

UNIVERSITÉ DE STRASBOURG
FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG

ANNÉE 2018

N° 210

THÈSE
PRÉSENTÉE POUR LE DIPLÔME DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

Diplôme d'état

Mention : Médecine générale

PAR

Gülay SAHIN ERDOGAN

Née le 5 juin 1989 à Saint Jean de Maurienne (Savoie)

Titre de la Thèse :

Les facteurs qui influencent les prescriptions des médecins généralistes.
Étude qualitative par entretiens semi-directifs auprès des médecins généralistes
dans le Bas-Rhin.

Président de thèse : Monsieur le Professeur VOGEL Thomas

Directeur de thèse : Monsieur le Professeur Michel LÉVÊQUE

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités	
BRUANT-RODIER Catherine P0023	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie Maxillo-faciale et réparatrice / Hôpital Civil	50.04	Option : chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
Mme CAILLARD-OHLMANN Sophie P0171	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Transplantation / NHC	52.03	Néphrologie
CANDOLFI Ermanno P0025	RP6 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS • Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02	Parasitologie et mycologie (option biologique)
CASTELAIN Vincent P0027	NRP6 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital Hautepierre	48.02	Réanimation
CHAKFE Nabil P0029	NRP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire / Option : chirurgie vasculaire
CHARLES Yann-Philippe M0013 / P0172	NRP6 NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Chirurgie B / HC	50.02	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme CHARLOUX Anne P0028	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02	Physiologie (option biologique)
Mme CHARPIOT Anne P0030	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01	Oto-rhino-laryngologie
CHAUVIN Michel P0040	NRP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02	Cardiologie
CHELLY Jameleddine P0173	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / NHC	47.04	Génétique (option biologique)
Mme CHENARD-NEU Marie- Pierre P0041	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03	Anatomie et cytologie pathologiques (option biologique)
CLAVERT Philippe P0044	NRP6 NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie / CCOM d'Illkirch	42.01	Anatomie (option clinique, orthopédie traumatologique)
COLLANGE Olivier PO193	NRP6 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation Chirurgicale / NHC	48.01	Anesthésiologie-Réanimation ; Médecine d'urgence (option Anesthésiologie-Réanimation - Type clinique)
CRIBIER Bernard P0045	NRP6 CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03	Dermato-Vénérologie
DANION Jean-Marie P0046	NRP6 CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie 1 / Hôpital Civil	49.03	Psychiatrie d'adultes
Mme DANION-GRILLIAT Anne P0047	S/nb Cons	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service Psychothérapeutique pour Enfants et Adolescents / HC et Hôpital de l'Elsau	49.04	Pédopsychiatrie
de BLAY de GAIX Frédéric P0048	RP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01	Pneumologie
DEBRY Christian P0049	NRP6 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01	Oto-rhino-laryngologie
de SEZE Jérôme P0057	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01	Neurologie
DIEMUNSCH Pierre P0051	RP6 CS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie-Réanimation Chirurgicale / Hôpital de Hautepierre	48.01	Anesthésiologie-réanimation (option clinique)
Mme DOLLFUS-WALTMANN Hélène P0054	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Hautepierre	47.04	Génétique (type clinique)
DUCLOS Bernard P0055	NRP6 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépto-Gastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01	Option : Gastro-entérologie
DUFOUR Patrick (5) (7) P0056	S/nb Cons	• Centre Régional de Lutte contre le cancer Paul Strauss (convention)	47.02	Option : Cancérologie clinique
EHLINGER Matthieu P0188	NRP6 NCS	• Pôle de l'Appareil Locomoteur - Service de Chirurgie Orthopédique et de Traumatologie/Hôpital de Hautepierre	50.02	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Mme ENTZ-WERLE Natacha P0059	NRP6 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautepierre	54.01	Pédiatrie
Mme FACCA Sybille P0179	NRP6 NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de la Main et des Nerfs périphériques / CCOM Illkirch	50.02	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme FAFI-KREMER Samira P0060	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01	Bactériologie-Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie-Virologie biologique
FALCOZ Pierre-Emmanuel P0052	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Chirurgie Thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
GANGI Afshin P0062	RP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02	Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GAUCHER David P0063	NRP6 NCS	• Pôle des Spécialités Médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02	Ophtalmologie
GENY Bernard P0064	NRP6 CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02	Physiologie (option biologique)
GICQUEL Philippe P0065	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Hautepierre	54.02	Chirurgie infantile

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités	
GOICHOT Bernard P0066	RP0 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et de nutrition / HP	54.04	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme GONZALEZ Maria P0067	NRP0 CS	• Pôle de Santé publique et santé au travail - Service de Pathologie Professionnelle et Médecine du Travail / HC	46.02	Médecine et santé au travail Travail
GOTTENBERG Jacques-Eric P0068	NRP0 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Hautepierre	50.01	Rhumatologie
GRUCKER Daniel (1) P0069	S/nb	• Pôle de Biologie - Labo. d'Explorations fonctionnelles par les isotopes in vitro / NHC • Institut de Physique biologique / Faculté de Médecine	43.01	Biophysique et médecine nucléaire
HANNEDOUCHE Thierry P0071	NRP0 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie - Dialyse / Nouvel Hôpital Civil	52.03	Néphrologie
HANSMANN Yves P0072	NRP0 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / Nouvel Hôpital Civil	45.03	Option : Maladies infectieuses
HERBRECHT Raoul P0074	RP0 NCS	• Pôle d'Oncolo-Hématologie - Service d'hématologie et d'Oncologie / Hôp. Hautepierre	47.01	Hématologie ; Transfusion
HIRSCH Edouard P0075	NRP0 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01	Neurologie
HOCHBERGER Jürgen P0076 (Disponibilité 30.04.18)	NRP0 CU	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Unité de Gastro-Entérologie - Service d'Hépatogastro-Entérologie / Nouvel Hôpital Civil	52.01	Option : Gastro-entérologie
IMPERIALE Alessio P0194	NRP0 NCS	• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Hautepierre	43.01	Biophysique et médecine nucléaire
ISNER-HOROBETI Marie-Eve P0189		• Pôle de l'Appareil Locomoteur - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05	Médecine Physique et Réadaptation
JAULHAC Benoît P0078	NRP0 CS	• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté de Méd.	45.01	Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme JEANDIDIER Nathalie P0079	NRP0 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, diabète et nutrition / HC	54.04	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
KAHN Jean-Luc P0080	NRP0 CS NCS	• Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine • Pôle de chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, chirurgie maxillo-faciale, morphologie et dermatologie - Serv. de Morphologie appliquée à la chirurgie et à l'imagerie / FAC - Service de Chirurgie Maxillo-faciale et réparatrice / HC	42.01	Anatomie (option clinique, chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)
KALTENBACH Georges P0081	RP0 CS	• Pôle de Gériatrie - Service de Médecine Interne - Gériatrie / Hôpital de la Robertsau	53.01	Option : gériatrie et biologie du vieillissement
KEMPF Jean-François P0083	RP0 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Centre de Chirurgie Orthopédique et de la Main-CCOM / Illkirch	50.02	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme KESSLER Laurence P0084	NRP0 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, Diabète, Nutrition et Addictologie / Méd. B / HC	54.04	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
KESSLER Romain P0085	NRP0 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01	Pneumologie
KINDO Michel P0195	NRP0 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
KOPFERSCHMITT Jacques P0086	NRP0 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service d'Urgences médico-chirurgicales adultes/Nouvel Hôpital Civil	48.04	Thérapeutique (option clinique)
Mme KORGANOW Anne-Sophie P0087	NRP0 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03	Immunologie (option clinique)
KREMER Stéphane M0038 / P0174	NRP0 CS	• Pôle d'Imagerie - Service Imagerie 2 - Neuroradio Ostéoarticulaire - Pédiatrie / HP	43.02	Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
KRETZ Jean Georges (1) (8) P0088	S/nb Cons	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
KUHN Pierre P0175	NRP0 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Néonatalogie et Réanimation néonatale (Pédiatrie II) / Hôpital de Hautepierre	54.01	Pédiatrie
KURTZ Jean-Emmanuel P0089	NRP0 CS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Service d'hématologie et d'Oncologie / Hôpital Hautepierre	47.02	Option : Cancérologie (clinique)
LANG Hervé P0090	NRP0 NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04	Urologie
LANGER Bruno P0091	RP0 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03	Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale : option gynécologie-Obstétrique
LAUGEL Vincent P0092	NRP0 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 / Hôpital Hautepierre	54.01	Pédiatrie
LE MINOR Jean-Marie P0190	NRP0 NCS	• Pôle d'Imagerie - Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine - Service de Neuroradiologie, d'imagerie Ostéoarticulaire et interventionnelle/Hôpital de Hautepierre	42.01	Anatomie
LIPSKER Dan P0093	NRP0 NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03	Dermato-vénérologie

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités	
LIVERNEAUX Philippe P0094	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la main - CCOM / Illkirch	50.02	Chirurgie orthopédique et traumatologique
MARESCAUX Christian (5) P0097	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD -Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01	Neurologie
MARK Manuel P0098	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Cytogénétique, Cytologie et Histologie quantitative / Hôpital de Hautepierre	54.05	Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MARTIN Thierry P0099	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03	Immunologie (option clinique)
MASSARD Gilbert P0100	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Chirurgie Thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme MATHELIN Carole P0101	NRP6 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Unité de Sénologie - Hôpital Civil	54.03	Gynécologie-Obstétrique ; Gynécologie Médicale
MAUVIEUX Laurent P0102	NRP6 CS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Laboratoire d'Hématologie Biologique - Hôpital de Hautepierre - Institut d'Hématologie / Faculté de Médecine	47.01	Hématologie ; Transfusion Option Hématologie Biologique
MAZZUCOTELLI Jean-Philippe P0103	RP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
MERTES Paul-Michel P0104	NRP6 CS	• Pôle d'Anesthésiologie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation chirurgicale / Nouvel Hôpital Civil	48.01	Option : Anesthésiologie-Réanimation (type mixte)
MEYER Nicolas P0105	NRP6 NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Laboratoire de Biostatistiques / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / Hôpital Civil	46.04	Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication (option biologique)
MEZIANI Ferhat P0106	NRP6 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02	Réanimation
MONASSIER Laurent P0107	NRP6 CS	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie • Unité de Pharmacologie clinique / Nouvel Hôpital Civil	48.03	Option : Pharmacologie fondamentale
MOREL Olivier P0108	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02	Cardiologie
MOULIN Bruno P0109	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie - Transplantation / Nouvel Hôpital Civil	52.03	Néphrologie
MUTTER Didier P0111	RP6 CS	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Digestive / NHC	52.02	Chirurgie digestive
NAMER Izzie Jacques P0112	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / Hautepierre / NHC	43.01	Biophysique et médecine nucléaire
NISAND Israël P0113	NRP6 CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03	Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale : option gynécologie-Obstétrique
NOEL Georges P0114	NCS	• Centre Régional de Lutte Contre le Cancer Paul Strauss (par convention) - Département de radiothérapie	47.02	Cancérologie ; Radiothérapie Option Radiothérapie biologique
OHLMANN Patrick P0115	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02	Cardiologie
Mme PAILLARD Catherine P0180	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgicale de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautepierre	54.01	Pédiatrie
Mme PERRETTA Silvana P0117	NRP6 NCS	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service d'Urgence, de Chirurgie Générale et Endocrinienne / NHC	52.02	Chirurgie digestive
PESSAUX Patrick P0118	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Urgence, de Chirurgie Générale et Endocrinienne / NHC	53.02	Chirurgie Générale
PETIT Thierry P0119	CDp	• Centre Régional de Lutte Contre le Cancer - Paul Strauss (par convention) - Département de médecine oncologique	47.02	Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
POTTECHER Julien P0181	NRP6 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie et de Réanimation Chirurgicale / Hôpital de Hautepierre	48.01	Anesthésiologie-réanimation ; Médecine d'urgence (option clinique)
PRADIGNAC Alain P0123	NRP6 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et nutrition / HP	44.04	Nutrition
PROUST François P0182	NRP6 CS	• Pôle Tête et Cou - Service de Neurochirurgie / Hôpital de Hautepierre	49.02	Neurochirurgie
Mme QUOIX Elisabeth P0124	NRP6 CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01	Pneumologie
Pr RAUL Jean-Sébastien P0125	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et NHC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03	Médecine Légale et droit de la santé
REIMUND Jean-Marie P0126	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépato-Gastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01	Option : Gastro-entérologie
Pr RICCI Roméo P0127	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01	Biochimie et biologie moléculaire
ROHR Serge P0128	NRP6 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02	Chirurgie générale

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités	
Mme ROSSIGNOL -BERNARD Sylvie P0196	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Hautepierre	54.01	Pédiatrie
ROUL Gérard P0129	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02	Cardiologie
Mme ROY Catherine P0140	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Serv. d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02	Radiologie et imagerie médicale (opt clinique)
SAUDER Philippe P0142	NRP6 CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02	Réanimation
SAUER Arnaud P0183	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02	Ophtalmologie
SAULEAU Erik-André P0184	NRP6 NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Laboratoire de Biostatistiques / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / HC	46.04	Biostatistiques, Informatique médicale et Technologies de Communication (option biologique)
SAUSSINE Christian P0143	RP6 CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04	Urologie
SCHNEIDER Francis P0144	RP6 CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Hautepierre	48.02	Réanimation
Mme SCHRÖDER Carmen P0185	NRP6 CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychothérapie pour Enfants et Adolescents / Hôpital Civil	49.04	Pédopsychiatrie ; Addictologie
SCHULTZ Philippe P0145	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01	Oto-rhino-laryngologie
SERFATY Lawrence P0197	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépto-Gastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01	Gastro-entérologie ; Hépatologie ; Addictologie Option : Hépatologie
SIBILIA Jean P0146	NRP6 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Hautepierre	50.01	Rhumatologie
Mme SPEEG-SCHATZ Claude P0147	RP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02	Ophtalmologie
Mme STEIB Annick P0148	RP6 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation Chirurgicale / NHC	48.01	Anesthésiologie-réanimation (option clinique)
STEIB Jean-Paul P0149	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Hôpital Civil	50.02	Chirurgie orthopédique et traumatologique
STEPHAN Dominique P0150	NRP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service des Maladies vasculaires - HTA - Pharmacologie clinique / Nouvel Hôpital Civil	51.04	Option : Médecine vasculaire
THAVEAU Fabien P0152	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04	Option : Chirurgie vasculaire
Mme TRANCHANT Christine P0153	NRP6 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01	Neurologie
VEILLON Francis P0155	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie 1 - Imagerie viscérale, ORL et mammaire / Hôpital Hautepierre	43.02	Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
VELTEN Michel P0156	NRP6 NCS CS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Département de Santé Publique / Secteur 3 - Epidémiologie et Economie de la Santé / Hôpital Civil • Laboratoire d'Epidémiologie et de santé publique / HC / Fac de Médecine • Centre de Lutte contre le Cancer Paul Strauss - Serv. Epidémiologie et de biostatistiques	46.01	Epidémiologie, économie de la santé et prévention (option biologique)
VETTER Denis P0157	NRP6 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques/HC	52.01	Option : Gastro-entérologie
VIDAILHET Pierre P0158	NRP6 NCS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03	Psychiatrie d'adultes
VIVILLE Stéphane P0159	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Pathologies tropicales / Fac. de Médecine	54.05	Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
VOGEL Thomas P0160	NRP6 CS	• Pôle de Gériatrie - Service de soins de suite et réadaptations gériatriques / Hôpital de la Robertsau	51.01	Option : Gériatrie et biologie du vieillissement
WATTIEZ Arnaud P0161 (Dispo 31.07.2019)	NRP6 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03	Gynécologie-Obstétrique ; Gynécologie médicale / Opt Gynécologie-Obstétrique
WEBER Jean-Christophe Pierre P0162	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne / Nouvel Hôpital Civil	53.01	Option : Médecine Interne
WOLF Philippe P0164	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Générale et de Transplantations multiorganes / HP - Coordonnateur des activités de prélèvements et transplantations des HU	53.02	Chirurgie générale
Mme WOLFRAM-GABEL (5) Renée P0165	S/nb	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Morphologie appliquée à la chirurgie et à l'imagerie / Faculté • Institut d'Anatomie Normale / Hôpital Civil	42.01	Anatomie (option biologique)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
----------------	-----	--	--

HC : Hôpital Civil - HP : Hôpital de Hautepierre - NHC : Nouvel Hôpital Civil

* : CS (Chef de service) ou NCS (Non Chef de service hospitalier) Cspi : Chef de service par intérim CSp : Chef de service provisoire (un an)

CU : Chef d'unité fonctionnelle

Pô : Pôle RPô (Responsable de Pôle) ou NRPô (Non Responsable de Pôle)

Cons. : Consultanat hospitalier (poursuite des fonctions hospitalières sans chefferie de service) Dir : Directeur

(1) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2018

(3) (7) Consultant hospitalier (pour un an) éventuellement renouvelable --> 31.08.2017

(5) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2019 (8) Consultant hospitalier (pour une 2ème année) --> 31.08.2017

(6) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2017 (9) Consultant hospitalier (pour une 3ème année) --> 31.08.2017

A4 - PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES

HABERSETZER François	CS	Pôle Hépatodigestif 4190 Service de Gastro-Entérologie - NHC	52.01 Gastro-Entérologie
----------------------	----	---	--------------------------

MO112 B1 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (MCU-PH)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités	
AGIN Arnaud M0001		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Hautepierre	43.01	Biophysique et Médecine nucléaire
Mme ANTAL Maria Cristina M0003		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hautepierre • Faculté de Médecine / Institut d'Histologie	42.02	Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
Mme ANTONI Delphine M0109		• Centre de lutte contre le cancer Paul Strauss	47.02	Cancérologie ; Radiothérapie
ARGEMI Xavier M0112		• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / Nouvel Hôpital Civil	45.03	Maladies infectieuses ; Maladies tropicales Option : Maladies infectieuses
Mme BARNIG Cindy M0110		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations Fonctionnelles / NHC	44.02	Physiologie
Mme BARTH Heidi M0005 (Dispo → 31.12.2018)		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital Civil	45.01	Bactériologie - <u>Virologie</u> (Option biologique)
Mme BIANCALANA Valérie M0008		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04	Génétique (option biologique)
BLONDET Cyrille M0091		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Hautepierre	43.01	Biophysique et médecine nucléaire
BONNEMAIS Laurent M0099		• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	54.01	Pédiatrie
BOUSIGES Olivier M0092		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01	Biochimie et biologie moléculaire
CARAPITO Raphaël M0113		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03	Immunologie
CERALINE Jocelyn M0012		• Pôle d'Oncologie et d'Hématologie - Service d'Oncologie et d'Hématologie / HP	47.02	Cancérologie ; Radiothérapie (option biologique)
CHOQUET Philippe M0014		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / HP	43.01	Biophysique et médecine nucléaire
COLLONGUES Nicolas M0016		• Pôle Tête et Cou-CETD - Centre d'Investigation Clinique / NHC et HP	49.01	Neurologie
DALI-YOUCHEF Ahmed Nassim M0017		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC	44.01	Biochimie et biologie moléculaire
Mme de MARTINO Sylvie M0018		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Bactériologie / PTM HUS et Faculté de Médecine	45.01	Bactériologie -virologie Option bactériologie-virologie biologique
Mme DEPIENNE Christel M0100 (Dispo->15.08.18)	CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Cytogénétique / HP	47.04	Génétique
DEVYS Didier M0019		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04	Génétique (option biologique)
DOLLÉ Pascal M0021		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01	Biochimie et biologie moléculaire
Mme ENACHE Irina M0024		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02	Physiologie
FILISSETTI Denis M0025		• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Faculté	45.02	Parasitologie et mycologie (option biologique)
FOUCHER Jack M0027		• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	44.02	Physiologie (option clinique)
GUERIN Eric M0032		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03	Biologie cellulaire (option biologique)
Mme HELMS Julie M0114		• Pôle d'Urgences / Réanimations médicales / CAP - Service de Réanimation médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02	Réanimation ; Médecine d'urgence Option : Réanimation
HUBELE Fabrice M0033		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / HP et NHC	43.01	Biophysique et médecine nucléaire
Mme JACAMON-FARRUGIA Audrey M0034		• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et HC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03	Médecine Légale et droit de la santé
JEGU Jérémie M0101		• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Santé Publique / Hôpital Civil	46.01	Epidémiologie, Economie de la santé et Prévention (option biologique)
JEHL François M0035		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01	Option : Bactériologie -virologie (biologique)
KASTNER Philippe M0089		• Pôle de Biologie - Laboratoire de diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04	Génétique (option biologique)
Mme KEMMEL Véronique M0036		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01	Biochimie et biologie moléculaire
Mme LAMOUR Valérie M0040		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01	Biochimie et biologie moléculaire

