N°6 l'expliquent bien avec respectivement : « *en fait j'anticipe sa demande donc si je sais que quelqu'un va venir avec possiblement, j'imagine hein, avec une demande d'antibiotique. Je vais anticiper les choses et bloquer les personnes à leur propre jeu* » et « *donc du coup je l'anticipe déjà en disant « non mais y'a pas besoin, mais du coup ça sert à rien, il faut d'abord faire du kiné on fera que si vraiment ça n'allait pas mieux* » mais comme en général avec le kiné ça va mieux ».

D'autres praticiens essaient plutôt d'intégrer le patient dans la prise de décision en les responsabilisant avec différentes méthodes comme le participant N°5 : « *ça m'arrive de temps en temps de faire une ordonnance en anticipé par exemple d'aujourd'hui je mets l'antibiotique et si j'ai un doute et que l'éducation passe bien* » ce qui permet souvent de renforcer la relation médecin-patient (Participant N°6) : « *ils sont très intéressés et très acteurs de la prescription* ».

Parfois, pour éviter tout conflit ou par manque de temps ou même dans un contexte de fatigue, certains entretiens évoquent céder directement comme le participant N°1 : « *Des fois je me pose pas de question. Parce que vraiment pas le temps voilà. C'est réglé hop, on passe à autre chose et puis bon, quand tu l'as fait une fois. C'est la première fois que tu as fait le crime que ça te gêne* ».

Enfin, une des solutions pour éviter la pression de prescription la plus évoquée reste de réussir à se détacher du « problème ». C'est-à-dire que les médecins interrogés ont tendance à ne pas se focaliser sur les avis négatifs des patients comme le participant N°6 : « *je m'en fiche un peu de ce que les patients peuvent me dire, s'il y en a un qui s'énerve ou quoi que ce soit. En*

fait, c'est arrivé déjà tellement de fois que maintenant je sais aborder la situation et ça se passe bien et il y a beaucoup moins de situations conflictuelles. », à parfois chercher à se dédouaner comme le participant N°2 qui l'exprime plutôt bien avec : *« Je suis responsable de ce que je dis, pas de ce que l'autre comprend »*. Les entretenus utilisent aussi le fait de relativiser les situations conflictuelles pour leur permettre de continuer de bien faire leur travail comme le participant n°6 : *« Et au final, on se dit « bon, de toute façon, on ne peut pas plaire à tout le monde et il vaut mieux qu'on soit bien dans ce qu'on fait et être sûr dans notre raisonnement, notre prise en charge »*. Il se peut aussi que certaines situations ne soient pas toujours possibles d'être gérées en 15 minutes de consultation. De ce fait, certains remettent à plus tard cette pression de prescription lorsque c'est possible comme le participant N°6 : *« je sais que je vais pouvoir le revoir et que c'est pas grave si aujourd'hui j'ai pas pu l'aborder parce que de toute façon on a déjà fait 15 000 trucs donc je sais que je vais pouvoir le refaire plus tard. »*.

2. Pour faire face à la pression de prescription

Dans un second temps les médecins interrogés m'ont aussi dévoilé leurs astuces/solutions pour faire face à la pression de prescription mise.

La solution qui est revenue dans tous les entretiens effectués pour faire face à la pression de prescription consiste à donner des explications aux patients. En effet, Comme l'explique le participant N°3 : *« je reviendrais toujours sur le fait que d'expliquer au patient, ça permet aussi qu'eux comprennent, que l'on n'est pas toujours obligé de faire des prescriptions comme eux ils le demandent. »* ou comme le participant N°4 : *« J'ai toujours trouvé nécessaire le fait d'expliquer ce que les gens ont , ce qu'ils ressentent, ce qu'ils subissent, doivent faire, doivent pas faire, prendre, doivent pas prendre et les ordonnances telles qu'elles soient au patient pour leur expliquer »*. Au même niveau de fréquence de réponse vient aussi le principe « d'éducation » de la patientèle comme l'exprime bien le participant N°7 : *« Je leur explique généralement comment je leur explique leur maladie, comment elle va évoluer, et l'intérêt de mettre ou pas certaines molécules, et qu'après, leur choix leur revient, mais que ça reste un médicament, donc on met que vraiment, si c'est vraiment utile »*. Cela permet par exemple aux médecins ayant leur patientèle depuis longtemps d'avoir moins de pression de prescription de la part de leurs « anciens » patients comme le raconte le

participant N°3 : « *je pense avoir une clientèle que j'ai éduqué à peu près correctement et ils savent très bien qu'il y a des choses qu'ils ne peuvent pas me demander donc je ne pense pas être sollicitée plus qu'auparavant.* ».

Ensuite, il est nécessaire de savoir se mettre à la place du patient, par empathie, comme l'évoque le participant N°6 : « *finalement, la dernière fois qu'elle a entendu parler de science, c'était peut-être au collège, parce que si au lycée, elle a fait moins de science, elle a peut-être fait un peu moins de maths, de SVT, des choses comme ça, mais finalement elle sait pas, et pourtant c'est pas quelqu'un qui est bête* » qui rappelle simplement que tout le monde n'a pas toujours les mêmes capacités de compréhension et qu'il faut savoir le respecter. Pour aller plus loin, le participant N°6 explique aussi qu'il faut savoir déchiffrer les demandes parfois cachées derrière d'autres motifs : « *mais très souvent ils viennent pour quelque chose qui n'a rien à voir avec le motif apparent ou la demande et en fait si on en met pas le doigt sur exactement ce qui n'allait pas, au final, c'est tout, la consultation peut très bien se passer quand même, mais après, par contre, si on arrive à identifier les choses, ils nous font confiance, et là, du coup, on peut démarrer quelque chose d'intéressant, en général, avec le patient.* ». La relation médecin-patient reste une relation avec des forces inégales et il est parfois judicieux de savoir aussi discuter et négocier, jusqu'à parfois lâcher du lest dans l'intérêt de la prise en charge à long terme comme le ressent le participant N°4 : « *ma patientèle s'est déjà adaptée à moi et elle sait qu'il y a moyen de négocier, de voir. Et ma foi j'ai pas l'impression d'être trop embêter par eux.* ».

Les participants expriment aussi que le fait d'avoir de l'expérience et d'être confiant en son savoir et ses capacités est important pour cette relation. (Participant N°2) : « *je dois apporter une réponse adaptée en fonction de ma formation, mon expérience et ma compétence* » ou encore (Participant N°6) : « *c'est arrivé déjà tellement de fois que maintenant je sais aborder la situation et ça se passe bien et il y a beaucoup moins de situations conflictuelles* ». Cela nécessite aussi d'être au clair avec sa pratique, sur ce que l'on veut ou pas comme le ressent le participant N°3 : « *soit c'est le patient qui décide de s'en aller par lui-même soit je finis par leur dire « bah écoutez, je pense que je ne vous conviens pas du tout dans les prescriptions* ».

Avec cette confiance, les médecins utilisent parfois des arguments d'autorités tels que (participant N°7) : « *C'est moi qui décide, c'est moi qui prescris* » ou le participant N°2 : « *JE décide que, parce que JE prescris et c'est une ordonnance, c'est pas un bon pour. Voilà C'est ma responsabilité.* ». Pour s'aider dans leur pratique, les interrogés utilisent aussi souvent des preuves matérielles pour convaincre le patient, comme les tests rapides.

