



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

2013

THÈSE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

par

Aurélie SCHNEIDER

Le 26 septembre 2013

**Les comportements des médecins généralistes face aux recommandations de bonne
pratique**

Examineurs de la thèse :

M. Christian Rabaud	Professeur	Président
M. Philippe Hartemann	Professeur	Juge
M. François Paille	Professeur	Juge
Mme. Virginie Bordmann	Docteur en Médecine	Juge
M. Jean- Marc Stébé	Professeur	Juge

Président de l'Université de Lorraine:
Professeur Pierre MUTZENHARDT

Doyen de la Faculté de Médecine : **Professeur Henry COUDANE**

Vice-Doyen « Pédagogie » : **Mme la Professeure Karine ANGIOI**

Vice-Doyen Mission « Sillon lorrain » : **Mme la Professeure Annick BARBAUD**

Vice-Doyen Mission « Finances » : **Professeur Marc BRAUN**

Assesseurs :

- 1 ^{er} Cycle :	Professeur Bruno CHENUÉL
- 2 ^{ème} Cycle :	Professeur Marc DEBOUVERIE
- 3 ^{ème} Cycle :	
• « DES Spécialités Médicales, Chirurgicales et Biologiques »	Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI
• « DES Spécialité Médecine Générale »	Professeur Paolo DI PATRIZIO
- Commission de Prospective Universitaire :	Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT
- Développement Professionnel Continu :	Professeur Jean-Dominique DE KORWIN
- Filières professionnalisées :	M. Walter BLONDEL
- Formation Continue :	Professeur Hervé VESPIGNANI
- Recherche :	Professeur Didier MAINARD
- Relations Internationales :	Professeur Jacques HUBERT
- Universitarisation des études paramédicales et gestion des mono-appartenants :	M. Christophe NEMOS
- Vie Étudiante :	Docteur Stéphane ZUILY
- Vie Facultaire :	Mme la Docteure Frédérique CLAUDOT
- Étudiants :	M. Xavier LEMARIE

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ - Professeur Jean-Bernard DUREUX - Professeur Jacques

ROLAND - Professeur Patrick NETTER

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Jean-Marie ANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND - Pierre BEY

Patrick BOISSEL Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL

Claude CHARDOT - François CHERRIER - Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Jean-Pierre DELAGOUTTE

Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS - Jean DUHEILLE - Adrien DUPREZ - Jean-Bernard DUREUX

Gérard FIEVE - Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Hubert GERARD

Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Oliéro GUERCI - Pierre HARTEMANN - Claude HURIET

Christian JANOT - Michèle KESSLER - Jacques LACOSTE - Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Marie-Claire LAXENAIRE

Michel LAXENAIRE - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS - Jean-Pierre MALLIÉ - Michel MANCIAUX

Philippe MANGIN - Pierre MATHIEU - Michel MERLE - Denise MONERET-VAUTRIN - Pierre MONIN - Pierre NABET

Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN - Gilbert PERCEBOIS - Claude PERRIN - Guy PETIET

Luc PICARD - Michel PIERSON - Jean-Marie POLU - Jacques POUREL - Jean PREVOT - Francis RAPHAEL

Antoine RASPILLER - Michel RENARD - Jacques ROLAND - René-Jean ROYER – Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT

Michel SCHWEITZER - Claude SIMON - Danièle SOMMELET - Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT

Augusta TREHEUX - Hubert UFFHOLTZ - Gérard VAILLANT - Paul VERT - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Michel WAYOFF - Michel WEBER

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Daniel ANTHOINE - Professeur Gérard BARROCHE Professeur Pierre BEY -
Professeur Patrick BOISSEL

Professeur Michel BOULANGE - Professeur Jean-Pierre CRANCE - Professeur Jean-Pierre
DELAGOUTTE

Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ - Professeure Simone GILGENKRANTZ -
Professeure Michèle KESSLER

Professeur Pierre MONIN - Professeur Jean-Pierre NICOLAS - Professeur Luc PICARD -
Professeur Michel PIERSON

Professeur Michel SCHMITT - Professeur Jean-François STOLTZ - Professeur Michel
STRICKER - Professeur Hubert UFFHOLTZ - Professeur Paul VERT - Professeure Colette
VIDAILHET - Professeur Michel VIDAILHET - Professeur Michel WAYOFF

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Professeur Gilles GROSDIDIER - Professeur Marc BRAUN

2^{ème} sous-section : (*Cytologie et histologie*)

Professeur Bernard FOLIGUET

3^{ème} sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDECINE

1^{ère} sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2^{ème} sous-section : (*Radiologie et imagerie médecine*)

Professeur Denis REGENT – Professeur Michel CLAUDON – Professeure Valérie CROISÉ

LAURENT

Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER
- Professeur René ANXIONNAT

**44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE,
PHYSIOLOGIE ET NUTRITION**

1^{ère} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER – Professeur Bernard
NAMOUR

2^{ème} sous-section : (*Physiologie*)

Professeur François MARCHAL – Professeur Bruno CHENUÉL – Professeur Christian
BEYAERT

3^{ème} sous-section : (*Biologie Cellulaire*)

Professeur Ali DALLOUL

4^{ème} sous-section : (*Nutrition*)

Professeur Olivier ZIEGLER – Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria
RODRIGUEZ-GUEANT

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (*Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière*)

Professeur Alain LE FAOU - Professeur Alain LOZNIEWSKI – Professeure Evelyne
SCHVOERER

3^{ème} sous-section : (*Maladies infectieuses ; maladies tropicales*)

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (*Épidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Francis
GUILLEMIN

Professeur Denis ZMIROU-NAVIER – Professeur François ALLA

2^{ème} sous-section : (*Médecine et santé au travail*)

Professeur Christophe PARIS

3^{ème} sous-section : (*Médecine légale et droit de la santé*)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)

Professeur François KOHLER – Professeure Eliane ALBUISSON

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)

Professeur Pierre BORDIGONI - Professeur Pierre FEUGIER - Professeure Marie-Christine BENE

2^{ème} sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie*)

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY - Professeur Didier PEIFFERT

Professeur Frédéric MARCHAL

3^{ème} sous-section : (*Immunologie*)

Professeur Gilbert FAURE

4^{ème} sous-section : (*Génétique*)

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1^{ère} sous-section : (*Anesthésiologie - réanimation ; médecine d'urgence*)

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Gérard AUDIBERT

Professeur Thomas FUCHS-BUDER – Professeure Marie-Reine LOSSER

2^{ème} sous-section : (*Réanimation ; médecine d'urgence*)

Professeur Alain GERARD - Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Bruno LÉVY – Professeur Sébastien GIBOT

3^{ème} sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie*)

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

4^{ème} sous-section : (*Thérapeutique ; médecine d’urgence ; addictologie*)

Professeur François PAILLE – Professeur Faiez ZANNAD - Professeur Patrick ROSSIGNOL

49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE,

HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1^{ère} sous-section : (*Neurologie*)

Professeur Hervé VESPIGNANI - Professeur Xavier DUCROCQ – Professeur Marc DEBOUVERIE

Professeur Luc TAILLANDIER - Professeur Louis MAILLARD

2^{ème} sous-section : (*Neurochirurgie*)

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE – Professeur Olivier KLEIN

Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS

3^{ème} sous-section : (*Psychiatrie d'adultes ; addictologie*)

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

4^{ème} sous-section : (*Pédopsychiatrie ; addictologie*)

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC – Professeur Bernard KABUTH

5^{ème} sous-section : (*Médecine physique et de réadaptation*)

Professeur Jean PAYSANT

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (*Rhumatologie*)

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

2^{ème} sous-section : (*Chirurgie orthopédique et traumatologique*)

Professeur Daniel MOLE - Professeur Didier MAINARD - Professeur François SIRVEAUX
– Professeur Laurent GALOIS

3^{ème} sous-section : (*Dermato-vénéréologie*)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeure Annick BARBAUD

4^{ème} sous-section : (*Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie*)

Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (*Pneumologie ; addictologie*)

Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT – Professeur Ari
CHAOUAT

2^{ème} sous-section : (*Cardiologie*)

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE

Professeur Nicolas SADOUL - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET

3^{ème} sous-section : (*Chirurgie thoracique et cardiovasculaire*)

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT – Professeur Thierry FOLLIGUET

4^{ème} sous-section : (*Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire*)

Professeur Denis WAHL – Professeur Sergueï MALIKOV

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{ère} sous-section : (*Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie*)

Professeur Marc-André BIGARD - Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI – Professeur
Laurent PEYRIN-BIROULET

3^{ème} sous-section : (*Néphrologie*)

Professeure Dominique HESTIN – Professeur Luc FRIMAT

4^{ème} sous-section : (*Urologie*)

Professeur Jacques HUBERT – Professeur Pascal ESCHWEGE

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE ET CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (*Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie*)

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY - Professeur Athanase BENETOS

Professeure Gisèle KANNY – Professeure Christine PERRET-GUILLAUME

2^{ème} sous-section : (*Chirurgie générale*)

Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{ère} sous-section : (*Pédiatrie*)

Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET

Professeur Cyril SCHWEITZER – Professeur Emmanuel RAFFO

2^{ème} sous-section : (*Chirurgie infantile*)

Professeur Pierre JOURNEAU – Professeur Jean-Louis LEMELLE

3^{ème} sous-section : (*Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale*)

Professeur Jean-Louis BOUTROY - Professeur Philippe JUDLIN

4^{ème} sous-section : (*Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale*)

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (*Oto-rhino-laryngologie*)

Professeur Roger JANKOWSKI – Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER

2^{ème} sous-section : (*Ophtalmologie*)

Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeure Karine

ANGIOI

3^{ème} sous-section : (*Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie*)

Professeur Jean-François CHASSAGNE – Professeure Muriel BRIX

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61^{ème} Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Professeur Walter BLONDEL

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur Jean-Marc BOIVIN

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur associé Paolo DI PATRIZIO

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Docteur Bruno GRIGNON – Docteur Thierry HAUMONT – Docteure Manuela PEREZ

2^{ème} sous-section : (*Cytologie et histologie*)

Docteur Edouard BARRAT - Docteure Françoise TOUATI – Docteure Chantal KOHLER

3^{ème} sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Docteure Aude MARCHAL

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDECINE

1^{ère} sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Docteur Jean-Claude MAYER - Docteur Jean-Marie ESCANYE

2^{ème} sous-section : (*Radiologie et imagerie médecine*)

Docteur Damien MANDRY

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Docteure Sophie FREMONT - Docteure Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN

Docteure Catherine MALAPLATE-ARMAND - Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA

2^{ème} sous-section : (*Physiologie*)

Docteur Mathias POUSSEL – Docteure Silvia VARECHOVA

3^{ème} sous-section : (*Biologie Cellulaire*)

Docteure Véronique DECOT-MAILLERET

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (*Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière*)

Docteure Véronique VENARD – Docteure Hélène JEULIN – Docteure Corentine ALAUZET

2^{ème} sous-section : (*Parasitologie et mycologie*)

Madame Marie MACHOUART

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (*Epidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE – Docteure Frédérique CLAUDOT – Docteur Cédric BAUMANN

2^{ème} sous-section (*Médecine et Santé au Travail*)

Docteure Isabelle THAON

3^{ème} sous-section (*Médecine légale et droit de la santé*)

Docteur Laurent MARTRILLE

4^{ère} sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)

Docteur Nicolas JAY

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

2^{ème} sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie : cancérologie (type mixte : biologique)*)

Docteure Lina BOLOTINE

3^{ème} sous-section : (*Immunologie*)

Docteur Marcelo DE CARVALHO BITTENCOURT

4^{ème} sous-section : (*Génétique*)

Docteur Christophe PHILIPPE – Docteure Céline BONNET

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

3^{ème} sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique*)

Docteure Françoise LAPICQUE – Docteur Nicolas GAMBIER – Docteur Julien SCALABERTOLA

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (*Rhumatologie*)

Docteure Anne-Christine RAT

3^{ème} sous-section : (*Dermato-vénéréologie*)

Docteure Anne-Claire BURSZTEJN

4^{ème} sous-section : (*Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie*)

Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

4^{ème} sous-section : (*Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire*)

Docteur Stéphane ZUILY

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (*Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie*)

Docteure Laure JOLY

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE,

ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

3^{ème} sous-section :

Docteur Olivier MOREL

5^{ème} sous-section : (*Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale*)

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

=====

MAÎTRE DE CONFÉRENCE DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteure Elisabeth STEYER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES

Monsieur Vincent LHUILLIER

19^{ème} Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Joëlle KIVITS

40^{ème} Section : SCIENCES DU MÉDICAMENT

Monsieur Jean-François COLLIN

60^{ème} Section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE, GÉNIE CIVIL

Monsieur Alain DURAND

61^{ème} Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Monsieur Jean REBSTOCK

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Claire LANHERS – Monsieur Pascal REBOUL – Monsieur Nick RAMALANJAONA

65^{ème} Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Madame Françoise DREYFUSS – Monsieur Jean-Louis GELLY - Madame Ketsia HESS –
Monsieur Hervé MEMBRE

Monsieur Christophe NEMOS - Madame Natalia DE ISLA - Madame Nathalie MERCIER –
Madame Céline HUSELSTEIN

66^{ème} Section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS **Médecine Générale**

Docteure Sophie SIEGRIST - Docteur Arnaud MASSON - Docteur Pascal BOUCHE

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Charles A. BERRY
(1982) *Centre de Médecine
Préventive, Houston (U.S.A)*
Professeur Pierre-Marie GALETTI
(1982) *Brown University,
Providence (U.S.A)* Professeure
Mildred T. STAHLMAN (1982)
*Vanderbilt University, Nashville
(U.S.A)* Professeur Théodore H.
SCHIEBLER (1989) *Institut
d'Anatomie de Würzburg(R.F.A)*
*Université de Pennsylvanie
(U.S.A)* Professeur Mashaki
KASHIWARA (1996) *Research
Institute for Mathematical
Sciences de Kyoto (JAPON)*

Professeure Maria DELIVORIA-
PAPADOPOULOS (1996)
Professeur Ralph GRÄSBECK
(1996) *Université d'Helsinki
(FINLANDE)*
Professeur James STEICHEN
(1997) *Université d'Indianapolis
(U.S.A)*
Professeur Duong Quang
TRUNG (1997) *Université d'Hô
Chi Minh Ville (VIÊTNAM)*
Professeur Daniel G. BICHET
(2001) *Université de Montréal
(Canada)*
Professeur Marc LEVENSTON
(2005) *Institute of Technology,
Atlanta (USA)*

Professeur Brian BURCHELL (2007) *Université
de Dundee (Royaume-Uni)* Professeur Yunfeng
ZHOU (2009) *Université de Wuhan (CHINE)*
Professeur David ALPERS (2011) *Université de
Washington (U.S.A)* Professeur Martin EXNER
(2012) *Université de Bonn (ALLEMAGNE)*

Remerciements

Au Président de thèse

Mr Le Professeur Christian Rabaud

Professeur de maladies infectieuses et tropicales

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter la présidence cette thèse,

Puissiez-vous trouver dans ce travail l'expression de mon admiration et de ma profonde reconnaissance.