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
Mme LANNES Béatrice M0041		• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine • Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
LAVAUX Thomas M0042		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire
LAVIGNE Thierry M0043	CS	• Pôle de Santé Publique et Santé au travail - Service d'Hygiène hospitalière et de médecine préventive / PTM et HUS - Equipe opérationnelle d'Hygiène	46.01 Epidémiologie, économie de la santé et prévention (option biologique)
Mme LEJAY Anne M0102		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (Biologique)
LENORMAND Cédric M0103		• Pôle de Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
LEPILLER Quentin M0104 (Dispo → 31.08.2018)		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / PTM HUS et Faculté de Médecine	45.01 Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière (Biologique)
Mme LETSCHER-BRU Valérie M0045		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS • Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
LHERMITTE Benoît M0115		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques
Mme LONSDORFER-WOLF Evelyne M0090		• Institut de Physiologie Appliquée - Faculté de Médecine • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie
LUTZ Jean-Christophe M0046		• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Serv. de Chirurgie Maxillo-faciale, plastique reconstructrice et esthétique/HC	55.03 Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
MEYER Alain M0093		• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
MIGUET Laurent M0047		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Hôpital de Hautepierre et NHC	44.03 Biologie cellulaire (type mixte : biologique)
Mme MOUTOU Céline ép. GUNTNER M0049	CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic préimplantatoire / CMCO Schiltigheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MULLER Jean M0050		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
NOLL Eric M0111		• Pôle d'Anesthésie Réanimation Chirurgicale SAMU-SMUR - Service Anesthésiologie et de Réanimation Chirurgicale - Hôpital Hautepierre	48.01 Anesthésiologie-Réanimation ; Médecine d'urgence
Mme NOURRY Nathalie M0011		• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Pathologie professionnelle et de Médecine du travail - HC	46.02 Médecine et Santé au Travail (option clinique)
PELACCIA Thierry M0051		• Pôle d'Anesthésie / Réanimation chirurgicales / SAMU-SMUR - Service SAMU/SMUR	48.02 Réanimation et anesthésiologie Option : Médecine d'urgences
PENCREAC'H Erwan M0052		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / Nouvel Hôpital Civil	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
PFAFF Alexander M0053		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS	45.02 Parasitologie et mycologie
Mme PITON Amélie M0094		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / NHC	47.04 Génétique (option biologique)
PREVOST Gilles M0057		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme RADOSAVLJEVIC Mirjana M0058		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
Mme REIX Nathalie M0095		• Pôle de Biologie - Labo. d'Explorations fonctionnelles par les isotopes / NHC • Institut de Physique biologique / Faculté de Médecine	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
RIEGEL Philippe M0059		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
ROGUE Patrick (cf. A2) M0060		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire (option biologique)
ROMAIN Benoît M0061		• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
Mme RUPPERT Elisabeth M0106		• Pôle Tête et Cou - Service de Neurologie - Unité de Pathologie du Sommeil / Hôpital Civil	49.01 Neurologie
Mme SABOU Alina M0096		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS • Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme SAMAMA Brigitte M0062		• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
Mme SCHNEIDER Anne M0107		• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie pédiatrique / Hôpital de Hautepierre	54.02 Chirurgie Infantile
SCHRAMM Frédéric M0068		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
Mme SORDET Christelle M0069		• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital de Hautepierre	50.01 Rhumatologie
TALHA Samy M0070		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option clinique)
Mme TALON Isabelle M0039		• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Infantile / Hôpital Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile
TELETIN Marius M0071		• Pôle de Biologie - Service de Biologie de la Reproduction / CMCO Schiltigheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
Mme URING-LAMBERT Béatrice M0073		• Institut d'Immunologie / HC • Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
VALLAT Laurent M0074		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie Biologique - Hôpital de Hautepierre	47.01 Hématologie ; Transfusion Option Hématologie Biologique
Mme VILLARD Odile M0076		• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Fac	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme WOLF Michèle M0010		• Chargé de mission - Administration générale - Direction de la Qualité / Hôpital Civil	48.03 Option : Pharmacologie fondamentale
Mme ZALOSZYC Ariane ép. MARCANTONI M0116		• Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
ZOLL Joffrey M0077		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / HC	44.02 Physiologie (option clinique)

B2 - PROFESSEURS DES UNIVERSITES (monoappartenant)

Pr BONAHA Christian	P0166	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des sciences et des techniques
Mme la Pre RASMUSSEN Anne	P0186	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques

B3 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES (monoappartenant)

Mr KESSEL Nils		Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques
Mr LANDRE Lionel		ICUBE-UMR 7357 - Equipe IMIS / Faculté de Médecine	69. Neurosciences
Mme THOMAS Marion		Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques
Mme SCARFONE Marianna	M0082	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques

B4 - MAITRE DE CONFERENCE DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

Mme CHAMBE Juliette	M0108	Département de Médecine générale / Faculté de Médecine	53.03 Médecine générale (01.09.15)
---------------------	-------	--	------------------------------------

C - ENSEIGNANTS ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE

C1 - PROFESSEURS ASSOCIES DES UNIVERSITES DE M. G. (mi-temps)

Pr Ass. GRIES Jean-Luc	M0084	Médecine générale (01.09.2017)
Pr Ass. KOPP Michel	P0167	Médecine générale (depuis le 01.09.2001, renouvelé jusqu'au 31.08.2016)
Pr Ass. LEVEQUE Michel	P0168	Médecine générale (depuis le 01.09.2000 ; renouvelé jusqu'au 31.08.2018)

C2 - MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE - TITULAIRE

Dre CHAMBE Juliette	M0108	53.03 Médecine générale (01.09.2015)
---------------------	-------	--------------------------------------

C3 - MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DES UNIVERSITES DE M. G. (mi-temps)

Dre BERTHOU anne	M0109	Médecine générale (01.09.2015 au 31.08.2018)
Dr BREITWILLER-DUMAS Claire		Médecine générale (01.09.2016 au 31.08.2019)
Dr GUILLOU Philippe	M0089	Médecine générale (01.11.2013 au 31.08.2016)
Dr HILD Philippe	M0090	Médecine générale (01.11.2013 au 31.08.2016)
Dr ROUGERIE Fabien	M0097	Médecine générale (01.09.2014 au 31.08.2017)

D - ENSEIGNANTS DE LANGUES ETRANGERES

D1 - PROFESSEUR AGREGE, PRAG et PRCE DE LANGUES

Mme ACKER-KESSLER Pia	M0085	Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.09.03)
Mme CANDAS Peggy	M0086	Professeure agrégée d'Anglais (depuis le 01.09.99)
Mme SIEBENBOUR Marie-Noëlle	M0087	Professeure certifiée d'Allemand (depuis 01.09.11)
Mme JUNGGER Nicole	M0088	Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.09.09)
Mme MARTEN Susanne	M0098	Professeure certifiée d'Allemand (depuis 01.09.14)

E - PRATICIENS HOSPITALIERS - CHEFS DE SERVICE NON UNIVERSITAIRES

Dr ASTRUC Dominique	NRPô CS	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Serv. de Néonatalogie et de Réanimation néonatale (Pédiatrie 2) / Hôpital de Hautepierre
Dr ASTRUC Dominique (par intérim)	NRPô CS	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Réanimation pédiatrique spécialisée et de surveillance continue / Hôpital de Hautepierre
Dr CALVEL Laurent	NRPô CS	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Soins Palliatifs / NHC et Hôpital de Hautepierre
Dr DELPLANCQ Hervé	NRPô CS	<ul style="list-style-type: none"> - SAMU-SMUR
Dr GARBIN Olivier	CS	<ul style="list-style-type: none"> - Service de Gynécologie-Obstétrique / CMCO Schiltigheim
Dre GAUGLER Elise	NRPô CS	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - UCSA - Centre d'addictologie / Nouvel Hôpital Civil
Dre GERARD Bénédicte	NRPô CS	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Biologie - Département de génétique / Nouvel Hôpital Civil
Mme GOURIEUX Bénédicte	RPô CS	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Service de Pharmacie-Stérilisation / Nouvel Hôpital Civil
Dr KARCHER Patrick	NRPô CS	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Gériatrie - Service de Soins de suite de Longue Durée et d'hébergement gériatrique / EHPAD / Hôpital de la Robertsau
Pr LESSINGER Jean-Marc	NRPô CS	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Biologie - Laboratoire de Biologie et biologie moléculaire / Nouvel Hôpital Civil + Hautepierre
Mme Dre LICHTBLAU Isabelle	NRPô Resp	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Biologie - Laboratoire de biologie de la reproduction / CMCO de Schiltigheim
Mme Dre MARTIN-HUNYADI Catherine	NRPô CS	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Gériatrie - Secteur Evaluation / Hôpital de la Robertsau
Dr NISAND Gabriel	RPô CS	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Santé Publique et Santé au travail - Service de Santé Publique - DIM / Hôpital Civil
Dr REY David	NRPô CS	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - «Le trait d'union» - Centre de soins de l'infection par le VIH / Nouvel Hôpital Civil
Dr TCHOMAKOV Dimitar	NRPô CS	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle Médico-chirurgical de Pédiatrie - Service des Urgences Médico-Chirurgicales pédiatriques - HP
Mme Dre TEBACHER-ALT Martine	NRPô NCS Resp	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle d'Activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Maladies vasculaires et Hypertension - Centre de pharmacovigilance / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dre TOURNOUD Christine	NRPô CS	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Centre Antipoison-Toxicovigilance / Nouvel Hôpital Civil

F1 - PROFESSEURS ÉMÉRITES

- o *de droit et à vie (membre de l'Institut)*
CHAMBON Pierre (Biochimie et biologie moléculaire)
- o *pour trois ans (1er septembre 2015 au 31 août 2018)*
BERTHEL Marc (Gériatrie)
BURSZTEJN Claude (Pédo-psychiatrie)
HASSELMANN Michel (Réanimation médicale)
POTTECHER Thierry (Anesthésie-Réanimation)
- o *pour trois ans (1er septembre 2016 au 31 août 2019)*
BOUSQUET Pascal
PINGET Michel
- o *pour trois ans (1er septembre 2017 au 31 août 2020)*
BELLOCQ Jean-Pierre (Anatomie Cytologie pathologique)
CHRISTMANN Daniel (Maladies Infectieuses et tropicales)
MULLER André (Thérapeutique)

F2 - PROFESSEUR des UNIVERSITES ASSOCIE (mi-temps)

M. SOLER Luc CNU-31 IRCAD (01.09.2009 - 30.09.2012 / renouvelé 01.10.2012-30.09.2015-30.09.2018)

F3 - PROFESSEURS CONVENTIONNÉS* DE L'UNIVERSITE

Dr BRAUN Jean-Jacques	ORL (2012-2013 / 2013-2014 / 2014-2015 / 2015-2016)
Dr CALVEL Laurent	Soins palliatifs (2016-2017 / 2017-2018)
Pr CHARRON Dominique	Université Paris Diderot (2016-2017)
Mme GUI Yali	(Shaanxi/Chine) (2016-2017)
Mme Dre GRAS-VINCENDON Agnès	Pédopsychiatrie (2013-2014 / 2014-2015 / 2015-2016)
Dr JENNY Jean-Yves	Chirurgie orthopédique (2014-2015 / 2015-2016 / 2016-2017)
Mme KIEFFER Brigitte	IGBMC (2014-2015 / 2015-2016 / 2016-2017)
Dr KINTZ Pascal	Médecine Légale (2016-2017 / 2017-2018)
Dr LAND Walter G.	Immunologie (2013-2014 à 2015-2016 / 2016-2017)
Dr LANG Jean-Philippe	Psychiatrie (2015-2016 / 2016-2017)
Dr LECOCQ Jehan	IURC - Clémenceau (2016-2017 / 2017-2018)
Dr REIS Jacques	Neurologie (2017-2018)
Pr REN Guo Sheng	(Chongqing / Chine) / Oncologie (2014-2015 à 2016-2017)
Dr RICCO Jean-Baptiste	CHU Poitiers (2017-2018)
Dr SALVAT Eric	Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur (2016-2017 / 2017-2018)

(* 4 années au maximum)

G1 - PROFESSEURS HONORAIRES

ADLOFF Michel (Chirurgie digestive) / 01.09.94	KURTZ Daniel (Neurologie) / 01.09.98
BABIN Serge (Orthopédie et Traumatologie) / 01.09.01	LANG Gabriel (Orthopédie et traumatologie) / 01.10.98
BAREISS Pierre (Cardiologie) / 01.09.12	LANG Jean-Marie (Hématologie clinique) / 01.09.2011
BATZENSCHLAGER André (Anatomie Pathologique) / 01.10.95	LEVY Jean-Marc (Pédiatrie) / 01.10.95
BAUMANN René (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.10	LONSDORFER Jean (Physiologie) / 01.09.10
BERGERAT Jean-Pierre (Cancérologie) / 01.01.16	LUTZ Patrick (Pédiatrie) / 01.09.16
BIENTZ Michel (Hygiène) / 01.09.2004	MAILLOT Claude (Anatomie normale) / 01.09.03
BLICKLE Jean-Frédéric (Médecine Interne) / 15.10.2017	MAITRE Michel (Biochimie et biol. moléculaire) / 01.09.13
BLOCH Pierre (Radiologie) / 01.10.95	MANDEL Jean-Louis (Génétique) / 01.09.16
BOURJAT Pierre (Radiologie) / 01.09.03	MANGIN Patrice (Médecine Légale) / 01.12.14
BRECHENMACHER Claude (Cardiologie) / 01.07.99	MANTZ Jean-Marie (Réanimation médicale) / 01.10.94
BRETTESS Jean-Philippe (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.10	MARESCAUX Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.16
BROGARD Jean-Marie (Médecine interne) / 01.09.02	MARK Jean-Joseph (Biochimie et biologie cellulaire) / 01.09.99
BUCHHEIT Fernand (Neurochirurgie) / 01.10.99	MESSER Jean (Pédiatrie) / 01.09.07
BURGHARD Guy (Pneumologie) / 01.10.86	MEYER Christian (Chirurgie générale) / 01.09.13
CANTINEAU Alain (Médecine et Santé au travail) / 01.09.15	MEYER Pierre (Biostatistiques, informatique méd.) / 01.09.10
CAZENAVE Jean-Pierre (Hématologie) / 01.09.15	MINCK Raymond (Bactériologie) / 01.10.93
CHAMPY Maxime (Stomatologie) / 01.10.95	MONTEIL Henri (Bactériologie) / 01.09.2011
CINQUALBRE Jacques (Chirurgie générale) / 01.10.12	MOSSARD Jean-Marie (Cardiologie) / 01.09.2009
CLAVERT Jean-Michel (Chirurgie infantile) / 31.10.16	OUDET Pierre (Biologie cellulaire) / 01.09.13
COLLARD Maurice (Neurologie) / 01.09.00	PASQUALI Jean-Louis (Immunologie clinique) / 01.09.15
CONRAUX Claude (Oto-Rhino-Laryngologie) / 01.09.98	PATRIS Michel (Psychiatrie) / 01.09.15
CONSTANTINESCO André (Biophysique et médecine nucléaire) / 01.09.11	Mme PAULI Gabrielle (Pneumologie) / 01.09.2011
DIETMANN Jean-Louis (Radiologie) / 01.09.17	REYS Philippe (Chirurgie générale) / 01.09.98
DOFFOEL Michel (Gastroentérologie) / 01.09.17	RITTER Jean (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.02
DORNER Marc (Médecine Interne) / 01.10.87	ROEGEL Emile (Pneumologie) / 01.04.90
DUPEYRON Jean-Pierre (Anesthésiologie-Réa.Chir.) / 01.09.13	RUMPLER Yves (Biol. développement) / 01.09.10
EISENMANN Bernard (Chirurgie cardio-vasculaire) / 01.04.10	SANDNER Guy (Physiologie) / 01.09.14
FABRE Michel (Cytologie et histologie) / 01.09.02	SAUVAGE Paul (Chirurgie infantile) / 01.09.04
FISCHBACH Michel (Pédiatrie) / 01.10.2016	SCHAFF Georges (Physiologie) / 01.10.95
FLAMENT Jacques (Ophtalmologie) / 01.09.2009	SCHLAEDER Guy (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.01
GAY Gérard (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.13	SCHLIENGER Jean-Louis (Médecine Interne) / 01.08.11
GERLINGER Pierre (Biol. de la Reproduction) / 01.09.04	SCHRAUB Simon (Radiothérapie) / 01.09.12
GRENIER Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.97	SCHWARTZ Jean (Pharmacologie) / 01.10.87
GROSSHANS Edouard (Dermatologie) / 01.09.03	SICK Henri (Anatomie Normale) / 01.09.06
GUT Jean-Pierre (Virologie) / 01.09.14	STIERLE Jean-Luc (ORL) / 01.09.10
HAUPTMANN Georges (Hématologie biologique) / 01.09.06	STOLL Claude (Génétique) / 01.09.2009
HEID Ernest (Dermatologie) / 01.09.04	STOLL-KELLER Françoise (Virologie) / 01.09.15
IMBS Jean-Louis (Pharmacologie) / 01.09.2009	STORCK Daniel (Médecine interne) / 01.09.03
IMLER Marc (Médecine interne) / 01.09.98	TEMPE Jean-Daniel (Réanimation médicale) / 01.09.06
JACQMIN Didier (Urologie) / 09.08.17	TONGIO Jean (Radiologie) / 01.09.02
JAECK Daniel (Chirurgie générale) / 01.09.11	TREISSER Alain (Gynécologie-Obstétrique) / 24.03.08
JAEGER Jean-Henri (Chirurgie orthopédique) / 01.09.2011	VAUTRAVERS Philippe (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.16
JESSEL Michel (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.04	VETTER Jean-Marie (Anatomie pathologique) / 01.09.13
KEHR Pierre (Chirurgie orthopédique) / 01.09.06	VINCENDON Guy (Biochimie) / 01.09.08
KEMPF François (Radiologie) / 12.10.87	WALTER Paul (Anatomie Pathologique) / 01.09.09
KEMPF Ivan (Chirurgie orthopédique) / 01.09.97	WEITZENBLUM Emmanuel (Pneumologie) / 01.09.11
KEMPF Jules (Biologie cellulaire) / 01.10.95	WIHLM Jean-Marie (Chirurgie thoracique) / 01.09.13
KIRN André (Virologie) / 01.09.99	WILK Astrid (Chirurgie maxillo-faciale) / 01.09.15
KREMER Michel (Parasitologie) / 01.05.98	WILLARD Daniel (Pédiatrie) / 01.09.96
KRIEGER Jean (Neurologie) / 01.01.07	WITZ JEAN-Paul (Chirurgie thoracique) / 01.10.90
KUNTZ Jean-Louis (Rhumatologie) / 01.09.08	
KUNTZMANN Francis (Gériatrie) / 01.09.07	

Légende des adresses :

FAC - Faculté de Médecine : 4, rue Kirschleger - F - 67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.68.85.35.20 - Fax : 03.68.85.35.18 ou 03.68.85.34.67

HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG (HUS) :

- NHC : **Nouvel Hôpital Civil** : 1, place de l'Hôpital - BP 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03 69 55 07 08
- HC : **Hôpital Civil** : 1, Place de l'Hôpital - B.P. 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.67.68
- HP : **Hôpital de Hautepierre** : Avenue Molière - B.P. 49 - F - 67098 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.12.80.00
- **Hôpital de La Robertsau** : 83, rue Himmerich - F - 67015 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.55.11
- **Hôpital de l'Elsau** : 15, rue Cranach - 67200 Strasbourg - Tél. : 03.88.11.67.68

CMCO - Centre Médico-Chirurgical et Obstétrical : 19, rue Louis Pasteur - BP 120 - Schiltigheim - F - 67303 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.62.83.00

C.C.O.M. - Centre de Chirurgie Orthopédique et de la Main : 10, avenue Baumann - B.P. 96 - F - 67403 Illkirch Graffenstaden Cedex - Tél. : 03.88.55.20.00

E.F.S. : Etablissement Français du Sang - Alsace : 10, rue Spielmann - BP N°36 - 67065 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.21.25.25

Centre Régional de Lutte contre le cancer "Paul Strauss" - 3, rue de la Porte de l'Hôpital - F-67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.25.24.24

IURC - Institut Universitaire de Réadaptation Clemenceau - CHU de Strasbourg et UGECAM (Union pour la Gestion des Etablissements des Caisses d'Assurance Maladie) - 45 boulevard Clemenceau - 67082 Strasbourg Cedex

RESPONSABLE DE LA BIBLIOTHÈQUE DE MÉDECINE ET ODONTOLOGIE ET DU DÉPARTEMENT SCIENCES, TECHNIQUES ET SANTÉ DU SERVICE COMMUN DE DOCUMENTATION DE L'UNIVERSITÉ DE STRASBOURG

Monsieur Olivier DIVE, Conservateur

**LA FACULTÉ A ARRÊTÉ QUE LES OPINIONS ÉMISES DANS LES DISSERTATIONS
QUI LUI SONT PRÉSENTÉES DOIVENT ÊTRE CONSIDÉRÉES COMME PROPRES
À LEURS AUTEURS ET QU'ELLE N'ENTEND NI LES APPROUVER, NI LES IMPROUVER**

SERMENT D'HIPPOCRATE

« En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples, je promets et je jure au nom de l'Être suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admise à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe.

Ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Respectueuse et reconnaissante envers mes maîtres je rendrai à leur enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

*Que les hommes m'accordent leur estime si je suis restée fidèle à mes promesses,
Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque. »*

A Monsieur le Professeur Thomas VOGEL,

Vous me faites l'honneur d'assurer la présidence de jury de thèse et de juger mon travail. Soyez assuré de toute ma reconnaissance et de tout mon respect.

A Monsieur le Professeur ANDRES

Vous me faites l'honneur de juger mon travail, veuillez recevoir ici le témoignage de ma profonde gratitude.