(Participant N°1) : « *Et bien même si j'ai pas d'angine à l'examen, je vais faire un streptococque qui forcément reviendra négatif et j'ai bien expliqué à la personne avant que si c'est négatif c'est que c'est viral et que les antibiotiques ce n'est pas automatique. Et que sur le viral ça marche pas. Comme ça, il n'y a pas lieu à débat car la languette l'a dit.* ». Pour plusieurs jeunes interrogés il est important de montrer qu'ils paraissent confiants et sur d'eux comme le participant N°1 : « *J'essaye de montrer que je suis sûre de moi* ».

A l'inverse parfois, les médecins choisissent de ne pas discuter et donc de couper court et/ou être directif comme le participant N°2 : « *C'est-à-dire qu'on peut très bien être dans l'écoute et dire « bon d'accord je vais le faire quand même » ou d'emblée se montrer très directif et dire « non » sans même argumenter.* » ou le participant N°1 : « *J'ai plutôt envie de hop. Je balaye ça d'une main* ». Il peut arriver que les interrogés utilisent pour quelques-uns la peur pour convaincre de manière plus efficace certains patients en fonction de leur profil. C'est le cas du participant N°1 : « *Bon ça marche bien aussi, mettre un petit coup de flip aux gens et voilà. « Ah bon euh et pourquoi vous voulez pas me mettre d'anti-inflammatoire ? » « Oh bah votre rein est déjà fatigué hein, si on fait ça, vous êtes bon pour la dialyse » Bon non j'exagère un peu là *rire** » ou le participant N°4 : « *Et puis que si elle veut être irradiée pour nourrir un petit cancer du sein futur, on est jamais à l'abri que ça puisse lui faire du bien* ».

Sur un aspect un peu plus léger, certains médecins utilisent l'humour pour faire passer les informations de manière plus efficace, comme le participant N°2 : « *C'est en fonction du patient. L'humour ça marche bien. Quand t'arrives à tourner ça à la rigolade. Un exemple type c'était en garde, j'étais en train de faire une prescription pour un gamin qui avait quelque chose. J'entends dans mon dos quelqu'un qui dit « tu peux lui demander de rajouter un médicament, une boîte médicaments ou du doliprane en plus pour adulte ? » et moi je me suis retourné en le regardant et lui disant « oui et 100grammes de fromage râpé en plus ? » et Tac ça a tourné court à la ... Donc je n'ai pas eu à ... La demande s'est arrêtée tout de suite.* »

Enfin, il s'avérerait plus aisé lors des consultations avec une pression de prescription, d'être accompagné d'un étudiant (comme un externe ou un interne) qui permet d'appuyer ses choix comme le décrit le participant N°3 : « *Je veux dire aussi que le fait d'avoir un étudiant avec soi. Ça met plus de poids du côté du médecin et donc quelque part c'est plus facile de ... D'affirmer qu'on le ne veut pas.* »

IV. Discussion

A. Biais

1. Biais de sélection

Le type de recrutement utilisé « de proche en proche » peut provoquer un biais de sélection.

En effet, le fait de connaître personnellement tous les participants a peut-être exercé une influence sur cette étude mais à l'inverse, cela m'a permis de recruter des médecins qui ne participent pas forcément à ce type de recherche habituellement.

Les profils des médecins recrutés sont variés et différents sur plusieurs aspects (l'âge, le nombre d'années de pratique, le lieu et type d'exercice) ce qui a permis de recueillir des résultats intéressants, multiples et hétérogènes.

Le nombre de participant peut sembler faible malgré le fait que j'ai suivi les recommandations et est allé jusqu'à saturation des données (c'est-à-dire jusqu'à une collecte de nouvelles données qui cessait de générer de nouvelles idées et de nouveaux thèmes).

Malheureusement, j'ai rencontré des difficultés pour recruter d'autres médecins remplaçant thésés ce qui majore le biais d'échantillonnage.

2. Biais de recueil

Ceci est mon premier travail de thèse et il comporte donc des erreurs et des imprécisions dû à mon inexpérience de « chercheur ». Le travail qualitatif est complexe. Il doit suivre certaines règles et une méthodologie stricte, difficile à appréhender de prime abord.

Pour essayer de limiter ce biais, j'ai été aidé par un médecin expérimenté dans ce genre de travaux qui a pu me guider tout au long de ce travail. J'ai aussi été discipliné sur le fait d'analyser et d'étudier chaque entretien avant d'en effectuer un nouveau. J'ai, dans le même sens, effectué des ajustements sur mon guide d'entretien pour permettre une meilleure récolte de données. Enfin pour permettre un dialogue loyal et honnête, j'ai essayé de mettre les personnes interviewées dans les meilleures conditions possibles et je leur ai toujours précisé que toutes les informations récoltées seraient anonymisées.

3. Biais de mesure

La retranscription manuelle sur le logiciel Word ® est un exercice assez fastidieux et chronophage. Je n'ai donc pas précisé dans mes retranscriptions les rires, les moues, les silences ou même mon ressenti personnel à certains moments mais je l'ai fait dans mon journal de bord.

Le fait de retranscrire par mes soins les entretiens, et rapidement après les avoir effectués, m'a tout de même permis de bien m'imprégner des ressentis et des sens des phrases.

4. Biais d'analyse

Par ailleurs, n'étant pas familier avec l'exercice de codage, j'ai procédé à une triangulation des données sur la moitié des entretiens effectués avec un codage parallèle, en aveugle grâce à l'aide d'un chercheur expérimenté. De plus, j'ai effectué un second codage des entretiens en les reprenant un par un après avoir emmagasiné de l'expérience au fur et à mesure de l'avancement dans mon travail.

B. Résultats

Un des fondements de ce travail était de ne pas partir avec d'hypothèse préconçues. J'ai souhaité faire des questions ouvertes sans guider les médecins interrogés pour recueillir leurs ressentis les plus spontanés. A la fin de ce travail, je voulais préciser qu'il m'a semblé étonnant qu'aucun participant n'a parlé de la pression de prescription effectuée par la famille du patient ou par les pharmaciens.

1. Les répercussions de la pandémie COVID Surestimées ?

La pandémie de la COVID-19 a eu un nombre certain de répercussion dans la société comme l'explique cet article de 2022 intitulé « Les conséquences de la crise sanitaire de la COVID-19 »(15).

C'était en effet un des axes importants de ce travail qui, je le rappelle, était d'analyser si la pandémie de la COVID-19 avait joué un rôle important dans ce climat qui semble de plus en plus tendu entre les patients et les médecins. Lors des entretiens, les réponses ont été très brèves et très claires sur ce sujet. En réalité, aucun des médecins interrogés n'a observé de différence significative concernant la pression de prescription postpandémie (que ce soit la fréquence, l'intensité ou les différentes modalités). Une seule réflexion a été faite par le participant N°7 : « *la pandémie a eu une chose de bénéfique, c'est que les gens ont mieux compris la différence entre le viral et le bactérien. Si j'prends uniquement l'infection.* ». Cette réflexion n'était pas vraiment partagée par le reste de ces collègues. Peut-être aurais-je dû approfondir d'avantage ce sujet en complétant et en reprenant mon guide d'entretien sur ce point. Les répercussions dû à la COVID 19 sont très certainement mesurables mais elles semblent avoir un impact d'une manière indirecte ce qui amène les médecins généralistes à ne pas en percevoir ses conséquences au quotidien.