Au Juge

Mr Le Professeur Philippe Hartemann

Professeur de santé publique, environnement et société

Sous section *Épidémiologie, économie de la santé et prévention*

Je vous remercie pour la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de juger mon travail,
Veuillez trouver ici le témoignage de ma reconnaissance sincère et mon profond respect.

Au Juge

Mr Le Professeur François Paille

Professeur d'anesthésiologie, réanimation, médecine d'urgence, pharmacologie et
thérapeutique

Sous section *Thérapeutique, médecine d'urgence, addictologie*

Je suis honorée de vous compter parmi mes juges. Je vous remercie de l'intérêt que vous avez
bien voulu porter à mon travail,

Soyez assuré de ma sincère gratitude et de mon profond respect.

A ma directrice de thèse

Mme le Docteur Virginie Bordmann

Médecin urgentiste

Tu as accepté de m'accompagner dans ce travail et je n'aurais pas pu imaginer meilleure directrice. Tu as su te rendre disponible et tes conseils avisés m'ont permis de mener à terme ce projet.

Puisses-tu trouver ici l'expression de ma profonde reconnaissance.

Au juge

Mr Le Professeur Jean-Marc Stébé

Professeur de sociologie au Laboratoire de Sociologie du Travail et de l'Environnement
Social

Vous avez accepté de m'aider dans mon projet. Merci pour votre enthousiasme, votre disponibilité et vos précieux conseils. Vous m'avez permis de donner une autre dimension à ce travail.

Puissiez- vous trouver ici le témoignage de mon entière reconnaissance et soyez assuré de ma sincère gratitude et de mon profond respect.

A mes maîtres de stages et formateurs :

Merci pour tout ce que vous m’avez enseigné avec conviction et passion. Merci pour votre pédagogie et votre patience. Vous faites honneur à notre profession et suscitez l’envie de suivre votre exemple.

Aux médecins qui ont participé à cette thèse :

Merci de votre disponibilité et de votre accueil. Ce projet a pu aboutir grâce à votre aide.

A ma famille :

A mes parents : Je ne pourrai jamais assez vous remercier pour tout ce que vous avez fait pour moi. Vous m'avez soutenue durant ces longues années d'études et j'espère que vous êtes fiers de moi. Merci à vous deux, j'ai une immense chance de vous avoir à mes côtés.

A mes grand-mères : Merci pour vos encouragements tout au long de mon cursus.

A ma sœur et mon frère : Aline et Emmanuel, merci pour l'exemple que vous m'avez donné et votre soutien. Vous pourrez toujours compter sur le Dr Mimi à l'avenir...

Aux « pièces rapportées » : Céline et Dominique, merci pour tous ces bons moments passés en famille.

A mes nièces (et neveu ?) : Emma, Valentine, Lucie et ? On ne s'ennuie jamais aux repas de famille grâce à vous les poulettes (et le poulet ?).

A Catherine : Merci de m'avoir accueillie comme tu l'as fait et merci de prendre soin de mon Bobby comme tu le fais !

Aux Delaporte, ma famille spinalienne d'adoption : Sophie, Marie-Christine, Thomas, François-Xavier, Dédé, Stanislas et Mamie-chou, merci de m'avoir ouvert la porte de votre maison si chaleureusement. Et merci particulièrement à l'excellent traiteur Thomas Delaporte!

A mes amis :

A **Sophie** : mon amie, ma confidente, ma consœur, ma partenaire sportive, ma rédactrice en chef de certificats médicaux, merci pour ton soutien et ton aide. Tu as toujours été là pour moi dans toutes les situations et je t'en serai éternellement reconnaissante. A tous les défis que l'on se lance! « Let it Be »!

A **Nini** : plus qu'une amie, tu fais partie de ma famille. Merci d'être là pour moi à tout instant, entre névrosées, on se comprend! Merci de nous accueillir chez toi pour fêter cette thèse!

A **Florian, Banon, Anne, Joun, Sophie et Virgule** : merci pour tous ces bons moments partagés, c'est toujours un plaisir de se retrouver. La Khaleesi vous remercie infiniment pour la plus belle de ses rencontres... (Oui, surtout toi Joun!)

A **Romain** : merci pour ces années passées ensemble. Tu as cru en moi et as su me rassurer. Bonne continuation à toi.

A **Laurence** : ma partenaire de soirées dansantes, merci à toi pour toutes ces belles sorties et à nous Cancun!

A **Luc, Benoit, Isabelle, Marie, Manu** : mes amis et confrères, merci pour vos avis avisés et tous ces bons moments partagés! Aux voyages et vacances à venir ensemble.

A **Thibault, Victor et Camille** : on ne choisit pas ses parents, alors courage à vous les bébés !

A **Noémie, Léonie, JB et Vincent** : mes compagnons de route, c'est bon de se revoir et merci parce qu'ensemble on a connu : « Schumacher, Toxic, les champignons, les bloody mary pasteurisés... » A tous les bons souvenirs qui s'annoncent !

SERMENT

« Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

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

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

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque ».

Table des matières :

Introduction	28
I. Matériels et Méthodes	32
I.1) Mode de recrutement.....	32
I.2) Principales caractéristiques de l'échantillon.....	32
I.3) Recueil des données.....	33
I.4) La cystite aigüe simple.....	34
I.5) Méthode d'exploitation.....	35
II. Première Partie : Premières interrogations et constatations.....	36
II.1) La réalisation de la bandelette urinaire : un bon indicateur de l'intérêt porté aux recommandations ?.....	36
II.2) Quelques déterminants de l'influence et du changement d'attitude : une approche psychosociologique.....	38
II.3) Moins d'examens complémentaires chez les médecins expérimentés : conséquences de l'expérience ? Ou simplement des conditions d'exercices ?.....	42
II.4) Que pensent les médecins généralistes des recommandations de bonne pratique ?	46
II.5) Critiques et pistes de progression.....	49
III. Seconde Partie : Approche psychosociologique.....	51
III.1) Conformité et obéissance.....	51
III.2) Evolution des conditions de vie des médecins généralistes	59
Conclusion.....	65
Bibliographie.....	67

Annexes	70
Annexe 1 : Principales caractéristiques des médecins participants.....	70
Annexe 2 : Cas clinique (scénario de cystite aigüe simple).....	72
Annexe 3 : Questions d’ordre biographique du cas clinique de cystite.....	73
Annexe 4 : Entretiens biographiques.....	74
Cédérom : Retranscription des entretiens.....	
 Liste des abréviations utilisées	 75

Introduction

Comment pratiquer une médecine de qualité, sécurisée et à moindre coût ? ...

Les affaires médicales médiatisées récemment, nous montrent que nous sommes encore loin de cette utopie... Qui n'a jamais entendu parler des affaires « Distilbène » ou « Médiateur » ? Qui n'a pas été interloqué par le coût de la campagne de vaccination anti grippe A menée en 2009/2010 ? (712 millions d'euros) (1). Qui n'a jamais été confronté, de près ou de loin, à un manque de personnel dans un service hospitalier, conséquence directe d'une rationalisation des coûts et d'une restriction budgétaire dans une politique d'économie ? C'est en voulant répondre à ces objectifs d'amélioration de la **qualité** et de la **sécurité des soins** et de la **maîtrise des dépenses de santé** que la Haute autorité de santé (HAS) a élaboré les Recommandations de bonne pratique (RBP).

Les recommandations de bonne pratique clinique et les références médicales opposables

Définitions et objectifs.

Les Références médicales opposables (RMO) sont nées de la loi Teulade-Kouchner et ont été mises en œuvre en octobre 1993 dans la convention médicale. Elles identifient des soins ou des prescriptions médicalement inutiles ou dangereux. Elles sont établies par la Haute autorité de santé (HAS) et pour le domaine du médicament par l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS). Des RBP (Recommandations de bonne pratique) établies par la HAS ou l'AFSSAPS accompagnent pour chaque thème, les RMO (2). Les RBP sont définies dans le champ de la santé comme « des propositions développées méthodiquement pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données » s'inscrivant dans un objectif **d'amélioration de la qualité** et de la **sécurité des soins**. Elles n'ont pas vocation à décrire l'ensemble de la prise en charge d'un état de santé ou d'une maladie. Elles devraient se limiter aux points d'amélioration de cette prise en charge, identifiés à l'aide **d'études de pratiques** ou, en l'absence de telles études, à l'aide des **avis et de l'expérience des professionnels de santé** concernés par le thème (3).

Valeur juridique : quels risques encourus?

La crainte de poursuites judiciaires fait maintenant partie du quotidien des praticiens et est complètement intégrée dans les pratiques médicales. On peut alors s'interroger sur **la valeur juridique des ces RBP**. Quelle valeur accorder à ces recommandations ? Revêtent-elles un caractère obligatoire ou facultatif à l'égard des professionnels de santé ?

Les RBP ont été reconnues comme faisant partie des données acquises de la science, la référence aux RBP permet donc **d'infliger une sanction à un praticien** (3).

Le praticien devrait alors se conformer aux RBP, sauf à être en mesure d'apporter la preuve de leur caractère inapproprié à la situation particulière de son patient. Ceci étant dit, les RBP font partie des outils mis à disposition du médecin généraliste pour l'aider dans sa pratique.

Elles sont une synthèse des données de la science à un moment donné. Elles ne sauraient dispenser le professionnel de santé de faire preuve de **discernement** dans sa prise en charge du patient qui doit être celle qu'il estime la plus appropriée, en fonction de ses propres constatations (4).

Aspect économique : la France mauvaise élève de l'Europe ?

Un des objectifs majeurs de l'élaboration des RBP est la **maîtrise des dépenses de santé**. La France est le premier pays consommateur de médicaments en Europe. Elle occupe le deuxième rang mondial après l'Amérique du Nord et la première place des pays européens pour la dépense moyenne de médicaments par habitant (5). Les dépenses publiques françaises de médicaments ont été **multipliées par deux** depuis le milieu des années 1990. La France dépense **deux fois plus** que l'Angleterre et **une fois et demie plus** que l'Allemagne (6). Les dépenses de santé françaises sont en moyenne 80% plus élevées qu'aux Pays-Bas (7). D'après une étude Ipsos santé de 2005 (8), sur 100 consultations :

- seulement **9,8** se terminent sans prescription d'un médicament en France,
- contre **16,9** en Espagne, **27,7** en Allemagne et **56,8** aux Pays –Bas.

Il est nécessaire de préciser que le nombre de consultations est très proche en France, en Allemagne et en Espagne. Mais c'est le nombre de médicaments prescrits à chaque consultation qui est particulièrement élevé. Chaque Français consomme en moyenne **une boîte de médicaments par semaine**. Les affections de longue durée (ALD) concentrent la moitié de la consommation de médicaments (5). La France se singularise par une consommation importante d'**antibiotiques**, une utilisation plus élevée que les autres pays européens de **psychotropes** (benzodiazépines) et une forte consommation de **statines** (5). De plus, la **qualité** de ce volume de prescription peut être remise en cause. D'après une étude de 2005 de la Fédération nationale de la mutualité française (9), les médecins généralistes français prescrivent plus de médicaments à Service médical rendu insuffisant¹ (SMRI) que leurs confrères européens :

- **2,2** lignes de prescriptions de médicaments à SMRI par habitant et par an,
- contre **1** ligne en Allemagne ; **0,8** ligne en Espagne et **0** ligne au Royaume-Uni et Canada.

17% des médicaments (prescrits ou non) vendus en France sont des médicaments à SMRI.

Maintenant que nous avons défini ce qu'étaient les Recommandations de bonne pratique et leurs principaux objectifs, nous allons présenter la problématique de notre travail.

¹ Le service médical rendu (SMR) est un critère qui prend en compte plusieurs aspects : d'une part la gravité de la pathologie pour laquelle le médicament est indiqué, d'autre part des données propres au médicament lui-même dans une indication donnée : *efficacité et effets indésirables, place dans la stratégie thérapeutique et alternatives thérapeutiques, intérêt pour la santé publique*. En fonction de l'appréciation de ces critères, plusieurs niveaux de SMR ont été définis : SMR **majeur** ou important, SMR **modéré** ou faible (mais justifiant cependant le remboursement), SMR **insuffisant** (pour justifier une prise en charge par la collectivité) (10).

Les recommandations de bonne pratique et la variabilité des pratiques médicales : paradoxes et ambiguïtés.

On pourrait penser que, compte tenu de l'existence de ces recommandations, tous les médecins ont la même pratique face à une situation clinique similaire. Les RBP apparaissant donc comme un moyen de **standardisation** des pratiques médicales. Pourtant, au travers des différents stages réalisés au cours de ma formation, j'ai pu observer une grande variabilité de pratiques médicales face à une même pathologie. Qu'est ce qui explique une telle diversité ? Que pensent les médecins généralistes des RBP ? **Quels sont les comportements des médecins généralistes face aux RBP ?** Quels sont les facteurs qui déterminent leur volonté de les suivre et de s'en tenir informés ? Notre travail privilégie trois facteurs: la **formation**, l'**âge** et le **genre** qui pour nous sont des déterminants centraux. Nous nous sommes demandé si les jeunes médecins étaient plus sensibilisés à l'utilisation des recommandations de par leur formation, et s'il existait une différence entre les hommes et les femmes. En somme, **existe-t-il des facteurs sociologiques et psychosociologiques qui influencent le suivi ou non des recommandations ?**

Les jeunes médecins : plus sensibilisés à l'utilisation des recommandations ?