A Monsieur le Professeur Gilles BERTSCHY,

Vous avez accepté de participer à ce jury, recevez l'expression de ma profonde reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Michel LEVEQUE

Vous avez accepté de m'accompagner dans la réalisation de ce travail, merci pour votre accueil ainsi que votre disponibilité constante. Travailler avec vous a été très enrichissant. Veuillez recevoir toute ma sincère reconnaissance et l'expression de mes sincères remerciements.

A mes très chers **parents**,

pour m'avoir donné autant,
pour avoir été présent toujours,
pour avoir été patient sans cesse ...
J'en suis là grâce à vous.

Merci de m'avoir laissé croire déjà toute petite que je pouvais le faire. Vous m'avez permis de réaliser mes rêves et donné les moyens de le faire dans le confort. Un confort matériel bien sur, mais également psychologique grâce à vos encouragements pendant toutes ces années.

A ma **mère**, Sükran, femme de caractère, sans qui toutes ses années d'études auraient été plus longues et plus difficiles.

A mon **père**, Sükrü, homme de courage, grâce auquel j'ai appris à me relever des échecs et à affronter les épreuves. Comme quoi, j'en arrive de « la fille d'un ouvrier immigré » à « une femme médecin » ...

La fierté dans vos yeux est la plus belle des récompenses. Je vous aime.

Sevgili velilerim,

Bana bugüne kadar verdikleriniz için, her zaman yanımda olduğunuz için, sabırla karşıladığınız için teşekkür ederim ... Sizin sayenizde bugünüme geldim. Küçüklüğümde beri, hayallerimi maddi ve manevi bir rahatlık içerisinde, desteklerinizle gerçekleştirmeme yardımcı oldunuz. Sizlere minnettarım.

Annem, karakter sahibi bir kadınsın, sensiz üniversite senelerim daha uzun ve daha zor olurdu eminim.

Cesur Babam, senin sayende düştükten sonra kalkmayı ve zorlukları aşmayı öğrendim. « Göçmen bir işçi kızından », « Doktor hanım » oldum artık.

Gözlerinizdeki gurur benim için en güzel mükafaat. Sizi seviyorum.

A ma fratrie ; ma vie.

Comment imaginer toutes ces années sans vos présences !

Merci pour tous nos souvenirs, notre enfance, merci pour tous les bonheurs vécus, merci pour votre patience et votre tolérance.

Abla, j'ai grandi avec toi.

Tülay, ma sœur aînée fidèle, merci de m'avoir écouté, de m'avoir supportée, en compagnie parfois de nos pleurs, parfois de nos rires ...

Merci et toi et à **Erol**, pour les 3 magnifiques naissances qui ont animés mes années d'études,

Merci pour votre accueil, votre convivialité et votre hospitalité. Merci pour vos encouragements. Votre famille m'est si précieuse.

Gülsüm, merci pour ta patience, tes présences et ton aide. Il n'est pas facile de vivre avec une étudiante en médecine !

Merci pour toutes les fautes corrigées dans ce travail !

Merci pour tous les voyages réalisés ensemble, la liste ne devrait qu'accroître !

Je te souhaite un épanouissement dans ta vie personnelle et professionnelle. Tu es pleine de réussite.

Serdar, merci pour ta confiance en ma réussite depuis ton enfance ... et surtout merci pour les divertissements et les bons moments que l'on partage ensemble.

L'avenir se modèle lentement pour toi, je te souhaite de briller comme tu le mérites.

Je vous aime.

A mon **mari**, mon âme sœur, le meilleur de mes confrères ;

Kürşat,

Merci à la médecine de t'avoir mis sur mon chemin.

Merci pour ta confiance, ton amour au quotidien.

Merci pour ton estime et ton réconfort ; avec toi à mes côtés je suis forte. Tu es un de mes piliers.

Je pourrais encore te consacrer beaucoup de lignes ...

Merci pour tous nos vécus, merci de partager mon ordinaire et merci pour tous les projets que nous entreprenons ensemble.

Un des plus important est déjà en route et se présentera dans quelques mois ...

Je t'aime.

Merci à notre **futur bébé** qui se sera fait discret pendant la préparation de cette thèse ... À tes 22 semaines, tu auras assisté à ma soutenance.

A ma belle-famille,

À mes précieux beaux-parents **Mustafa** et **Hatice** ; je vous aime tant.

Sans vous je n'aurai pas mon âme sœur, je vous dois beaucoup !

Merci de m'avoir ouvert les portes de votre belle famille, sans jamais me faire sentir étrangère.

Merci pour votre bonté infinie, merci pour tous les réconforts, les conseils et votre soutien dans toutes ses formes. Merci pour votre confiance ;

Avec toute mon affection.

Değerli kayın ailem, sizleri çok seviyorum.

Siz olmasanız eş ruhumu bulamazdım, sizlere çok şey borçluyum !

Bana güzel ailenizin kapılarını açtığınız ve hiç bir zaman yabancılık çektirmediğiniz için sizlere minnettarım.

Sonsuz iyiliğiniz, tesellileriniz, değerli tavsiyeleriniz, her türlü destekleriniz ve bana güvenceniz için teşekkür ederim ;

Sevgilerimle.

À **Yavuz**, merci pour ta gentillesse, ta patience et ta tolérance.

Merci pour tous les bons moments vécus ensemble, merci pour tant de souvenirs.

Tout cela ne devrait que s'accroître avec le temps.

Tu mérites tout le bonheur du monde.

À **Şeyma**, merci pour tes conseils, ta gentillesse et ta confiance.

En espérant partager encore de nombreux souvenirs.

L'avenir se dessine petit à petit pour toi, je serai toujours à tes côtés pour te soutenir.

À **Emine**, ma tante,

Merci pour ton vaillant soutien malgré la distance.

Merci pour tes chaleureux accueils lors de mes virées à Annecy. Votre présence dans cette ville l'embellit de plus.

Mesafelere rağmen, değerli desteğin için teşekkür ederim.

Annecy'ye her gelişimde, kapını açtın, misafirperverliğin için teşekkür ederim.

O şehirde bulunmanız, şehiri daha da çekici kılıyor.

À mes amies savoyardes fidèles d'enfance, **Gwennaëlle C.** et **Coline L.** Quelle chance de vous connaître depuis mes premières années de maternelle.

Je n'aurai assez de mots pour vous remercier pour toutes années de souvenirs ensemble ! Malgré les distances, merci pour votre amitié authentique.

À **Meral B.**, pour ton amitié fidèle, pour tes réconforts dans les moments difficiles, merci d'avoir été présente même à distance, pour tous mes moments importants.

À ma « team » de promotion de Grenoble, **Marion S.**, **Cédric P.**, **Clément T.**, **Clémence P.**, **Noémie S.**, **Lisa P.**, **Yann T.**, **Loïc F.**, **Kévin B.**, **Marie V.**, **Charlotte A.**, **Quentin A.**, **Arnaud F.** ...

Merci pour les inoubliables 5 années partagées sur le Domaine de La Tronche. Merci pour ces 10 ans d'amitiés.

Merci **Agnès R.** pour les tutorats déjà en P1, puis en tant que tutrice en D1 ... Merci pour tous les tacos mangés avec appétit à la place Victor Hugo, merci pour les aventures passées en Australie.

Merci **Marine E.** pour ta motivation, ta joie et ta bonne humeur qui continue encore de faire vivre notre amitié malgré les distances. Merci pour le voyage en Russie et merci de m'avoir permis de te faire découvrir une partie de la Turquie.

Merci à toutes les deux pour toutes balles échangées au volley et pour les soirées de « révisions ».

À tous ceux qui m'ont accompagnés durant mes études et ma formation universitaire à l'hôpital.

À mes ancien(ne)s co-internes, aux équipes d'infirmières.

À tous les médecins assistants des hôpitaux et aux praticiens hospitaliers rencontrés depuis mon externat, pour leurs conseils et leur formation.

Aux docteurs FUCHS, VOGEL et STOCKEL pour leur accueil durant mon stage en cabinet.

Au Dr BURNIER Michel, mon médecin de famille, sans qui je n'aurai pas pris goût à la médecine dès mon enfance.

À tous les médecins de l'équipe de « SOS Médecin » de Strasbourg pour leur confiance.

Et merci à tous les médecins généralistes qui ont pleinement accepté de participer à mon travail, sans lesquels je n'aurais pas fini !

« Un étudiant n'est pas un vase qu'on remplit, c'est un feu qu'on allume. »

Montaigne

« La décision de prescription ou de non prescription doit être prise par le médecin et continuera d'être prise sur une base imparfaite qu'est l'être humain. »

Michaël Balint

« L'art se compose de trois termes : la maladie, le malade et le médecin. »

Hippocrate

“L'art de la médecine consiste à distraire le malade pendant que la nature le guérit.”

Voltaire

« Les lois de la société sont plus fortes que la volonté des hommes. »

Benjamin Constant

Table des matières

○ Liste des Professeurs et des Maitres de Conférences de la faculté de médecine	1
○ Serment d’Hippocrate	13
○ Remerciements.....	14
I. Introduction	25
1. Définitions	25
1.1 La prescription médicale	25
1.2 La médecine générale	26
1.3 L’influence	28
II. Sujet d’étude et contexte	29
III. Revues de littérature	32
1. Revue de littérature médicale	33
1.1 Stratégie globale de recherche.....	33
1.2 Étude de la littérature scientifique	33
1.3 Consultations des sites internet.....	35
1.4 Étude de la littérature grise.....	35
1.5 Revue de référence	35
1.6 Illustration 1 : diagramme de flux de sélection de notre revue de littérature	37
2. Revue de littérature sociologique	38
2.1 Stratégie globale de recherche.....	38
2.2 Principales idées retenues	38
IV. Étude qualitative	41
1. Matériels et méthodes	42

1.1	Enquête qualitative	42
1.2	Population étudiée	42
1.3	Méthode de recrutement	43
1.4	Contenu des entretiens	44
1.5	Recueil des données	45
1.6	Méthodologie d'analyse	46
2.	Résultats	47
2.1	Population	47
2.2	Entretiens	50
2.3	Facteurs d'influence	50
3.	Analyse et discussion des entretiens	52
3.1	Le patient	52
3.2	Le système de soins	55
3.3	La société	57
3.4	Le médecin	60
	3.4.1 Relation médecin malade et patientélisme	61
	3.4.2 Manque de relationnel	62
	3.4.3 Surcharge de travail, temps, fatigue	65
	3.4.4 Facilité	68
	3.4.5 Auto-réassurance, manque de confiance	68
	3.4.6 Utilité du médecin	71
	3.4.7 Médecins spécialistes et hospitalier	71
	3.4.8 Formation médicale initiale et reproduction de l'attitude des aînés	74
	3.5. Les laboratoires pharmaceutiques, le marché du médicament	76
	3.6. « Evidence-based medicine »	77
	3.7. Presse médicale, formation médicale continue	78
V.	Discussion à propos de l'étude	80
	1. Force	80
	2. Biais	80
VI.	Conclusion	82

Listes des annexes	86
1. Tableau des ouvrages sociologiques lus et consultés	87
2. Carte heuristique	90
3. Courriel adressé aux médecins libéraux.....	91
3 ^{bis} . Courriel adressé aux médecins salariés	92
4. Guide d'entretien	93
5. Diagramme hiérarchique des facteurs d'influence	94
6. CD- Rom contenant les entretiens retranscrits	95
Références bibliographiques	96
Résumé	103
L'attestation sur l'honneur concernant le plagiat	104

I. INTRODUCTION

I. INTRODUCTION

1. Définition

1.1. La prescription médicale

La prescription médicale, est un acte formel et détaillé, utilisé par le médecin pour indiquer au patient les recommandations, les méthodes, pour se soigner, guérir ou alléger ses symptômes.

Toute prescription médicale s'accompagne obligatoirement de mentions fixées par le code de la santé publique : elles comportent l'identification du médecin (cachet), celle du patient (nom, prénom, âge), la date de la prescription, la désignation en clair des médicaments, la posologie et la durée du traitement, la signature du prescripteur. (1)

La prescription médicale permet l'obtention des médicaments dans une pharmacie, en particulier de ceux qui ne sont délivrés que sur ordonnance, et leur remboursement par le système de l'assurance maladie. (2)

La prescription médicale peut aussi mentionner le recours à un professionnel de santé paramédical, ainsi que correspondre à un arrêt de travail.

Les recommandations peuvent être sous forme de conseils de mesures hygiéno-diététiques.

La prescription est encadrée par différents articles du code de déontologie, du code de la santé publique et du code de la sécurité sociale :

Article R.4127-34 du code de la santé publique :

« Le médecin doit formuler ses prescriptions avec toute la clarté indispensable, veiller à leur compréhension par le patient et son entourage et s'efforcer d'en obtenir la bonne exécution. » (2)

Article 8 - Code de la santé publique :

« Dans les limites fixées par la loi et compte tenu des données acquises de la science, le médecin est libre de ses prescriptions qui seront celles qu'il estime les plus appropriées en la circonstance. Il doit, sans négliger son devoir d'assistance morale, limiter ses prescriptions et ses actes à ce qui est nécessaire à la qualité, à la sécurité et à l'efficacité des soins. Il doit tenir compte des avantages, des inconvénients et des conséquences des différentes investigations et thérapeutiques possibles. » (3)

1.2 La médecine générale

Voici la définition européenne de la médecine générale selon la Wonca Europe en 2002 (4) :

- A. Elle est habituellement le premier contact avec le système de soins, permettant un accès ouvert et non limité aux usagers, prenant en compte tous les problèmes de santé, indépendamment de l'âge, du sexe, ou de toutes autres caractéristiques de la personne concernée.
- B. Elle utilise de façon efficiente les ressources du système de santé par la coordination des soins, le travail avec les autres professionnels de soins primaires et la gestion du recours aux autres spécialités, se plaçant si nécessaire en défenseur du patient.

- C. Elle développe une approche centrée sur la personne dans ses dimensions individuelles, familiales, et communautaires.
- D. Elle utilise un mode de consultation spécifique qui construit dans la durée une relation médecin-patient basée sur une communication appropriée.
- E. Elle a la responsabilité d'assurer des soins continus et longitudinaux, selon les besoins du patient.
- F. Elle base sa démarche décisionnelle spécifique sur la prévalence et l'incidence des maladies en soins primaires.
- G. Elle gère simultanément les problèmes de santé aigus et chroniques de chaque patient.
- H. Elle intervient à un stade précoce et indifférencié du développement des maladies, qui pourraient éventuellement requérir une intervention rapide.
- I. Elle favorise la promotion et l'éducation pour la santé par une intervention appropriée et efficace.
- J. Elle a une responsabilité spécifique de santé publique dans la communauté.
- K. Elle répond aux problèmes de santé dans leurs dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle.

L'OMS s'inspire de cette définition pour définir quant à elle sept des critères de la médecine générale. (5)

Ce rôle à part entière de cette discipline, rend notre sujet d'étude d'autant plus complexe et intéressant.

1.3. L'influence

En 1982, Wilem Doise définit les processus d'influence sociale comme régissant les modifications de perception, de jugement, d'opinion, d'attitude ou de comportement d'un individu, provoquée par sa connaissance des perceptions, des jugements, d'opinions d'autres individus. (6)

L'influence entraîne la modification des comportements, des attitudes, des croyances, des opinions ou des sentiments d'un individu ou d'un groupe suite au contact avec un autre individu ou groupe. Pour noter un tel effet d'influence, une quelconque relation doit exister entre ces entités.

L'influence peut aussi se faire par le biais de circonstances ou de choses environnantes.

C'est un phénomène complexe et multiforme.

Il s'agit d'un concept central en psychologie sociale, notamment parce qu'il permet de rendre compte des comportements, des attitudes et des jugements des individus.

L'influence sociale couvre un champ très vaste. Les phénomènes étudiés peuvent être observés au quotidien. (7)

Compte tenu des multiples et complexes définitions de l'influence, il nous semble important de préciser les sens avec lesquels nous définissons notre sujet.

II. SUJET D'ETUDE ET CONTEXTE

IV. SUJET D'ÉTUDE ET CONTEXTE

En France, 78 à 90 % des consultations de médecine générale aboutissent à la rédaction d'une prescription médicamenteuse (8). Cela nous situe au premier rang des consommateurs de médicaments par rapport à nos voisins européens (9), et parmi les trois premiers au niveau mondial (10). Les conséquences sont iatrogéniques, environnementales et économiques.

Des écrits ont étudié l'influence des laboratoires pharmaceutiques sur les prescriptions médicamenteuses. (11, 12, 13, 14, 15, 16, 17)

Les résultats démontrent un impact évident des laboratoires pharmaceutiques sur les prescriptions médicales. (18)

En partant de ce constat, nous avons trouvé intéressant d'étudier les autres facteurs d'influence, notamment sociologiquement parlant. Nous avons pris l'avis des médecins généralistes bas-rhinois par le biais d'entretiens semi directifs, en réalisant une étude qualitative, pour repérer quels sont, selon eux, les facteurs conscients ou inconscients, qui influencent leur prescription médicamenteuse.

Dans la première partie de notre travail, nous avons décrit notre revue de littérature qui a permis d'apporter une réponse au questionnement initial : « Quelle est l'influence des laboratoires pharmaceutiques sur la prescription des médecins généralistes ».

Après une réponse à la question, il y a eu élargissement du sujet de réflexion : « Quels sont les autres facteurs qui influencent les prescriptions des médecins généralistes ».

Une seconde revue de littérature a été réalisé et nous a permis d'identifier,

particulièrement dans la littérature des sciences sociales, les facteurs prépondérants ayant une influence sur la prescription des médecins généralistes. (Annexe I)

Dans la deuxième partie nous présentons l'étude qualitative réalisée par le biais d'entretiens semi dirigés et l'analyse des résultats qui en découlent.

Première partie :

III. REVUES DE LITERATURE

III. REVUES DE LITTÉRATURE

1. Revue de littérature médicale

1.1. Stratégie globale de recherche

Afin de documenter le questionnement concernant l'influence des laboratoires pharmaceutiques et des délégués médicaux sur les prescriptions des médecins généralistes, nous avons effectué nos recherches bibliographiques à partir :

- a. de bases de données de la littérature scientifique
- b. des sites Internet des institutions et acteurs intervenant dans le champ de notre problématique
- c. de la littérature grise
- d. de l'utilisation des références bibliographiques présentes dans les références trouvées
- e. du moteur de recherche généraliste Internet Google

1.2. Étude de la littérature scientifique

Nous avons d'abord listé les mots-clés pertinents pour répondre à notre question de recherche.

Pour déterminer les descripteurs correspondants à ces mots-clés et obtenir leur traduction en anglais, nous avons consulté le “MeSH bilingue anglais-français” de l’Inserm.

Nous avons principalement interrogé la base de données Pubmed.

Les termes MeSH que nous avons retenu initialement et leur traduction étaient :

- Influence : influence
- Laboratoires pharmaceutiques : drug industry
- Prescription médicale : prescription

Sur le moteur de recherche Pubmed nous avons utilisé l’équation :

("drug industry"[MeSH Terms] OR ("drug"[All Fields] AND "industry"[All Fields]) OR "drug industry"[All Fields] OR ("pharmaceutical"[All Fields] AND "industry"[All Fields]) OR "pharmaceutical industry"[All Fields]) AND influence [All Fields] AND ("prescriptions"[MeSH Terms] OR "prescriptions"[All Fields] OR "prescription"[All Fields])).

Nous avons exclu les articles n’étant pas en anglais ou en français. Puis nous avons utilisé le filtre “Review” pour la recherche des revues de littérature.

Nous avons sélectionné, selon les critères du centre Cochrane suisse (19), les revues de la littérature internationale, de bonne qualité méthodologique, publiées en anglais.

Nous avons retenu une revue de littérature internationale, de bonne qualité, traitant de notre sujet, la plus récente.

1.3. Consultation des sites internet

Nous avons consulté les sites suivants :

- www.formindep.org
- www.prescrire.org
- www.has-sante.fr
- www.sante.gouv.fr
- www.who.int
- www.leem.org
- www.igas.gouv.fr
- www.ameli.fr

1.4. Étude de la littérature grise

Nous avons consulté les éléments suivants :

- Thèses de médecine générale en ligne
- Guide de la Haute Autorité de Santé

1.5. Revue de référence

Nous avons retenu une revue de référence qui compile 83 références bibliographiques.