Il est clair pourtant que la pandémie du COVID 19 a accéléré l'évolution des modes de consommation de l'information. Dans un article de l'INA (16), on peut s'apercevoir que la presse écrite est en chute accélérée depuis 2020 et que les gens se tournent de plus en plus vers des sources en ligne. Malheureusement, les sources d'information en ligne sont souvent moins vérifiées, ce qui facilite la diffusion de fausses informations. Les personnes les plus vulnérables à cette désinformation sont logiquement les jeunes âgés de 19 à 29 ans, en raison de leur usage intensif des médias en ligne et, parfois, d'un esprit critique encore en développement. L'étude de Ramsay santé le démontre avec 44% des jeunes de 15 à 29 ans considérant avoir déjà été victimes d'une fake news (17). La diversité des sources d'information, combinée à l'évolution de la relation médecin-patient vers une alliance thérapeutique plus équilibrée, peut expliquer pourquoi les patients remettent de manière plus fréquente en question les choix de prise en charge de leurs médecins généralistes. Avec un accès plus large à des informations en ligne, souvent non vérifiées ou mal interprétées, les patients se sentent plus habilités à participer activement à leur traitement, mais cela peut aussi créer des tensions lorsque leurs attentes ou croyances ne correspondent pas aux recommandations médicales.

Je pense que mes questions ouvertes sur le sujet de la COVID 19 lors de mes entretiens n'ont pas réussi à établir de lien direct entre les répercussions de la COVID-19, la fatigue accumulée, et l'agacement accru que les médecins peuvent ressentir en raison de la pression de prescription.

2. De nouveaux protagonistes ?

Lors des entretiens, il est intéressant de noter que les médecins généralistes mentionnaient que la pression de prescription ne provenait pas uniquement des patients, mais également d'autres acteurs qui influencent les décisions médicales. Ces protagonistes ne sont pas réellement nouveaux mais tendent à avoir une place de plus en plus conséquente.

Les institutions de santé jouent un rôle crucial en imposant des directives, des protocoles et des quotas qui peuvent affecter les choix de prescription des médecins. On peut évoquer la Rémunération sur Objectifs de Santé Publique (ROSP) (18) comme un exemple de pression de prescription influencée par des dispositifs institutionnels. Bien que la ROSP soit conçue pour améliorer les pratiques médicales en encourageant les médecins à atteindre des objectifs de santé publique, elle présente plusieurs écueils. Par exemple, la ROSP inclut l'exigence de réaliser un dosage de l'hémoglobine glyquée tous les trimestres. Si un patient réalise ce dosage avec un léger retard, le médecin peut ne pas percevoir la ROSP associée. Pour éviter ce problème et garantir le paiement de la ROSP, certains médecins prescrivent donc plusieurs dosages d'hémoglobine glyquée dans l'année, même si ce n'est pas toujours nécessaire d'un point de vue clinique. Cela engendre des coûts supplémentaires, tant pour le système de santé que pour les patients.

Les compagnies pharmaceutiques, par le biais de leurs stratégies de marketing et de leurs relations avec les professionnels de santé, exercent une pression significative en promouvant leurs produits comme des solutions incontournables. Il est courant pour les médecins de rencontrer des représentants de laboratoires pharmaceutiques au cours de leurs études ou de leur pratique professionnelle. Il n'est pas rare que, lorsqu'un médecin se retrouve face à la possibilité de prescrire un produit d'un laboratoire qu'il vient de rencontrer, il soit tenté de choisir ce produit. Cette situation peut être influencée par les interactions récentes avec les représentants, qui peuvent avoir laissé une impression durable sur le médecin. Cela illustre comment les contacts avec les laboratoires pharmaceutiques peuvent, parfois, exercer une influence sur les décisions de prescription, même si le produit prescrit n'est pas nécessairement le meilleur choix clinique pour le patient. Dans le même sens, les récentes pénuries de médicaments ont un impact significatif sur la prescription des médecins (19). Ces pénuries forcent parfois les praticiens à ajuster ou modifier leurs choix thérapeutiques, ce qui

peut créer des tensions avec les patients qui s'attendent à recevoir le traitement habituel. Cela augmente la pression sur les médecins, qui doivent non seulement gérer l'aspect médical de la situation, mais aussi expliquer les raisons de ces changements, tout en s'assurant de proposer des alternatives efficaces. Ces situations de pénurie accentuent la charge émotionnelle et administrative des consultations.

Les assurances santé et les systèmes de remboursement peuvent également influencer les prescriptions en dictant les médicaments couverts ou en fixant des critères de remboursement qui poussent les médecins à choisir certains traitements.

De plus, les collègues et les mentors peuvent, parfois de manière indirecte, influencer les pratiques de prescription par leurs recommandations et leurs expériences partagées. En tant que médecins généralistes, nous avons tous été confrontés à la situation où un spécialiste, ayant récemment vu le patient, envoie un courrier nous demandant de prescrire un traitement spécifique ou de rédiger un arrêt de travail. Ce type de demande peut parfois exercer une pression sur la décision de prescription, car il implique une certaine délégation de responsabilité et peut influencer les choix thérapeutiques du médecin généraliste. La communication entre spécialistes et généralistes est essentielle pour assurer une continuité des soins, mais elle peut également introduire des défis en termes de gestion de la pression et de prise de décision clinique.

Ces divers acteurs contribuent à créer un environnement complexe où la gestion de la pression de prescription devient un véritable défi pour les médecins généralistes. Ils doivent constamment rester vigilants afin de ne pas s'éloigner de leur objectif principal : préserver et améliorer la santé de leurs patients. L'équilibre entre répondre aux demandes, respecter les exigences administratives, et maintenir une qualité de soins optimale devient une tâche particulièrement délicate.

Nous pouvons aussi nous interroger sur l'émergence de nouveaux protagonistes dans le domaine de la santé à l'avenir. L'intelligence artificielle (IA), en particulier, est déjà en train de transformer divers aspects de la médecine. Des algorithmes sont de plus en plus utilisés pour l'aide au diagnostic, la gestion des dossiers médicaux, et même pour proposer des protocoles thérapeutiques personnalisés. Cette montée en puissance de l'IA pourrait aussi entraîner des répercussions sur la prescription médicale, soit en réduisant certaines pressions,

soit en en générant de nouvelles. Le rôle du médecin pourrait évoluer vers un partenariat avec ces technologies, avec des défis éthiques et pratiques à venir. (20) (21)

3. Evolution de la relation médecin-patient

L'évolution de la relation médecin-patient est plutôt récente. En effet, cette relation a fonctionné pendant de nombreuses années sur un modèle paternaliste. Ce modèle attribue une grande partie du pouvoir décisionnel au médecin en s'appuyant sur le fait qu'il est vu comme un expert dont la mission est de définir la meilleure stratégie pour préserver la santé et le bien-être du patient. (22). Malheureusement, ce but est atteint au dépend de la prise en compte de l'avis du patient.

On s'aperçoit que progressivement, vers la seconde partie du XXème siècle, les patients tendent à s'imposer de manière significative en exigeant d'être informés sur leurs pathologies et sur les stratégies de prise en charge adoptées (23). En France, La loi du 4 Mars 2002 (Loi Kouchner) s'est inscrite dans cette dynamique avec une reconnaissance du rôle et des droits des patients dans leurs parcours de soins. Les fonctions du médecin changent donc. En plus d'être considéré comme un expert, le médecin doit informer de manière claire et loyale chaque patient en prenant compte de ses désirs et de ses attentes. À cela s'ajoute un rôle d'éducateur, visant à autonomiser le patient dans la gestion et la promotion de sa propre santé. Ce deuxième modèle, qualifié de « modèle informatif », s'est donc développé. Dans ce cadre, le médecin présente les données et les faits au patient, qui prend ensuite une décision en fonction de ses besoins et de ses intérêts (22).