Depuis 2004, une réforme à l'accès au troisième cycle des études médicales est entrée en vigueur avec l'apparition des Epreuves classantes nationales (ECN). Tous les étudiants doivent désormais passer un seul et même « concours » à l'issue duquel ils pourront choisir une filière et un lieu de formation en fonction de leur classement. L'un des objectifs de cette réforme était de revaloriser la médecine générale qui était jusqu'alors l'unique discipline à ne pas être considérée comme une spécialité (7). Lors de ce concours, les étudiants doivent passer une épreuve de lecture critique d'article médical. Pour réussir cette épreuve, ils sont sensibilisés au cours de leur formation à l'« Evidence Based Medicine » (EBM) ou médecine factuelle. Celle-ci est définie comme un « processus systématique de recherche, d'évaluation, et d'utilisation des résultats contemporains de la recherche pour prendre des décisions cliniques. L'Evidence Based Medicine pose des questions, trouve et évalue les données appropriées, et utilise ces informations pour la pratique clinique quotidienne » (11). L'EBM prend en compte les données de la recherche (les preuves), l'expérience clinique (la connaissance du médecin) et les préférences du patient (ses choix) (12). Les RBP font partie de ces preuves qui permettent au praticien d'appliquer l'EBM.

Les jeunes médecins ont-ils alors plus facilement recours aux recommandations ?

Les femmes : plus rigoureuses et plus « scolaires » dans leur pratique ?

Selon le rapport de l'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE) de 2009 (13), les filles réussissent mieux leurs études quelque soit le niveau d'enseignement et quelle que soit la filière ou discipline considérée. Les filles sont également plus nombreuses à posséder leur baccalauréat, elles mènent des études plus longues et sont plus souvent

diplômées du supérieur. Depuis 1981, le nombre d'étudiantes en France dépasse le nombre d'étudiants (14). Les professions médicales sont sujettes à ce processus de féminisation. Entre 1980 et 1995, la proportion de femmes a presque doublé chez les médecins spécialisés, passant de 17.6% à 27.2%. Chez les omnipraticiens, la proportion de femmes est de l'ordre de 20 % mais l'effectif féminin représente 29 % des 30-39 ans (15).

Cette réussite scolaire est-elle le reflet d'un sens de la rigueur plus développé chez les femmes ? Et par conséquent, montrent-elles une volonté plus forte de se conformer aux recommandations ?

Nous essayerons de comprendre si d'autres facteurs entrent en ligne de compte comme le milieu socioculturel, le lieu d'exercice, le modèle parental... Nous aborderons les évolutions de la profession de médecin généraliste au travers de l'organisation du temps de travail, de la féminisation de la profession et nous nous interrogerons sur la question de l'obéissance et de la conformité aux règles.

Nous avons mené une étude auprès de 22 médecins généralistes lorrains. Une première série d'entretiens semi-dirigés a été réalisée sous la forme d'un scénario clinique basé sur un cas de cystite aiguë simple chez la femme. En raison de ce nombre restreint de médecins participants, notre étude est bien une étude **qualitative** et non quantitative. De ce fait, nous ne pouvons réaliser de statistiques pour présenter les résultats de notre recherche. Pour approfondir et renforcer la qualité de notre analyse, une deuxième série d'entretiens auprès de 6 médecins du même échantillon a été réalisée dans un second temps. Notre analyse **qualitative** s'appuie sur l'étude du matériau empirique des entretiens. La grille de lecture a été construite à partir des mots-clefs et d'idées maîtresses permettant de répondre à nos questions initiales.

Nous allons dans un premier temps, à partir des entretiens, essayer de comprendre l'intérêt porté aux recommandations par les médecins généralistes. Nous verrons quelques déterminants de l'influence et du changement d'attitude afin d'analyser l'échange patient-médecin. Nous aborderons par ailleurs un aspect plus concret avec les conditions pratiques d'exercice. Enfin, nous analyserons l'opinion des médecins sur les recommandations et aborderons certains aspects à modifier pour faciliter leurs applications. Puis dans un second temps, en nous basant principalement sur les entretiens plus approfondis de deux médecins, nous aborderons les thèmes et concepts d'obéissance et de conformité et nous verrons l'évolution des conditions de vie et de pratique du médecin généraliste.

I. Matériels et méthodes

22 médecins généralistes lorrains ont été interrogés au cours de ce travail. Même si cela constitue un petit échantillon, nous avons essayé de tendre vers la représentativité de la population des médecins généralistes. Notre travail s'est par conséquent articulé autour d'une méthodologie qualitative en raison de cet échantillon restreint.

I.1) Mode de recrutement :

10 médecins ont été recrutés de par leur participation à l'audit du Groupe Lorrain d'Audit Médical (GLAM) sur la cystite en 2011 (16) et 12 selon la méthode dite « boule de neige » ou de réseau (connaissance d'un médecin A qui connaît un médecin B, qui connaît un médecin C...) La participation à un audit étant anonyme, j'ai contacté les médecins par l'intermédiaire du secrétariat de l'Association Médicale de Perfectionnement Post-Universitaire (AMPPU) lorraine, qui a diffusé, au listing des participants, un premier mail d'invitation. 8 médecins ont répondu positivement à cette première sollicitation. Une deuxième relance m'a permis de recruter 2 médecins supplémentaires. 66 médecins lorrains avaient participé au premier tour de cet audit et 26 avaient participé au deuxième tour. Ce nombre insuffisant de participants m'a alors contrainte à recruter 12 autres médecins par l'intermédiaire de connaissances.

I.2) Principales caractéristiques de l'échantillon : (cf. annexe 1)

On dénombre 10 femmes et 12 hommes.

5 médecins sont âgés de 35 ans ou moins, 10 ont entre 35 et 55 ans et 7 sont âgés de 55 ans ou plus.

L'âge moyen de cet échantillon est de 47 ans.

5 exercent en milieu rural, 9 en milieu semi-rural, 7 en milieu urbain et 1 en milieu « semi-urbain ». Ce sont les médecins eux-mêmes qui qualifiaient leur milieu d'exercice.

8 ont passé leur thèse depuis moins de 10 ans, 4 entre 10 et 20 ans et 10 depuis plus de 20 ans.

21 médecins sont en couple dont 18 sont mariés.

12 ont moins de trois enfants, 8 ont trois enfants et 2 ont plus de trois enfants.

Statistiques nationales :

On compte 92 477 médecins généralistes en France en 2012, parmi lesquels on dénombre 54 597 hommes (59 %) et 37 880 femmes (41 %).

L'âge moyen est de 54 ans pour les hommes et 49 ans pour les femmes (17).

Statistiques régionales :

On comptait 3174 médecins généralistes lorrains en 2011 : 2012 étant des hommes (63.4%) et 1162 des femmes (36.6 %).

L'âge moyen des médecins généralistes lorrain était de 52 ans (17).

Même s'il ne nous est pas permis de faire des statistiques, il demeure néanmoins que notre échantillon n'est pas très distinct de la population médicale et en reste représentatif.

I.3) Recueil des données :

1^{ère} série d'entretiens :

Les 22 médecins ont été interrogés sous la forme d'entretiens semi-dirigés basés sur un scénario clinique. Un cas clinique de cystite simple était présenté avec 13 questions s'y rapportant (cf. annexe 2). Puis une série de questions d'ordre « biographiques » était posée aux participants (cf. annexe 3). L'entretien avait lieu au cabinet du médecin ou à son domicile (5 médecins interrogés à leur domicile et 17 sur leur lieu de travail). L'échange était enregistré, la durée moyenne était d'environ 15 min. Le cas de cystite simple chez la femme a été choisi car il existe pour ce dernier des recommandations simples et bien codifiées publiées par l'AFSSAPS en 2008 (18) et reprise dans le référentiel de l'antibiothérapie « antibioguide » (19) (version papier) ou « antibioclic » (20) (version informatique). Nous avons voulu ainsi éviter toute ambiguïté ou difficulté de réponse aux questions. En effet, le choix d'une situation clinique où il n'existe pas de recommandations de bonnes pratiques clairement établies, comme par exemple la prise en charge de la thrombose veineuse superficielle (ou paraplégite), ne nous aurait pas permis d'approfondir notre problématique. De plus, le recrutement de médecins qui avaient déjà participé à l'audit sur la cystite, et qui montraient donc une volonté d'évaluer leur pratique, nous permet d'essayer de comprendre pourquoi « *il ne suffit pas de savoir pour faire* » (16).

Le but de notre travail n'étant pas de juger les pratiques des médecins mais de recueillir leurs avis et leurs ressentis sur ces mêmes recommandations et par conséquent leur désir ou non de s'en tenir informés.

2^{ème} série d'entretiens :

6 médecins ont été à nouveau interrogés dans un second temps. Ces derniers avaient participé à la première série d'entretiens et ont été sélectionnés selon 2 critères principaux : l'âge et le sexe. La disponibilité et la proximité géographique ont également été prises en compte. Le questionnaire, comportant 11 questions (cf. annexe 4), avait pour objectif d'approfondir les premières pistes de réflexions issues des entretiens scénarios initiaux. Les médecins étaient interrogés sur leur lieu de travail ou à leur domicile (2 à leur cabinet et 4 à leur domicile), l'entretien était enregistré et durait environ 30 min.

I.4) La cystite aigüe simple :

Afin de mieux comprendre cette première partie de notre enquête, faisons brièvement un point sur la **cystite aigüe simple**.

Définition :

Les infections urinaires simples sont les infections urinaires sans facteur de risque de complication (pathologie organique ou fonctionnelle de l'arbre urinaire, situation pathologique particulière type diabète, insuffisance rénale..., terrain physiologique particulier comme la grossesse, l'existence de comorbidités...). Les infections urinaires simples ne concernent que la femme jeune sans facteur de risque particulier et la femme de plus de 65 ans sans comorbidité. Cependant, bien plus que l'âge civil, c'est l'âge physiologique qu'il convient de prendre en compte. La cystite de la femme de plus de 65 ans n'ayant aucune comorbidité est donc à considérer et à traiter comme une cystite simple (18).

Principaux signes fonctionnels urinaires :

Pollakiurie, brûlures mictionnelles, impériosités mictionnelles, pesanteur pelvienne.

Il n'y a pas de fièvre en cas de cystite isolée (température corporelle $<38^{\circ}\text{C}$) (21).

Examen recommandé :

Hormis le test par bandelette urinaire (BU), aucun examen complémentaire n'est recommandé. Une BU négative (leucocytes négatifs et nitrites négatifs) permet d'exclure le diagnostic avec une probabilité $> 95\%$ (18).

Traitement antibiotique de première intention :

Fosfomycine –Trométamol en dose unique.

Traitement antibiotique en deuxième intention :

Nitrofurantoïne pendant 5 jours ou fluoroquinolone en dose unique ou fluoroquinolone pendant 3 jours (18).

Par définition, la cystite aigüe simple est donc une pathologie exclusivement féminine. Nous sommes conscients que cela peut avoir une influence sur nos résultats et nous en discuterons ultérieurement.

I.5) Méthode d'exploitation :

Les 22 entretiens de la 1^{ère} série ont été retranscrits dans leur intégralité (cf. céderom en annexe). Une analyse qualitative a été réalisée par l'intermédiaire d'une grille de lecture. La grille de lecture a été construite à partir des mots-clefs et d'idées maîtresses. Nous nous sommes basés principalement sur une analyse thématique avec notamment une analyse catégorielle (une caractéristique est d'autant plus importante qu'elle est fréquemment citée) (22). D'autres méthodes complémentaires ont permis une approche plus précise, une analyse de l'énonciation (se basant sur la dynamique propre du discours) et une analyse structurale (étudiant la manière dont les éléments composant le texte sont agencés) (22). Les 22 entretiens ont donc été étudiés et analysés avec pour ligne directrice nos deux hypothèses de départ :

- Les jeunes médecins auraient plus facilement recours aux recommandations
- Les femmes montreraient une volonté plus forte de se conformer aux recommandations

II. Première Partie : Premières interrogations et constatations.

II.1) La réalisation de la bandelette : un bon indicateur de l'intérêt porté aux recommandations par les médecins ?

Les recommandations de bonnes pratiques publiées par l'AFSSAPS en 2008, engagent à réaliser une bandelette urinaire (BU) devant un tableau de cystite aigue non compliquée chez la femme.

14 médecins interrogés sur les **22** réalisent une bandelette urinaire et ont donc une attitude conforme à ces recommandations. Par conséquent, **8** médecins n'ont pas une attitude conforme aux RBP.

Caractéristiques de ces médecins :

- Parmi ces 14 médecins, on dénombre **7 hommes** et **7 femmes** (sexe ratio 1/1),
- 2 ont moins de 35 ans, **8 ont entre 35 et 55 ans**, 4 ont 55 ans ou plus,
- 4 ont passé leur thèse depuis moins de 10 ans, 3 ont passé leur thèse entre 10 et 20 ans, **6 ont passé leur thèse depuis plus de 20 ans**

Nous n'avons donc pas mis en évidence de différence de pratiques selon le sexe, la majorité des médecins qui réalisent une bandelette urinaire sont âgés de 35 à 55 ans et ont une plus grande expérience (thèse passée depuis plus de 20 ans).

Les **8** autres médecins ne font pas systématiquement de BU. Parmi eux, on compte :

- **5 hommes** et **3 femmes**.
- 3 sont âgés de 35 ans ou moins, 2 ont entre 35 et 55 ans et 3 ont 55 ans ou plus.
- 5 évoquent des raisons « techniques » (locaux non adaptés, accessibilité plus simple à un laboratoire d'analyse, facteur « temps », absence d'urines) pour justifier l'absence de BU, 2 se basent uniquement sur la clinique et 1 évoque la bonne « connaissance » de ses patients.

Parmi les 8 médecins, **2 se fient uniquement à la clinique** et sont **2 hommes**, 1 âgé de moins de 35 ans et 1 âgé de plus de 55 ans, tous deux exercent en milieu « semi-rural ».

En réalité, tous les médecins interrogés sont capables de citer la référence en matière de recommandations pour l'antibiothérapie des cystites aiguës simples (guide Antibiolor papier ou informatique), mais un seul médecin a cité la référence aux recommandations complètes de l'AFSSAPS de 2008 relatives au **diagnostic**, et donc à la réalisation de la **BU**, et à l'antibiothérapie. Le cas utilisé dans notre travail de cystite simple montre alors que certains médecins n'estiment pas avoir besoin d'aide pour le diagnostic, tous s'accordant à dire que le cas

évoqué était « simple ». L'ensemble des praticiens interrogés reconnaît une aide précieuse et pragmatique pour l'antibiothérapie en l'utilisation de l'Antibioguide.