« Interactions between physicians and the pharmaceutical industry generally and sales representatives specifically and their association with physicians' attitudes and

prescribing habits: a systematic review. » a été publié dans la revue BMJ Open en août 2017. Elle a été rédigée par une équipe néerlandaise composé de Fickweiler F., Fickweiler W. et Urbach E. (18)

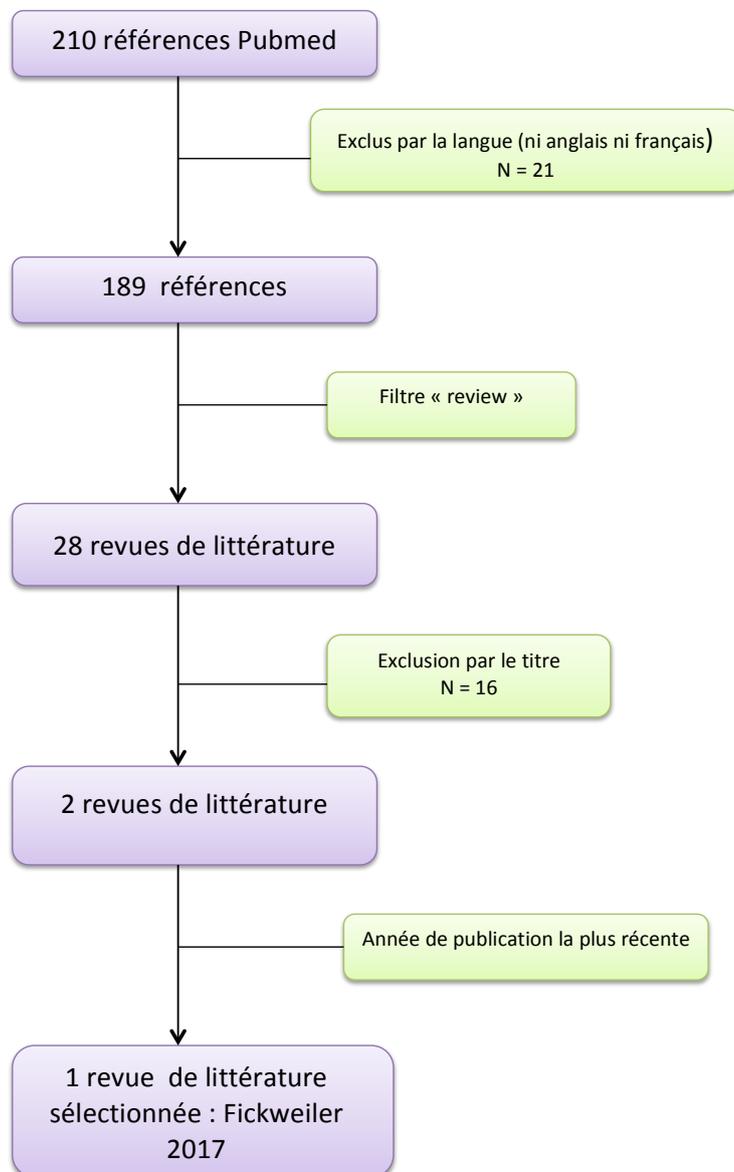
L'objectif de l'étude est de mettre en évidence l'impact des industries pharmaceutiques ainsi que de leurs délégués, sur les attitudes et habitudes de prescriptions des médecins.

Les articles ont été recherchés via Pubmed, Embase, Cochrane library et Google scholar entre 1992 et août 2016. Ont été sélectionnés les études transversales, les études de cohortes, les essais randomisés et les études de cas. 49 articles ont été intégralement inclus et 30 articles ont été utilisés uniquement pour l'introduction et la discussion.

Deux enquêteurs ont indépendamment extrait les données.

1.6 Illustration 1 :

Diagramme de flux de sélection de notre revue de littérature



2. Revue de la littérature sociologique

2.1. Stratégie globale de recherche

Pour identifier les facteurs d'influence sociologiquement intéressants à étudier, nous avons effectués nos recherches bibliographiques à partir :

- des sites Internet des institutions et acteurs intervenant dans le champ de notre problématique (CAIRN, Erudit)
- de la littérature grise (thèse de médecine générale)
- de l'utilisation des références bibliographiques présentes dans les références trouvées
- des ouvrages empruntés à la bibliothèque universitaire
- du moteur de recherche généraliste Internet Google et Google Scholar.

Nous avons d'abord listé les mots-clés pertinents pour investiguer à propos de notre sujet, à savoir : « sociologie » « prescription » « médecine générale ». Les recherches ont été faites principalement en français.

Les différents articles et ouvrages qui ont été lus et consultés sont résumés dans le tableau en annexe 1.

2.2. Principales idées retenues

- Le rapport à la maladie du patient : ce dernier peut multiplier les consultations bénignes et formuler une attitude de demande lors de la consultation.
L'ordonnance est considérée réparatrice. (20)

- La fatigue du médecin généraliste, la salle d'attente débordée, le temps insuffisant : le médicament permet d'écourter les consultations problématiques et d'alléger les consultations.
- L'ordonnance serait un intermédiaire pour le maintien d'une relation médecin-malade, car celle-ci est synonyme de compassion et d'empathie. (21, 22)
- Cette dernière permettrait par ailleurs de fidéliser le patient par l'intermédiaire du paiement à l'acte. L'organisation du système de soins est donc impliquée. (20)
- Il existe une logique culturelle positiviste et politico commerciale du médicament en France. Cette vision culturellement optimiste explique le recours aux médicaments en tant que réponse culturelle dominante. (22)
- Le manque d'apport en sciences humaines pendant la formation médicale est compensé par le rapport à l'ordonnance ; certaines pathologies nécessitent une prise en charge plus relationnelle que médicamenteuse. Les médecins ayant une forte motivation tournée vers la médecine générale et vers les patients font moins de prescription. (23, 25)
- Il existe une reproduction de la pratique des aînés pris comme exemple et modèles, sans jugement critique. (23)
- La confrontation avec les laboratoires pharmaceutiques est présente dès les premières années de la formation médicale. (23)
- La proximité géographique des médecins spécialistes et le recours facile se répercutent sur les ordonnances mais avec un manque de communication et de coordination. (24)
- Enfin, la liberté de prescription, la légitimité professionnelle, et la surreprésentation des médecins généralistes favorisent le recours aux

médicaments. (24)

Nous avons réalisé une carte heuristique pour organiser les différents axes qui ressortent des lectures sociologiques. (Annexe 2)

Deuxième partie :

IV. ÉTUDE QUALITATIVE

IV. ÉTUDE QUALITATIVE

L'objectif de notre étude était de déterminer, à travers des entretiens semi-directifs, quels sont les facteurs qui influencent les prescriptions médicales des médecins généralistes, d'une manière consciente ou inconsciente.

1. MATÉRIELS ET MÉTHODES

1.1. Enquête qualitative

Pour la faisabilité, nous avons choisi de recueillir l'avis des médecins généralistes bas-rhinois à l'aide d'entretiens semi-directifs individuels, afin de déterminer quels sont les facteurs identifiés de leur part, qui influencent leurs prescriptions médicales, d'une façon consciente ou inconsciente.

La méthode de recherche qualitative est utilisée dans les sciences humaines et sociales. Elle permet l'analyse d'un discours ou d'un comportement. Elle est très appropriée lorsque les facteurs observés sont difficiles à mesurer objectivement.

1.2. Population étudiée

Pour obtenir un échantillon raisonné de la population des médecins généralistes nous avons choisi ces derniers par genre, par tranche d'âge, par ancienneté et par lieu d'exercice.

Concernant la durée d'exercice, nous avons réparti en plusieurs catégories d'ancienneté :

- installés depuis moins de 5 ans,
- installés entre 5 ans et moins de 30 ans,
- exerçant depuis plus de 30 ans.

Nous nous sommes basés sur la pyramide des âges de l'atlas de la démographie médicale en France, (situation au 1^{er} janvier 2016), du conseil national de l'ordre des médecins pour définir un âge moyen qui est de 52 ans pour les médecins généralistes. (26)

Enfin, le lieu d'exercice a été défini comme étant :

- urbain si la population locale du lieu d'exercice était de plus de 10 000 habitants,
- rural si la population était de moins de 2000 habitants,
- semi rural se situe entre 2000 et 10 000 habitants.

25 médecins généralistes ont été interrogés en mars 2018. Les entretiens ont eu lieu lors de rencontre individuelle et sur rendez-vous, sur le lieu d'exercice des médecins.

1.3. Méthode de recrutement

Pour composer un échantillon hétérogène de la population de médecin à interroger, nous avons recruté ces derniers dans différentes communes. Les termes « médecins généralistes » + « nom de la commune » ont été recherchés sur le moteur de recherche Google qui a permis d'afficher une liste de médecins généralistes dans la commune correspondante. Dans cette liste, les médecins ont été contactés par téléphone, dans l'ordre alphabétique de l'apparition du nom. Pour les différentes communes, la recherche Google a été reproduite et les médecins ont été appelés au fur et mesure. Lors des contacts par téléphone, une explication brève a été donnée

sur le but et sur le déroulement de l'entretien. En cas d'acceptation de la part des médecins, une date de rencontre a été fixée à leur convenance et à leur lieu d'exercice, de préférence en début ou en fin de journée de consultation.

Les médecins ayant une pratique plus spécifique en plus de la médecine générale, (telle que l'homéopathie, la phytothérapie ...) n'ont pas été exclus.

Pour avoir une population variée concernant le mode d'exercice, nous avons contacté par mail des médecins salariés dans un centre de santé à Strasbourg.

Nous avons aussi contacté, par mail, des médecins exerçant à SOS Médecins à Strasbourg.

Les courriels explicatifs transmis, sont annexés ci-dessous. (Annexe numéro 3 et 3bis)

Enfin, l'échantillon a été constitué tout en veillant à inclure une proportion équilibrée de médecins hommes et de médecins femmes.

Au fur et à mesure, s'il y avait un déséquilibre, nous avons choisi d'appeler les médecins avec les prénoms du genre en minorité.

Le nombre d'entretiens a été déterminé en cours d'enquête. Blanchet et Gotman (27) décrivent ce procédé propre aux études qualitatives qui consiste à trouver le « point de saturation », c'est-à-dire, le nombre d'entretiens à partir duquel on ne recueille plus de nouvelles données pertinentes. Dans notre étude, nous nous sommes arrêtés à 25 entretiens.

1.4. Contenu des entretiens

Ils s'agissaient d'entretiens semi dirigés dont les thèmes abordés portaient sur les habitudes concernant les prescriptions médicales des médecins interrogés.

L'enquêteur s'est formé aux techniques d'entretien par la lecture de l'ouvrage de Blanchet et Gotman (27).

Un guide d'entretien a été établi à l'aide du même ouvrage puis a été avisé par une docteure en sociologie. (Annexe 4)

Les entretiens ont débuté par une courte présentation de l'enquêteur et du sujet de la recherche.

Puis, nous avons essayé de comprendre quelles avaient été les motivations des médecins pour réaliser leurs prescriptions, lors de leurs dernières consultations précédant l'entretien.

Les entretiens ont été arrêtés lorsque les informations données par les médecins ont été redondantes.

1.5. Recueil des données

L'autorisation d'enregistrement par un dictaphone a été obtenue par la totalité des médecins et a permis une exploitation optimale des données. La confidentialité des données recueillies lors de l'entretien a été garantie via une anonymisation : les noms ont été remplacés par la lettre F pour les femmes et par la lettre H pour les hommes, suivi du numéro de l'entretien.

Les entretiens ont été retranscrits intégralement par l'enquêteur sur le logiciel de traitement de texte Word.

Les données confidentielles des participants ont été entièrement détruites après traitement des données.

1.6. Méthodologie d'analyse

Le logiciel NVivo version 12.0.0 sur MacBook a été utilisé pour le codage des données. L'enquêteur a été formé via des tutoriels en ligne et a analysé l'ensemble des entretiens en intégralité.

Les enregistrements retranscrits au préalable ont été chargés dans le logiciel.

Nous avons fait une première lecture des entretiens sans faire d'analyse. Puis, lors de la deuxième lecture des « nœuds » ou « nodes » ont été constitués à l'aide du logiciel : c'est à dire un regroupement par idée des différentes phrases qui ont pu être citées pendant les entretiens, sans les dénaturer, en gardant leur contexte.

Par exemple : les nœuds en lien avec la « demande du patient » ont tous été regroupés ensemble, de même pour les nœuds en lien avec la « fatigue ou la surcharge de travail du médecin ».

A la fin de la composition des « nœuds », ces derniers ont été relus et réorganisés en thèmes et sous-thèmes. Un thème est donc composé de plusieurs sous-thèmes eux-mêmes composés de plusieurs nœuds.

Par exemple, un thème « médecin » a permis de regrouper plusieurs sous thèmes en lien avec le médecin : « formation médicale », « surcharge de travail », « relation médecin-malade ».

Ses sous thèmes sont composés des nœuds initialement regroupés lors de la première lecture.

Un même nœud peut appartenir à plusieurs thèmes ou à plusieurs sous-thèmes différents.

Cependant, un sous-thème ne peut pas appartenir à plusieurs thèmes.

Pour organiser et nommer les thèmes nous avons utilisé la carte heuristique

préalablement établi. (Annexe 2)

Le but de l'analyse est de faire ressortir le poids de chaque facteur d'influence identifié dans les entretiens. Celle-ci est faite par le logiciel avec notamment la constitution de diagramme de taille proportionnelle à la présence de « nœuds ».

La méthode par analyse phénoménologique interprétative a été utilisée pour l'interprétation des entretiens. Cette méthode permet au chercheur d'explorer l'expérience de participants, le sens qu'ils donnent à leur expérience et les mécanismes psychologiques sous-jacents. (28)

Elle nous a aidé à relever les facteurs inconscients d'influence, soit les facteurs non individualisés et non interprétés spontanément par les médecins interrogés.

Exemple : « Parce que le patient reste assis, il attend quelque chose », entretien F1.

Le médecin considère ici que l'attente du patient et parfois son silence est synonyme de demande de traitement.

Un échantillon d'entretiens a été analysé par le directeur de thèse, puis les résultats ont été mis en commun.

2. RÉSULTATS

2.1 Population

105 médecins ont été contactés, 60 étaient des femmes et 45 étaient des hommes.

33 médecins ont été contactés par courrier électronique et 72 médecins par téléphone. 4 ont répondu disponible par mail et les 21 autres ont été recrutés suite aux appels téléphoniques, dont 13 femmes et 12 hommes.

Aucun médecin salarié n'a accepté de participer à l'entretien.

La moyenne d'âge des médecins interrogés est de 50,6 ans avec un âge minimum de 31 ans et un maximum de 77 ans.

Les caractéristiques des médecins interrogés sont résumées dans le tableau ci-dessous.

Caractéristiques des médecins ayant participé aux entretiens

	Groupe	n	%
Genre	Femme	13	52 %
	Homme	12	48 %
Âge	≤ 35 ans	5	20 %
	36 – 54 ans	9	36 %
	≥ 55 ans	11	44 %
Mode d'exercice	Libéral	25	100 %
	Salariat	0	0
Année d'installation	< 5 ans	5	20 %
	5 - 30 ans	13	52 %
	> 30 ans	7	28 %
Milieu d'exercice	Urbain	11	44 %
	Semi rural	9	36%
	Rural	5	20%

4 médecins ont une activité spécifique en plus de la médecine générale : 1 médecin fait de la médecine esthétique et anti âge, 1 médecin exerce de l'acupuncture, 2 médecins ont des compétences en phytothérapie et en homéopathie et 3 médecins exercent à SOS médecins.

2.2 Entretiens

25 entretiens ont été réalisés. La durée moyenne des entretiens est de 30 minutes avec une durée minimale de 10 minutes et une durée maximale de 1 heure et 10 minutes.

3 entretiens ont été brefs suite à manque de participation des médecins au dialogue malgré les relances et les reformulations des questions.

Les entretiens retranscrits sont intégralement chargés sur un CD-ROM fourni en annexe 5.

2.3. Facteurs d'influences

Il y a 7 facteurs principaux qui en ressortent avec des sous thèmes. Ces derniers sont résumés dans le tableau suivant :

Facteurs	Fichiers	Références
Médecine factuelle	0	0
Les recommandations vs vraie pratique	3	5
Laboratoires pharmaceutique	11	14
Marché du médicament	12	19
Médecin	0	0
Auto-réassurance - manque de confiance	15	35
Patientélisme, Relation médecin malade	19	49
Facilité	11	23
Manque de relationnel	10	25
Reproduction attitude ainés- Formation médicale initiale -	10	21
Spécialistes - Hôpital	14	24
Surcharge de travail - Temps - Fatigue	18	44
Utilité du médecin	14	33
Patient	0	0
Demande du patient	25	82
Lacune éducation du patient	11	27
Non observance du patient	2	2
Revue médicale	19	21
Société	0	0
Habitudes et culture	19	39
Mode de vie	14	33
Système de soins	20	59
Liberté de prescription	12	19
Comparaison autre pays	7	13
Freins du système de soins	2	5

Un diagramme hiérarchique regroupe tous les facteurs avec des tailles proportionnelles à la présence de « nœuds ». (Annexe 6)

Nous allons détailler distinctement les différents thèmes dans la partie suivante ; analyse et discussion des entretiens.

3. ANALYSE ET DISCUSSION DES ENTRETIENS

3.1. Le patient

Lors des entretiens, tous les médecins ont évoqué la demande du patient, de manière consciente et/ou inconsciente, en tant que facteurs d'influence. Il y a 82 nœuds de références.

Pour les médecins :

- Le patient consulte et « attend en salle d'attente » pour trouver une solution à son problème médical. L'ordonnance et les prescriptions sont la récompense de sa démarche et la clé de la guérison.
- Le patient peut consulter plusieurs médecins pour avoir une réponse à sa demande.
- Le patient baigne dans une culture positiviste du médicament.

« Je pense que ça doit être culturel, après d'où est-ce que ça ressort mmmhhh, je sais pas. Je mets beaucoup ça dans la ... je pense, les généralistes qui sont beaucoup responsables il y a quelques années, enfin, y'a pas si longtemps, dans les années 70-80 » F10

« Pas encore dans l'esprit français de partir sans médicaments, ils estiment qu'ils ne sont pas pris en charge sérieusement. » H6

« Et parce que c'est comme ça, c'est culturel » H11

Le patient perçoit les médicaments comme une substance séduisante car il leur permet de ressentir une efficacité et d'intervenir sur leur corps malade et donne un sens à leur maladie. (22)

Dagognet l'illustre avec la phrase « le remède est la concrétisation de l'acte médical ». (29)

La valeur symbolique de l'ordonnance n'est pas neuve, Dupuy et Karsenty notaient déjà en 1974 que « l'ordonnance, et plus précisément sa longueur, sa valeur en francs, le nom compliqué des produits, leur nouveauté pour le malade, etc., signifient pour ce dernier qu'il a bien fait de venir chez le médecin, que son état relève bien de la pratique médicale et qu'il n'aurait pas pu se tirer d'affaire tout seul. » (30)

Dans la littérature, le facteur patient est très souvent étudié.

Plusieurs thèses de médecine montrent que la demande du patient a une place importante dans la genèse d'une ordonnance (31,32, 33, 34) ainsi qu'une étude pilote en 2003. (35)

Néanmoins, il existe plusieurs études qui illustrent le contraste entre la réalité et la perception de l'attente de la part du patient par le médecin. (36, 37)

A ce sujet, une thèse en 2016 qui étudie précisément la représentation des patients face aux antibiotiques, montre que 70 % des patients veulent être soulagés des symptômes, 41 % veulent être rassurés, 30 % souhaitent comprendre leur pathologie et 4 % seulement attendent une prescription d'antibiotique. (38)

Cependant, la pression de prescription est réelle et a un impact conséquent sur les ordonnances. (35)

« Face à la demande du patient j'ai dû m'instruire ! J'ai dû faire des recherches concernant les traitements symptomatiques, ça ne m'a pas été enseigné à la fac. Donc je me suis adapté face à la demande du patient (Rires). Pour moi c'est le facteur majeur. » H9

« Ça dépend des jours, si j'ai la pêche, si j'ai la patate je vais au combat, et les jours où les patients qu'on connaît, ils sont obtus, ils sont insupportables et si ça ne leur est pas préjudiciable, je vais leur mettre la petite poudre de perlimpimpin exigée. (...) Après j'ai un patient qui me réclame un antibiotique toujours à avoir à la maison parce que ça ne part jamais sans antibiotique, et je me suis déjà combattue avec lui et y'a rien à faire quoi. » F1

Pour expliquer cette attitude du patient, les médecins évoquent le manque d'éducation du patient. Ce thème a été évoqué par 11 médecins : l'éducation du patient nécessite du temps et du relationnel. Les médecins regrettent l'absence de consultations dédiées à la prévention et à l'éducation du patient.

En effet, l'acte de prévention n'est pas valorisé en France. Une étude comparative internationale montre que la médecine préventive est peu développée contrairement à la médecine curative qui permet une prise en charge médicale de qualité. (39)

De plus, pour les médecins, l'inobservance médicamenteuse et des mesures physiques et d'hygiène de vie de la part du patient conduit à multiplier les traitements.

« Et je lui dis « je ne vous renouvèle pas les IPP, vous pouvez peut-être commencer à suivre les conseils hygiéno-diététique que je vous ai donné. L'une des causes de gastrite, c'est le tabac, l'excès de grignotage en dehors de repas, et prière de manger moins. »

Et il m'a dit « oooaaiih vous êtes fasciste. » F12

Ces derniers peuvent être stockés à domicile sans être consommés et tout de même achetés à la pharmacie régulièrement.

« (...) et d'autres qui vont avoir les tiroirs mieux rangés que chez le pharmacien , donc euh ... A force de les connaître et de les visiter à domicile on voit ce qu'il se passe, comme ça au cabinet on n'en sait rien. » H4

« Euuuuh, il y a le remboursement qui fait que les gens .. , vous allez chez n'importe quel patient, vous fouillez un peu les pharmacies, on se dit mais c'est pas possible les stocks qu'il peut y avoir. » H12

Le patient n'est pas conscient du coût des soins. Il estime « qu'il a le droit » « parce qu'il a cotisé » quelle que soit la prescription en question.

« (...) Je pense que c'est la mentalité aussi de sur-consommer, d'y avoir le droit ! Souvent j'ai cette phrase là ; « Mais j'y ai le droit, j'y ai le droit au bon de transport pour aller n'importe où. J'y ai le droit, je suis à 100% j'y ai le droit. »

Vous prenez votre voiture, pourquoi quand vous allez à l'hôpital il vous faut une ambulance ? » F7

3.2. Le système de soins

22 médecins ont évoqué le système de soins, tous les sous-thèmes confondus il y a 59 nœuds.