Un des facteurs favorisant cette évolution est l'émergence des « maladies chroniques ». Les patients atteints de pathologies chroniques accumulent des connaissances médicales parfois sans comprendre pleinement les enjeux, en se renseignant à travers des sources peu fiables telles qu'Internet ou des proches. À l'inverse, certains patients deviennent des experts grâce à leur expérience personnelle et à un bon accompagnement médical. Ces patients-experts peuvent aider d'autres patients en abordant les problématiques du même point de vue, ce qui est souvent bénéfique car cela permet de surmonter la « barrière » entre le médecin et le patient.

Au cours des vingt dernières années, un troisième modèle a été développé pour pallier les inconvénients des deux précédents. Ce modèle envisage la relation entre le médecin et le

patient comme un véritable partenariat. Il s'agit de respecter les besoins du patient dans son ensemble tout en l'accompagnant dans la recherche de ce qui lui convient, en évitant à la fois de décider à sa place et de le laisser seul face à ses choix (24). C'est le modèle du « partenariat ».

Par ailleurs, la perception du médecin généraliste par les patients a également évolué. Autrefois considéré comme l'unique détenteur du savoir médical, le médecin se trouve désormais face à des patients plus informés, souvent via des sources en ligne, qui souhaitent participer activement à leur prise en charge. Cette évolution modifie les attentes des patients, les plus jeunes recherchant souvent des réponses rapides et efficaces, tandis que les générations plus anciennes privilégient davantage la relation de confiance et d'écoute. (12)

La relation médecin-patient demeure fragile et complexe. Elle est intrinsèquement déséquilibrée et se complique davantage avec ces nouveaux rapports de force. Il est crucial de trouver un équilibre juste et bienveillant, tout en fournissant aux patients les outils nécessaires pour mieux comprendre leurs pathologies, afin d'améliorer l'efficacité de la prise en charge (25).

Dans ce travail, j'ai observé que les médecins interrogés se retrouvaient fréquemment dans des situations de perte de contrôle lors de la prise en charge des patients, ce qui pouvait entraîner de la frustration chez certains. Ces situations étaient souvent causées par une opposition du patient à la prise en charge, et parfois, par la pression liée à la prescription.

Aujourd'hui, les patients souhaitent participer activement et mieux comprendre leur prise en charge. Le médecin a la responsabilité de s'adapter et de gérer efficacement ces rapports de force qui demeurent inégaux.

4. Satisfaction mal placée ?

Lors des entretiens, j'ai constaté que les médecins étaient spontanément et souvent très satisfaits de ne pas céder à la pression de prescription. Cependant, les demandes des patients sont parfois justifiées et peuvent offrir un nouvel angle de vue. Il est important de se rappeler que les médecins ne sont pas infaillibles. Le participant n°6 est le seul à mentionner que la satisfaction ne provient pas du refus en lui-même, mais plutôt du bénéfice pour la santé du patient résultant de ce refus. *« Et du coup, on est plutôt content. Mais c'est pas le fait d'avoir forcément refusé, hein, qui... Enfin, c'est pas l'acte de refus qui me... [...] Qui me donne satisfaction. C'est de me dire que j'ai bien identifié... Parce que si moi je sais que c'était pas*

bon, par contre, moi je sais pourquoi, mais des fois c'est juste d'identifier exactement le point qui fait que, je sais pas, il y avait telle inquiétude... ». Ce résultat peut-il être dû au fait que mes questions étaient évasives, ou existe-t-il un bénéfice secondaire pour le médecin à ressentir un regain de contrôle ?

Les études de médecine sont particulièrement longues et éprouvantes. Elles ont récemment été prolongées, nécessitant désormais un minimum de 10 ans d'études, contre 9 ans auparavant (26). Les étudiants en médecine sont souvent confrontés à des situations difficiles dès un jeune âge, et plus tôt que leurs pairs dans d'autres domaines. Bien que ce soit un choix qu'ils ont fait en visant une carrière médicale, cela n'enlève rien à la réalité de la difficulté qu'ils rencontrent (27). Une étude de 2017 réalisée par l'ANEMF (Association nationale des étudiants en médecine de France), ISNAR-IMG (Inter syndicale nationale autonome représentative des internes de médecine générale) et ISNI (Inter syndicale nationale des internes), en lien avec l'ISNCCA (l'Inter syndicat national des chefs de clinique assistant) retrouve des symptômes anxieux chez 62% des étudiants, des symptômes dépressifs à hauteur de 28% et des idées suicidaires à 23%. La fin des études médicales peut être perçue comme une libération, et il est naturel de ressentir de la fierté pour le chemin parcouru. Cette fierté, combinée au statut du médecin dans la société et aux responsabilités associées à ce métier, peut parfois engendrer un ego, parfois mal placé.

Avec l'évolution de la relation médecin-patient et cet ego, qui peut être une réaction normale des médecins, on peut peut-être expliquer la satisfaction primaire exprimée par les médecins interrogés lors du refus des demandes. De plus, dans un climat de scepticisme croissant envers les médecins dans la société, il est probable que les médecins ressentent un besoin ou un désir sous-jacent de « reprendre » ou de retrouver du contrôle.

5. Épuisement des médecins généralistes

L'étude révèle également que les médecins expriment une fatigue importante et un sentiment d'énervement, qui sont souvent associés à l'agacement. Il semble évident que ces sentiments sont interconnectés ; en effet, la fatigue accrue peut rendre les médecins plus susceptibles de s'agacer. La gestion du stress et de la fatigue est donc essentielle pour maintenir leur bien-être et leur efficacité professionnelle. L'épuisement peut conduire au burn-out, dont la prévalence

est en constante augmentation chez les médecins depuis 4 ans, avec 51 % d'entre eux présentant des symptômes de burn-out (28). D'après une enquête Medscape « Burn-out des médecins français » de 2020, on s'aperçoit que la spécialité la plus touchées est la médecine générale à près de 19%. De même, 63% des médecins sondés expriment une intensification du burn-out post pandémie COVID 19.

Le burn-out est décrit par l'OMS suivant 3 éléments (29) :

- Un sentiment d'épuisement émotionnel
- Le cynisme ou un sentiment de négativité lié aux autres et à son travail
- Le sentiment de non-accomplissement personnel et d'efficacité professionnelle réduite

Cette description montre clairement que le burn-out peut entraîner des répercussions importantes sur une profession aussi sociale et relationnelle que la médecine générale. La fatigue des médecins généralistes est en effet multifactorielle. (28). En premier lieu, le nombre d'heure de travail. Dans une étude du ministère de la santé et de la prévention de 2019 (30), les médecins généralistes libéraux déclarent travailler en moyenne 54 heures par semaine, dont 5 heures et 30 minutes sont consacrées à des tâches de gestion et administratives. Ce travail administratif est de plus en plus lourd, principalement en raison de la gestion de certificats superflus et des demandes de dossiers pour la MDPH, les assurances, et d'autres institutions. Cette charge administrative croissante alourdit considérablement leur emploi du temps et contribue à l'épuisement professionnel. (4). Ensuite, la médecine est un métier en constante évolution. En effet, la nécessité de rester à jour sur les nouvelles recommandations et de continuer à se former tout au long de sa carrière impose une pression supplémentaire quotidienne aux médecins. Cette exigence constante de mise à jour peut être perçue comme une charge mentale et organisationnelle, venant s'ajouter à leur pratique clinique déjà bien remplie. Par ailleurs et non des moindres, l'un des facteurs les plus importants d'après les entretiens réalisés semble être le manque de respect de la part des institutions (comme en témoigne les récentes négociations sur la convention de la sécurité sociale) et des patients (avec, par exemple, l'insécurité croissante) (31). Les rendez-vous non honorés s'élèvent tout de même à 7,6% en 2023 soit environ 27 millions de rendez-vous non honorés par an (32).