La réalisation ou non d'une BU dans ce cas précis, n'est donc pas un réel indicateur de l'intérêt porté aux recommandations. Autrement dit, **ce n'est pas parce qu'un médecin ne suit pas les recommandations, qu'il ne les connaît pas ou qu'il les désapprouve.**

Nous sommes alors confrontés à cette contradiction : il existe un décalage entre ce que l'on dit et ce que l'on fait, entre ce que l'on pense et ce qu'on agit (23). Appuyons nous sur ce paradoxe constaté lors de nos entretiens pour mieux comprendre le phénomène.

II.2) Quelques déterminants de l'influence et du changement d'attitude : une approche psychosociologique.

Est évoqué à plusieurs reprises dans nos entretiens, un manque de fiabilité de la BU. Pourtant, nous rappelons ici que : *Une bandelette négative (nitrites négatifs et leucocyturie négative) permet d'exclure le diagnostic de cystite avec une probabilité supérieure à 95 % (18).* Nous voyons alors que malgré un test scientifique fiable, certains médecins restent septiques surtout face à une patiente en attente d'une prise en charge médicamenteuse. Écoutons Adrien :

Adrien, 48 ans, urbain :

« C'est vrai que souvent je traite (ndlr : malgré une BU négative), parce que la patiente qui vient consulter et vous l'entendez aller uriner deux fois en salle d'attente... je crois qu'il faut attendre 48 h, il faut boire beaucoup et attendre 48h, mais je vois mal comment on peut attendre 48h comme ça, car cela peut être très invalidant... »

Ou encore Pierre :

Pierre, 55 ans, urbain :

« [...] si elle a des symptômes : dysurie, pollakiurie,... je ferais quand même une analyse au laboratoire... parce que lui dire : « Vous n'avez rien, je ne vous mets pas de traitement » alors qu'elle est gênée... [...] En rester à la bandelette, je pense que la femme ne serait pas tranquille. »

Nous pouvons observer ici l'**influence** d'une patiente « en souffrance » face aux médecins. La plainte exprimée prend l'ascendant sur la valeur scientifique et objective d'un test. Notons que les hommes semblent plus sensibles à la plainte féminine. Les femmes, face à une autre femme, dans cette même situation, sont plus catégoriques et éliminent clairement le diagnostic de cystite lorsque la BU est négative. Comme nous l'explique Monique :

Monique, 53 ans, urbain :

« [...] Puisque la bandelette urinaire est négative, donc il n'y a pas d'infection urinaire ! [...] je lui dis « voilà la bandelette est négative et quand la bandelette est négative, on sait qu'il n'y a pas d'infection urinaire !ça c'est une certitude ! » [...] »

Cette observation nous permet d'aborder la notion de « changement d'attitude » telle qu'elle est définie en psychologie sociale, à savoir l'étude des conditions dans lesquelles les positions individuelles ou collectives changent de sens ou d'intensité (23).

Le schéma de communication

Une relation médecin-patient est avant tout une communication qui peut se définir par les composants suivants :

- La **source** : « qui » parle
- Le **récepteur** : celui « à qui » on parle
- Le **message** : ce qui est dit
- Le **canal** : moyen par lequel est transmis le message

Chaque élément de ce schéma forme un ensemble de facteurs qui ont un effet sur les attitudes ou opinions du récepteur.

La source

La situation exposée ci-dessus, montre l'influence que peut avoir la **source**, ici la *patiente dans la plainte*, sur le **récepteur**, le *médecin*. Cette influence s'explique en partie par « l'attirance » que ressent le récepteur pour la source. Elle se situe dans le registre de l'affectif et s'exprime par une réaction émotionnelle et un jugement de valeur. Dans les deux cas d'Adrien et Pierre, le médecin semble sensible à la symptomatologie de la patiente et exprime son empathie envers elle. On sait par ailleurs, que parfois, la limite entre empathie et sympathie est ténue. D'autant plus, que dans cette situation précise, existe une relation homme-femme. Des études sociologiques ont mis en évidence l'effet positif qu'a sur l'impact du message, la beauté ou l'apparence physique de la source, la similitude (en âge, sexe, profession, race, opinions, valeurs) avec le récepteur et le caractère familier qu'elle a pour le récepteur. Il a aussi été montré que la beauté, la familiarité, la similitude, indépendamment mais aussi additivement, mènent à la sympathie (23). L'empathie voire la sympathie ressentie par le médecin envers sa patiente, peut donc le conduire à changer son point de vue et à modifier sa prise en charge malgré des recommandations clairement énoncées et connues. De même, a contrario, l'antipathie suscitée par une patiente chez son médecin influence son comportement. Par exemple, comme nous le dit Patrick :

Patrick, 57 ans, semi-rural :

« Bah Melle B nous fait ch*** ! [...] Mais, des fois on cède... parce que l'on est fatigué, parce que c'est la fin de journée, et que bof, finalement je n'ai pas envie de discuter, bon je vais finir par lui fou*** quand même son antibiotique qu'elle veut parce qu'elle ne lâchera pas ! »

Ou encore Edouard :

Edouard, 62 ans, rural :

*« [...] si vraiment tu as une ch*****, qu'il y a du monde derrière et puis que ... pfff... elle te gonfle, et bien tu lui donnes des antibiotiques ! La vraie vérité c'est ça ! »*

Des recherches sociologiques font état d'un autre facteur, plus subtil, qu'est l'effet de la volonté de la source de **persuader** les autres d'adopter son point de vue. Les gens n'aiment pas que l'on cherche à les influencer ; lorsqu'ils soupçonnent chez la source une intention de les persuader, ils résistent par **réactance** à ce qu'ils perçoivent comme une atteinte à leur liberté d'opinion (23). Ainsi, lorsque la patiente insiste lourdement pour avoir une prescription d'antibiotiques alors que le médecin n'avait pas l'intention de lui en prescrire, certains praticiens affirment franchement leur position par **réactance**. C'est le cas de Baptiste :

Baptiste, 30 ans, urbain :

« Je lui explique que c'est moi le docteur et que... si elle veut des antibiotiques, elle va voir quelqu'un d'autre ! Je lui dis que c'est comme ça et pas autrement ! Et que si elle veut aller voir quelqu'un d'autre, il n'y a pas de problème ! »

Ou comme Joseph :

Joseph, 46 ans, rural :

« [...] et puis c'est moi le docteur et je ne veux pas lui faire autre chose... l'argument que j'ai souvent c'est : « Vous venez me demander mon avis, je vous dis ce qui me semble le mieux pour vous, donc qu'est-ce que vous voulez que je fasse d'autre que de ne pas vous donner car là je juge qu'il n'y a pas besoin ! » Après ça leur va ou ça ne leur va pas... »

Nous avons vu quelques éléments provenant de la source qui peuvent influencer une opinion. Arrêtons-nous maintenant sur l'autre acteur du schéma de communication.

Le récepteur

On peut se demander si certaines caractéristiques personnelles du récepteur seraient à l'origine d'une influence plus grande de la source sur le comportement de ce récepteur. Ainsi, le **sexe** et l'**âge** sont-ils des caractéristiques déterminantes ? Les femmes et les jeunes praticiens seraient-ils plus influençables ? Concernant le sexe, les sociologues ont longtemps affirmé et souvent montré que les femmes étaient plus influençables que les hommes, résultat qu'on expliquait par le fait que, dans la plupart des sociétés, les femmes sont conformées à l'obéissance, ou encore, ayant un plus grand besoin d'affiliation, elles se conforment d'avantage à l'opinion des autres. Nous reviendrons d'ailleurs plus tard sur cette notion d'obéissance et de conformité aux règles. Mais d'autres travaux en psychologie sociale, notent que la plupart des comparaisons entre sexes manquent de contrôle et que si l'on standardise la situation et si l'on rend les sujets homogènes, en niveau d'instruction par exemple, il n'y a plus de différence entre hommes et femmes (23).

Dans notre enquête, face à une patiente insistante (cf. annexe 2, question 9), on observe alors que :

- Sur les 22 médecins interrogés, **8** cèdent à la demande du patient et prescrivent des **antibiotiques**
- **3** sont des **femmes** (37 %) et **5** sont des **hommes** (soit presque les deux tiers d'hommes)
- 1 a moins de 35 ans, 3 sont âgés de 35 à 55 ans et **4 ont 55 ans ou plus**
- 3 médecins reconnaissent prescrire seulement après forte insistance de la patiente dont **2 hommes et 1 femme**.

Les femmes de notre échantillon se laissent donc moins influencer que les hommes. Il en est de même pour les jeunes praticiens qui gardent leur ligne de conduite. Une première hypothèse pour expliquer ce phénomène serait que les jeunes médecins montrent une volonté de pratiquer « dans les règles de l'art », étant encore probablement animés du « feu sacré » du jeune diplômé. Une seconde hypothèse serait que les jeunes médecins se soumettraient plus facilement aux règles fixées par l'autorité, à savoir les recommandations élaborées par la HAS. Cette seconde hypothèse nous amènera par la suite à nous intéresser aux concepts d'obéissance et de conformité.

Nous venons donc de voir l'influence que peut avoir la situation d'interaction et les différents facteurs des patientes sur les comportements des médecins. Après cette approche psychosociale, intéressons nous de façon plus pragmatique aux conditions d'exercice et à leurs limites matérielles.

II.3) Moins d'examens complémentaires chez les médecins expérimentés : conséquence de l'expérience ? Ou simplement des conditions d'exercice ?

Comme nous le rappelions précédemment, une BU négative permet d'éliminer le diagnostic de cystite aigüe simple avec une excellente probabilité. Plaçons-nous dans un scénario différent : Si les médecins réalisent une BU face à une situation clinique typique mais que celle-ci est négative, que font-ils ?

- Sur 22 médecins, **9** médecins font un examen cytologique et bactériologique des urines (ECBU)
- Sur ces 9 médecins, on compte **4 femmes** (44%) et **5 hommes** (56%)
- **4 ont 35 ans ou moins**, 3 ont entre 35 et 55 ans et 2 sont âgés de 55 ans ou plus
- 7 médecins exercent en milieu **semi-rural**, 2 en milieu urbain et 1 en milieu rural

L'expérience de la pratique

On observe que les jeunes médecins ont recours plus facilement à l'ECBU. Une première hypothèse serait que les médecins moins expérimentés exprimeraient davantage la crainte de passer à côté d'une pathologie ou d'une complication. Il semble légitime de penser qu'un médecin ayant l'habitude d'une situation clinique sera moins angoissé par les différentes issues qu'elle pourra avoir car s'y étant déjà confronté. L'**expérience** de la pratique apparaît alors comme un autre guide des comportements. Ainsi un médecin qui se jugera compétent dans un domaine et face à une situation clinique bien connue, ne ressentira pas la nécessité de se reporter aux recommandations.

La crainte des poursuites judiciaires

La deuxième hypothèse suggérée est que les jeunes médecins débutent leur carrière dans un contexte de «judiciarisation» plus conséquent de la médecine. Ils feraient donc plus d'examens complémentaires dans le but d'éviter des poursuites en cas de conflits. Nous rappelons que les RBP ont été reconnues comme faisant partie des données acquises de la science, la référence aux RBP permet donc **d'infliger une sanction à un praticien** (3). Cette réalité juridique reste finalement assez floue dans les esprits des médecins interrogés.

Sur 22 médecins, **10** déclarent n'avoir aucune connaissance de la valeur juridique des recommandations ou ne s'être jamais posé la question. Malgré la multiplication des affaires médiatisées, les praticiens poursuivent leur exercice sans ressentir de réelle pression. On remarque que les **médecins les plus expérimentés** et exerçant **en milieu rural** sont ceux qui craignent le moins les litiges.

Ecoutons Patrick :

Patrick, 57 ans, semi-rural : (cf. annexe 2 question 12)

« On s'en fout dans les Vosges ! Elle va porter plainte pour sa cystite parce que elle va se taper une pyélonéphrite après et que je ne lui aurais pas donné l'antibiotique qu'elle voulait ?! Ah merde ! Et puis je vais passer devant le tribunal ? Non... pas pour ça ! Et puis cela va se passer à l'amiable avec l'ordre non ? On envoie un courrier à l'ordre et puis voilà... parce qu'elle est énervée, et puis elle va discuter avec le président et puis ... et puis ce n'est pas grave ! »

Et Edouard :

Edouard, 62 ans, rural :

« Je sais que quand je ne suis pas les recommandations, je suis passible d'être poursuivi, je m'en fous un peu... vu mon âge ! »

La crainte de poursuites juridiques, même si présente, n'est donc pas une obsession chez les praticiens surtout ceux en « fin de carrière », cela ne semble pas entraver leur pratique basée avant tout sur l'expérience.

Les conditions d'exercice

a) l'accessibilité

La réalisation d'examens complémentaires dépend également des conditions pratiques d'exercice. On se trouve alors confronté à la réalité de la profession et à des facteurs plus pragmatiques. Il faut par exemple, tenir compte de l'**accessibilité** à un laboratoire et aux résultats d'analyse. Ainsi comme nous le précise Maryline :

Maryline, 33 ans, milieu rural :

« Si je veux une analyse d'urine, il faut à tout prix que les gens m'appellent le matin ! Parce que le labo passe à midi, l'après midi après c'est un coursier, il faut vraiment que ce soit urgent quoi, je ne vais pas faire déplacer un coursier pour un ECBU, c'est clair ! »

Ou encore Mylène :

Mylène, 47 ans, semi-rural :

« [...] Alors c'est vrai que le labo est à 5 min de chez moi, c'est pour ça que les bandelettes des fois... donc souvent oui, je vais lui demander de repasser au labo et de refaire une bandelette dans 24/48 h voire un ECBU pour confirmer les choses. »

Le recours à des examens complémentaires est logiquement moins facile en milieu rural. Les praticiens les prescriront dans des situations cliniques où ils ne peuvent pas faire autrement.

b) la temporalité

Le **moment de la journée** ou du **jour de la semaine** sont également des facteurs à prendre en compte. Ainsi :

Julien, 35 ans, semi-rural :

« Je ferais quand même un ECBU et ... alors traitement ou non ?... ça dépend quel jour on est, ça dépend si j'ai une proximité avec la patiente qui me permet de pouvoir réévaluer... ça dépend l'heure de la journée... voilà, c'est sûr qu'un vendredi soir, je traite ! Un lundi matin, je ne sais pas ! Je ne traite pas ! »

Nous voyons donc qu'indépendamment des recommandations, la réalité de la situation pratique s'impose. Nous observons à nouveau cette contradiction entre ce que l'on devrait faire en théorie et ce que l'on fait en pratique. Même armé des meilleures intentions, il est des situations de la vie réelle où on ne peut faire exactement comme on le souhaiterait.