Globalement ce sont l'accès facile aux soins, le tiers payant, le remboursement de la consultation et des médicaments ainsi que le paiement à l'acte qui sont des moteurs à la prescription médicamenteuse.

« Probablement que le système de soins ... Les patients sous CMU je les vois tous les 2 jours ! Et c'est vrai ils sont terribles, mais ils viennent pour un oui pour un non, pour me montrer un résultat d'examen, des choses banales. Parfois c'est justifié ... mais il consulte beaucoup plus facilement oui. Et puis euuuh, même s'ils sont remboursés etc, ils payent quand même la consultation ; donc sortir sans ordonnance pour une consultation payée, ils le prennent mal » F3

« Y'en a un, un jour, qui est venu pour vérifier s'il avait besoin de vaccinations, alors c'était à jour et tout, du coup j'ai fait payer la consultation parce que ça prend du temps, mais en même temps j'avais rien à lui délivrer et ben j'ai rien délivrer mais c'est drôle quoi, on se dit que c'est presque gênant de se faire payer pour pas grand-chose aussi. » F13

Comparativement aux pays voisins, l'accès aux soins en France serait plus facile.

(40)

« Soit chez eux c'est moins remboursé, soit parce qu'ils ont moins accès aux soins. » H11

Les médecins ressentent un besoin de prescrire en échange du paiement à l'acte.

« Y'a cette histoire de paiement à l'acte, qui on se dit je vais faire payer alors que ben j'ai pas rien fait mais j'ai rien donné. » F13

De plus, la non valorisation de la consultation de médecine générale inciterait, pour être rentable financièrement, à prescrire plus vite pour voir plus de patient. Étant donné que l'éducation du patient demande du temps et un dialogue, prescrire permet d'écourter une consultation.

« Ouais, le problème c'est que ça prend du temps ! (Rires) Parfois ça prend même plus de temps de leur expliquer pourquoi j'ai rien prescrit que de faire une ordonnance ! » F13

« On est pressé par le temps parce qu'on a des créneaux horaires qui nous sont répartis et on travaille dans un cabinet de groupe donc il faut qu'on libère le cabinet pour le collègue d'après, donc on est quand même assez limité par le temps. Je prends parfois des personnes en plus qui sont inscrits sur la liste d'attente, soit parce qu'ils sont pressés, soit il considère que c'est une urgence, du coup ça me presse pour les autres aussi, (Rires), du coup il faut que je sois plus stricte. » H9

« C'est parce que leeees Réfléchir, aujourd'hui, réfléchir faire du travail de qualité ça n'est pas payé. Je passe une heure avec un patient pour faire une synthèse, pour faire du travail de qualité, j'ai gagné 25 € ! Et encore j'en ai gagné 12 ou 13 pour ma pomme. C'est bien plus facile de faire de la médecine tiroir caisse que de ... c'est le système qui veut ça ! Si les médecins se comportent comme des délinquants c'est parce que le système les incite ! » H8

« Un type qui veut gagner 5000 € par mois, s'il fait du travail de bonne qualité, il n'y arrivera jamais (silence). Un médecin qui fait du travail de bonne qualité, allez il fait au maximum 20 actes par jours au maximum. Bon alors à la fin du mois il gagne combien pour sa pomme 3-4 mille. Ceux qui gagnent 6 mille 7 mille euros par mois, ils font 30 actes par jour ! Moi je connais un type à (le lieu d'exercice) il !! Évidemment c'est la secrétaire qui rédige les ordonnances ALD, lui il signe, voilà, ok, au revoir. Le patient il est content, il n'a pas attendu en salle d'attente, c'est la secrétaire qui lui a fait l'ordonnance. Alors à ce rythme là, il fait 10 actes par heure ! Un type qui veut gagner 7 mille 8 mille euros par mois, pourquoi il se gênerai ? Le système lui permet de se comporter comme un délinquant. » H8

12 médecins quant à eux, évoquent indirectement la liberté de prescription.

« Comme je suis vieux, je ne suis plus le chevalier blanc qui va sauver le monde. Ça c'est terminé. Vous voulez une boîte de machin, je vous la donne ... » H2

Le paiement à l'acte est retrouvé dans la littérature comme facteurs d'influence à la prescription au sein du système de soins français. (23)

Néanmoins, dans cette même étude d'Anne Vega, une comparaison avec des médecins salariés en région parisienne dans un centre de santé, montre que ces derniers sont plus gros prescripteurs.

Le paiement à l'acte n'explique pas à lui seul certains excès de prescription.

Cependant, pour être rentable et valoriser son activité de praticien libéral, le médecin

généraliste doit augmenter le nombre d'acte. Cela a un effet sur la qualité des soins, sur les dépenses de santé et sur l'accès aux soins. (41)

Delattre et Dormont ont étudié l'impact de l'augmentation généralisée de la densité médicale que les généralistes ont connue dans les années 1988-1993. Il en découle des comportements de demande induite : une augmentation du nombre de médecins dans la zone d'exercice, fait chuter le nombre de patients en consultation. Les médecins augmentent alors le volume de soins délivrés par consultation. (42) (43)

3.3. La société

19 médecins parlent d'habitude et de culture.

Anne Vega, explique qu'en France, culturellement il y a une habitude à vouloir guérir les maux courants assez rapidement, et à médicaliser les pathologies bénignes.

Aussi, elle décrit qu'une grande majorité des médecins généralistes ont une « vision optimiste » et adhèrent à l'efficacité et aux effets bénéfiques des traitements en général. Ils sont dans une « tradition positiviste » et sous-estiment les effets indésirables de ces derniers. (23)

Les médecins interrogés expliquent à leur façon ces habitudes :

- Pour F10, une surreprésentation des médecins généralistes aurait incité les médecins à prescrire plus pour fidéliser la patientèle et cette dernière aurait été habituée à recevoir un traitement pour un symptôme. L'éclatement de la structure familiale serait aussi responsable au recours médical alors que les conseils des parents et des grands-parents pourraient éviter la médicalisation de certains troubles.

- De même, les années d'or, l'augmentation du pouvoir d'achat et l'accès à une médecine de riche a été synonyme de résolution des symptômes avec les médicaments. (F2, F4, F13, H12) On veut une solution rapide à tout et tout de suite.

« La société, il faut que ça aille vite, il faut qu'on apporte à un problème une solution. Mais c'est le train de vie des gens.

Le patient, ... Il faut qu'il soit vite remis, même si un virus avec ou sans médicament vous leur rabâcher que ça prend quelques jours eh ben non ... » F2

« Puis ben euh, une médecine de riche, c'est à dire que, effectivement on a accès à tout, donc à partir du moment où vous avez accès à tout, euh , les gens consomment hein, c'est vrai, c'est plus facile hein. Je pense que c'est le fait aussi que les gens n'ont pas à, 'fin voilà, c'est une histoire de sous, c'est un accès facile, c'est gratuit, pour le patient bien sûr, maintenant avec le tiers payant on a l'impression de ne pas payer. » H12

- Dans la société actuelle, la population active ne peut pas se permettre de s'arrêter pour se reposer et guérir, avec un arrêt de travail. Il faut continuer de travailler et guérir vite : la réponse étant le recours aux médicaments. (F2, F5, F7, F12, H12)

« Moi j'ai beaucoup de gens actifs, plutôt jeunes, qui ne peuvent pas se permettre de rester à la maison non plus 10 jours ; ils ont besoin d'aller vite mieux. Alors bien sûr sur un virus, un syndrome grippal, c'est un syndrome grippal, une rhino ça reste une rhinopharyngite, mais vous avez des cas comme ça un peu litigieux, où on se dit voilà il y a des pressions, on se dit « oui, il faut quand même qu'on le fasse récupérer vite, si on a un doute, on peut pas se permettre de dire d'attendre 3 jours et dans 3 jours il va revenir parce que ça va lui faire perdre son temps plus longtemps dans un job où il peut pas, où il peut pas être absent. Donc c'est vrai que c'est .. il y a le facteur aussi, je pense, sociétal qui joue. » H12

- De plus, beaucoup de pathologies actuelles sont sociétales ; des conséquences des modes de vie et d'alimentation non saines (H8, H10, H12, F12). Un patient hypertendu qui continu de manger salé et qui ne sera pas contrôlé avec une trithérapie nécessitera l'ajout d'un quatrième traitement. De

même pour un diabétique qui ne respecte pas les mesures hygiéno-diététiques devra combiner plusieurs thérapeutiques.

- Dans leur représentation pour les patients, le médecin n'est pas payé pour faire de la prévention mais pour leur remettre une ordonnance.

« On est pas payé pour faire de la prévention, on est payé pour soigner les gens, pour faire une ordonnance, dans l'image collective, le médecin est payé pour faire une ordonnance, il n'est pas payé pour parler au patient, il n'est pas payé pour l'empêcher d'avoir des maladies, il est là pour soigner et faire une ordonnance ; et l'arrêt de travail (!). Quand on parle maintenant du nombre de médecins et de la télémédecine moi j'ai vraiment peur ! » H12

- Pour H6, H7, H8, H11, le patient considère qu'il n'est pas pris en charge sérieusement s'il ne repart pas avec une prescription :

« On est dans un pays où si tu traites pas ben t'es pas bien soigné. Donc on rentre dans ce système là » ; « (...) y'a des patient chez qui ça passe pas, t'es un mauvais médecin si tu prescribes pas certains médicaments. » H6

« Pas encore dans l'esprit français de partir sans médicaments, ils estiment qu'ils ne sont pas pris en charge sérieusement. » H7

Ces médecins questionnent-ils leurs patients sur leur souhait de médicaments même si la guérison se fait tout seul ?

- Les médecins travaillant à SOS médecin sont conscients lors de leur intervention ponctuelle, que les patients ont été habitués à des prescriptions systématiques par leur médecin traitant.
- Pour F2, F5, F7, F9, F10, F11, F13, H2, H6, H8, H11 ce sont les habitudes, c'est culturel et c'est la mentalité française qui explique ces attitudes.

Dans la littérature, Desclaux et Lévy expliquent quant à eux que « le médicament n'est pas qu'un produit pharmaceutique médicalement efficace : il est également une marchandise, et un opérateur pour un ensemble de réseaux socioéconomiques, de

pratiques, de représentations, de constructions socioculturelles associant le traitement notamment – mais pas seulement – à la maladie socialement représentée. »

Aussi, ils décrivent le médicament en tant « qu'objet transcendant les espaces, de l'individuel au social, du privé au public, du sanitaire au religieux, et simultanément opérateur technique et symbolique au cœur de la relation thérapeutique. (22)

3.4. Le médecin

Protagoniste principal de notre étude, le médecin généraliste est défini par Maruani en 1991, comme « quelqu'un à qui on peut parler de son corps et de sa vie et dont on attend qu'il fournisse des réponses chaque fois qu'on s'écarte de son état antérieur. Le personnage propre du médecin généraliste se dissout dans un de ses avatars spécialisés chaque fois qu'il effectue un acte morcelant le patient en objet d'étude et d'intervention pratique ; il se reconstitue dans la diachronie à travers un discours ouvert décroisé prosaïque. » (44)

Cette définition du médecin généraliste traduit, parmi d'autre, l'ampleur et les ambiguïtés dans lesquelles s'inscrit l'exercice de la médecine générale.

Dans les entretiens, les facteurs en lien avec le médecin sont multiples. Nous les développons en plusieurs sous parties.

3.4.1. Relation médecin malade et « patientélisme »

Inconsciemment, peu de médecins évoquent le « patientélisme », et consciemment beaucoup évoque la relation médecin-malade.

Seulement deux médecins reconnaissent reproduire des prescriptions pour ne pas détériorer la relation médecin-malade.

« Je continue de prescrire parce que je suis à peu près sûre que si j'arrête il y aura une rupture de la relation, ce que je veux pas, c'est des gens que je traite depuis plus de 15 ans, j'ai pas trop envie de le voir s'en aller. Leur état se dégrade pour d'autre raison, je suis sûre que la sur-prescription ne doit pas arranger les choses. Toutes les deux ont des maladies organiques sévères qui sont plus ou moins traitées à l'hôpital parce qu'il n'y a pas de suite, il n'y a pas de suivi comme on le voudrait. »
F8

« C'est des patients que je connais depuis très longtemps, alors on essaie de ne pas monter les doses, c'est ça la ligne directrice. » H4

Deux médecins parlent de satisfaire la patientèle et une médecin parle de

« complaisance ».

Plusieurs médecins se sentent obligés de se justifier, ou pensent ne pas avoir terminer la consultation lorsqu'il n'y pas de prescription.

« Moi même ça me fait drôle quand je ne prescris pas, parce qu'effectivement je me sens obligée de la petite phrase presque d'excuse de ne rien donner, et c'est assez exceptionnel. » F1

Néanmoins, 18 médecins sont conscients que leur patientèle est construite par eux-mêmes : les patients changent de médecins lorsqu'ils n'ont pas de réponse à leur demande de prescription et cela leur convient très bien.

« Moi je trouve que dans le système actuel médecin traitant, les gens nous ont choisis pour notre façon de bosser, pas que parce qu'on est 50 mètres moins loin. » F12

Pour certains patients et pour certains médecins généralistes, la relation médecin-malade va au-delà de la pathologie, du diagnostic et de la prescription. De ce fait, pour F6, on ne peut pas se permettre d'être trop stricte. Il faut discuter, échanger, convaincre le patient et parfois céder, tout en conservant sa légitimité professionnelle.

Parfois, ce sont des années ou même des générations de relation et de confiance qui régissent les décisions.

« En tant que médecin traitant on a du mal à être beaucoup trop rigide tu vois, il faut quand même garder une certaine souplesse, pour garder cette relation médecin – malade mais tout autant sachant qui est le médecin qui est le malade. Parce qu'il y a ce conflit là des fois. » F6

Car l'ordonnance est synonyme d'empathie de la part du médecin, c'est entendre la plainte du patient et y répondre.

Inversement, refuser une prescription c'est remettre en doute l'authenticité de la plainte. (21) (45)

« La prescription régulière prolongée peut alors s'interpréter comme le substitut d'une relation d'aide inaccessible. Cette conception de la prescription comme symbole du lien thérapeutique relativise le poids de la demande : ne pas prescrire serait pour le médecin l'indice d'un désengagement thérapeutique » (46)

3.4.2. Manque de relationnel

Pour 10 des médecins interrogés, la communication est la base de la relation médecin-malade. Pour faire usage de cet atout, il faut, certes avoir du temps, mais une faculté à la parole et l'écoute plus automatique que pour l'exercice d'une autre spécialité médicale, sauf peut-être la psychiatrie.

Expliquer au patient et réussir à le convaincre demande une motivation interne et externe et une conviction personnelle. F10 utilise le terme « envie de se battre ». C'est par la communication que l'éducation thérapeutique s'acquiert et que l'observance du patient s'installe. C'est avec la communication que le patient accepte d'arrêter son traitement lorsqu'il y en a l'indication. C'est sur la communication qu'est basée la relation médecin-malade.

A partir de là, une consultation qui se termine sans prescription ne dérange que peu souvent le patient, parce qu'il fait confiance aux décisions et aux explications de son médecin.

C'est là qu'intervient « l'effet médecin » décrit par M. Balint dans son ouvrage « Le médecin, son malade et la maladie ». Il parle de la « pharmacologie » du remède médecin, dont les deux composantes sont : conseiller et rassurer. D'après lui, le médicament le plus utilisé en médecine générale est le médecin lui-même et un quart du travail du médecin consiste en de la simple psychothérapie.

Dans une étude qualitative, deux enquêteurs étudient « Comment les médecins généralistes limitent-ils leur prescription » et le facteur « négociation, explication » en est un principal. (48)

On retrouve les mêmes points dans nos entretiens : pour F2, 80 % de ses patients ont surtout besoin de parler, d'être rassurés et peuvent repartir sans ordonnance.

« Parce qu'en plus 80 % des gens ont besoins de vider leur sac et de parler donc si vous avez été attentifs et à l'écoute généralement ils repartent sans rien et puis ils sont mieux parce que vous avez été à l'écoute. » F2

« Déjà il y a beaucoup de gens qui viennent pour parler, poser leurs soucis, chercher des conseils et tout sans qu'on soit psy mais quand même, ben évidemment là, si on a qu'une écoute, bienveillante de préférence, ça peut largement suffire quoi. » F13

D'après F12, lorsque l'on ne consacre pas assez de temps pendant la consultation, on ne peut pas bien prendre en charge un patient. On ne peut pas et faire un interrogatoire précis, et un interrogatoire sur le motif de consultation et un examen clinique. Ce pourquoi, elle applique les honoraires libres sans limite de temps pour ses consultations.

Dans la thèse de Quien S., et dans l'étude de la DREES (Direction de la Recherche, de l'Étude, de l'Évaluation et des Statistiques) , on retrouve que les médecins en secteur 2 prescrivent moins que les médecins du secteur 1. (8) (49)

Pour ce même médecin F12, un patient avec des difficultés d'endormissement, doit être pris en charge avec un questionnaire de sommeil qui y est dédié, surtout quand on sait que 1/3 de la population générale manifeste des symptômes d'insomnie mais que 5,6 % répondent aux critères diagnostiques les plus strictes de l'insomnie, en tant que diagnostic principal. (50)

« En allopathie non plus on arrive à rien si on garde les gens 3 minutes, on a pas le temps d'interroger les gens sur le motif de consultation, d'examiner, d'interroger sur les antécédents personnels et familiaux et de faire l'ordonnance. » F12

« Et par exemple les femmes qui me demandent des AINS pour des règles douloureuses ... Non , il y a d'autres méthodes, il faut essayer de comprendre pourquoi, comment sont vos cycles, est-ce que vous êtes sous pilules, laquelle ? Est-ce que vous avez pensez à parler à votre gynéco du changement de climat hormonal ? (...)

Souvent les nanas qui ont des règles douloureuses c'est des nanas qui ont des carences en prostaglandines, ou un mauvais équilibre. Alors je leur explique que les précurseurs c'est ce que vous ne mangez pas ! Alors je leur explique à quoi ça sert de bouffer des oméga 3. » F12

Face à un patient avec des difficultés de compréhension, en plus du temps il faut vouloir avoir une motivation relationnelle pour parvenir à cet objectif.

« Déjà c'est les médecins qui ne sont pas très à l'écoute de ça peut être, et aussi la demande de la patientèle je pense. Moi, comme c'est une patientèle spéciale, c'est vrai que je vois qu'il faut que je fasse beaucoup d'effort pour le renvoyer sans ordonnance. Donc le rôle du médecin est très important pour essayer de moins prescrire. » F6

Nous pouvons donc expliquer le choix pour la prescription des médecins qui reconnaissent avoir des difficultés relationnelles et communicatives. Ils jugent apporter plus de bénéfices relationnels en prescrivant que de mal thérapeutique par les effets iatrogènes. (51) (24)

La sociologue Anne Chantal Hardy, l'illustre avec cette phrase : « l'action humaine et sociale, dans ses dimensions pourtant faillibles, vaut toujours mieux qu'une action biochimique dont la iatrogénie leur paraît plus évidente. » (51)

3.4.3. Surcharge de travail, temps, fatigue

18 médecins évoquent la nécessité de temps pour moins prescrire.

Ne pas rédiger une ordonnance prendrait plus de temps que d'expliquer pourquoi on ne la rédige pas. (H9, F10, F1, F13)

Une thèse de médecine générale le met aussi en évidence. (50)

Alors qu'il est évident que prendre le temps d'expliquer, deux à trois fois à un même patient, c'est investir dans son éducation à la santé et c'est gagner du temps pour les prochaines consultations.

« Je suis du genre à passer entre 20 et 30 minutes par patient. Je prends le temps d'expliquer, c'est vrai que c'est pas rentable du tout (rire) mais je pense encore que je suis là pour expliquer, aider les gens et améliorer les choses et je me dis que je perds peut-être du temps à leur expliquer aujourd'hui, demain je le perdrais pas parce qu'ils auront compris. Et voilà, je suis jeune médecin installée donc je me dis que j'ai encore un peu d'espoir (RIRE). » F11

« Ca demande beaucoup de temps et je pense que c'est ça aussi qui fait défaut actuellement, c'est que les gens, les médecins en consultation manque de temps, parce que c'est toute une éducation qu'il faut. Il faut déjà être dans de bonnes conditions ... » F2

Expliquer les mêmes choses plusieurs fois par jour et parfois plusieurs fois au même patient est fatiguant et entraîne une lassitude. (F1, F2, F4, F6, F7)

« (...) c'est-à-dire que au début de mon installation, de ma pratique, j'avais envie d'être plus rigoureuse que ce que je suis maintenant mais parce que y'a clairement une lassitude aussi de devoir parfois trop parler avec les patients pour moi des choses que je considère comme pas importante. Soit on se fie à ce que dit le médecin, si c'est pour venir faire sa liste de médicament, ça ne m'intéresse pas quoi. » F7

Les médecins jeunes, semblent plus engagés et plus conscient de leur investissement, ils considèrent les efforts faits actuellement à ne pas refaire les années suivantes. (H1, F11, H12)

La réalisation d'un Streptatest semble être plus chronophage que de prescrire les antibiotiques. (F11)

« Ouais, le problème c'est que ça prend du temps ! (Rires) Parfois ça prend même plus de temps de leur expliquer pourquoi j'ai rien prescrit que de faire une ordonnance » F13

Une salle d'attente pleine avec des patients qui se plaignent parce que l'attente est longue, incitent les médecins à prescrire plus facilement pour écourter la consultation et aller plus vite. (H6, H12, F3, F13)

Les médecins reconnaissent que les consultations deviennent plus difficiles à gérer en fin de journée qu'en début de matinée et que le recours à l'ordonnance peut se faire plus machinalement. (F2, F9, H6, H8)

« À vrai dire ça dépend ; quand je suis à la fin de la semaine et que je suis complètement fatiguée, ben ouais, pour être tranquille, je vais prescrire, pour être honnête oui. » F2

Certains médecins parlent même de variabilité d'exercice et de fatigue au fur et à mesure de leur carrière consécutive à une chronicisation de fatigue.