Cette sensation de manque de respect engendre un sentiment de dévalorisation chez le médecin, affectant sa confiance en lui et sa perception de son rôle. Face à l'augmentation des

attentes et des critiques, ce sentiment peut s'accroître, entraînant une remise en question de sa légitimité et de la valeur de son travail, ce qui impacte négativement sa pratique et sa relation avec les patients.

La profession de médecin généraliste comporte déjà de nombreuses difficultés à gérer, et avec l'augmentation des tensions dans la relation avec les patients, le médecin peut être amené à appréhender plus fréquemment certaines situations. Cette appréhension peut se traduire par une hésitation à aborder certains sujets délicats, à refuser des prescriptions non justifiées, ou à maintenir une position face à des demandes insistantes, augmentant ainsi la pression émotionnelle et professionnelle ressentie.

Tous ces facteurs contribuent ainsi à un épuisement significatif des médecins généralistes, ainsi qu'à une dévalorisation croissante de leur rôle, perturbant le bon fonctionnement de leur pratique quotidienne. Cette situation peut affecter la qualité des soins fournis et la satisfaction des médecins dans leur exercice professionnel.

6. Education, un enjeu majeur

L'éducation joue un rôle central dans l'évolution de la relation médecin-patient. Du point de vue du médecin, il est essentiel de poursuivre son rôle d'éducateur tout en maintenant l'empathie qui caractérise cette profession. Refuser une prescription n'est pas une mauvaise chose et doit être justifié par le bénéfice pour la santé du patient. Le médecin doit savoir dire non et se faire confiance s'il estime, grâce à son expertise et son expérience, que cela bénéficiera au patient. Il est également essentiel de continuer à expliquer, démontrer et convaincre du bien-fondé de cette décision, même si cela demande du temps et de l'énergie. Il existe d'ailleurs des bonnes pratiques et des astuces pour apprendre à dire « non » de manière efficace et bienveillante (33). Par exemple, on peut proposer une nouvelle consultation si le patient vient avec plusieurs motifs qui nécessitent chacun un temps dédié. Il est essentiel de réussir à établir une relation de confiance, parfois simplement à travers des gestes, une posture, ou le ton de la voix. Il est important de faire preuve d'empathie sans tomber dans la compassion excessive, et d'écouter activement. Enfin, on peut s'appuyer sur la méthode DESC, qui consiste à : Décrire les faits, Exprimer son ressenti lors de l'examen, Spécifier une solution en la suggérant, et Conclure en décrivant les conséquences positives pour chacun. Il est important de préciser que, malgré les efforts déployés par le médecin pour expliquer et

faire comprendre ses décisions, il ne peut être tenu responsable si un patient refuse de comprendre ou d'accepter les explications. Certains patients, malgré une communication claire et bienveillante, peuvent rester campés sur leurs attentes ou leurs croyances. Cela souligne les limites de la relation médecin-patient dans certaines situations, et la nécessité pour le médecin de maintenir une approche professionnelle sans se laisser déstabiliser par ces résistances.

La décision finale repose donc sur un accord commun entre les deux parties. Il est essentiel que cette décision médicale partagée découle d'un échange où, d'une part, le médecin apporte ses informations et connaissances, et d'autre part, le patient exprime ses préférences en fonction de sa situation. Cela rejoint le modèle de partenariat mentionné précédemment. Cela favorise la création d'une alliance thérapeutique entre les deux parties. Cette alliance fait référence à la collaboration mutuelle qui se développe (ou pourrait se développer) entre le patient et le thérapeute. Cette coopération est essentielle pour atteindre les objectifs de santé fixés conjointement. Cette notion d'alliance devient centrale, voire constitutive, dans la pratique de l'éducation thérapeutique. (34).

L'éducation thérapeutique du patient (ETP) a pour objectif d'aider les patients à gérer leur vie de manière optimale tout en vivant avec leur maladie chronique (35). L'éducation thérapeutique est un processus continu qui s'intègre dans l'ensemble de la prise en charge du patient. Elle se distingue par deux finalités principales : (36). D'une part, l'éducation thérapeutique vise à permettre au patient d'acquérir et de maintenir des compétences d'autosoins et de sécurité, telles que soulager les symptômes, interpréter les résultats d'automesures, ajuster les posologies médicamenteuses, ou encore réaliser des gestes techniques de soins. D'autre part, elle favorise la mobilisation ou l'acquisition de compétences d'adaptation. Ces compétences permettent aux patients de maîtriser leur quotidien, d'acquérir la capacité à vivre dans leur environnement et à le modifier, que ce soit en prenant des décisions pour résoudre des problèmes de santé, en gérant leurs émotions et leur stress, ou en adaptant leur mode de vie, notamment en ce qui concerne l'alimentation et l'activité physique. Elle est mise en œuvre sous forme de programmes, individuels ou en groupe, réalisés par une équipe pluridisciplinaire. Elle prend également la forme d'activités éducatives ciblées, considérées comme des apprentissages pratiques et ponctuels, effectués par un professionnel de santé pour répondre à un besoin éducatif précis. L'ETP est assurée non seulement par divers professionnels de santé formés, mais aussi par des patients eux-mêmes formés, qui deviennent membres actifs d'un programme d'ETP.

En outre, il est crucial de promouvoir l'éducation à la santé, qui doit être intégrée dans les programmes scolaires. Cela permet de sensibiliser les jeunes dès leur plus jeune âge aux enjeux de la santé et à la prévention, en les dotant des connaissances nécessaires pour adopter des comportements favorables à leur bien-être tout au long de leur vie (37). Différentes actions ont été mises en place ces dernières années pour promouvoir l'éducation à la santé. Le décret n°2006-830 du 11 juillet 2006 mentionne l'acquisition progressive de savoirs et de compétences, visant à permettre aux élèves de faire des choix éclairés et responsables en matière de santé. De plus, la circulaire n°2003-027 du 17 février 2003 précise que l'information et l'éducation à la sexualité doivent être dispensées dans les écoles, collèges et lycées, à raison de trois séances annuelles. Plus récemment, la loi Evin a introduit des mesures de prévention dans les établissements scolaires pour lutter contre le tabagisme et l'alcoolisme.

Il est également crucial de renforcer l'éducation de la société à travers des campagnes de sensibilisation et de prévention. Des initiatives bien connues, telles que « Les antibiotiques, c'est pas automatique », illustrent cet effort pour informer et éduquer le public sur les bonnes pratiques en matière de santé. (38) Cela a conduit à une réduction notable de la prescription d'antibiotiques entre 2011 et 2019, avec une diminution moyenne de 2,4 % par an (39). D'autres actions récentes incluent des initiatives de sensibilisation à la schizophrénie, telles que la diffusion de plusieurs épisodes de séries télévisées utilisant des codes de la télévision pour toucher un public plus jeune. (40).