Intéressons nous à présent à l'opinion qu'ont les médecins généralistes des recommandations.

II.4) Que pensent les médecins généralistes des Recommandations de bonne pratique ?

Comme nous venons de le voir, même s'il n'est pas toujours évident de suivre les recommandations pour les différentes raisons évoquées, l'opinion qu'ont les médecins de ces recommandations est un facteur essentiel de leur volonté de les suivre ou non.

Sur les 22 médecins de l'échantillon, **18** considèrent les recommandations de bonne pratique comme une **aide** et émettent un **avis favorable** quant à leur existence. Ainsi Julien et Micheline déclarent-ils :

Julien, 35 ans, semi-rural :

« Elles sont très importantes ! C'est une vraie aide, parce que ça permet... on oublie quand même les choses à mesure et puis les choses changent, donc je m'y replonge régulièrement et puis c'est une vraie base de dialogue avec les patients ! Cela permet quand même d'être « droit dans ses bottes » »

Micheline, 50 ans, semi-rural :

« C'est plutôt l'aide que l'on attendait ! C'est utile, cela nous permet d'avoir quelque chose sur lequel s'appuyer, ce sont des références que d'autres ont eu et pris le temps de vérifier. »

Les avis recueillis lors de notre étude concordent avec les résultats d'une recherche menée par la HAS en 2003. Cette recherche visait à mieux connaître les opinions des médecins généralistes quant aux recommandations (24). Elle a montré que les recommandations étaient prises au sérieux par la très grande majorité des médecins interrogés. Dans notre étude, **cinq** d'entre eux mentionnent clairement la notion *d'outil à la discussion* avec le patient ou de *support pédagogique*. Ces deux éléments sont révélateurs de l'évolution de la relation patient-médecin avec notamment la mise à disposition et l'accès au savoir médical par le biais des nouvelles technologies de l'information et des médias. Nous soulignons ici le changement du statut du médecin omniscient face à un malade quasi ignorant de sa pathologie. Il faut maintenant mener une consultation en prenant en compte les informations connues du patient. Il arrive même parfois que le patient soit meilleur « expert » dans sa pathologie que le praticien.

L'information du patient

Le patient est maintenant un acteur à part entière de la décision médicale. Il doit être informé clairement de son état de santé et des différentes décisions possibles. Cette information du patient est encadrée par l'article 11 de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé :

« Art. L. 1111-2. - Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus [...] » « [...] Cette information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables. » « Cette information est délivrée au cours d'un entretien individuel [...] » (25).

La décision médicale doit alors être prise en concertation avec le patient. Le médecin ne peut en aucun cas lui imposer ses choix. Toute la difficulté de la prise en charge du praticien est par conséquent de composer avec ses différents éléments. Le médecin dispose de données scientifiques objectives, les résultats de la recherche, mais doit prendre en compte des données totalement subjectives à savoir les choix du patient. Cette évolution semble bénéficier au patient, qui bien informé, comprend mieux sa pathologie et devient un véritable acteur de sa santé. C'est d'ailleurs tout l'enjeu de « l'éducation thérapeutique », phénomène que l'on voit se développer au sujet de nombreuses pathologies chroniques.

Soulevons tout de même une des dérives de cette information du patient : en tant que médecin, qui n'a jamais été confronté à un patient venant demander une « liste » de médicaments qu'il juge nécessaire après s'être auto-diagnostiqué ? Le médecin ressent alors ce sentiment désagréable d'être uniquement un « prestataire de service ». Sa compétence de praticien est remise en cause. Cela est d'autant plus désagréable lorsque la qualité de la source de l'information donnée au patient est douteuse (certains sites internet par exemple).

Mais le médecin a lui aussi évolué dans sa façon d'être face au patient.

Les médecins décomplexés face au regard du patient, surtout les jeunes

Lors de notre étude, tous les médecins interrogés reconnaissent avoir déjà eu recours à des documents au cours d'une consultation. Seulement 5 médecins sur les 22 de notre échantillon ne le font pas devant les patients ou sans le dire ouvertement ou sans être vus. Même face au patient, les praticiens reconnaissent consulter de la documentation pour les aider dans leurs décisions.

Comme nous le précise Séverine :

Séverine, 37 ans, semi-rural :

« [...] Moi cela ne me gêne pas parce qu'on ne peut pas tout savoir, il y a forcément des moments où j'ai besoin d'une info, donc oui, ça m'arrive de temps en temps »

Ou encore Baptiste :

Baptiste, 30 ans, urbain :

« [...] C'est fini le médecin omniscient ! Et puis c'est notre droit ! Je préfère faire ça plutôt que faire une connerie ! »

C'est donc la qualité des soins, la précision du diagnostic et la justesse de la prise en charge qui priment sur le regard du patient. Le médecin préfère être sûr de ce qu'il fait, même si pour cela il doit se référer à de la documentation et de ce fait, afficher clairement la « non exhaustivité » de son savoir dans un domaine. Le colloque singulier médecin-patient a donc réellement évolué au cours de ces dernières décennies.

II.5) Critiques et pistes de progression

Les praticiens gardent cependant un esprit critique et évoquent une certaine « méfiance » vis-à-vis de la conception de ces recommandations. Ainsi, Mireille et Julien nous expliquent-ils :

Mireille, 56 ans, urbain :

« Je suis très recommandations, avec le fait qu'il y ait des recommandations critiquables, comme tout autre écriture en médecine ! Il y en a qui sont plus ou moins bonnes et plus ou moins proches de la pratique et plus ou moins indépendantes ! »

Julien, 35 ans, semi-rural :

« [...] après je sais que ce n'est pas non plus « l'alpha, oméga », cela ne remplace pas la pratique individuelle, on n'est pas des robots non plus... [...] »

Cette attitude de défiance est émise parfois envers les experts qui élaborent les RBP, ils sont estimés être à distance des conditions de l'exercice quotidien de la médecine générale (7). Mais il n'y a qu'un seul médecin qui émet un **avis défavorable** en déclarant que les recommandations sont « inapplicables » en médecine générale. Cela montre que les recommandations sont une boîte à outil du médecin nécessaire et pertinente. Écoutons tout de même ce que déclare Joseph :

Joseph, 46 ans, rural :

*« C'est complètement inapplicable en médecine générale ! [...]. C'est très ch****, ce n'est pas applicable au cours d'une consultation [...] »*

Mais ce qui est critiqué est davantage la forme des recommandations que le fond. La majorité des médecins déplore une complexité et une difficulté d'accessibilité aux recommandations.

Le caractère rébarbatif de la présentation de ces recommandations constituerait un frein à leur emploi. Lorsque l'on demande précisément aux médecins ce qu'il faudrait changer aux recommandations pour les rendre plus applicables, Edouard nous explique :

Edouard, 62 ans, rural :

« Le mode de communication bien sûr! Que ce ne soit pas de l'écrit, que ce soit plutôt des groupes d'échanges de pratiques, je préférerais... d'ailleurs c'est ce qui se passe quand même parce que j'ai des confrères qui sont des lecteurs émérites de Prescrire et qui dans les groupes d'échanges de pratiques, me ramènent la bonne parole !

Donc indirectement, je pense que je suis les recommandations par ce mode là ! Plus que par la démarche personnelle d'aller rechercher la recommandation, la lire et aller l'appliquer. »

Tout comme Inès :

Inès, 30 ans, urbain :

« Que l'on puisse les retrouver plus facilement, alors je ne sais pas... l'antibioguide : j'adore ! Parce que c'est synthétisé, c'est par pathologie, on a ça, on met ça, c'est bien... alors que dans d'autres choses, j'en sais rien, les migraines... il faut aller farfouiller à droite à gauche, te taper les 45 pages de recommandations, pour essayer de trouver dans quel cas tu es, il y a peut être des choses plus synthétiques que tu peux avoir sous la main facilement, c'est plus pratique ! Parce que à chaque fois par exemple, pour l'hypothyroïdie où j'ai un mal fou à savoir ce que je dois faire, je vais sur le truc de la HAS, alors je mets déjà une heure à le retrouver ! Ensuite il faut que je relise le machin pour savoir dans quel cadre je suis... peut être qu'il y a d'autres formes qui seraient... et puis peut être que c'est moi qui ai du mal à les trouver, je n'en sais rien mais ... où tu arriveras à trouver ce que tu dois faire plus rapidement ! »

Le mode de diffusion et la présentation des recommandations sont donc deux points à travailler afin de rendre ces mêmes recommandations plus « séduisantes » et favoriser ainsi leur application. C'est-à-dire les rendre clairement utilisables, plus précises et plus rationnelles.

III. Seconde Partie : Approche psychosociologique

III.1) Conformité et obéissance

Nous allons maintenant nous intéresser à deux concepts de psychosociologie qui expliquent en partie le suivi ou non des recommandations par les médecins : la **conformité** et l'**obéissance**. Pour cela, appuyons-nous sur cette question posée aux médecins lors de la deuxième série d'entretiens :

Face à une pratique médicale qui fonctionne mais avec une nouvelle recommandation qui incite à changer radicalement de comportement, modifiez-vous votre attitude ?

Voici tout ce que nous dit Inès :

Inès, 30 ans, milieu urbain, thèse en 2012, mariée, 1 enfant :

« Là oui, je suis assez « scolaire » je dirais... Si effectivement on me dit que cela n'est pas bien, j'éviterai de le faire ! Je ne cherche pas la petite bête... sans penser à... aux conséquences « juridiques » mais plutôt en me disant : « c'est qu'ils ont fait des études qui montrent que cela n'est pas bien donc j'arrêterai de le faire ! » Avec confiance... sans trop chercher... après voilà, j'essaie quand même de lire des trucs à côté pour avoir des idées un peu complémentaires mais je suis quand même assez scolaire ! Il y a une recommandation, je suis ! »

Cette réponse suscite alors d'autres interrogations : **Pourquoi certains se conforment aux règles sans se poser de questions et pourquoi d'autres remettent en cause toute forme d'autorité ?**

Pour comprendre, d'abord quelques définitions :

La conformité

La **conformité**² a lieu lorsqu'un individu modifie son comportement ou son attitude afin de le mettre mieux en harmonie avec le comportement ou l'attitude d'un groupe (23).

² Le conformisme est une des modalités de l'influence sociale et se manifeste par le fait qu'un individu (ou un sous-groupe) modifie ses comportements, ses attitudes, ses opinions pour les mettre en harmonie avec ce qu'il perçoit être les comportements, les attitudes, les opinions d'un groupe dans lequel il est inséré ou souhaite être accepté. La conformisation se développe sous l'effet conjugué, et dans des proportions variables selon les cas, d'une pression du groupe sur l'individu et de l'adhésion volontaire de celui-ci (26).

L'obéissance

L'**obéissance**³ a lieu lorsqu'un individu modifie son comportement afin de se soumettre aux ordres directs d'une autorité légitime (23).

La conformité et l'obéissance se ressemblent donc dans le fait que l'attitude ou le comportement d'une personne se modifie en fonction d'une pression réelle ou imaginaire qu'elle subit de la part des autres.

Un point les différencie cependant : la pression à se **conformer** est exercée par des personnes de statut égal, alors que la pression à **obéir** est exercée par des figures d'autorité de statut hiérarchique et social élevé. Il existe donc une notion d'autorité dans l'obéissance.

D'un point de vue pratique :

Lorsqu'un médecin modifie son comportement suite à un groupe de pairs (réunion de plusieurs médecins où sont exposés des cas cliniques afin de débattre des pratiques), c'est le concept de **conformité** qui s'applique. Lorsqu'un médecin modifie son comportement suite à la diffusion d'une recommandation émise par la HAS, c'est le concept d'**obéissance** qui est en jeu.

Mais chaque individu soumis à la même pression ne réagit pas de la même manière. Les différences individuelles ont un rôle important dans l'obéissance ou la conformité. Les prédispositions comportementales que les gens acquièrent avant d'être soumis à la pression d'un groupe peuvent bien entendu affecter la manière dont ils réagissent à cette situation.

Influence du sexe

Voici ce que nous déclare Edouard :

Edouard, 62 ans, rural, thèse en 1977, marié, 3 enfants :

« Les recommandations je m'en foutais un petit peu ... je ne m'en occupe pas ! Heureusement que j'ai des étudiants qui me les rappelle de temps en temps et puis qui m'aident à...j'ai une pratique parfaitement individualiste mais qui ne me semble pas être délirante ! »

³ L'obéissance représente une deuxième forme essentielle de l'influence sociale. Elle peut être définie globalement comme la modification du comportement, à travers laquelle un individu répond par la soumission à un ordre qui lui vient d'une autorité légitime. Sommairement, on peut donc définir l'obéissance comme la soumission à une autorité (26).

Une telle divergence d'opinion entre Inès et Edouard peut-elle s'expliquer par le **genre** ? Une des interprétations les plus convaincantes des différences de sexes dans la conformité est fondée sur les rôles sociaux différents que les hommes et les femmes apprennent à jouer dans notre société. On enseigne aux hommes à être plus dominateurs et à s'affirmer davantage que les femmes (23).

Inès, 30 ans, milieu urbain, thèse en 2012, mariée, 1 enfant :

« [...] Je pense que je ne suis pas hyper raide et hyper fermée, je suis souple, je suis gentille [...] »

Mais lorsque nous demandons aux médecins si le sexe influence l'autorité exercée sur le patient et si une femme a moins de crédibilité qu'un homme, voici les réponses d'Edouard et Inès :

Edouard, 62 ans, rural, thèse en 1977, marié, 3 enfants :

« Je pense que cela n'intervient pas, il y a des femmes qui sont 15 fois plus autoritaires que nous ! Avec de la douceur, avec du cadre, elles disent ça et le type ne bouge pas, il écoute, tu n'as qu'à regarder, tous les maris écoutent leur femme ! »

Inès, 30 ans, milieu urbain, thèse en 2012, mariée, 1 enfant :

« Pas de difficultés particulières, ni pendant les études, ni pendant l'internat, l'externat pas de problème et au niveau crédibilité, je ne pense pas ! Je pense qu'ils nous font confiance ! [...] Mais après lorsqu'ils viennent te voir toi, c'est qu'ils te font confiance donc pour moi cela n'est pas un souci et je vois avec mes collègues féminines, ils leur font la même confiance les yeux fermés et je ne pense pas qu'elles aient à se justifier plus que par rapport à un monsieur ! Pas du tout ! »

Ou celles de Séverine et Anne-Marie :

Séverine, 37 ans, milieu semi-rural, thèse en 2004, sans enfant :

« Non je n'ai pas l'impression, j'ai plus l'impression que ce sont les patients ... Moi je n'ai pas de doute sur mon statut, par contre chez certains patients... Bon, il y a le fait que je suis encore relativement jeune donc c'est vrai que quand tu es devant des gens qui ont 70 ou 80 ans, ça par contre [...] »

Anne-Marie, 62 ans, milieu rural, thèse en 1988, 4 enfants :

« Non, je n'ai pas ce sentiment là ! Non parce qu'en fait ils viennent voir un professionnel de santé, que ce soit pour des examens spécifiquement pour les hommes ou des examens spécifiquement pour les femmes, je leur dis de la même façon que s'il y a un examen gynéco à faire, un homme est tout à fait habilité à le faire, s'il est formé ! »

Au travers de ces déclarations, on peut observer que la femme serait plus sensible à l'**obéissance** et l'homme à la **conformité**. En effet Inès reconnaît suivre les directives d'une autorité supérieure (les recommandations de la HAS), tandis qu'Edouard accorde plus d'importance à l'avis de ses pairs.