« Mais si il y a des médecins qui abusent c'est aussi parce qu'ils en ont ras le bol ! Parce que vous savez un médecin qui a fait 7-8 heures par jours, pendant 10 ans, 20 ans, vous croyez que le soir quand il a fait 20, 30, 40 actes par jours il est encore en mesure de réfléchir ? Le soir à 8h le médecin il veut rentrer chez lui « qu'est-ce que vous voulez ? vous voulez du Lexomil ? allé hop hop tac tac donnez-moi la carte vitale, 25 euros, au revoir madame. » H8

Dans la littérature on retrouve plusieurs études qui stipulent qu'une charge de travail élevée conduit à faire plus de prescription, en France comme dans d'autres pays.

(20) (23) (24) (53).

En cas de difficulté de communication et de compréhension ou de barrière de langue, ou face au patient insistant malgré les explications du médecin, l'ordonnance est une solution pour clore la discussion et la consultation. (H9, F2, F3)

Les médecins qui prennent le temps de communiquer et d'expliquer aux patients consacrent en moyenne 20 à 30 minutes par consultation et sont conscient que ce n'est pas rentable sur le plan financier. (F11, F12, F3, H12)

Ils ont l'impression de concentrer dans une même consultation de la prévention, du suivi de pathologie chronique et le diagnostic de la pathologie aiguë. Cela entraîne une surcharge de travail et une fatigue.

Par manque de temps, tous les médecins ne consacrent pas le temps nécessaire pour une gestion optimale des diverses problématiques. De plus, le paiement à l'acte de la consultation de médecine générale étant peu valorisé, cela est un argument en plus pour avoir recours à l'ordonnancier plus facilement pour « abréger » les consultations.

« Et là du coup on risque de déraiper de nouveau, voilà, je pense que quand même on a une génération de médecin, on est quand même plus au claire avec effectivement cette consommation de soins et de consommation de médicaments,

mais je pense que dans les années à venir on risque de re-glisser de nouveau vers effectivement vers la prescription facile, par gain de temps, par gain de facilité. » H12

3.4.4. Facilité

Faisant suite au sous thème de la surcharge de travail et de la fatigue, nous retrouvons dans les entretiens de nombreuses références à la facilité pour justement écourter la consultation et alléger son travail.

Le recours à la prescription est relaté à la facilité dans ces cas-là. Il est plus facile de prescrire que d'expliquer pourquoi on ne le fait pas.

On peut résumer la situation avec les différents facteurs qui sont très intriqués : manque de temps + surcharge de travail → fatigue → mauvaise utilisation des connaissances + manque de relationnel → mauvaise prise en charge → prescription, multiplication.

« Et comme il y avait énormément de patients, on en voyait 30 à 40 par demi-journées ; on avait pas le temps de dialoguer, pas le temps d'expliquer, pas le temps de prendre une demi-heure pour expliquer au patient que pour une infection virale il n'a pas besoin d'antibiotique, de toute façon il n'arrivait pas à comprendre, c'était terrible. Trois quart du temps ils ne parlaient pas le français, donc c'était la solution de facilité. Il a ses antibiotiques, il est content, il repart. » F3

3.4.5. Auto-réassurance, manque de confiance

13 médecins, consciemment et inconsciemment, ont recours aux prescriptions médicamenteuses pour se rassurer et par manque de confiance en leur prise en charge.

Anne Vega en parle dans deux de ses études. Les prescriptions répondent aux doutes des généralistes car il n'y a pas de formation dédiée à sa gestion pendant les

études médicales alors que l'incertitude est une des spécificités de l'exercice de la médecine générale. (23) (24)

Certains médecins reconnaissent avoir fait un travail sur eux-mêmes et sur leur pratique avec une désescalade de leur prescription. Par exemple, F 10 reconnaît avoir prescrit longtemps des antibiotiques pour une bronchite malgré l'absence de recommandation. Elle a tout d'abord réussi à remplacer l'Augmentin par de l'Amoxicilline et enfin à abandonner la prescription systématique d'antibiotique.

« Par exemple le gros truc que j'ai eu du mal c'est de ne plus donner d'antibio sur une bronchite (silence). Ça a été un gros, une grosse victoire personnelle (RIRES). Et au début ça ne me semblait pas évident, parce que aussi les gens attendent de la bronchite d'avoir un antibio quoi, et c'est toujours compliqué. Premier effort j'ai mis AMOX quand c'était l'indication de première intention »

« Et c'est quelque chose que je n'arrivais absolument pas à faire pendant mes plus jeunes années, et que là j'arrive justement avec des phrases et tout ça, j'amène des choses et pour moi même. » F1

H7 témoigne d'une discussion avec ses collègues, qu'un médecin, malgré son jeune âge, estime que l'on ne consomme pas assez d'antibiotique. Il en prescrit pour une bronchite et pour une grippe qui prendra du temps pour guérir. Un autre, prescrit systématiquement des antibiotiques chez les patients coronariens avec une grippe. Parfois même, il y aurait des prescriptions de corticoïdes pour une grippe.

Ces pratiques ne sont basés sur aucune recommandation, mais ces médecins, dans l'idée probable de se rassurer, les adoptent.

H1 reconnaît prescrire des antibiotiques plus fort sur la demande du patient pour le rassurer.

F1, elle, reconnaît avoir réduit la taille de ses ordonnances et à la fois de se sentir « propre » quand elle en rédige une mais sans trop de traitements.

« Et il y a quelque chose qui a évolué chez moi c'est que je me sens propre quand j'ai une toute petite ordonnance mais une ordonnance quand même. (Rires). Mes ordonnances sont beaucoup raccourcies avec le temps mais il y a quand même encore des ... » F1

Pour F3, le fait d'être seule en cabinet n'est pas rassurant, et il existe la peur de passer à côté de quelque chose, par exemple d'une infection bactérienne. Quand cela survient le soir ou avant un weekend, la prescription antibiotique se fait plus facilement.

« Et puis il y a autre chose, quand vous êtes seule en cabinet vous avez toujours peur : une infection j'ai toujours peur qu'elle soit bactérienne, il y a la peur de passer à côté de quelque chose. Et donc on a recours à la biologie, aux examens complémentaires

Et puis des fois quand j'ai rien sous la main, parfois j'avoue je mets des antibiotiques alors que je ne suis pas sûre à 100% que c'est indiqué... je vous avoue.

Sinon il y a l'option appelez-moi si ça ne va pas ou repassez dans 2-3 jours. » F3

De même pour H7, médecin titulaire à SOS médecin, qui reconnaît qu'ils ont plus de doute lors d'une consultation ponctuelle en plein milieu de la nuit, le weekend, avec très peu de probabilité de suivi derrière, pour un patient qui vit seul. La prescription est une couverture et pour le patient et pour le médecin.

Concernant les « déprescriptions », F8 évoque la difficulté de reconsidérer ses prescriptions premièrement et, deuxièmement de pouvoir surveiller le patient en ambulatoire après avoir retiré certains médicaments, particulièrement pour les personnes âgées. Par ailleurs, ce médecin pense aussi que si le patient pense avoir besoin d'antibiotique à tout prix, il faut le croire et être un peu souple.

A ce sujet, H12 trouve que le déremboursement de certains médicaments permet au médecin de convaincre à retirer le traitement plus facilement.

F9 et H11 expliquent quant à eux, que la crainte d'avoir un problème médico-légal est constamment présent et que les prescriptions peuvent être une couverture.

Pour H10, le patient consulte pour une plainte qui correspond à un symptôme et donc qui nécessite une prise en charge le plus souvent des cas, d'où les consultations qui se terminent majoritairement avec une prescription.

De même pour F5, « il faut avoir fait quelque chose à la fin de la consultation », alors qu'elle explique avoir orienté un patient chez le dermatologue d'urgence en lui prenant le rendez-vous dans l'heure avec un courrier médical. Toute cette prise en charge ne remplace pas l'absence d'une ordonnance.

3.4.6. Utilité du médecin

Ce sous-thème rejoint beaucoup le précédent mais parfois, se rendre utile ou se sentir utile est indépendant de se rassurer ou d'un manque de confiance en soi. Nous retrouvons les phrases des mêmes médecins que dans le sous-thème précédent.

« Il faut que je fasse quelque chose quoi ; un bilan biologique, une ampoule de vitamine D... L'asthénie ce matin j'aurais pu la faire partir sans rien, elle peut prendre ses vitamines toute seule en pharmacie. C'est pas non plus vitale, j'aurais pu ne pas lui faire d'ordonnance. » F3

Parmi les 13 médecins, un seul confirme ouvertement se sentir utile en prescrivant.

« J'aime bien les médicaments. Parce que j'ai l'impression d'être utile en prescrivant des médicaments » H2

3.4.7. Médecins spécialistes et médecins hospitaliers

Le recours au médecin spécialiste et au milieu hospitalier est indispensable pour le suivi des pathologies qui le nécessitent et, en France, les médecins généralistes ont un recours privilégié aux avis des médecins spécialistes. (54) (55) (56)

D'après nos entretiens, l'influence des médecins spécialistes sur les ordonnances est certaine, d'autant plus s'ils sont à proximité.

Néanmoins, certains médecins généralistes savent rester critique et discutent les

indications des traitements proposés.

« (...) il m'arrive de temps en temps de remettre en question, par exemple la prescription d'une statine à partir d'un certain âge ou un anti hypertenseur alors que le patient il est dans les limites ça me fait interroger de temps en temps (...) . » H9

Par exemple, les classes thérapeutiques sans preuve d'efficacité prouvée avec un niveau d'Amélioration du Service Médical Rendu III ou IV sont encore prescrites par certains spécialistes.

« On a eu l'avantage, suite au déremboursement de certaines molécules de pouvoir supprimer certaines choses qui pour moi, étaient complètement aberrantes, genre Vastarel, pas mal d'exemples, de choses comme ça, qui étaient prescrits un peu comme ça, du style voilà on va vous en mettre un peu, c'était un fourre tout, ça servait à tout et à rien, et en fait ça ne servait à rien ». H12

6 médecins parlent de confiance envers les spécialistes avec lesquels ils coopèrent, ce qui-sous entend une confiance pour leur conseil de prescription.

Pour deux des médecins, la décision du milieu hospitalier n'est pas discutable pour les patients, qui appliquent donc les modifications de l'ordonnance plus facilement que si c'était les médecins eux même qui le demandaient.

« La plupart du temps on adopte parce que ça sert à rien de se battre contre l'hôpital qui est tout puissant, en tout cas aux yeux des patients. » H4

« C'est vrai que quand ça vient de l'hôpital, ça a été changé, ils sont pas contents mais c'est l'hôpital. » F1

Pour une autre, le manque de communication des médecins hospitaliers avec les médecins libéraux est très insuffisant.

« A mes yeux le principal défaut c'est le manque de communication et de transparence entre la ville et l'hôpital. Les hospitaliers ont tendance à considérer que les médecins généralistes en ville ne font pas leur travail et que c'est pour ça que les urgences sont pleines et comptés comme une bande d'incompétents. Et donc ils ont peu tendance à communiquer avec nous, donc je félicite toujours le jeune interne qui m'appelle quand il y a un patient qui arrive chez eux, je dis bravo, c'est trop rare, très bien. Mais trop souvent il n'y a pas de communication. » F12

Pour les médecins, le rôle du médecin généraliste est de faire le « tri » sur l'ordonnance et de coordonner les différentes prescriptions des différents spécialistes.

« En tant que généraliste on est sur la plaque tournante par rapport à nos confrères spécialistes. Là j'ai encore eu quelqu'un de très proche, qui sort de chez le neurologue qui fait des impatiences des membres inférieurs, on lui a proposé un traitement, qui potentiellement peut, va peut-être marcher, mais avec potentiellement des effets indésirables, chez quelqu'un qui a déjà plusieurs traitements. C'est nous qui allons aussi faire le tri là-dedans, oui on y vas, on y va pas, on tempore, est-ce que c'est nécessaire, est-ce qu'il y un impact si on le prend ? Même si le médecin spécialiste bien sûr a regardé le traitement de la patiente. Mais c'est vrai que nous on est la plaque tournante là-dedans pour faire un peu le tri. Parce qu'effectivement chaque spécialiste forcément, si quelqu'un va voir un spé, s'il y a une plainte, en réponse de la plainte il y a un traitement ben voilà chacun va y mettre son grain de sel, pour un peu que le patient ai beaucoup de symptômes, plus ou moins important, eh ben on va se retrouver avec une ordonnance puissance 15 quoi. C'est aussi à nous de faire le tri là-dessus quoi. C'était du Neurontin, bon Ok, c'est pas le pire des médicaments, mais ça peut affecter plein de choses, ça peut modifier certains métabolismes d'autres médicaments. En réalité, on a décidé de ne rien donner pour l'instant ! » H12

Un manque de communication et de liaison entre ces derniers est responsable d'erreurs importantes.

« Ah ben alors je viens de voir un truc superbe en garde, un médecin qui sort de l'hôpital, par son médecin interniste il est sous corticoïdes au long cours je pense pour une maladie chronique musculaire et articulaire. Il va se faire opérer, il ressort avec une bonne dose d'AINS et il prend tout en même temps, OK. Voilà ce que je pense : donc Solupred et AINS en même temps. (...) Ah il faut que quelqu'un fasse une synthèse ! Non les ordonnances des spécialistes c'est super important mais il faut faire attention.» F8

Ceci a une conséquence de cumul de traitements sur les ordonnances avec parfois des oublis des motifs de prescription initiale des médicaments. (23) (24) (57)

3.4.8. Formation médicale initiale, reproduction de l'attitude des aînés

10 médecins pensent que l'attitude de prescription est le résultat de la formation médicale facultaire et du stage chez le praticien généraliste.

Le premier contact a lieu pendant le stage d'externat chez le praticien, ensuite pendant l'internat.

De même, à l'hôpital, pendant l'externat, la relation avec le médicament est assez immédiate via l'omniprésence des laboratoires pharmaceutiques.(23) (24) (59) (60)

Enfin, le jeune médecin remplaçant est confronté aux patients habitués à recevoir les prescriptions de son médecin traitant. Soit le remplaçant sait qu'il ne reproduira pas la même pratique lors de son installation, soit le mimétisme se fait progressivement.

« Ben à la fac, et puis les médecins que je remplaçais. Ouais enfin oui parce qu'à la fac t'apprends pas grand chose, tu vois quand tu commences à remplacer ceux qui prescrivent et tu fais un peu pareil, ben ouais. Ouais j'ai rien appris à la fac mais bon après tu regardes un peu ce qu'il se fait et tu vois qu'ils prescrivent le pschitt pour le nez et le doliprane et le machin et le sirop pour la toux et le machin le bidule le truc, donc tu fais pareil quoi, donc euh ... » F10

« Moi quand j'étais étudiante et que je faisais des stages chez le médecin généraliste, je déprimais vraiment quand je voyais le médecin recopier des pavés de médicaments sur les longues listes ALD. » F2

« J'ai fait des remplacements à Créteil en banlieue dans un cabinet où on faisait 40 consultations par demi-journée ! J'appelle ça la fourmilière, c'était une catastrophe. Beaucoup de patient CMU, turn-over terrible et ils prescrivait à gogo les collègues que je remplaçais, c'était impressionnant quoi. Une quantité d'antibiotique, de médicaments, il ne fallait pas qu'un patient sorte sans avoir au moins un minimum de médicaments. Alors que en m'installant seule j'ai repris les bases et je me suis à nouveau calmée et fais le tri dans mes prescriptions. » F3

D'après les médecins interrogés, 9 pensent qu'il y aurait un écart de quantité de prescription, entre les médecins expérimentés et les jeunes médecins, tout comme on peut le retrouver dans la littérature. (8) (61)

Les plus âgées seraient plus grand prescripteurs, et étant les « enseignants » des plus jeunes, il y a une reproduction des pratiques et des habitudes enseignées.

Pour les médecins, la formation médicale initiale ne prépare pas les praticiens au monde du libéral généraliste et surtout, il y a un contraste entre les acquisitions théoriques et les réels motifs de consultation des patients.

« Ce n'est pas un problème de connaissance ce qui manque, parce que maintenant elle est accessible à tous, avec internet ... voilà. Moi la critique que je peux émettre c'est qu'on n'est pas du tout préparés pour le monde du libéral. Je trouve ça dommage, notre formation n'est pas du tout adaptée à la réalité. Il faudrait revoir le système de formation des médecins. » F2

« Sa tension j'arrivais pas, j'arrivais pas, rien ne marchait, elle avait 30 ans, et 22 de tension, rien de marchait. C'était il y a 25 ans, et moi je ne savais pas ... Alors je l'adresse à un cardio qui me dit que c'est connu il y a une histoire de récepteurs chez les africains, et moi je connaissais pas et là je me suis dit mais mince on ne nous enseigne pas ça à la fac ! Et après je me dis « un africain qui a du cholestérol ? » il ne mange pas comme un alsacien moyen, l'igname par exemple c'est plein de sucre, les diabétiques, leur régime et alimentation ? Mais c'est des trucs on nous l'apprend pas ! On traite tout le monde comme le français moyen ! » F5

On retrouve le même constat dans l'étude de Géraldine Bloy. (62)

Les solutions sont recherchées avec la prescription de traitement symptomatique adapté, un savoir qui a été enseigné. (24)

« C'est aussi une histoire de formation à la faculté, je n'ai pas appris à prescrire de la tisane de thym, je ne sais pas si ça marche ? Si ça marche dans d'autre pays moi je suis ouvert ... On nous apprend peut-être aussi beaucoup à prescrire ... » H10

En effet, lors de notre formation durant les études médicales, il y a peu d'apprentissage à l'écoute et à la communication, qu'elle soit dans un cadre sociologique ou psychologique. Nous avons très peu de formation en sciences humaines, et pas de connaissances concernant les prises en charges sociales. Il y a un manque de familiarité avec les conditions de vie et les niveaux socio-économiques des classes populaires. (23)

«La patiente en larmes, bon ben voilà ... Il faut savoir gérer et on se dépatouille. (...) *Et c'est sûr qu'il y a un cap entre la fac et quand on est installé. Ça c'est certain. Il y a des choses on est obligé de se dépatouiller. Il y a des patients qui viennent vous posez des questions ; j'ai jamais entendu parler de ça, je ne me suis moi-même jamais posée la question, on ne m'a jamais appris à traiter ce type de cas, c'est sûr que vous apprenez à savoir gérer les choses comme vous pouvez. Et c'est pas évident.* » F3

Or, la médecine générale libérale est le principal contact médical pour cette population. (63)

De plus, nous ne sommes pas formés à gérer un doute diagnostic, une incertitude. (23) (24) (62).

Dans l'étude de Claudie Haxaire, en parlant de la qualité d'écoute, « les généralistes l'évoquent en termes de savoir qui fait défaut » (25)

3.5. Les laboratoires pharmaceutiques/ le marché du médicament

Bien que nous ne voulions pas étudier ce facteur dans nos entretiens, il y a tout de même 11 médecins qui ont fait part de la probable influence des laboratoires pharmaceutiques sur leur ordonnance.

Néanmoins, ils remarquent une forte diminution de la présence de des délégués pharmaceutique au fil des années.

Enfin, 6 des médecins ne les reçoivent plus contrairement à leur pratique en début d'installation.

12 médecins évoquent la publicité des médicaments, les médicaments en vente libre, le prix très bas des médicaments en France, la vente par boîte et non pas à l'unité, la mise sur le marché de nouveaux médicaments en continu ...

« Question que j'avais un jour posé à un psychiatre ; pourquoi dans une boîte y'a-t-il 30 comprimés de Seresta ou de Lexomil ? Pourquoi 30 ? Ouais parce que 30 euuh et pourquoi pas 330 ? » H9

3.6. « Evidence-based medecine »

3 médecins relèvent leur difficulté à concilier les bonnes pratiques théoriques de prescription et la vraie vie :

en médecine, et d'autant plus en médecine générale, les ressorts liés à la prescription médicale sont complexes et les normes édictées par l'Evidence-Based Medecine (EBM) ne peut peuvent suffire à en rendre compte.

L'EBM est un pilier de la médecine moderne mais elle a ses limites : c'est une médecine centrée sur la maladie alors que le médecin doit intégrer « la variable » lié au patient pour ses décisions.