Pour conclure, l'éducation des médecins est un axe central. D'une part, ils ont le devoir de rester à jour avec les dernières recommandations en matière de savoir médical. D'autre part, il serait bénéfique de développer la formation médicale des jeunes médecins sur la gestion de la relation médecin-patient. On pourrait envisager des ateliers spécifiques sur la gestion de la pression de prescription, par exemple. Bien que des formations continues existent déjà sur divers aspects de la relation médecin-patient, ce sujet spécifique n'est pas encore suffisamment abordé.

V. Conclusion

Tous les médecins généralistes font face à la pression de prescription tôt ou tard dans leur pratique et cela se répétera de nombreuses fois au cours de leurs carrières. Chacun la reçoit, y fait face et réponds à sa propre manière avec son vécu, son éducation et son expérience. Elle est différente suivant les patients, le médecin, le mode d'exercice, la temporalité, la saisonnalité mais elle représente dans la majorité des cas une contrainte. Une définition dans une étude de 2003 de la pression de prescription la définit comme : « La « pression à prescrire » a été définie comme toute demande claire d'un patient qui contrecarrait la stratégie diagnostique et/ou thérapeutique des médecins » (41). Cette définition malheureusement n'englobe pas les autres intervenants évoqués dans ce travail mais développe bien la notion de contrainte que le médecin ressent.

Dans ce travail de thèse, le but était d'étudier le ressenti des médecins généralistes face à cette pression et de rechercher des solutions.

En comprenant mieux l'origine de la pression de prescription à travers l'évolution du modèle de la relation médecin-patient, les avancées technologiques, l'accès facilité (mais parfois erroné) aux informations, l'épuisement des médecins et les changements sociétaux, il devient évident que le ressenti négatif chez les praticiens est de plus en plus prégnant. Cette pression, amplifiée par ces multiples facteurs, renforce le sentiment d'épuisement et de frustration, ce qui complexifie encore davantage la gestion de la relation avec les patients et la qualité des soins prodigués. Malheureusement, certains facteurs ne sont pas modifiables à court terme, ou nécessitent des périodes plus longues pour évoluer. Cela dit, il est crucial de continuer à travailler sur ces axes pour obtenir des améliorations sur le long terme.

Les médecins généralistes se sentent de plus en plus dévalorisés, perçus comme de simples prestataires de services par les jeunes générations dans une société qui valorise la rapidité et la consommation instantanée. Ils ont l'impression de ne pas être estimés à leur juste valeur, que ce soit par les patients, les institutions ou même leurs pairs. Sur le long terme, ce ressenti peut profondément altérer la perception qu'ils ont de leur rôle et d'eux-mêmes, menant à une perte de confiance en leur propre expertise, en la relation avec leurs patients, ainsi qu'envers les institutions qui les encadrent. Le ressenti des médecins face à la pression de prescription varie considérablement en fonction de la manière dont elle est exprimée par le patient. Une demande de prescription formulée de manière respectueuse et polie est généralement mieux

acceptée, même si elle peut être refusée par le médecin. À l'inverse, une pression agressive ou insistante peut engendrer frustration et résistance chez le médecin, exacerbant ainsi le sentiment de dévalorisation et le stress lié à l'interaction. Le ton et la forme de la demande jouent donc un rôle clé dans la gestion de ces situations délicates.

À l'inverse, la satisfaction de ne pas céder à une pression de prescription est presque unanimement relevée par les médecins interrogés. Je pense qu'avec les multiples facteurs cités plus haut, tels que la surcharge administrative, la fatigue et les évolutions sociétales, les médecins ressentent souvent une perte de contrôle dans leur pratique quotidienne. Cette frustration pourrait les amener à exploiter certaines demandes non justifiées pour réaffirmer leur autorité, et ainsi retrouver une forme d'ascendant. Cependant, il est crucial de rappeler que l'intérêt principal doit toujours rester celui de la santé du patient, un axe central qui ne doit jamais être mis de côté, même dans les moments de tension.

J'ai évoqué plus haut les différents modèles de relation médecin-malade. Je ne crois pas qu'un modèle soit supérieur à un autre de manière absolue. Un bon médecin est celui qui sait justement naviguer entre ces modèles, en fonction du patient, de son vécu, et de la situation. Cela exige une grande capacité d'adaptation, une écoute active et une finesse dans la compréhension des besoins spécifiques de chaque malade. Cette aptitude, bien qu'elle ne puisse être strictement enseignée, est une compétence précieuse qui doit être développée et affinée au fil de l'expérience et de la pratique.

Le principal levier pour atténuer la pression liée à la prescription réside dans l'éducation. Cela englobe plusieurs dimensions : l'éducation des patients sur leur propre pathologie, notamment à travers le soutien de patients experts et l'éducation thérapeutique ; l'éducation de la population, en commençant par les enfants via des cours dédiés à la santé pendant la scolarité ; l'éducation de la société dans son ensemble, grâce à des campagnes de prévention et de sensibilisation. Enfin, il est essentiel d'améliorer l'éducation des médecins pour les aider à mieux gérer les situations conflictuelles, en renforçant l'accès à des groupes de parole et à des formations spécialisées.

Il est également crucial que les médecins soient valorisés à leur juste valeur par les décideurs. Pour cela, de véritables discussions, axées sur des solutions concrètes, doivent être engagées afin d'améliorer le système de santé français. Reconnaître l'importance de leur travail et alléger certaines contraintes, notamment administratives, permettrait de restaurer une

meilleure relation entre les professionnels de santé et les institutions, tout en renforçant la qualité des soins.

Il pourrait effectivement être pertinent d'élargir ce travail en étudiant d'autres spécialités médicales, qu'elles soient exercées en milieu libéral ou hospitalier, ainsi que d'autres professionnels de santé, eux aussi confrontés à la pression de prescription. Cela permettrait d'appréhender les différentes dynamiques et enjeux de la relation entre prescripteurs et patients au sein d'un spectre plus large du domaine médical. Par ailleurs, examiner le ressenti des patients vis-à-vis de cette pression de prescription, et plus généralement de leur relation avec leurs médecins généralistes, apporterait un éclairage précieux sur les attentes et les incompréhensions qui peuvent exister, contribuant à une réflexion plus complète et équilibrée.