Influence de la formation

Une autre explication des différences d'opinions entre Inès et Edouard se situe probablement dans la formation qu'ils ont reçue. En effet, Inès, jeune médecin, a toujours été habituée à travailler avec les recommandations de bonne pratique. Ce n'est pas le cas d'Edouard qui a commencé à exercer bien avant leur apparition. Inès nous précise alors :

Inès, 30 ans, milieu urbain, thèse en 2012, mariée, 1 enfant :

« Difficile parce que moi j'ai toujours travaillé avec (ndlr : sous entendu les RBP)! Mais à mon avis, oui, cela change ! Cela change parce que cela te fait une référence, avant ils faisaient selon un peu ce qu'ils pouvaient lire à droite ou à gauche donc le fait d'avoir des recommandations de bonnes pratiques, cela te fait une trame mais j'imagine qu'après tu adaptes ou tu suis à fond ou pas... Mais je pense que c'est bien ! Et que cela n'est que positif les recommandations ! »

Contrairement à Edouard :

Edouard, 62 ans, rural, thèse en 1977, marié, 3 enfants :

« [...] Voilà il me semble que je les suis, j'en ai entendu vaguement parler... (Ndlr : sous entendu les RBP) ! Mais je ne vais pas m'amuser à les relire exactement à la lettre et me mettre dans la ligne directrice de la HAS ! Mais je ne dois pas en être très loin ! »

Les caractéristiques individuelles des médecins, telles que le **sexe** et la **formation**, sont donc des facteurs centraux intervenant dans les notions de conformité et d'obéissance et par conséquent dans les comportements des médecins face aux recommandations. Un médecin est un individu avec sa sensibilité, sa personnalité et son éducation, tout cela ayant une influence sur sa pratique.

Les parcours de vie des médecins interrogés sont très différents et influencent forcément leur pratique. Le choix, par exemple, d'exercer la profession de médecin généraliste découle de diverses raisons. Écoutons Inès répondre à la question :

Pourquoi avez-vous fait des études de médecine ?

Inès, 30 ans :

« A cause de mes parents ! Tous les deux médecins, surtout ma mère qui adore ce qu'elle fait ! Elle est pédiatre, elle adore ce qu'elle fait, c'est sa passion ! Sa journée, le soir, les week-ends, tout le temps, elle fait des formations, elle lit des bouquins en plus le soir, elle en a toujours parlé je pense quand on était petites, à table, au repas du soir c'était le débriefing de la journée ! Ils en ont toujours parlé, et je pense que c'est cela qui m'a donné envie de faire pareil ! Parce qu'elle a été tellement passionnée par ce qu'elle faisait que je me suis dit que c'était génial et qu'il fallait absolument faire pareil ! Mon père moins, mais parce qu'il est moins... il en parlait moins. Mais j'ai retrouvé des trucs de primaire, où « qu'est ce que tu veux faire quand tu seras plus grande ? » Cela a toujours été médecine ! Depuis que j'ai 6 ou 7 ans. »

Voici la réponse d'Edouard :

Edouard, 62 ans :

« C'est compliqué... souvent je réponds que c'est parce que je voulais faire comme mon médecin de famille que j'aimais bien, qui s'appelait le Dr Jean C..., que j'avais peut être un peu idolâtré quand j'étais gamin et puis j'ai fait un peu comme mes sœurs, j'ai 2 sœurs qui sont médecins... mais c'est plutôt la médecine générale comme Jean C... C'est une idée qui m'est venue tôt et puis finalement je ne l'ai pas trop analysée en grandissant et elle s'est fixée en moi... C'était un peu une évidence mais je ne sais pas si c'était véritablement une vocation ! Mais c'était un blocage, je me suis mis là-dessus et je ne le regrette pas !!! Mais c'est toujours difficile de parler d'une vocation, parce qu'une vocation c'est vraiment être « habité », moi je n'étais pas habité mais je me suis dit : « je serai médecin »... je ne sais pas pourquoi... »

Quant à Séverine, voici ce qu'elle nous raconte

Séverine, 37 ans :

« Aussi loin que je me souviens, j'ai toujours voulu faire ça mais je ne saurais pas te dire pourquoi ! Ma tante m'a raconté il y a très longtemps, qu'à l'âge de 5 ans, je lui avais déjà dit que je serai docteur ! Après je pense que j'aime bien discuter, j'aime bien le contact avec les gens, je pensais me rendre utile, être utile ! Et puis l'aspect scientifique, j'ai toujours été plutôt scientifique ! Enfin oui, l'aspect scientifique... faire des études... enfin je crois que j'aurais pu faire des études toute ma vie ! Tu vois, j'aurais pu ne pas travailler, faire des études et apprendre des trucs, apprendre des trucs j'aime bien ! Donc ça m'aurait plus ! »

Intéressons-nous à Pierre maintenant :

Pierre, 55 ans :

« C'est marrant parce que j'avais un enseignant quand j'étais en troisième qui m'avait dit : « Tiens, je te verrais bien médecin ! » Et puis je m'étais dit : « Quelle idée il peut avoir ?! Je ne vois vraiment pas pourquoi... » Enfin bon, mon père était pharmacien, il était quand même dans une profession médicale... et quand je suis sorti du bac, je m'étais dit que je ferais bien soit infirmier, soit prof de gym, soit médecin. Mais médecin, je ne sais pas si je serais capable ! Donc je me suis dit que le plus logique ce serait d'essayer le plus dur et puis de revenir vers le moins dur après si cela ne va pas. D'ailleurs à la fin de la première année de médecine, je m'étais inscrit à la faculté de sport pour essayer de faire prof de gym si jamais cela ne marchait pas. Voilà, et puis bon, ça a marché ! Donc du coup, j'ai fait médecine ! Et en fait, ce qui m'intéressait dans la médecine, c'était plus la médecine générale dès le départ, la médecine de famille parce que je trouvais que de suivre des gens longtemps, de connaître l'histoire familiale, je trouvais ça intéressant. Alors j'avais lu des bouquins écrits par des médecins généralistes, il devait y avoir quelques petits feuillets aussi à l'époque, il y avait des histoires de médecins généralistes et je trouvais que c'était sympa ! »

Enfin voilà pourquoi Geoffrey a fait médecine :

Geoffrey, 35 ans :

« C'est depuis très longtemps, depuis tout jeune, c'est une vocation je pense, mon père était médecin généraliste et puis j'ai toujours voulu faire ça. Je ne me suis jamais trop posé la question en fait, cela m'a toujours semblé évident en fait !

(Question : vous ne pensez pas que l'image paternelle a joué un rôle ?)

Oui, peut être un peu, peut être un peu conditionné mais pas seulement, je ne pense pas ! C'était vraiment une envie de faire ce métier là !

Le **modèle familial**⁴ et la **représentation sociale**⁵ sont deux déterminants de nos choix. Ils influencent aussi nos comportements et nos conduites. Même si les RBP ont été conçues dans un souci de standardisation des pratiques, cette étude nous montre qu'il est impossible de tout « protocoliser » et que tant qu'un individu interviendra dans les décisions, il existera des différences et divergences dans les conduites et les comportements.

⁴ Un modèle familial renvoie d'abord à des manières d'être ou de vivre en famille. La famille remplit plusieurs fonctions et notamment des fonctions sociales dont les principales sont : la socialisation, l'apprentissage et la transmission des normes, des règles de comportement et des valeurs (27).

⁵ Le concept de représentation sociale peut se définir de la manière suivante : il désigne une forme de connaissance spécifique, le savoir de sens commun, dont les contenus manifestent l'opération de processus génératifs et fonctionnels socialement marqués. Plus largement, il désigne une forme de pensée sociale. Les représentations sociales sont des modalités de pensée pratique orientées vers la communication, la compréhension et la maîtrise de l'environnement social, matériel et idéal (23).

III.2) Evolution des conditions de vie des médecins généralistes

La féminisation de la profession et ses conséquences.

Comme d'autres professions, la médecine générale a connu un processus de féminisation ces dernières décennies qui s'est accéléré essentiellement depuis les années 1980. On entend par **féminisation** l'augmentation de la part des femmes parmi les professionnels en exercice. Depuis 2003, au niveau des taux d'obtention des diplômes de docteur en médecine, nous sommes passés d'une mixité en faveur des femmes (effet ciseau). A l'heure actuelle, on compte plus d'une femme pour trois praticiens, soit un taux de féminisation global de la profession de 38.4 %, **38.3 %** pour les omnipraticiennes et 38,6 % pour les médecins spécialistes. Entre 2005 et 2006, la part des femmes en médecine générale lors des épreuves classantes nationales tend à la hausse, passant de 58.1% à **62.5 %** (7).

La notion de féminisation a longtemps été associée à la dévalorisation d'une profession par les sociologues et historiens. Ainsi les analyses de **Pierre Bourdieu**, sociologue français de la deuxième moitié du XXe siècle, induisaient-elles l'idée que *la capacité d'une profession à résister au déclassement se mesure à son pouvoir d'endiguer le flot des candidatures féminines* (15). A la fin du XIXe siècle, **Camille Sée**, député ayant pourtant déposé une proposition de loi sur l'enseignement secondaire des jeunes filles, se félicitait que celles ayant obtenu un brevet de docteur en médecine soient des « exceptions » car « nous aurons toujours assez de docteurs femelles ! ». Le prestige du docteur serait atteint si des femmes portaient ce titre car la nature féminine garde quelque chose d'animal. Moins dépendant de son enveloppe corporelle, le médecin homme traite la maladie avec la neutralité de l'expert. De plus, il est peu prudent d'initier les femmes aux secrets de la science et de les laisser manipuler des substances vénéneuses. Voici donc l'état d'esprit à la fin du XIXe siècle... Cependant, la médecine apparaît quand même plus « féminisable » que d'autres professions (juridiques par exemple). ***Soigner est tout de même une vocation féminine***... (15).

Au XXe siècle, ces considérations ont heureusement évoluées. Et lorsque nous demandons aux médecins ce qu'ils pensent de la féminisation de la profession, tous s'accordent sur le fait que cela entraîne une modification de l'organisation du temps de travail sans remettre en cause les compétences des praticiennes. Ecoutons alors Edouard :

Edouard, 62 ans, rural, thèse en 1977, marié, 3 enfants :

« [...] Cela va complètement modifier les choses ! Il y a des gens horribles, des sociologues horribles qui disent que quand on féminise une profession, c'est un signe... Moi je pense que cela va quand même très certainement entraîner une restructuration du système de santé et des soins. La continuité des soins telle qu'on la voyait il y a encore 20 ans, où il y avait des gars qui étaient sur le pont du lundi matin au samedi midi, avec peu de vacances, eh bien ça, c'est fini ! »

Ou Inès :

Inès, 30 ans, milieu urbain, thèse en 2012, mariée, 1 enfant :

« [...] Après au niveau organisation, je pense que malgré tout les femmes, du fait des « contraintes familiales » ne veulent pas travailler jusque 20 h, ne veulent pas forcément s'installer tout de suite, il y a peut être un retard à l'installation, là je ne sais pas si tu as des chiffres... Je pense qu'elles ne s'installent peut être pas tout de suite, il y a d'abord les enfants puis ensuite elles s'installent, donc plus à ce niveau là, un retard à l'installation et un mode de travail... Encore que les jeunes qui s'installent maintenant, il y en a aucun qui a envie de bosser jusque 20 h ou 22h, tous les jours, 365 jours par an ! Donc peut être plus au niveau horaire etc... mais au final je pense que les patients aussi s'y font donc ! Et je pense que cela est très bien, vive les femmes ! »

Les femmes expriment peut être plus volontiers leur désir d'équilibre entre **vie professionnelle** et **vie de famille**. Et même si le couple a évolué avec notamment une nouvelle répartition des tâches ménagères et une relation plus « égalitaire », il n'en demeure pas moins que les contraintes familiales sont plus fortes pour les femmes. On observe alors que les femmes médecins généralistes travaillent par exemple six heures de moins par semaine que leurs confrères (soit environ 50 heures) et le temps partiel, quasi exceptionnel chez les hommes, concerne plus de 25 % des femmes (7).

C'est d'ailleurs ce que nous explique Séverine :

Séverine, 37 ans, milieu semi-rural, thèse en 2004, sans enfant :

« [...] sauf qu'on sait très bien que les femmes font encore beaucoup plus les travaux domestiques et s'occupent des enfants donc, du coup c'est vrai que les femmes travaillent un petit peu moins, et on se le prend des fois aussi un peu dans les dents... moi j'ai déjà eu des confrères, alors indirectement, jamais en face, qu'une « femme médecin » ce n'était pas un vrai médecin... Parce que ça bosse à mi temps, parce que ça finissait plus tôt le soir, alors que ma collègue et moi, moi je n'ai pas d'enfant mais, L. qui a deux gamins, elle part à la même heure que moi, elle fait les mêmes horaires que moi ! Mais il y a toute une organisation derrière qui fait que c'est possible pour elle ! Maintenant, je conçois bien que dans un couple ou l'égalité et le partage des tâches n'est pas encore complètement fait, c'est vrai que ça peut rentrer en ligne de compte ! »

Ou encore Inès :

Inès, 30 ans, milieu urbain, thèse en 2012, mariée, 1 enfant :

(Question : quels sont les facteurs limitant votre participation à des formations ?)