« Là aussi j'ai beaucoup plus d'ouverture que j'avais en faisant mes études, en étant très (en faisant le signe carré avec les mains) catégorique, scientifique etcetera. Quand on a un peu de recul on s'aperçoit qu'effectivement il faut savoir ménager la chèvre et le chou, prendre de la distance, s'appuyer aussi sur son expérience personnelle, savoir relativiser certaines informations qui tombent et pas vouloir forcément, parce que quand on explique blanc à un patient, il est possible que 6 ans plus tard on lui dise 'ben c'est noir' et ça aussi dans notre discours il faut savoir l'énoncer au patient, c'est ce que je fais beaucoup » H12

« Il y a un mois de ça un médecin conseil est venu me voir, une dame charmante, et qui me dit « Mr vous ne prescrivez pas assez de GLUCOPHAGE dans vos prescriptions de première intention chez le diabétique, par rapport au panel dans lequel vous êtes ; vous êtes à 60 % en première intention. Ben oui il y a des confrères qui font 80% en première intention. « Écoutez oui peut-être, mais vous savez comme moi, qu'il y a un certain nombre de patients qui ont des diarrhées, qu'ils ont des contres indications mais qui ont surtout des effets secondaires. Et on me répond, droit dans les yeux : « Ça c'est pas un problème, s'ils ont une diarrhée chronique ils n'ont qu'à la gérer. Donc moi j'ai dit « Écoutez, je suis désolé, moi vous me donnez un médicament chronique et que je ne le supporte pas, je ne le prends pas. » Combien même j'ai vu des patients avoir coloscopie pour exploration d'une diarrhée chronique sous glucophage ! Voyez, donc pour vous dire la metformine à des effets positifs mais aussi des effets négatifs et on vous dit « non non il faut les prescrire parce que c'est pas cher. »» H2

« Je vais être très très très très méchant : ça c'est de la faculté de médecine au plus haut point, extraordinaire. Mais c'est des gens qui n'ont pas d'activité libéral et qui n'ont jamais vu de patient en vrai, c'est la loi ? de la faculté de médecine. Et qui ne font absolument pas pareil quand ils font leur pratique eux-mêmes. » H11

3.7. Presse médicale/ formation médicale continue

Les médecins sont influencés par la presse médicale. (64)

15 médecins lisent régulièrement des revues médicales, 5 sont abonnés à la revue Prescrire, dont un médecin qui reste tout de même critique par rapport aux écrits de la revue. 1 médecin évite à tout prix cette revue.

Tous les médecins ont des références pour guider leurs décisions via internet (Antibiocliv, HAS ...)

Concernant la formation médicale continue, beaucoup de médecins rapportent que c'est assez chronophage. Les médecins plus âgés reconnaissent y consacrer de moins en moins de temps.

Pourtant, il est connu que cette dernière permet de « limiter » les prescriptions (65) (48) mais la nécessité d'effort et de temps individuel à fournir est importante, et cela, beaucoup plus que lorsque l'on enseigne dans une structure hospitalo-universitaire où il existe une dynamique d'enseignement.

« Alors j'espère que ça va perdurer, j'espère que les connaissances qu'on a acquises, notre formation à l'hôpital, formation qui nous a quand même fait comprendre qu'il fallait pas prescrire pour rien, éviter la polymédication, j'espère que ça, ça va resté imprégné chez nous, jeune médecins, et que on va pas rentrer dans ce système où il faut sur prescrire, je pense que ça, ça passe par la formation médicale continue. » H7

Il faut un investissement en terme de temps et d'argent, car il faut soit empiéter sur son temps libre soit se libérer de ses consultations.

L'indemnisation de l'assurance maladie depuis 1997, sur la base de quinze consultations par jour à hauteur de huit jours par an, ainsi que le droit d'ouverture à un crédit d'impôts (67) semblent insuffisant pour fidéliser les médecins à long terme.

V. DISCUSSION A PROPOS DE L'ETUDE

1. Force

La prise de conscience de l'influence de nombreux facteurs sur la décision des prescriptions médicales est primordiale dans l'exercice de la médecine. Un rappel dans ce sens est toujours un sujet d'actualité.

La méthode qualitative était bien adaptée à notre question de recherche. Par définition cette méthode se caractérise par une approche qui vise à décrire et à analyser les opinions, les pratiques et les comportements des individus. (67)

Le recrutement de 25 médecins, de façon aléatoire, de caractéristique assez hétérogène en termes d'âge, de sexe et d'année d'installation et avec une pratique variée de la médecine générale est une force de l'étude.

L'analyse conjointe par le directeur de thèse a permis une analyse croisée et a augmenté la validité de notre travail.

2. Biais

Parmi les biais potentiels et propres aux entretiens semi-dirigés, nous pouvons en exposer deux dans le cas de notre étude.

Premièrement, un biais est dû au discours superficiel de l'enquêté (68). Ce biais a été inévitable pour certains entretiens bien que nous ayons établie les rencontres avec les médecins à leur convenance, de préférence en début ou en fin de journée de consultation, pour privilégier la disponibilité et la discussion.

Le deuxième, est celui lié à l'apparence de l'enquêteur, à ses caractéristiques physiques, et son appartenance à une classe sociale ou à un groupe ethnique. Ces deux dernières caractéristiques sont définies par Hélène Chauchat (69), comme ayant un effet d'homophilie « lorsque les apparences montrent au sujet que l'enquêteur fait partie du même groupe social que lui, et d'hétérophilie dans le cas contraire. »

Ce biais est difficilement évitable lors des entretiens.

Enfin, pour avoir un discours plus poussé et des réponses plus narratives, l'entretien nécessite de relancer et de reformuler les questions de la façon la plus neutre possible. Cela n'a pas été systématique, particulièrement avec les médecins qui ont fourni un entretiens d'une courte durée. (H3, H4, H5, H11 à minima)

Indépendamment des biais liés au type d'étude, d'autres biais sont identifiables.

Pour la faisabilité, nous avons interrogés uniquement des médecins généralistes dans le Bas Rhin.

L'absence de recrutement de médecins travaillant en salariat a réduit l'hétérogénéité de la population.

Aussi, seulement 5 médecins en milieu rural ont pu être inclus, faute de réponse positive par les médecins dans les petites communes.

Notre travail contient donc des limites, celle liées à la méthode choisie et d'autres liées aux caractéristiques de la population interrogée.

VI. CONCLUSION

VI. CONCLUSION

Ce travail nous permet de prendre conscience de la complexité de l'acte de la prescription médicale et surtout de l'ampleur des facteurs multiples qui influencent sa réalisation.

Nous individualisons particulièrement les facteurs en lien avec le patient, avec le système de soins et avec la société, mais le protagoniste principal est le médecin généraliste.

Ses choix décisionnels doivent tenir compte de la médecine factuelle, de la demande du patient, du contexte sociétal, des recommandations de l'assurance maladie tout en coordonnant les décisions des différents spécialistes. Il doit aussi faire part de son jugement éthique et de sa motivation personnelle.

Pour optimiser ses prescriptions, il doit mettre en œuvre ses qualités d'écoute, de communication, d'empathie, de patience.

Malgré la multiplicité et la complexité des facteurs qui favorisent les prescriptions, il semble que les médecins sont conscients et volontaires pour apporter des changements dans leur pratique.

« Ça m'intéresserait de voir les résultats, s'il en sort une solution pour prescrire moins, moi je suis tout à fait d'accord. » F1

Ils devraient avoir plus confiance en eux mais aussi dans le patient.

Cependant, les mesures nécessaires pour les encourager dans ce sens semblent insuffisants : les médecins sont dans l'attente d'une amélioration de l'organisation du système de soins et de la formation médicale initiale. L'éducation du patient doit prendre une place plus importante lors des consultations de médecine générale et devrait être obligatoire avec des consultations dédiées.

Ils sont dans l'attente d'une reconnaissance et d'une promotion des prises en charge sans prescription médicamenteuse auprès des patients. Ces changements orientés vers une médecine plus humaine pourraient les aider à exercer dans le respect de leur éthique médicale.

« C'est très intéressant aussi, c'est un sujet qu'il faut mettre à l'ordre du jour, parce qu'on en a énormément ! (des patients qui insistent pour avoir des traitements) » F6

Néanmoins en France, malgré les quantités importantes de médicaments prescrits, la population bénéficie d'une médecine de qualité. Les médecins ne présentent pas de conflits d'intérêts lors de la réalisation de leur prescription, il n'y a pas d'inégalité de prise en charge et les soins sont accessibles pour tous. Contrairement à de nombreux autres pays, le nombre de médicaments en vente libre et le prix du médicament sont contrôlés.

« Moi je peux vous dire, je soigne énormément d'étranger, la médecine française reste quand même une des meilleures ; au monde ! Et je sais ce que je dis. » F4

« Ce que je sais c'est que quand on dit qu'on est le record en matière d'antidépresseur, c'est un peu du pipeau, dans le sens que ailleurs ce sont des médicaments acheté en vente libre, donc ils sont comptabilisés par rien, quand on dit qu'on est le record d'Europe en matière d'anxiolytique, ben c'est bidon aussi comme statistique, parce que dans toute la culture anglo-saxonne, Grande Bretagne, Canada, Etats Unis ; LA réponse c'est les bêta-bloquants ! » F12

« Moi je trouve quand même qu'on a un bon système de santé et que on peut être soigné, avec des maladies graves, où les traitements coûtent des milliers d'euros par mois, on ne se pose pas de questions et on ne refuse pas et on y va. Ça c'est une chance qui n'est pas présente partout, de manière internationale. » F13

VU,

Strasbourg, le 14/09/2018

Le président du Jury

Professeur T. VOGEL



Professeur Thomas VOGEL
HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG
Hôpital de la Robertsau
POLE DE GERIATRIE
67091 STRASBOURG Cedex

VU et approuvé
Strasbourg, le 04 OCT 2018

Le doyen de la Faculté de médecine de Strasbourg



Professeur Jean SIBILA

Liste des annexes

1. Tableau des lectures sociologiques
2. Carte heuristique
3. Courriel adressé aux médecins libéraux
- 3^{bis}. Courriel adressé aux médecins salariés
4. Guide d'entretien
5. Diagramme hiérarchique des facteurs d'influence
6. CD ROM des entretiens

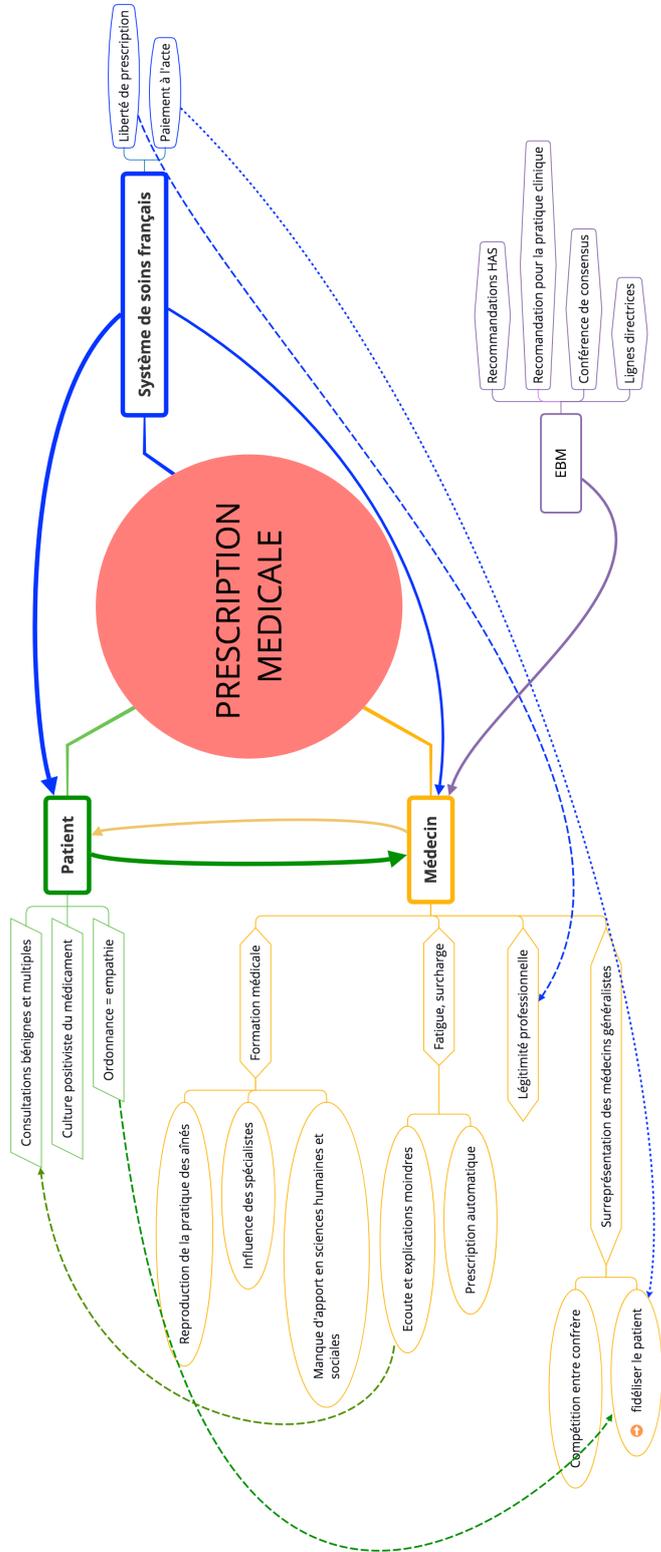
Annexe 1 : Tableau des lectures sociologiques

Numéro et titre ouvrage	Auteur	Année, pays	Discipline et sous discipline	Question de recherche, Sujet de l'écrit	Méthode / type d'écrit	Conclusion/ Résumé/ idée
1. Les prescriptions des médecins généralistes et leurs déterminants.	Elise AMAR et Céline PEREIRA	2005, France	Santé publique, médecine	Analyse de l'interaction entre le patient et le médecin et l'influence sur les décisions médicales prises.	Enquête qualitative et quantitative	Les prescriptions médicamenteuse des généralistes est relativement peu différente d'un médecin à l'autre mais très variable selon les patients. Les pathologies diagnostiquées et le degré de certitude du diagnostic ont une influence importante sur le volume de prescriptions. Par ailleurs, les médecins généralistes prescrivent davantage de médicaments à leurs patients réguliers et à ceux qu'ils reçoivent plus longuement, ainsi qu'aux femmes et aux personnes âgées. Enfin, concernant les médicaments génériques, les caractéristiques socio-économiques et les habitudes des patients influencent les pratiques de prescription des généralistes.
2. Positivisme et dépendance les usages socioculturels du médicament chez le médecins généralistes français.	Anne Vega	2012, France	Science sociale et santé.	Etude sur les habitudes de prescription médicamenteuse en médecine générale et sur ses influences, à savoir les facteurs non cliniques qui les façonnent.	Enquête qualitative par entretiens et par observation de consultations	Il existe plusieurs tendances culturelles favorables aux prescriptions, dont les formations médicales et l'organisation des soins en France sont le reflet. L'étude montre l'importance des fatigues professionnelles et les motivations initiales de chaque prescripteur à être devenu médecin concernant les différents niveaux de prescription.
3. La prescription des médecins généralistes : conflits entre assurance maladie.	Philippe Massons	2011, France	Sciences sociale, Santé	Etude de la relation entre l'Assurance maladie et les médecins, dans le cadre de leur activité de prescription de médicaments.	Article de revue de sciences sociales	La diversité des pratiques en matière de prescription est un aspect essentiel de la profession médicale qui est au cœur de la relation conflictuelle qui l'oppose à l'Assurance maladie. La spécificité de la profession médicale ne tient pas tant à la dimension cognitive du travail des médecins qu'aux enjeux économiques et politiques des conflits qui les opposent à l'Assurance maladie.
4. Comment les médecins généralistes limitent ils leurs prescriptions ?	Sylvain Duffaud, Sandra Liébart	2014, France	Santé publique, médecine	Objectiver les stratégies utilisées par les généralistes lorsqu'ils choisissent de limiter leurs prescriptions, pour en favoriser le recours.	Etude qualitative par entretiens collectifs.	Nombreux éléments favorisent la limitation de prescription : formation et information des praticiens comme des patients, gestion de la consultation, communication avec le réseau de soins et les instances politiques. Les organismes de formation continue et les instances de santé pourraient favoriser ces stratégies, au bénéfice du patient.
5. Socialisation professionnelle et contrôle social. Le cas des étudiants en	Isabelle Baszanger	1981, France	Science sociale et santé.	Approche du contrôle social, tenant compte du mode particulier d'insertion dans les	Article de revue française de sociologie	Le moyen du contrôle social est largement l'hôpital et sa logique scientifique ; moyen qui cependant porte en soi ses propres limites puisque le segment hospitalier qui assure la socialisation des médecins généralistes ne

médecine futurs généralistes.				structures hospitalo-universitaires et des modes d'accès à l'univers professionnel, des médecins généralistes.		maîtrise que très partiellement la mise en œuvre de ce savoir scientifique par les généralistes.
6. Cultures et médicaments. Ancien objet ou nouveau courant en anthropologie médicale ?	Joseph Déclaux, Joseph Josy Lévy	2003, Canada, France	Science sociale, anthropologie	Présentation des travaux portant sur les rapports entre médicaments et cultures dans le champ de l'anthropologie médicale.	Article de revue sociologique	Remède et poison, objet technique et social, réponse à la plainte de l'individu et enjeu relationnel, le médicament s'inscrit dans la relation thérapeutique mais aussi dans le contexte, et donc les normes, de la société qui l'a inventé et l'utilise.
7. Singuliers généralistes, Sociologie de la médecine générale.	Géraldine Bloy et François Xavier	2010, France	Science sociale, santé publique, médecine générale.	Analyse de l'évolution de la médecine générale en France au cours des dernières décennies.	Ouvrage collectif	Centré sur la médecine générale, l'ouvrage montre « le flou » mais aussi la richesse et la diversité. Reflet de la difficulté des praticiens à sortir d'un statut « en creux », à trouver leur juste place dans un monde médical en mutation. Mais illustration aussi de leur dynamisme et leurs efforts d'innovation, ainsi que la persistance d'un attrait pour ce mode d'exercice.
8. Le partage des responsabilités en médecine : Une approche socio-anthropologique des pratiques soignantes. Rapport final Cuisine et dépendance : les usages socioculturels du médicament chez les médecins généralistes français.	Anne Vega	2011, France	Science sociale, santé publique, médecine	Comprendre les multiples influences autres que les seules connaissances médicales qui pèsent sur les orientations des pratiques et des décisions médicales. Etudes sur les facteurs non cliniques intervenants dans les motivations de prescriptions médicamenteuses.	Etude qualitative. Analyse de la littérature internationale, d'entretiens et d'observations de la pratique de médecins généralistes français, aux profils variés.	Les déterminants du jugement et de la décision médicale ne sont ni totalement subjectif ni totalement scientifique : il s'insère dans la société.
9. Prendre ses médicaments / prendre la parole : les usages des	Madeleine Akrich, Cécile Méadel	France, 2002	Sciences sociale et santé	Quelle place les patients accordent-ils au médicament dans la manière dont ils envisagent leur	Article de revue	Il existe différentes formes de relation au médicament, spécifique à chaque patient : l'expérience de la maladie passe en grande partie par le rapport aux médicaments, sous l'influence d'une relation entre médecin et

médicaments par les patients dans les listes de discussion électroniques.				maladie et leurs rapports aux médecins ?		patient. Le médicament est un opérateur majeur dans la reconfiguration possible de la médecine comme science, des pratiques médicales, des relations médecin-patient. Il permet la liaison entre ces différents aspects, plaçant du même coup le patient au centre du réseau qu'il contribue à installer.
10. A propos de la signification médicale d'une prescription.	Anne Chantal Hardy	2012, France	Sciences sociales et santé	Le sens de l'acte médical prescripteur : une interrogation sur la décision médicale et sur la façon dont on interprète et accorde une valeur à l'autonomie de cette décision.	Article de revue	Une décision médicale ne peut être autonome, et cette autonomie reflète une mise à distance du patient ou des firmes pharmaceutiques. Il existe un intérêt de rechercher comment l'intrication se fait, au nom de quelles valeurs sociales et morales, voire politiques.
11. Médicaments et société.	Sylvie Fainzang	2002, France	Santé publique, anthropologie	Etudier les comportements des patients vis à vis de la maladie, du médecin et de l'ordonnance.	Ouvrage sur une étude qualitative observationnelle	Les comportements vis-à-vis de l'ordonnance, du médecin et du médicament reflètent les modèles culturels les plus enfouis, les façons de comprendre le corps, d'assumer la souffrance et la maladie, de vivre les relations à l'autorité (le médecin) et à la chose écrite (l'ordonnance) qui sont propres à la sphère culturelle à laquelle appartiennent les sujets.

Annexe 2 : Carte heuristique



Annexe 3 : Courriel adressé aux médecins libéraux

Chère future consoeur, futur cher confrère

Je m'appelle Gülay SAHIN ERDOGAN, je suis interne de médecine générale à la faculté de médecine de Strasbourg. J'effectue des remplacements de façon régulière depuis novembre 2017.

Je prépare ma thèse d'exercice pour le titre de docteur en médecine.

Dans le cadre de mon sujet qui concerne les prescriptions en médecine générale, je souhaiterais vous rencontrer pour réaliser un entretien semi dirigé.

Je vous solliciterai environ 30 minutes durant lesquelles je vous poserai quelque question sur vos habitudes de prescription. Je me déplacerais à votre cabinet le jour qui vous conviendrait.

L'anonymat sera conservé. Avec votre accord, je me permettrais d'enregistrer entièrement la conversation pour une exploitation optimale des données.

Merci de me faire un retour par mail pour me permettre de vous appeler afin de convenir une date de rencontre.

Bien confraternellement.