« Il vaut mieux tomber dans les mains d'un médecin heureux que d'un médecin savant. »
Bonaventure Des Périers

VI. Bibliographie

1. Adultes et avancée en âge [Internet]. [cité 7 août 2024]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/la-sante-a-tout-age/la-sante-a-tout-age/enfants-et-jeunes>
2. Population par âge – Tableaux de l'économie française | Insee [Internet]. [cité 7 août 2024]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3303333?sommaire=3353488>
3. Force Ouvrière [Internet]. 2023 [cité 22 août 2024]. Etude : le recul de l'âge de départ en retraite, facteur d'aggravation des problèmes de santé chez les salariés seniors. Disponible sur: <https://www.force-ouvriere.fr/etude-le-recul-de-l-age-de-depart-en-retraite-facteur-d-17402>
4. Delta Echos [Internet]. [cité 10 sept 2024]. Surcharge administrative des médecins : une réelle souffrance. Disponible sur: <https://echos.reseau-delta.ch/echos-2/delta-echos/20/surcharge-administrative-des-medecins-une-reelle-souffrance>
5. 1.4.1. Densité départementale des médecins généralistes et spécialistes [Internet]. [cité 7 août 2024]. Disponible sur: <https://evaluation.securite-sociale.fr/home/maladie/1-4-1-densite-departementale-des.html>
6. Le nombre de médecins généralistes exerçant en cabinet a baissé de 11 % en dix ans. 5 janv 2023 [cité 7 août 2024]; Disponible sur: https://www.lemonde.fr/les-decodeurs/article/2023/01/05/le-nombre-de-medecins-generalistes-exercant-en-cabinet-a-baisse-de-11-en-dix-ans_6155964_4355771.html

7. Pourquoi les jeunes médecins ne s'installent pas ? [Internet]. [cité 17 sept 2024]. Disponible sur: <http://www.whatsupdoc-lemag.fr/article/pourquoi-les-jeunes-medecins-ne-sinstallent-pas>
8. Médecine : les spécialités les plus demandées par les futurs internes en 2023 - L'Étudiant [Internet]. [cité 7 août 2024]. Disponible sur: <https://www.letudiant.fr/etudes/medecine-sante/medecine-les-futurs-internes-ont-fait-leurs-choix-de-specialites.html>
9. Asselin C. Quels usages de l'information et des médias en 2024 ? Focus sur 7 pays [Internet]. [cité 17 sept 2024]. Disponible sur: <https://blog.digimind.com/fr/tendances/quels-usages-de-linformation-et-des-medias-en-2024-focus-sur-7-pays>
10. Serre MP, Wallet-Wodka D. Le consommateur de santé. *Mark Sect.* 2014;2:145-76.
11. Les principes éthiques de la relation médecin-patient [Internet]. Brocher. 2023 [cité 17 sept 2024]. Disponible sur: <https://fondation-brocher.ch/fr/les-principes-ethiques-de-la-relation-medecin-patient/>
12. Perasse N. Comment la vision de la relation des patients avec leur médecin traitant a-t-elle évoluée au cours des générations ? 22 févr 2024;53.
13. Ressenti du médecin généraliste et des remplaçants en médecine générale face à la pression de prescription exercée par les patients.
14. Reymondon ML. La défiance envers la médecine - une injustice épistémique envers les médecins ou envers les patient·es ? *Éducation Social Cah CERFEE* [Internet]. 2 mars 2024 [cité 9 août 2024];(71). Disponible sur: <https://journals.openedition.org/edso/26850>
15. Les conséquences de la crise sanitaire de la Covid-19 | Insee [Internet]. [cité 8 sept 2024]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/information/4479280>
16. La Revue des Médias [Internet]. [cité 8 sept 2024]. La crise sanitaire a accéléré les bouleversements de la consommation d'information dans le monde. Disponible sur: <https://larevuedesmedias.ina.fr/tendances-consommation-medias-rapport-reuters-2021-covid-confiance-desinformation-modele-economique-jeunes-presse-locale>
17. Lutte contre les fake news dans le domaine de la santé : 44% des 15-29 ans estiment avoir déjà été victimes d'une infox [Internet]. [cité 8 sept 2024]. Disponible sur: <https://presse.ramsaygds.fr/communiqu/221537/Lutte-contre-fake-news-dans-domaine-de-sante-44-15-29-ans-estiment-avoir-deja-ete-victimes-d-infox?cm=1>
18. La rémunération sur objectifs de santé publique (Rosp) pour le médecin [Internet]. [cité 17 sept 2024]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/somme/medecin/exercice-liberal/facturation-remuneration/remuneration-objectifs/nouvelle-rosp>
19. Le Point [Internet]. 2024 [cité 9 août 2024]. Pénurie de médicaments : « La situation est catastrophique ». Disponible sur: https://www.lepoint.fr/sante/penurie-de-medicaments-la-situation-est-catastrophique-29-02-2024-2553839_40.php
20. Molcard A. Médecine générale et intelligence artificielle: revue de la littérature.

21. Medical C. Accessibilité des soins [Internet]. [cité 21 sept 2024]. Disponible sur: https://www.cgm.com/fra_fr/magazine/articles/2024/ia-et-medecine-generale-les-enjeux-et-defis-de-la-formation-des-professionnels-de-sante-en-cabinet-liberal.html
22. Droits Humains et Biomédecine [Internet]. [cité 9 sept 2024]. IV. Cadre théorique de la relation medecin-patient - Droits Humains et Biomédecine - www.coe.int. Disponible sur: <https://www.coe.int/fr/web/bioethics/theoretical-framework-of-the-doctor-patient-relationship>
23. admin_pm. Profil Médecin. 2017 [cité 9 sept 2024]. Le nouveau visage de la relation patient – médecin. Disponible sur: <https://www.profilmedecin.fr/contenu/nouveau-visage-de-relation-patient-medecin/>
24. Abella A. Fantômes inconscients dans la relation médecin-malade1. Rev Med Suisse. 9 mars 2016;509:518-21.
25. La relation de soin entre soignant et soigné [Internet]. [cité 10 sept 2024]. Disponible sur: <https://walter-learning.com/blog/sante/infirmier/bientraitance/relation-soignant-soigne>
26. enseignementsup-recherche.gouv.fr [Internet]. [cité 10 sept 2024]. 4e année de formation pour les médecins généralistes : le Gouvernement concrétise son engagement pour une nouvelle maquette de formation. Disponible sur: <https://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/fr/4e-annee-de-formation-pour-les-medecins-generalistes-le-gouvernement-concretise-son-engagement-pour-92013>
27. Le mal-être des étudiants en médecine [Internet]. [cité 10 sept 2024]. Disponible sur: <https://info.medadom.com/le-blog-du-medecin-en-teleconsultation/mal-etre-etudiants-medecine>
28. Emilie. Branchet. 2023 [cité 10 sept 2024]. Tout savoir sur le burn-out des médecins : causes, signes... Disponible sur: <https://www.branchet.fr/burn-out-des-medecins-causes-signes-distinctifs-et-solutions-proposees/>
29. admin-previsoft. L'OMS RECONNAIT LE BURNOUT COMME MALADIE PROFESSIONNELLE [Internet]. Previsoft. 2019 [cité 10 sept 2024]. Disponible sur: <https://www.previsoft.fr/loms-reconnait-le-burnout-comme-maladie-professionnelle/>
30. Deux tiers des médecins généralistes libéraux déclarent travailler au moins 50 heures par semaine | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 10 sept 2024]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/deux-tiers-des-medecins-generalistes-liberaux-declarent-travailler>
31. Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. 2019 [cité 10 sept 2024]. L'observatoire de la sécurité des médecins. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/lordre-medecins/conseil-national-lordre/observatoire-securite-medecins>
32. Ouest-France. Ouest-France.fr. 2023 [cité 10 sept 2024]. 7,6 % des rendez-vous chez le médecin ne sont pas honorés par les patients, un « chiffre énorme ». Disponible sur: <https://www.ouest-france.fr/sante/maladies/7-6-des-rendez-vous-chez-le-medecin-ne-sont-pas-honores-par-les-patients-un-chiffre-enerme-12d6e602-9e14-11ed-b718-2388d4aceb88>