« Mon enfant ! On est moins disponible et je n'ai pas envie d'y passer toutes mes soirées ! Alors sur l'emploi du temps, oui, je pars plus tôt, avant...c'est ce que je disais, sur le temps de travail quand tu as des enfants, ce n'est pas pareil, avant j'étais remplaçante, quand je rentrais à 20h, pfff... ce n'était pas bien grave, il y avait du boulot, je bossais ! Là maintenant il y a des impératifs... déjà j'ai envie de le voir ! Il y a des impératifs « techniques » de nourrice, tu ne peux pas le laisser jusque 21 h de toute façon [...]. Donc je fais moins de formations continues. Tes priorités changent ! Et puis tu as des impératifs ! De temps en temps c'est arrivé que l'on fasse appel à ma sœur pour qu'on y aille tous les deux, et il y a aussi le fait que mon mari fasse exactement pareil que moi ! »

Inès : *(Question : Avoir un enfant a eu la même influence sur l'emploi du temps de votre mari ?)*

« Je pense un peu plus pour moi... j'ai effectivement choisi la collaboration pour avoir plus de temps mais parce que c'est moi aussi qui le voulais, lui il est installé, il bosse son temps, son 100 %, et le soir c'est souvent moi, mais parce que j'ai envie aussi, mais c'est moi qui me dépêche pour terminer et pour aller le chercher plus vite mais mon mari travaille effectivement un peu plus tard et lui, au début il était remplaçant, donc voilà... il est installé, c'est un début d'installation, donc c'était aussi pour que cela se passe bien avec sa patientèle, et qu'il ne soit pas parti tous les soirs à 18h, parce qu'il y a des patients qui ont besoin d'avoir leur médecin qui soit là un peu plus tard ! On essaie de faire un soir sur deux... de temps en temps que ce soit lui qui y aille pour que moi je puisse bosser plus tard ou que je puisse aller au sport ! Mais c'est plus moi qui ai modifié que lui. Condition de la femme... je pense que cela reste un peu... mais cela me fait plaisir ! »

La féminisation est à l'origine d'une véritable **réorganisation** du temps de travail. Les femmes ont démontré que l'on pouvait conjuguer vie professionnelle et vie familiale avec une bonne organisation. Elles ont ouvert la voie à la prise de distance de *l'ethos*⁶ professionnel classique qui consistait en une disponibilité quasi permanente pour le métier. Mais bien plus qu'un phénomène de genre, cette volonté de disposer de plus de temps personnel, est plutôt un phénomène **générationnel**. Comme le précise Séverine :

Séverine, 37 ans, semi rural, thèse en 2004, sans enfant :

« Je ne sais pas si ce sont les femmes ou la génération, les nouvelles générations qui arrivent ! Parce que c'est clair que les nouvelles générations, et là je pense que ce soient les mecs ou les filles il n'y a pas de différence, on a tous pas envie de travailler 70 heures par semaine comme le faisait nos anciens confrères ! Là je ne suis pas sûre que cela soit une histoire de sexe ! C'est certainement une histoire de génération, les garçons s'y retrouvent aussi et comme je te le disais, il y a l'aspect sociologique du truc où la place de la femme dans la société est en train d'évoluer tout doucement, tout doucement [...]. »

Ainsi, les jeunes médecins, femmes comme hommes, affirment clairement leur désir de ne plus se « sacrifier » comme l'ont fait leurs aînés. Ils revendiquent la possibilité de pouvoir organiser leur temps de travail comme ils le souhaitent. Ils prouvent alors, en milieu libéral, qu'il existe une certaine malléabilité de la profession à laquelle s'adapte parfaitement la patientèle.

⁶ **Ethos** : Ensemble des caractères communs à un groupe d'individus, appartenant à une même société. L'ethos professionnel constitue un dénominateur commun à un ensemble d'individus pratiquant une activité similaire qui se reconnaissent et sont reconnus comme membres d'un groupe professionnel (28).

Le contexte juridique

Comme nous l'avons déjà évoqué, la pratique de la médecine a également évolué avec la judiciarisation de la médecine. Même si cette crainte de poursuites n'est pas une obsession, elle fait partie intégrante de l'exercice médical. Les jeunes générations ont fait leurs études dans ce contexte et sont donc plus sensibles à cette pression judiciaire. Ainsi, Inès précise-t-elle :

Inès, 30 ans :

« [...] je n'ai jamais trop de craintes vis-à-vis des poursuites, quand j'ai des cas un peu compliqués, j'ai tendance à « blinder » mes observations plutôt ! Mais sinon voilà quand j'ai des cas un peu limites, j'essaie de faire des belles observations mais sinon... Cela n'est pas un truc qui m'obsède... ! Ce n'est pas quelque chose qui m'inquiète pour l'instant ! »

Les médecins interrogés déclarent toutefois ne pas faire d'examens complémentaires abusivement uniquement par craintes des poursuites juridiques. Ils refusent de céder à la « psychose » du procès et gardent leur ligne de conduite. Les médecins les plus expérimentés semblent même s'affranchir totalement de cette crainte, écoutons Edouard :

Edouard, 62 ans :

« Non, j'ai encore cette chance là... je pense que vous vous aller l'avoir (ndlr : sous entendu les jeunes médecins) ! Plus que nous, mais moi, non !

Peut être bêtement, mais je n'ai pas peur de ça ! Parce que je me dis que j'habite à N. (ndlr : milieu rural), que j'ai 33 ans de boutique derrière moi, que les gens je les connais, que je fais mon travail, j'ai l'impression à peu près consciencieusement, et que même s'il y avait quelqu'un qui m'attaquait là dedans, j'ai un historique qui me fait dire que voilà... C'est peut être faux ce que je t'ai dit, mais cela me permet d'être tranquille ! »

Ou bien Anne-Marie :

Anne-Marie, 62 ans :

« Non, parce que je pense que si cela doit arriver, cela doit arriver (Ndlr : les poursuites juridiques) ! J'espère que je prends suffisamment de précautions dans mes dossiers pour justifier... Alors effectivement, je pense qu'il y a des situations où je ne suis pas sûre, parce que par exemple, je ne fais pas signer de papier lors d'un refus de vaccination des enfants contre l'hépatite B, c'est marqué dans le carnet de santé, c'est marqué dans le dossier : refus parental, mais il n'y a pas un document officiel qui dit que !

J'ai du faire signer des décharges, mais plus pour intimider le patient, qui... je ne sais même pas où elles sont... [...]. »

Les praticiens se sentent donc encore libres de leurs décisions et de leurs prescriptions.

Bien heureusement, la contrainte médico-légale n'est pas omniprésente dans les consultations.

Conclusion

Notre travail a montré que le **genre** et la **formation** des médecins sont deux facteurs importants pouvant déterminer et influencer les comportements des médecins généralistes face aux recommandations.

Nous nous devons toutefois de nuancer les réponses à nos deux hypothèses de départ.

Certes les jeunes médecins ont été habitués tout au long de leur formation à se référer aux recommandations, cependant il semble que l'*éducation familiale et sociale*, l'*expérience* et la *personnalité* des médecins soient des facteurs tout aussi influençants.

La question du genre est à interpréter de la même façon. Notre étude ne met pas de manière si évidente une véritable différence homme/femme dans le suivi des recommandations. Ce que la féminisation de la profession a changé de manière indiscutable est l'organisation du temps de travail avec une restructuration des conditions d'exercice.

Nous avons de plus, mis en lumière la volonté clairement affichée des médecins de disposer d'une liberté d'exercice. Ils désirent faire leurs propres choix et prendre leurs propres décisions thérapeutiques grâce à leurs connaissances, leur savoir-faire et leurs compétences. Les RBP font alors partie de la « boîte à outils » acquise par les praticiens au cours de toutes leurs années de formation médicale.

Certains points de notre recherche sont à relativiser :

Notre étude a été menée sur un petit échantillon de médecins, c'est pourquoi nous avons mis l'accent sur l'aspect **qualitatif** et non quantitatif. Une étude menée à plus grande échelle aurait sans doute mis en évidence d'autres résultats. Notre échantillon était toutefois équilibré et représentatif de la population des médecins généralistes lorrains.

Le choix d'une pathologie comme la cystite aigue simple, exclusivement féminine, constitue une autre limite à notre travail. Nous sommes conscients que ceci a une influence sur les prises en charge et décisions thérapeutiques.

La méthode de recrutement des médecins a également pu induire un biais. Les médecins ont été sélectionnés soit par leur participation à un audit du GLAM soit par la méthode dite des réseaux, autrement dit par connaissance d'autres médecins. La plupart des médecins interrogés sont **maîtres de stages** et accueillent par conséquent des étudiants en médecine. Ils ont donc une volonté clairement affichée de faire œuvre de pédagogie, de bien suivre les recommandations et de transparence de leur pratique. De plus, en exerçant avec des jeunes médecins en formation, ils se tiennent informés des évolutions des thérapeutiques et des recommandations.

Quelques pistes de réflexions :

Les recommandations de bonne pratique existent dans un désir de limiter les abus, et sont perçues par la grande majorité des médecins comme une véritable aide.

Cependant, le support et le mode de diffusion semblent deux points majeurs que les médecins souhaiteraient voir évoluer. On pourrait alors imaginer la création d'un logiciel d'aide à la pratique, semblables aux logiciels d'aide à la prescription, où les recommandations se référant au diagnostic posé s'afficheraient de manière synthétique et claire.

L'apparition tout récemment des nouveaux modes de rémunérations de médecins va également modifier de manière considérable le suivi des recommandations.

C'est le cas pour la **rémunération à la performance** introduite par une convention médicale signée le 26 juillet 2011 entre les syndicats de médecins et la caisse nationale d'assurance maladie (CNAM). Ce texte, en vigueur de 2012 à 2016, prévoit une rémunération à la performance, en parallèle au paiement à l'acte, versée par la Sécurité sociale, qui s'adresse aussi bien aux médecins généralistes qu'aux spécialistes.

Elle est conditionnée par plusieurs objectifs de santé publique remplis par le médecin traitant : modernisation du cabinet médical, réduction des prescriptions d'antibiotiques ou d'arrêts de travail, préférence aux médicaments génériques, réalisation de vaccins saisonniers, gestion du dossier médical personnel (DMP), etc...

Jusqu'à 26 critères à respecter sont identifiés, même si aucun n'est spécifiquement obligatoire. Chaque indicateur atteint permet d'acquérir des points, jusqu'à 1 300 points au maximum. Le point valant environ 7 €, la prime peut atteindre jusqu'à 9 120 € au maximum.

Ce nouveau mode de rémunération du médecin se fait sur la base du volontariat, puisque le praticien signe un contrat avec la CNAM qui ne le rend pas obligatoire mais incitatif.

Les primes, qui devront être versées à partir de 2013, seront calculées à partir des objectifs atteints en 2012 (29).

Il serait alors intéressant d'étudier dans un autre travail l'influence de ces nouveaux modes de rémunération sur le suivi des recommandations.

Notre étude socio-médicale nous montre alors que l'exercice de la médecine reste une discipline à dimension « humaine », il y aura donc toujours autant de pratiques et de façons de faire qu'il y aura de médecins différents. Chacun fait avec son expérience, sa sensibilité et ses compétences. C'est ce qui fait l'intérêt et la richesse de cette profession.

Bibliographie

1. Grippe A : Bachelot annule la moitié des commandes de vaccins - L'EXPRESS [Internet]. [Cité 14 juin 2013]. Disponible sur: http://www.lexpress.fr/actualite/sciences/sante/bachelot-annule-la-moitie-des-commandes-de-vaccins_839962.html
2. CANIARD Etienne, Ministère de la santé, Rapport public, Les recommandations de bonnes pratiques : un outil de dialogue, de responsabilité et de diffusion de l'innovation, La documentation française, Avril 2002, 93 p.
3. VALEUR JURIDIQUE DES RECOMMANDATIONS DE BONNES PRATIQUES, Congrès national, Association Médicale Avicenne de France, 17 novembre 2007, Mascaret Caroline, Haute Autorité de Santé, 17 p.
4. Méthodes d'élaboration des recommandations de bonne pratique [Internet]. [cité 26 avr 2013]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-01/document_d_information_recommandations_de_bonne_pratique_2011-01-06_11-12-31_795.pdf
5. LEMORTON Catherine, *Rapport d'information déposé en application de l'article 145 du Règlement par la commission des affaires culturelles, familiales et sociales en conclusion des travaux de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale sur la prescription, la consommation et la fiscalité des médicaments*, N°848, enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 30 avril 2008, 503 p.
6. CHAIX Basile, CHAUVIN Pierre, Influence du contexte de résidence sur les comportements de recours aux soins, L'apport des méthodes d'analyse multiniveaux et spatiales, Questions d'économie de la santé, bulletin d'information en économie de la santé, décembre 2005, n°104,6 p.
7. BLOY Géraldine, SCHWEYER François-Xavier, et al. Singuliers généralistes, sociologie de la médecine générale. presses de l'ehesp. 2010. 423 p.
8. IPSOS SANTE. Le rapport des Français et des Européens à l'ordonnance et aux médicaments. 2005.
9. GADOT L, Fédération nationale de la mutualité française, Prescription et consommation de médicaments à service médical rendu insuffisant (SMRI) : une comparaison internationale. Synthèse de l'étude. Direction de la santé , Département politique du médicament; 2005.
10. Poids économique des SMRI - definition_smr.pdf [Internet]. [cité 27 août 2013]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/definition_smr.pdf
11. Médecine factuelle : sites et documents en langue française [Internet]. [cité 8 mai 2013]. Disponible sur: <http://www.chu-rouen.fr/ssf/profes/medecinefondeesurlapreuve.html>