Annexe 3^{bis} : Courriel adressé aux médecins salariés

Chères consœurs et chers confrères ;

Je m'appelle Gülay SAHIN, je suis interne de médecine générale à la faculté de médecine de Strasbourg. J'effectue des remplacements de façon régulière depuis novembre 2017.

Je prépare ma thèse d'exercice pour le titre de docteur en médecine. Dans le cadre de mon sujet qui concerne les prescriptions en médecine générale, je réalise une étude qualitative. Je recueille les données via des entretiens semi dirigés.

J'aimerais constituer une population représentative de médecins généralistes, ce pourquoi je voudrais interroger des médecins qui exercent en salariat.

Je souhaiterais vous rencontrer pour enrichir mes données d'étude.

Je vous solliciterai environ 30 minutes durant lesquelles je vous poserai quelque question sur vos habitudes de prescription. Je me déplacerais à votre cabinet le jour qui vous conviendrait.

L'anonymat sera conservé. Avec votre accord, je me permettrais d'enregistrer entièrement la conversation pour une exploitation optimale des données.

Merci de me faire un retour par mail ou par téléphone afin de convenir une date de rencontre.

Bien confraternellement.

Mme Gülay ERDOGAN SAHIN

+33 [REDACTED]

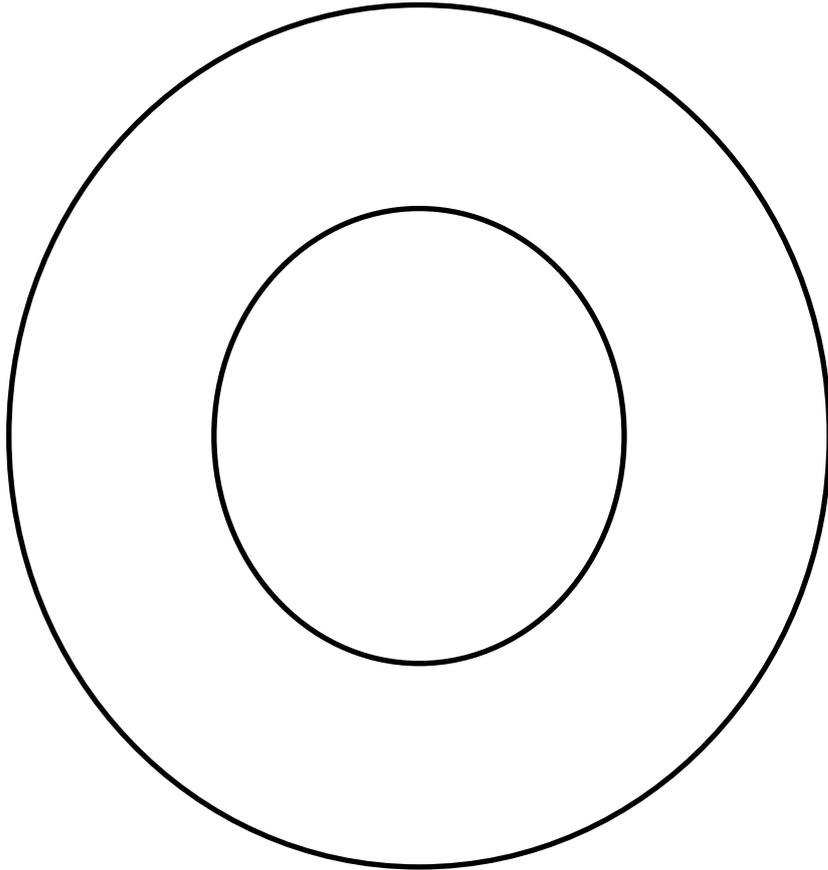
Annexe 4 : Guide d'entretien

Thèmes	Relances et sous thèmes
Prescription du jour par le médecin interrogé	<ul style="list-style-type: none"> - Molécule - Quantité - Indication
Situation de la France concernant les prescriptions	<ul style="list-style-type: none"> - Etat des connaissances à ce sujet - Explication, comparaison avec d'autres pays européens - Raisons identifiées de la part du médecin - Critique, commentaire
Situation individuelle du médecin	<ul style="list-style-type: none"> - Durée moyenne d'une consultation - Gestion de la problématique de la consultation - Niveau et quantité de prescription personnelle - Consultation sans ordonnance ?
Entretien des connaissances et évolution des pratiques	<ul style="list-style-type: none"> - Revue médicale, internet - Laboratoires pharmaceutiques - Avis confrères - Formation médicale continue

Annexe 5 : Diagramme hiérarchique des facteurs d'influence



Annexe 6 : CD ROM des entretiens retranscrits intégralement



Références bibliographiques

1. <https://www.conseil-national.medecin.fr/article/article-34-prescription-258>, consulté le 13 mars 2018
2. <http://www.larousse.fr/encyclopedie/medical/prescription/15514>, consulté le 13 mars 2018
3. <https://www.conseil-national.medecin.fr/article/article-8-liberte-de-prescription-232>, consulté le 13 mars 2018
4. <http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/WONCA%20definition%20French%20version.pdf>, consulté le 31 mai 2018
5. https://www.senat.fr/rap/l07-114/l07-114_mono.html consulté le 27 juillet 2018
6. Doise W., L'explication en psychologie sociale. Sociologies. Paris, Presses universitaires de France (1982).
7. Baggio S., L'influence sociale. Dans S. Baggio, Psychologie sociale : Concepts et expériences (pp. 18-31). Louvain-la-Neuve, Belgique : De Boeck Supérieur (2011).
8. Amar E, Pereira C, Les prescriptions des médecins généralistes et leurs déterminants. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), N° 440, novembre 2005. 12 pages. [En ligne] <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/les-prescriptions-des-medecins-generalistes-et-leurs-determinants>. Consulté le 11 décembre 2017.
9. Caisse Nationale d'Assurance Maladie. Quel est le rapport des Français et des Européens à l'ordonnance et aux médicaments ? Etude IPSOS. Février 2005
10. D. Polton *et al.*, « Peut-on améliorer à la fois la qualité et l'efficacité de la prescription médicamenteuse ? Quelques enseignements tirés de l'expérience de l'assurance maladie française », *Revue française des affaires sociales* 2007/3 (), p. 73-86.
11. Foisset E., Etude de l'impact de la visite médicale sur la qualité de la prescription des médecins généralistes bretons. Thèse de médecine

- générale. Brest ; 2012. Consultée le 12 novembre 2017
12. Orłowski JP, Wateska L. The effects of pharmaceutical firm enticements on physician prescribing patterns. There's no such thing as a free lunch. *Chest*. juill 1992;102(1):270-273
 13. Delarue L-A. Les Recommandations pour la Pratique Clinique élaborées par les autorités sanitaires françaises sont-elles sous influence industrielle ? Thèse de médecine générale. Poitiers ; 2011
 14. Sinsard S. Vision des laboratoires pharmaceutiques par des internes en médecine grenoblois. Thèse de médecine générale. Grenoble ; 2012.
 15. Petits cadeaux : influence souvent inconsciente mais prouvée. *Prescrire*. 2011; (335) : 694-696.
 16. Mintzes B, Lexchin J, Wilkes MS, Beaulieu M-D, Reynolds E, Sutherland J, et al. Pharmaceutical Sales Representatives and Patient Safety. *J Gen Intern Med*. ; 2013
 17. Mintzes B., Mangin D. et Hayes L., Comprendre la promotion pharmaceutique et y répondre. Edition originale 2009 OMS. Traduction française 2013, HAS.
 18. Fickweiler F, Fickweiler W, Urbach E. Interactions between physicians and the pharmaceutical industry generally and sales representatives specifically and their association with physicians' attitudes and prescribing habits: a systematic review. *BMJ Open* 2017 ; 7:e016408. doi:10.1136/bmjopen-2017-016408
 19. <http://swiss.cochrane.org/fr/les-revues-systématiques-systematic-reviews>, consulté le 13 mai 2018
 20. Rosman S. Les pratiques de prescriptions des médecins généralistes, Une étude sociologique comparative entre la France et les Pays Bas. In Blois G, Schweyer F.X., Singulier généralistes, Sociologie de la médecine générale. Rennes : Presses de l'EHESP ; 2010, p 117-131.
 21. Fainzang S., Médicaments et société. Le patient, le médecin et l'ordonnance, Paris, Presses Universitaires de France, 2001.
 22. Desclaux A, Lévy J-J. Présentation : Cultures et médicaments. Ancien objet ou nouveau courant en anthropologie médicale ? *Anthropologie et Sociétés*. 2003; 27(2):5.

23. Vega A., Le partage des responsabilités en médecine. Une approche socio-anthropologique des pratiques soignantes (4 rapports), dont : Cuisine et dépendance : les usages socioculturels du médicament chez les médecins généralistes français, rapport final CERMES, août 2011, 200p.
24. Vega A., « Positivismes et dépendance : les usages socioculturels du médicament chez les médecins généralistes français », Sciences Sociales et Santé, 2012, vol 30, n°3, p.71-102.
25. Haxaire C., Genest P., Bail P., Pratique et savoir pratique des médecins généralistes face à la souffrance psychique, In : Bloy G., Schweyer F.X., Singuliers généralistes. Sociologie de la médecine générale, Rennes, Presses de l'EHESP, p133-146., 2010.
26. Démographie médicale 2016. https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_de_la_demographie_medicale_2016.pdf. Page 43, consulté le 23 février 2018
27. Blanchet A., Gotman A. L'enquête et ses méthodes : L'entretien. 2^{ème} édition, Armand Colin, 2007
28. P. Antoine, J.A. Smith. Saisir l'expérience : présentation de l'analyse phénoménologique interprétative comme méthodologie qualitative en psychologie. Psychologie française 62 (2017) 373–38.
29. Dagonnet F. Pour une philosophie de la maladie, Paris, édition Textuel, 1996.
30. DUPUY J.P., Karsenty S. L'invasion Pharmaceutique, Paris, édition Seuil, points. 1974.
31. Barré T., Perception et attentes concernant la prescription médicamenteuse des patients consultant en médecine générale : approche qualitative. Thèse de médecine, Université de Créteil, 2016.
32. Arzur J., Le refus de prescription : impact sur la relation médecin-patient, Thèse de Médecine, Université de Caen, 2011.
33. Guyot C, Garet A, Prescription médicamenteuse en médecine générale : les attentes des français en cas de pathologies bénignes. Enquête d'opinion évaluant la demande de traitement médicamenteux des Français. Enquête qualitative évaluant les facteurs associés à l'attente de médicaments. Thèse de médecine, Université de Lorraine, Nancy, 2011.
34. Mauffrey V., Rhinopharyngite en médecine générale : pourquoi encore tant de prescription médicamenteuses ? Etude qualitative explorant les de

cette surprescription et les remèdes proposés par les médecins, Thèse de médecine générale. Université de Lorraine, Nancy, 2012.

35. Delga C, Megnin Y, Oustric S, Laurent C, Pauly L, Verger JP, et al. Pression de prescription : étude pilote en médecine générale. *Thérapie* 2003 Novembre-Décembre ; 58 (6):513-517. Disponible sur : http://www.journal-therapie.org/index.php?Itemid=129&option=com_article&access=dkey&dkey=10.2515/therapie:2003083&lang=fr , consulté le 17 mai 2018
36. Stevenson FA, Greenfield SM, Jones M, Nayak A, Bradley CP. GPs' perceptions of patient influence on prescribing. *Oxford Journals, Medicine & Health, Family Practice*, Volume 16, Issue 3, p. 255-261. Disponible sur : <http://fampra.oxfordjournals.org/content/16/3/255.short>, consulté le 17 mai 2018
37. Little P, Dorward M, Warner G, Stephens K, Senior J, Moore M. Importance of patient pressure and perceived pressure and perceived medical need for investigations, referral, and prescribing in primary care : nested observational study. *BMJ* 2004 ; 328:444. Disponible sur : <http://www.bmj.com/content/328/7437/444?linkType=FULL&journalCode=bmj&resid=328/7437/444>, consulté le 17 mai 2018
38. Orivel C. Description des représentations des patients concernant la consommation d'antibiotiques et de leurs attentes d'information Thèse de médecine générale. Université de Rennes. Avril 2016.
39. Majnoni d'Intignano B., « La performance qualitative du système de santé français », Régulation du système de santé français, rapport du Conseil d'analyse économique, n°13, la documentation française. 1999.
40. Hartmann, L., Ulmann, P. & Rochaix, L. L'accès aux soins de premier recours en Europe : Éléments de présentation. *Revue française des affaires sociales*, 121-139. 2006
<https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2006-2-page-121.htm>
41. A.L. Samson. Faut-il remettre en cause le paiement à l'acte des médecins ? Regards croisés sur l'économie 2009/1 (n°5) p. 144-158.
<https://www.cairn.info/revue-regards-croises-sur-l-economie-2009-1-page-144.htm>, consulté le 27 juillet 2018
42. Delattre E., Dormont B., Fixed fees and physician-induced demand : A panel data study on French physicians, *Health Economics*, n° 12, p. 741-754. 2003
43. Delattre E., Dormont B, Induction de la demande de soins par les

- médecins libéraux français. Étude micro-économétrique sur données de panel. *Économie et prévision* ; 142 pp. 137-161. 2000
44. Maruani G., « Le généraliste singulier. Réflexion sur la partie et le tout », *Projections, La santé au futur*, n° 5-6, p. 73-78. 1991
 45. Van der Geest S., Whyte S.R., Hardon A, The anthropology of pharmaceuticals : A biographical approach, *Annual review of anthropology*, 25, 153-178, 1996
 46. Canévet J.P., Bonnaud-Antignac A., Mollet V., Le Mauff P ., Consommateurs de benzodiazépines au long cours : qu'en pensent leurs médecins généralistes prescripteurs ?, *Exercer*, 23, 101, 52-58. 2012
 47. Balint M., *Le médecin, son malade et la maladie*. Edition Payot ; 1996. 432 p.
 48. Duffaud S., Liébart S., « Comment les médecins généralistes limitent-ils leurs prescriptions ? Étude qualitative par entretiens collectifs », *Santé Publique*, 2014/3 (Vol. 26), p. 323-330. DOI : 10.3917/spub.139.0323. URL : <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2014-3-page-323.htm>. Consulté le 7 janvier 2018.
 49. Quien S, Les déterminants de la prescription médicamenteuse en médecine générale. Thèse de médecine, Université de Nice Sophia Antipolis 2014.
 50. Prise en charge du patient adulte se plaignant d'insomnie en médecine générale. Recommandation pour la pratique clinique. HAS, 2006. https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/rpc_sftg_insomnie_-_synthese_des_recommandations.pdf, consulté le 6 juillet 2018
 51. Hardy A-C. À propos de la signification « médicale » d'une prescription : Commentaire. *Sciences sociales et santé*. 2012 ; 30 (3) : p103-114.
 52. Stoessel A, Dumel F. Les freins et les réticences à la non- prescription médicamenteuse en consultation de médecine générale. Enquête qualitative par focus-groups de médecins généralistes francs-comtois. Thèse de médecine, Université de Besançon, 2014.
 53. Hutten J., *Workload and provision of care in general practice*, Thesis, NIVEI, Utrecht, 1998.
 54. Hémerly-Bourgeois I., Dynamique d'adressage du patient et réseaux de correspondants en médecine générale, Communication aux journées du FROG : « Organisations, communautés, réseaux : les nouvelles formes de

l'action collective. 2002

55. Sarradon-Eck A., Vega A., Les réseaux informels de collaboration professionnelle: ethnographie des médecins de famille français, 8^{ème} Conférence Internationale sur la Science des Systèmes en Santé, Genève, 2004.
56. Castel P., Le médecin, son patient et ses pairs. Une nouvelle approche de la relation thérapeutique, *Revue Française de sociologie*, vol 46, 3 : 443-467. 2005.
57. Peneff J., *La France malade de ses médecins*, Paris, Les Empêcheurs de Penser en Rond, 2005.
58. Bloy G., La transmission des savoirs professionnels en médecine générale : le cas du stage chez le praticien. *Revue française des affaires sociales*, p. 101-125 ; 2005.
59. Chevandier C., *L'hôpital dans la France du XXe siècle*, Paris, Perrin, coll. Pour l'Histoire ; p346-347 ; 2009.
60. *Les surprescriptions de médicaments en France : le vrai méchant loup de l'industrie pharmaceutique*, Paris, Formindep, 2011.
<http://www.formindep.org/Les-surprescriptions-de.html> , consulté le 3 août 2018
61. Masson P. La prescription des médecins généralistes : conflits entre la profession médicale et l'Assurance maladie. *Sociétés contemporaines*. 2011 ; 83(3) : 33.
62. Bloy G., L'incertitude en médecine générale : sources formes et accommodements possibles. *Sciences sociales et santé*, Vol 26, p. 67-91 ; 2008.
63. Marical F., En quoi la prise en compte des transferts liés à la santé modifie-t-elle l'appréciation du niveau de vie ?, In : INSEE, France, portrait social, Paris, La Documentation Française, 175-189. 2007
64. Lasalle E., *Influence de la presse médicale sur les prescriptions des médecins généralistes libéraux, étude quantitative en Haute-Vienne*. Thèse de médecine, Université de Limoges, 2015.
65. Rognstad S, Brekke M, Fetveit A, Dalen I, Straand J. Prescription peer academic detailing to reduce inappropriate prescribing for older patients : a cluster randomised controlled trial. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract*. 2013 ; 63(613):e554-62

66. <http://solutionsmedicales.fr/gerer-un-cabinet/la-formation-continue>, consulté le 3 juillet 2018
67. Wahnich S., Enquêtes quantitatives et qualitatives, observation ethnographique, Bulletin des Bibliothèques de France, Paris, 2006. <http://bbf.enssib.fr/consulter/bbf-2006-06-0008-002>, consulté le 2 août 2018
68. Ghiglione R., Malaton B. *Les enquêtes sociologiques. Théories et pratiques*, 6^e édition ; Paris : Armand Colin, 1998 : 301p
69. Chauchat H., L'enquête en psycho-sociologie, Presses universitaires de France, Paris, 1985.

Résumé

Introduction : La France est un des pays le plus consommateur de médicaments dans le monde avec 78 % à 90 % des consultations de médecine générale qui aboutissent à une prescription médicamenteuse. Il est connu et évident que les laboratoires pharmaceutiques influencent les prescriptions médicales. En partant de ce constat, l'objectif principal de l'étude a été d'identifier les autres facteurs d'influence sur les prescriptions des médecins généralistes, notamment sur le plan sociologique.

Méthode : Recherche qualitative par entretiens semi-dirigés, réalisés en mars 2018, auprès de 25 médecins généralistes volontaires dans le Bas-Rhin. Analyse thématique des entretiens à l'aide du logiciel NVivo.

Résultats : 7 principaux facteurs d'influence ont été individualisés : le patient, le système de soins, la société, la presse médicale, les laboratoires pharmaceutique, la médecine factuelle et enfin les facteurs en lien avec le médecin qui sont multiples. La demande du patient prend une place importante dans la genèse d'une prescription médicale. L'organisation du système de soins favorise les prescriptions : le paiement à l'acte, le remboursement des soins, la liberté de prescription ... Aussi, le médicament a une place importante dans la société, il existe une forte culture positiviste du médicament. Le médecin, est au centre des faits : il doit tenir compte de la demande du patient et de sa relation avec ce dernier en faisant preuve d'empathie, de tolérance et de patience et en mettant à l'œuvre ses qualités d'écoute et de communication malgré la fatigue professionnelle qui est fréquente. Il doit concilier sa formation et ses connaissances ainsi que les avis des différents médecins spécialistes à la pratique réelle de la médecine générale

Conclusion : La prescription médicale est un acte complexe et qui intrique une multitude de facteurs. Erreur de perception ou réelle demande des patients ?, liberté de prescription, fatigue professionnelle, manque de formation médicale initiale, société de consommation ...

Néanmoins, les médecins semblent réceptifs pour apporter des changements dans leur pratique de prescription. Ils doivent gagner confiance en eux mais sont aussi dans l'attente de changements dans l'organisation de la formation médicale ainsi que du système de soins.

DECLARATION SUR L'HONNEUR

A joindre au dossier de présentation du mémoire de spécialité ou au dossier de soutenance de la thèse de docteur en médecine

Ayant été informé(e) qu'en m'appropriant tout ou partie d'une œuvre pour l'intégrer dans mon propre mémoire de spécialité ou dans mon mémoire de thèse de docteur en médecine, je me rendrais coupable d'un délit de contrefaçon au sens de l'article L335-1 et suivants du code de la propriété intellectuelle et que ce délit était constitutif d'une fraude pouvant donner lieu à des poursuites pénales conformément à la loi du 23 décembre 1901 dite de répression des fraudes dans les examens et concours publics,

Ayant été avisé(e) que le président de l'université sera informé de cette tentative de fraude ou de plagiat, afin qu'il saisisse la juridiction disciplinaire compétente,

Ayant été informé(e) qu'en cas de plagiat, la soutenance du mémoire de spécialité et/ou de la thèse de médecine sera alors automatiquement annulée, dans l'attente de la décision que prendra la juridiction disciplinaire de l'université

J'atteste sur l'honneur

Ne pas avoir reproduit dans mes documents tout ou partie d'œuvre(s) déjà existante(s), à l'exception de quelques brèves citations dans le texte, mises entre guillemets et référencées dans la bibliographie de mon mémoire.

A écrire à la main: « J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète ».

J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète.

A STRASBOURG, le 05/09/18

Signature du postulant