33. Boissy MS. Professionnels de santé : 8 bonnes pratiques pour savoir dire “non” [Internet]. Medaviz. 2024 [cité 10 sept 2024]. Disponible sur: <https://www.medaviz.com/professionnels-de-sante-8-bonnes-pratiques-pour-savoir-dire-non/>
34. Valot L, Lalau JD. L’alliance thérapeutique. Médecine Mal Métaboliques. 1 déc 2020;14(8):761-7.
35. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 10 sept 2024]. Éducation thérapeutique du patient (ETP). Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1241714/fr/education-therapeutique-du-patient-etp
36. DGS_Céline.M, DGS_Céline.M. Ministère du travail, de la santé et des solidarités. [cité 10 sept 2024]. Education thérapeutique du patient. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/parcours-des-patients-et-des-usagers/education-therapeutique-du-patient/article/education-therapeutique-du-patient>
37. Ministère de l’Education Nationale et de la Jeunesse [Internet]. [cité 10 sept 2024]. L’éducation à la santé dans les établissements du second degré. Disponible sur: <https://www.education.gouv.fr/l-education-la-sante-dans-les-etablissements-du-second-degre-10796>
38. VIDAL [Internet]. [cité 10 sept 2024]. « Les antibiotiques, c’est pas automatique ! ». Disponible sur: <https://www.vidal.fr/medicaments/utilisation/antibiotiques/antibiotiques-pas-automatique.html>
39. SudOuest.fr [Internet]. 2023 [cité 10 sept 2024]. « Les antibiotiques, c’est pas automatique » : ces slogans pour une prise de conscience collective. Disponible sur: <https://www.sudouest.fr/sante/les-antibiotiques-c-est-pas-automatique-des-slogans-pour-une-prise-de-conscience-collective-13571831.php>
40. Top des + belles Campagnes de Communication Santé [Internet]. Alioze. 2020 [cité 10 sept 2024]. Disponible sur: <https://www.alioze.com/meilleures-campagnes-publicite-sante>
41. Delga C, Megnin Y, Oustric S, Laurent C, Pauly L, Vergez JP, et al. Pression de prescription : étude pilote en médecine générale. <http://dx.doi.org/102515/therapie:2003083>. 1 nov 2003;58.

VII. Annexes

A. Guide d'entretien

Question : Quel est le ressenti des médecins généralistes picards face à la pression de prescription ?

- 1) Introduction et présentation de moi-même et du sujet. Rappel de l'anonymat des réponses.
- 2) Demande d'une présentation du médecin interrogé (nom, prénom, âge, thésé depuis quelle année, installé ou remplaçant et lieu/type d'exercice)

Entretien :

- 1) As-tu déjà entendu parler de la pression de prescription et en as-tu une définition ?
- 2) Peux-tu me décrire une situation récente où tu as vécu une pression de prescription ?
- 3) Quels sont les facteurs qui t'influencent à plus céder à la pression mise ?
- 4) Trouves-tu être plus confronté à la pression de prescription depuis la pandémie COVID 19 ?
- 5) Est-ce que cette pression a évolué au fil de ton exercice hors COVID ?
- 6) Quel est ta tolérance à la pression en fonction de la journée ou de saison ?
- 7) Dans l'immédiat, comment te sens-tu lorsque tu es confronté à cette pression ?
- 8) Comment te sens-tu lorsque tu cèdes à la pression ?
Rajout : est-ce dépendant de l'importance de la prescription ?
- 9) Comment te sens-tu lorsque tu ne cèdes pas à la pression ?
- 10) Dans quel sens, Est-ce que le fait de subir une pression de prescription change la relation patient-médecin ?
- 11) As-tu mis en place des solutions ou des attitudes pour lutter contre ?
- 12) Des questions ou remarques, des choses à rajouter ou compléter ?

B. Abréviations

ECN : Examen national classant

CPAM : Caisse primaire de l'assurance maladie

SVT : Science de la Vie et de la Terre

INA : Institut National de l'Audiovisuel

ANEMF : Association nationale des étudiants en médecine de France

ISNAR-IMG : Inter syndicale nationale autonome représentative des internes de médecine générale

ISNI : Inter syndicale nationale des internes

ISNCCA : l'Inter syndicat national des chefs de clinique assistant

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ETP : Education thérapeutique

Summary: Feelings of Picards general practitioners regarding the pressure to prescribe and their solutions.

Intro: This thesis addresses the “pressure to prescribe” felt by general practitioners, a phenomenon influenced by patient expectations, institutional guidelines, and relationships with other healthcare professionals. The main objective of this thesis aims to study the feelings of general practitioners facing post-Covid 19 pressure and their solutions. **Material and method:** Qualitative observational research with a general inductive analysis of semi-directed interviews carried out with Picardy general practitioners and replacement doctors. Data analysis until saturation was carried out using NVivo software. **Results:** 7 Picardy doctors were interviewed. The interviews revealed that the “pressure to prescribe” comes mainly from patients themselves, but also from other stakeholders such as pharmaceutical laboratories, health institutions, and insurance companies. Physicians express frustration with the loss of control over their medical treatment decisions. **Discussion and conclusion:** The results show that the “pressure to prescribe” is perceived differently depending on the context. the pandemic has called medical decisions into questions. The “pressure to prescribe” is a constant challenge for general practitioners, exacerbated by patient expectations and institutional constraints. It is essential to continue to strengthen the education of patients and doctors concerning this issue. In addition, decision-makers must acknowledge the important role general practitioners hold in the health system in order to preserve the quality of care and the doctor-patient relationship.

Key-words: Pressure to prescribe, qualitative study, unjustified request, general practitioner, Replacement in general medicine, doctor-patient relationship, COVID 19, Feelings.

Résumé : Ressenti des médecins généralistes Picard face à la pression de prescription et leurs solutions.

Introduction : Cette thèse aborde la pression de prescription ressentie par les médecins généralistes, un phénomène influencé par les attentes des patients, les directives institutionnelles, et les relations avec d'autres professionnels de santé. L'objectif principal de cette thèse a pour but d'étudier le ressenti des médecins généralistes face à la pression de prescription post Covid 19 et leurs solutions. Matériel et méthode : Etude qualitative observationnelle avec une analyse inductive générale d'entretiens semi-dirigés réalisés auprès de médecins et remplaçants généralistes picards. Analyse des données jusqu'à saturation effectuée grâce au logiciel NVivo. Résultats : 7 médecins picard ont été interrogés. Les entretiens révèlent que la pression de prescription provient principalement des patients eux-mêmes, mais aussi d'autres acteurs tels que les laboratoires pharmaceutiques, les institutions de santé, et les assurances. Les médecins expriment un sentiment de frustration face à la perte de contrôle dans leurs décisions thérapeutiques. Discussion et conclusion : Les résultats montrent que la pression de prescription est perçue différemment selon le contexte. La pandémie a augmenté la remise en question des décisions médicales. La pression de prescription est un défi constant pour les médecins généralistes, exacerbée par les attentes des patients et les contraintes institutionnelles. Il est essentiel de continuer à renforcer l'éducation des patients et des médecins, tout en améliorant la valorisation du rôle des praticiens par les décideurs, afin de préserver la qualité des soins et la relation médecin-patient.

Mots clefs : Pression de prescription, Recherche qualitative, demande injustifiée, médecin généraliste, Remplaçant en médecine générale, relation médecin patient, COVID 19, Ressentis