12. EBM janvier 2011 - EBMBIUSante_janv2011.pdf [Internet]. [cité 8 mai 2013]. Disponible sur: http://www.biusante.parisdescartes.fr/medecine/formation/EBMBIUSante_janv2011.pdf
13. REGARDS SUR L'EDUCATION 2009, LES INDICATEURS DE L'OCDE, version révisée septembre 2009, 502 p.
14. FONTANINI C. « Égalité filles-garçons : où en est-on ? », *Questions Vives* [En ligne], Vol.8 n°15 | 2011, mis en ligne le 10 octobre 2011, consulté le 03 septembre 2013. URL : <http://questionsvives.revues.org/708>
15. CACOUAULT-BITAUD M. La féminisation d'une profession est-elle le signe d'une baisse de prestige? *Trav Genre Société*. mars 2001, (5).
16. VORKAUFER.S, Les infections urinaires communautaires bactériennes de l'adulte : prise en charge diagnostique et thérapeutique. Résultats de deux tours d'un audit clinique réalisé par 66 médecins généralistes lorrains, Thèse de médecine générale, Université Henri Poincaré, Nancy, 2011.
17. Dr LEGMANN Michel, Dr ROMESTAG Patrick, La démographie médicale en France, Conférence de Presse, jeudi 18 octobre 2012.
18. AFSSAPS, Diagnostic et antibiothérapie des infections urinaires bactériennes communautaires chez l'adulte : recommandations de bonne pratique. juin 2008. 45 p.
19. ANTIBIOLOR le réseau lorrain d'antibiologie, Antibio Guide 2012, référentiel lorrain d'antibiologie en établissements de soins. 2012. p15
20. ANTIBIOCLIC: Antibiothérapie rationnelle en soins primaires [Internet]. [cité 4 sept 2013]. Disponible sur: <http://www.antibioclic.com/>
21. Collège universitaire des enseignants d'urologie. Urologie, Nouvelle Edition, Réussir l'ECN, ellipses. 2006. p 127-133.
22. VAN CAMPENHOUDT Luc, QUIVY Raymond, Manuel de recherche en sciences sociales. 4ème édition. DUNOD; 2011. 260 p.
23. MOSCOVICI Serge, Psychologie sociale. 2ème édition " Quadrige", Puf, 2011.p 25-48, p 364-384.
24. LAURE Patrick, TREPOS ERASE Jean-Yves, Représentations des recommandations professionnelles par les médecins généralistes. *Santé Publique*. 2006 ,18(4):573.
25. LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, version consolidée du 19 mai 2011, JORF du 5 mars 2002 page 4118 texte n° 1.
26. L'INFLUENCE SOCIALE - 5_influence_sociale.pdf [Internet]. [cité 21 août 2013]. Disponible sur: http://moodle.insa-toulouse.fr/pluginfile.php/20265/mod_resource/content/0/th2/5_influence_sociale.pdf

27. MARQUET J. évolution et déterminants des modèles familiaux.pdf [Internet]. [cité 21 août 2013]. Disponible sur : <http://sites.uclouvain.be/actualites/1marquet.pdf>
28. FUSULIER Bernard, Le concept d'ethos. De ses usages classiques à un usage renouvelé, Recherches sociologiques et anthropologiques, 2011, 42-1, p.97-109.
29. *Arrêté du 22 septembre 2011 portant approbation de la convention nationale des médecins généralistes et spécialistes* | LEGIFRANCE [Internet]. [cité 27 juill 2013]. Disponible sur: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000024803740&dateTexte=vig>

Annexe 1 : Principales caractéristiques des médecins participants

	Sexe H/F	Age (ans)	Milieu d'exercice	Thèse passée depuis... (ans)	mariés	Nombre d'enfants	Parents Médecins ou milieu « para-médical »
Séverine	F	37	Semi-rural	9	Non(en couple)	0	non
Michel	H	39	rural	10	oui	2	non
Anne-Marie	F	62	rural	25	oui	4	non
Adrien	H	48	urbain	16	PACSE	3	non
Monique	F	53	urbain	21	oui	2	non
Emmanuel	H	61	« semi-urbain »	32	oui	4	non
Stéphane	H	47	rural	17	oui	1	non
Joseph	H	46	rural	13	oui	2	non
Micheline	F	50	Semi-rural	21	Non (célibataire)	0	non
Roger	H	62	Semi-rural	34	oui	3	non
Maryline	F	33	Semi-rural	4	oui	2	non
Mylène	F	47	Semi-rural	16	oui	2	non
Ludivine	F	37	Semi-rural	7	oui	2	Père pharmacien
Béatrice	F	52	urbain	22	oui	1	non
Pierre	H	55	urbain	26	Divorcé (en couple)	3	Père pharmacien
Baptiste	H	30	urbain	1	oui	1	non
Inès	F	30	urbain	1	oui	1	Oui, les 2
Edouard	H	62	rural	36	oui	3	non
Julien	H	35	Semi-rural	7	oui	3	non
Geoffrey	H	35	Semi-rural	3	oui	3	Père médecin généraliste
Mireille	F	56	urbain	21	oui	3	non
Patrick	H	57	Semi-rural	29	oui	3	non
Totaux	10 F	5 <35 ans	9 semi-ruraux	8 < 10 ans	18 mariés	12 <3 enfants	18 non
	12 H	10 entre 35 et 55ans	5 ruraux	4 entre 10 et 20 ans	3 en « union libre »	8 ont 3 enfants	4 oui
		7 > 55 ans	7 urbains 1 « semi-urbain »	10 > 20 ans	1 célibataire	2 > 3 enfants	

F = femme

H= homme

Annexe 1 : Principales caractéristiques des médecins participants (suite)

	Participation Audit du GLAM	Mode d'exercice	Distance hôpital (km)	Visiteurs médicaux	Maîtres de stages
Séverine	non	groupe	15-20	oui	non
Michel	non	groupe	25	oui	non
Anne-Marie	oui	groupe	15	oui	oui
Adrien	oui	groupe	1-2	oui	non
Monique	oui	groupe	< 5	oui	non
Emmanuel	oui	seul	20	non	non
Stéphane	oui	seul	5	oui	non
Joseph	oui	groupe	20	oui	oui
Micheline	oui	groupe	30	oui	oui
Roger	oui	seul	10	oui	non
Maryline	non	seule	20	oui	non
Mylène	oui	seule	10-20	oui	oui
Ludivine	non	groupe	15	oui	non
Béatrice	oui	groupe	1	non	non
Pierre	non	groupe	5	oui	non
Baptiste	non	groupe	0.5	oui	non
Inès	non	groupe	2	oui	non
Edouard	non	seul	16	non	oui
Julien	non	groupe	<5	oui	oui
Geoffrey	non	groupe	15	non	non
Mireille	non	Associée mais travail en "contre-équipe"	2	non	oui
Patrick	non	seul	10	non	oui
Totaux	12 non 10 oui	14 en groupe 7 seul 1 « autre »	9 < 5 km 5 entre 5 et 15 km 8 plus de 15 km	16 oui 6 non	13 non 9 oui

Annexe 2 : Cas clinique

Melle B. 20 ans vient vous consulter car elle présente depuis la veille au soir une pollakiurie avec brûlures mictionnelles. Elle n'a pas de fièvre. L'examen clinique est strictement normal, il n'y a pas de douleur ni de contact lombaire. Elle a déjà fait un épisode similaire l'année dernière lors duquel vous l'aviez traitée par *Fosfomycine-Trométamol* en dose unique, ce qui l'avait soulagé immédiatement.

Q1) Faites- vous une bandelette urinaire (BU) à votre cabinet ?

Q1 bis) Si oui, comment recueillez vous les urines ? (matériel utilisé)

Q2) Comment vous procurez-vous vos bandelettes urinaires ?

Q3) Si vous en possédez, pouvons nous regarder leur date de péremption ?

Q4) Quel(s) résultats de BU considérez-vous comme pathologique(s) ?

Q5) La patiente vous dit qu'elle n'arrivera pas à uriner car elle vient juste d'aller aux toilettes avant la consultation, que faites-vous ?

Q6) La BU est strictement normale, que faites-vous ? (ECBU ou non, traitement ou non)

Q7) Si vous jugez qu'une antibiothérapie est nécessaire, quelle antibiothérapie prescrivez-vous en première intention ?

Q8) Quels conseils complémentaires donnez-vous à la patiente ?

Q9) Après avoir repris l'interrogatoire, réexaminer la patiente et avoir obtenu une BU strictement normale, vous jugez finalement inutile de lui prescrire des antibiotiques (car vous estimez le diagnostic de cystite simple peu probable). Mais elle insiste lourdement pour en avoir, car à chaque fois qu'elle a eu ses symptômes, le médecin a fini quelques jours plus tard par lui prescrire des antibiotiques. Vous n'aviez pas l'intention de lui en donner mais Melle B vous explique « par A+B » que quoiqu'il arrive, il lui faut des antibiotiques ! Que faites - vous ?

Q10) Sur quelles recommandations vous basez-vous ?

Q11) Comment considérez-vous les recommandations ? (plutôt comme une aide ou au contraire comme un frein à votre pratique)

Q12) Que savez-vous de la « valeur juridique » des recommandations ?

Q13) Consultez-vous des documents (livres, revues, internet...) pour vous guidez dans vos décisions lors de vos consultations ?

Annexe 3 : Questions d'ordre biographique

- Année de naissance
- Marié(e)
- Nombre d'enfants
- Date d'installation et date de fin d'études
- Participation à des Formations médicales continues (FMC), groupes de pairs ou abonnements à des revues médicales
- Parents médecins ou professions médicales ou paramédicales
- Lieu d'exercice
- A quelle distance se trouve le centre hospitalier le plus proche
- Mode d'exercice (seul ou en cabinet de groupe)
- Visiteurs médicaux oui/non
- Participation à l'audit du GLAM

Annexe 4 : Entretiens biographiques

Sexe

Age

Date de thèse

Milieu d'exercice

Q1) Qu'est ce qui vous a poussé à faire médecine ? Comment/ pourquoi avoir fait des études de médecine ?

Modèle parental, représentation sociale...

Q2) La réalité de la profession est-elle conforme à l'image/représentation que vous en aviez ?

Q3) Quelles sont pour vous les principales difficultés rencontrées par un médecin généraliste ?

Q4) L'existence de recommandations de bonne pratique apporte-t-elle un changement dans vos pratiques ?

(Pour anciens médecins) **Qu'est ce que l'apparition des recommandations a changé dans vos pratiques ?**

Q5) Pensez- vous faire plus ou au contraire moins d'examens complémentaires ou traitements en suivant les recommandations ?

Encadrement des pratiques, limitation des abus

Q6) Que faudrait-il changer aux recommandations pour les rendre plus applicables ?

Q7) Qu'est ce qui pourrait faire changer vos pratiques face à une situation clinique ?

Poids des habitudes

Q8) Que pensez-vous de la féminisation de la profession ?

Pour les femmes : pensez – vous qu'être une femme représente une difficulté ? Pensez- vous avoir moins de crédibilité et être obligée de vous justifier d'avantage ?

Q9) Avez- vous eu déjà des plaintes ? La crainte de poursuites juridiques est-elle présente lors de votre exercice professionnel ? Vous arrive-t-il de prescrire des examens complémentaires uniquement dans le but d'éviter des poursuites juridiques en cas de conflit avec le patient ?

Q10) Quelle importance accordez-vous au jugement du patient sur votre pratique ? Un patient très insistant arrive-t-il à vous influencer ?

Liste des abréviations utilisées :

AFFSAPS : agence française de sécurité sanitaire des produits de santé

ALD : affection de longue durée

AMPPU : association médicale de perfectionnement post-universitaire

BU : bandelette urinaire

CNAM : caisse nationale d'assurance maladie

DMP : dossier médical personnel

EBM : evidence based medicine

ECBU : examen cytologique et bactériologique des urines

ECN : épreuves classantes nationales

FMC : formation médicale continue

GLAM : groupe lorrain d'audit médical

HAS : haute autorité de santé

OCDE : organisation de coopération et de développement économique

RBP : recommandations de bonne pratique

RMO : références médicales opposables

SMRI : service médical rendu insuffisant

VU

NANCY, le **30 juillet 2013**

Le Président de Thèse

Professeur C. RABAUD

NANCY, le **30 juillet 2013**

Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur H. COUDANE

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE/6519

NANCY, le 27/08/2013

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE LORRAINE

Professeur P. MUTZENHARDT

RESUME DE LA THESE :

Les **Recommandations de Bonne Pratique** (RBP) ont été créées dans le but d'améliorer la **qualité** et la **sécurité des soins** avec comme conséquence indirecte une **standardisation** des pratiques médicales. Pour autant, force est de constater une grande variabilité des pratiques des médecins généralistes face à une même situation clinique.

Le but de notre travail est de connaître le positionnement des médecins face à ces RBP et s'ils étaient ou non désireux de les suivre, et dans la négative, pourquoi. Nous avons voulu savoir si certaines caractéristiques propres aux médecins avaient une influence sur la volonté de suivre ou non les RBP (en particulier l'âge et le sexe). Nous avons mené une **étude qualitative** auprès de **22 médecins généralistes lorrains**. Une première série d'entretiens semi-dirigés, se basant sur un cas clinique de cystite aigue simple de la femme, nous a permis de comprendre l'intérêt porté aux RBP. Puis une deuxième série de 6 entretiens d'ordre biographique a mis en évidence quelques déterminants psychosociologiques de l'influence et du changement d'attitude.

Cette étude a montré que même si le genre et la formation sont des facteurs essentiels déterminant le suivi ou non des RBP, d'autres facteurs comme l'expérience, l'éducation, la personnalité entrent en jeu, et nous nous sommes alors intéressés aux concepts d'**obéissance** et de **conformité**. A travers ce travail, nous avons également vu que la **féminisation** de la profession est à l'origine d'une restructuration de l'organisation du temps de travail chez les médecins libéraux. Le phénomène de « **judiciarisation** » de la médecine a également des conséquences sur les pratiques des médecins.

D'une manière générale, la plupart des médecins est satisfait de l'existence des recommandations mais des points sont pourtant à améliorer comme la présentation et le mode de diffusion.

L'apparition tout récemment de **nouveaux modes de rémunérations** avec des objectifs et un système de prime, va également modifier de manière considérable le suivi des recommandations.

Notre étude sociologique nous montre alors que l'exercice de la médecine reste un art à dimension « humaine », et tenant compte de la personnalité des médecins mais aussi de la situation du patient. Il est probable que persisteront des pratiques différentes face à des situations qui semblent identiques. Chacun fait avec son expérience, sa sensibilité et ses compétences. C'est ce qui fait l'intérêt et la richesse de cette profession.

TITRE EN ANGLAIS:

The behavior of the general practitioners in front of recommendations of good practice

THESE: MEDECINE GENERALE – ANNEE 2013

MOTS CLEFS:

Recommandations de bonne pratique - comportements - médecins généralistes - conformité et obéissance - féminisation

UNIVERSITE HENRI POINCARÉ, NANCY - 1

Faculté de Médecine de Nancy

9, avenue de la Forêt de Haye

54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex